

Criterios para el diagnóstico de F98.0 Enuresis [307.6]
(continuación)

- B. El comportamiento en cuestión es clínicamente significativa, manifestándose por una frecuencia de 2 episodios semanales durante por lo menos 3 meses consecutivos o por la presencia de malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La edad cronológica es de por lo menos 5 años (o el nivel de desarrollo equivalente).
- D. El comportamiento no se debe exclusivamente al efecto fisiológico directo de una sustancia (p. ej., un diurético) ni a una enfermedad médica (p. ej., diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo).

Especificar tipo:

Sólo nocturna

Sólo diurna

Nocturna y diurna

POTOCOPIADORA
C.E.Psi
Psicopatología II

DSM-IV (1995)

Folio 25 SF 1 DF 2

Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia

F93.0 Trastorno de ansiedad por separación [309.21]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de ansiedad por separación es una ansiedad excesiva concerniente al alejamiento del hogar o de aquellas personas a quienes el sujeto está vinculado (Criterio A). La ansiedad es superior a la esperada en sujetos del mismo nivel de desarrollo. La alteración debe mantenerse durante un período de por lo menos 4 semanas (Criterio B), empezar antes de los 18 años (Criterio C) y provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio D). No se establece el diagnóstico si la ansiedad aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, o, en adolescentes y adultos, si se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia (criterio E).

Los sujetos con este trastorno pueden experimentar malestar excesivo recurrente al estar separados de su hogar o de las personas con quienes están más vinculados (Criterio A1). Una vez separados de éstas, suelen necesitar saber su paradero y estar en contacto con ellas (p. ej., mediante llamadas telefónicas). Algunos sujetos se muestran extremadamente nostálgicos y desasosegados hasta sentirse desgraciados cuando se encuentran fuera de casa. Pueden anhelar el regreso a su hogar y preocuparse por fantasías de reunión. Cuando están separados de las personas con quienes tienen mayor vinculación, estos sujetos suelen preocuparse por miedos, accidentes o en-

fermedades que afectarán a dichas personas o a ellos mismos (Criterio A2). Los niños con este trastorno suelen expresar miedo a perderse y a no reunirse nunca más con sus padres (Criterio A3). Suelen mostrarse desasosegados cuando se trasladan independientemente fuera de su domicilio o de otras áreas familiares, y pueden evitar el ir solos a distintos sitios. Pueden ser renuentes o rehusar ir a la escuela o a un campamento, o visitar la casa de un amigo o dormir en ella, o hacer recados (Criterio A4). Estos niños son a veces incapaces de permanecer en una habitación solos y pueden manifestar un comportamiento de «aferramiento», situándose muy cerca del padre o la madre y convirtiéndose en su «sombra» a lo largo de toda la casa (Criterio A5).

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 (Criterio A6). Durante la noche pueden trasladarse a la cama de sus padres (o a la de otra persona significativa como un hermano), y si no les es permitida la entrada en el dormitorio paterno, pueden dormir junto a la puerta de éste. Pueden tener pesadillas cuyo contenido expresa los temores del sujeto (p. ej., destrucción de la familia por incendio, asesinato u otra catástrofe) (Criterio A7). Cuando ocurre o se anticipa una separación, son frecuentes las quejas físicas tales como dolores de estómago, cefaleas, náuseas y vómitos (Criterio A8). En los niños más pequeños pocas veces manifiestan síntomas cardiovasculares tales como palpitaciones, vértigos y sensación de desmayo, síntomas que sí pueden observarse en sujetos de más edad.

Especificación

Inicio temprano. Esta especificación puede utilizarse para indicar el inicio del trastorno antes de los 6 años de edad.

Síntomas y trastornos mentales asociados

Los niños con trastorno de ansiedad por separación tienden a proceder de familias cuyos miembros están muy estrechamente unidos. Al alejarse del hogar o de las personas con quienes están más vinculados, pueden manifestar de modo recurrente retraimiento social, apatía, tristeza o dificultades para concentrarse en el trabajo o en el juego. En función de su edad, los sujetos pueden experimentar miedo hacia animales, monstruos, la oscuridad, fantasmas, ladrones, secuestradores, accidentes de automóviles, viajes en avión y otras situaciones que son percibidas como peligrosas para la integridad de la familia o de sí mismos. Son frecuentes las preocupaciones acerca de la muerte y el morir. La negativa a ir a la escuela puede dar lugar a problemas académicos y a evitación social. Los niños pueden quejarse de que nadie les quiere, o de que nadie les cuida, y que otros desearían que estuvieran muertos. Cuando están muy alterados ante la perspectiva de una separación, pueden mostrarse coléricos y, ocasionalmente, golpear a alguien que está forzando a dicha separación. Estando solos, especialmente por la noche, los niños de menor edad pueden explicar experiencias perceptivas inusuales (p. ej., ver personas que dan vueltas por su habitación, criaturas monstruosas que intentan cogerlos, sienten que unos ojos les miran atentamente). Los niños con este trastorno suelen ser descritos como exigentes, intrusivos y precisando atención constante. Las excesivas peticiones del niño suelen producir frecuentes frustraciones en sus padres, dando lugar a resentimiento y conflictos en la familia. Algunas veces estos niños son descritos como desusadamente conscientes, cumplidores y dispuestos a agradar. Los niños pueden manifestar quejas somáticas que dan lugar a exploraciones físicas y a otras intervenciones médicas.

Con frecuencia hay un estado de ánimo deprimido que puede persistir a lo largo del tiempo, justificando un diagnóstico adicional de trastorno distímico o de trastorno depresivo mayor. El trastorno puede proceder al desarrollo de un trastorno de angustia con agorafobia.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Hay variaciones culturales en cuanto al grado en que se considera deseable tolerar una separación. Es importante diferenciar el trastorno de ansiedad por separación del elevado valor que algunas culturas otorgan a una estrecha interdependencia entre los miembros de una familia. Las manifestaciones del trastorno pueden variar con la edad. Es posible que los niños más pequeños no expresen miedos específicos de amenazas definidas a sus padres, su hogar o a sí mismos. A medida que los niños se hacen mayores, las preocupaciones o miedos suelen especificarse (p. ej., secuestro, asesinato). La ansiedad y anticipación de la separación se ponen de manifiesto hacia la etapa media de la infancia. Aunque los adolescentes afectados de este trastorno, especialmente los varones, pueden negar la ansiedad por separación, ésta puede reflejarse a través de una actividad independiente limitada y la negativa a salir de casa. En los sujetos de más edad, el trastorno limita a veces su capacidad para afrontar cambios de circunstancias (p. ej., cambio de domicilio, casarse). Los adultos con este trastorno están demasiado preocupados por sus hijos y cónyuges, al tiempo que experimentan un notable malestar al separarse de ellos. En poblaciones clínicas el trastorno parece ser igualmente frecuente en varones que en mujeres. En poblaciones epidemiológicas el trastorno es más frecuente en mujeres.

Prevalencia

El trastorno de ansiedad por separación no es raro; su prevalencia se estima en torno al 4 % en niños y adolescentes jóvenes.

Curso

El trastorno de ansiedad por separación puede aparecer tras alguna situación estresante (p. ej., el fallecimiento de un familiar o de un cachorro, una enfermedad del niño o de un familiar, un cambio de escuela, un traslado a una nueva vecindad o una emigración). El inicio puede ocurrir tempranamente, en edad preescolar, pero también 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 escuela) pueden persistir durante varios años.

Patrón familiar

El trastorno de ansiedad por separación parece ser más frecuente en parientes biológicos de primer grado que en la población general, y puede ser más común en hijos de madres con trastorno de angustia.

Diagnóstico diferencial

La ansiedad por separación puede ser una característica asociada a **trastornos generalizados del desarrollo, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos**. Si los síntomas de trastorno de ansiedad por separación aparecen exclusivamente en el transcurso de uno de estos trastornos, no se establece el diagnóstico separado de ansiedad por separación. El trastorno de ansiedad por sepa-

ración se distingue del trastorno de ansiedad generalizada en que la ansiedad se refiere predominantemente a la separación respecto del hogar y de las personas vinculadas. En niños y adolescentes con trastorno de ansiedad por separación, las amenazas de separación pueden dar lugar a ansiedad extrema e incluso a un trastorno de angustia. A diferencia de lo que sucede en el trastorno de angustia, la ansiedad se refiere a la separación respecto de las personas vinculadas o del hogar más que a estar incapacitado por una crisis de angustia inesperada. En los adultos el trastorno de ansiedad por separación es raro y no debe establecerse como diagnóstico adicional si los temores de separación se explican mejor por la presencia de agorafobia dentro de un **trastorno de angustia con agorafobia o una agorafobia sin historia de trastorno de angustia**. El «hacer novillos» es frecuente en el trastorno disocial, pero en este caso la ansiedad por la separación no es la responsable del absentismo escolar, y el niño acostumbra estar fuera de casa más que regresar a ella. Algunos casos de negativa a ir a la escuela, especialmente en la adolescencia, se deben a fobia social o a trastornos del estado de ánimo más que a ansiedad por separación. A diferencia de las alucinaciones observadas en los **trastornos psicóticos**, las experiencias perceptivas inusuales del trastorno de ansiedad por separación suelen basarse en una 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 vinculada. Debe utilizarse el juicio clínico para distinguir unos niveles de ansiedad por separación propios de la etapa de desarrollo del sujeto de las preocupaciones por la separación clínicamente significativas observadas en un trastorno de ansiedad por separación.

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

El DSM-IV y la CIE-10 describen síntomas casi idénticos para este trastorno. Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 son algo más estrictos en cuanto a la edad de inicio, ya que exigen que ésta sea menor de 6 años, y excluyen el diagnóstico de este trastorno si el cuadro clínico «forma parte de una alteración más amplia de las emociones, comportamiento o personalidad». En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de trastorno por separación en la infancia.

■ Criterios para el diagnóstico de trastorno de F93.0 Ansiedad por separación [309.21]

- A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:
- (1) malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas
 - (2) preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
 - (3) preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)

(continúa)

Criterios para el diagnóstico de trastorno de F93.0 Ansiedad por separación [309.21] (continuación)

- (4) resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación
 - (5) resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares
 - (6) negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa
 - (7) pesadillas repetidas con temática de separación
 - (8) quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación
- B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.
- C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad

F94.0 Mutismo selectivo [313.23]
(antes mutismo electivo)

Características diagnósticas

La característica esencial del mutismo selectivo es la incapacidad persistente de hablar en situaciones sociales específicas (p. ej., en la escuela, con compañeros de juego) cuando es de esperar que se hable, pese a hacerlo en otras situaciones (Criterio A). La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral, o la comunicación social (Criterio B). La alteración debe durar por lo menos 1 mes y no se limita al primer mes de escolaridad (durante el cual muchos niños pueden estar vergonzosos y reacios a hablar) (Criterio C). No debe diagnosticarse mutismo selectivo si la incapacidad del sujeto para hablar se debe sólo a una falta de conocimiento (o de fluidez) de la lengua hablada requerida en la situación social (Criterio D). Tampoco se diagnostica si el trastorno se explica mejor por el embarazo propio de un trastorno de la comunicación (p. ej., tartamudeo) o si aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, es-

quizofrenia u otro trastorno psicótico (Criterio E). En lugar de comunicarse mediante las verbalizaciones usuales, los niños afectados de este trastorno pueden comunicarse mediante gestos, movimientos o sacudidas de la cabeza, estirando o empujando, o, en algunos casos, mediante vocalizaciones monosilábicas, cortas o monótonas, o con voz alterada.

Síntomas y trastornos asociados

Las características asociadas al mutismo selectivo incluyen timidez excesiva, miedo al embara-zo social, aislamiento y retraimiento sociales, «pegarse» a otros, rasgos compulsivos, negativismo, pataletas o comportamiento controlador o negativista, en especial en casa. Puede existir un grave deterioro de la actividad social y escolar. Es frecuente que los compañeros se burlen de ellos o los conviertan en víctimas propiciatorias. Aunque los niños con este trastorno suelen poseer unas habilidades lingüísticas normales, ocasionalmente tienen asociado un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno fonológico, trastorno del lenguaje expresivo o trastorno mixto del lenguaje expresivo-receptivo) o una enfermedad médica que cause anomalías de la articulación. También pueden asociarse trastornos de ansiedad (especialmente fobia social), retraso mental, hospitalización, o estrés psicosocial grave.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

Niños inmigrantes, que no se han familiarizado o se sienten incómodos con la lengua oficial de su nuevo país de adopción, pueden rehusar hablar a extraños en su nuevo ambiente. Este comportamiento no debe diagnosticarse como mutismo selectivo. El mutismo selectivo es algo más frecuente en mujeres que en varones.

Prevalencia

En apariencia, el mutismo selectivo es raro y se halla en menos del 1 % de los sujetos visitados en centros de salud mental.

Curso

Habitualmente, el mutismo selectivo se inicia antes de los 5 años de edad, pero el trastorno puede no presentarse en la consulta clínica hasta haberse realizado el ingreso en la escuela. Aunque la alteración suele durar sólo unos pocos meses, a veces persiste más tiempo e incluso se prolonga durante varios años.

Diagnóstico diferencial

El mutismo selectivo debe distinguirse de los trastornos del habla que se explican mejor por un trastorno de la comunicación como trastorno fonológico, trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo o tartamudeo. A diferencia del mutismo selectivo, la alteración del habla propia de estos trastornos no se limita a una situación social específica. Los niños procedentes de familias que han inmigrado a un país donde se habla un lenguaje diferente pueden rehusar hablar el nuevo idioma por falta de conocimiento del idioma. Si

la comprensión del nuevo idioma es adecuada, pero persiste la negativa a hablar, puede estar justificado un diagnóstico de mutismo selectivo. Los sujetos con **trastorno generalizado del desarrollo, 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). La ansiedad social y la evitación social propias de la fobia social pueden asociarse a mutismo selectivo. En estos casos deben establecerse ambos diagnósticos.

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

Los criterios diagnósticos de DSM-IV y CIE-10 son idénticos. En esta última, el trastorno viene recogido con el nombre de mutismo electivo.

■ Criterios para el diagnóstico de F94.0 Mutismo selectivo [313.23]

- A. Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.
- C. La duración de la alteración es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).
- D. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.
- E. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (p. ej., tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

F94.x Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez [313.89]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno reactivo de la vinculación es una relación social que, en la mayor parte de los contextos, se manifiesta marcadamente alterada e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, se inicia antes de los 5 años de edad y se asocia a una crianza sumamente patológica (Criterio A). Hay dos tipos de presentaciones. En el tipo inhibido el niño está persistentemente incapacitado para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales y responder a ellas de un modo adecuado a su nivel de desarrollo. El niño responde socialmente de modo demasiado inhibido, hiper-vigilante o ampliamente ambivalente (p. ej., vigilancia fría, resistencia a satisfacciones o comodidades, o una mezcla de acercamiento y evitación) (Criterio A1). En el tipo desinhibido se observa un patrón de vinculaciones difusas. El niño exhibe una sociabilidad indiscriminada o una falta de selectivi-

dad en la elección de las figuras de vinculación (Criterio A2). El trastorno no se explica exclusivamente por la presencia de un retraso del desarrollo (p. ej., retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo (Criterio B). Por definición, el trastorno se asocia a una crianza claramente patológica que puede adoptar la forma de desatención persistente de las necesidades emocionales básicas del niño relativas a bienestar, estimulación y afecto (Criterio C1); desatención persistente de las necesidades físicas básicas del niño (Criterio C2), o cambios repetidos del cuidador primario, lo que evita la formación de vínculos estables (p. ej., cambios frecuentes de hogar adoptivo) (Criterio C3). Se presume que la crianza patológica es responsable de la relación social alterada (Criterio D).

Subtipos

Ha de indicarse el tipo predominante del trastorno de la relación social especificando uno de los siguientes subtipos de trastorno reactivo de la vinculación:

F94.1 Tipo inhibido. En este subtipo la alteración dominante de la relación social reside en la incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las relaciones sociales y responder a ellas de modo adecuado al nivel de desarrollo del sujeto.

F94.2 Tipo desinhibido. Se utiliza este subtipo si la alteración predominante de la relación social consiste en una sociabilidad indiscriminada o una ausencia de selectividad en la elección de figuras de vinculación.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Algunas situaciones (p. ej., hospitalización prolongada del niño, pobreza extrema o inexperiencia de los padres) predisponen a la práctica de una crianza patológica. Sin embargo, una crianza claramente patológica no siempre determina el desarrollo de un trastorno reactivo de la vinculación; algunos niños establecen relaciones sociales y vínculos estables incluso en situaciones de abandono o maltrato relevantes. El trastorno reactivo de la vinculación puede asociarse a retrasos del desarrollo, trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia, pica o trastorno de rumiación.

Hallazgos de laboratorio. Puede haber hallazgos de laboratorio coherentes con malnutrición.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. La exploración física puede descubrir algunas enfermedades médicas asociadas capaces de contribuir a—o ser consecuencia de—deficiencias en el cuidado del niño (p. ej., retraso del crecimiento, maltrato físico).

Prevalencia

Son limitados los datos epidemiológicos, pero el trastorno reactivo de la vinculación parece ser muy poco frecuente.

Curso

El inicio del trastorno reactivo de la vinculación suele aparecer en los primeros años de la vida y, por definición, antes de los 5 años. Su curso parece variar en función de factores individuales

del niño y de los cuidadores, la gravedad y la duración de la privación psicosocial asociada, y la naturaleza de la intervención. Si se suministra un apoyo ambiental adecuado, pueden producirse remisiones o mejorías considerables. De otro modo, el trastorno discurre según un curso continuo.

Diagnóstico diferencial

En el retraso mental las vinculaciones apropiadas con los cuidadores suelen establecerse de acuerdo con el nivel de desarrollo general del niño. Sin embargo, algunos niños con retraso mental grave presentan problemas particulares con los cuidadores y manifiestan características sintomáticas de trastorno reactivo de la vinculación. El trastorno reactivo de la vinculación sólo debe diagnosticarse si está claro que los problemas característicos en la formación de vínculos selectivos no son función del retraso.

El trastorno reactivo de la vinculación debe diferenciarse del trastorno autista y de otros trastornos generalizados del desarrollo. En el trastorno generalizado del desarrollo los vínculos selectivos o no se desarrollan o son sumamente anómalos, pero en cualquier caso esto sucede dentro de un ambiente psicosocial razonablemente acogedor. El trastorno autista y otros trastornos generalizados del desarrollo también se caracterizan por la presencia de una alteración cualitativa de la comunicación y de patrones de comportamiento restrictivo, repetitivo y estereotipado. El trastorno reactivo de la vinculación no se diagnostica si se cumplen criterios de trastorno generalizado del desarrollo. El tipo desinhibido debe distinguirse del comportamiento impulsivo o hiperactivo característico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. A diferencia de lo que sucede en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, el comportamiento desinhibido del trastorno reactivo de la vinculación se asocia característicamente a un intento por establecer vínculos sociales tras una relación sumamente breve.

Una crianza intensamente patogénica es una característica definitoria del trastorno reactivo de la vinculación. Puede quedar justificada una calificación adicional de maltrato infantil, abandono infantil, o problema de las relaciones padres-hijos. Cuando una crianza intensamente patogénica no provoca alteraciones relevantes de la relación social, más que de un trastorno reactivo de la vinculación puede hablarse de abandono infantil o de problema en las relaciones padres-hijos.

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

El trastorno reactivo de la vinculación que describe el DSM-IV se divide en dos subtipos (inhibido y desinhibido), que corresponden de forma algo aproximada a las dos categorías que recoge la CIE-10: trastorno reactivo de la vinculación de la infancia y trastorno desinhibido de la vinculación de la infancia. Estas categorías de la CIE-10 resultan probablemente mucho más amplias, ya que no especifican que este trastorno disocial sea consecuencia de un cariño patológico.

■ Criterios para el diagnóstico de F94.x Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez [313.89]

- A. Relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de edad, y puestas de manifiesto por (1) o (2):

(continúa)

□ Criterios para el diagnóstico de F94.x Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez [313.89] (continuación)

- (1) incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias (p. ej., el niño puede responder a sus cuidadores con una mezcla de acercamiento, evitación y resistencia a ser consolado, o puede manifestar una vigilancia fría)
 - (2) vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados (p. ej., excesiva familiaridad con extraños o falta de selectividad en la elección de figuras de vinculación)
- B. El trastorno del Criterio A no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo (como en el retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo.
- C. La crianza patogénica se manifiesta al menos por una de las siguientes características:
- (1) desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto
 - (2) desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño
 - (3) cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables (p. ej., cambios frecuentes en los responsables de la crianza)
- D. Se supone que el tipo de crianza descrita en el Criterio C es responsable del comportamiento alterado descrito en el criterio A (p. ej., las alteraciones del criterio A empezaron tras la instauración de los cuidados patogénicos que aparecen en el Criterio C).

Código basado en el tipo:

F94.1 Tipo inhibido: si predomina el Criterio A1 en la presentación clínica

F94.2 Tipo desinhibido: si predomina el Criterio A2 en la presentación clínica

F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados [307.3] (antes trastorno por estereotipias/hábitos motores)

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de movimientos estereotipados es un comportamiento motor repetitivo, que suele parecer impulsivo y no es funcional (Criterio A). Este comportamiento mo-

tor interfiere las actividades normales o da lugar a lesiones corporales autoinfligidas suficientemente significativas para requerir tratamiento médico (o que así ocurriría si no se tomaran medidas protectoras) (Criterio B). Si hay retraso mental, el comportamiento estereotipado o autolesivo es lo bastante grave como para convertirse en un objetivo terapéutico (Criterio C). El comportamiento no se explica mejor como una compulsión (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), un tic (como en los trastornos de tics), una estereotipia que forme parte de un trastorno generalizado del desarrollo o una tracción del cabello (como en la tricotilomanía) (Criterio D). El comportamiento tampoco se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica (Criterio E). Los comportamientos motores deben persistir por lo menos durante 4 semanas (Criterio F).

Los movimientos estereotipados pueden incluir agitar las manos, balancearse, jugar con las manos, golpear con los dedos, girar objetos, dar cabezazos, morderse, pincharse la piel o los orificios corporales, o golpear distintas partes del propio cuerpo. A veces el sujeto utiliza un objeto para realizar estos comportamientos. Los comportamientos en cuestión pueden provocar lesiones permanentes e incapacitantes, que a veces hacen peligrar la vida del sujeto. Por ejemplo, unos cabezazos o golpes contundentes pueden producir cortes, hemorragias, infecciones, desprendimientos de retina y ceguera.

Especificaciones

El clínico puede especificar con **comportamiento autolesivo** si el comportamiento provoca daño corporal que requiera tratamiento específico (o que podría provocar daño corporal si no se utilizaran medidas protectoras).

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. El sujeto puede recurrir a métodos de autocontención (p. ej., mantener las manos bajo el jersey, en los pantalones o en los bolsillos) a fin de intentar controlar los comportamientos autolesivos. Cuando se interfiere la autocontención, se reemprenden los comportamientos. Si los comportamientos son extremos o resultan repulsivos a otras personas, pueden aparecer complicaciones psicosociales por la exclusión que sufra el sujeto respecto de ciertas actividades sociales y comunitarias. El trastorno de movimientos estereotipados aparece con frecuencia asociado al retraso mental. Cuanto más grave es el retraso, tanto mayor es el riesgo de comportamientos autolesivos. Este trastorno también puede aparecer asociado a déficit sensoriales graves (ceguera y sordera) y puede ser más frecuente en ambientes institucionales, donde el sujeto recibe una estimulación insuficiente. Los comportamientos autolesivos aparecen en algunas enfermedades médicas asociadas a retraso mental (p. ej., síndrome de X frágil, síndrome de Lange y especialmente síndrome de Lesch-Nyhan, que se caracteriza por automordeduras graves).

Hallazgos de laboratorio. Si hay comportamientos autolesivos, los datos de laboratorio reflejarán su naturaleza y gravedad (p. ej., anemia por pérdida crónica de sangre a causa de una hemorragia rectal autoinfligida).

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Pueden observarse signos de lesiones crónicas en los tejidos (p. ej., magulladuras, señales de mordedura, cortes, arañazos, infecciones dérmicas, fisuras rectales, cuerpos extraños en los orificios corporales, trastornos visuales debidos a vaciamiento ocular o catarata traumática y fracturas por deformaciones óseas). En casos menos graves puede haber una irritación crónica de la piel o callos por mordiscos, pinchazos, arañazos o secreción salival.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

Los comportamientos autolesivos se producen en individuos de cualquier edad. Hay indicios de que los cabezazos son más prevalentes en los varones (en una proporción aproximada de 3:1) y las automordeduras lo son en las mujeres.

Prevalencia

Hay muy poca información acerca de la prevalencia del trastorno de movimientos estereotipados. Las estimaciones de prevalencia de comportamientos autolesivos en sujetos con retraso mental varían del 2 al 3 % en niños y adolescentes que viven en la comunidad y aproximadamente el 25 % en adultos con retraso mental grave o profundo que viven en instituciones.

Curso

No existe una edad típica de inicio o un patrón de inicio por trastorno de movimientos estereotipados. Dicho inicio puede seguir a un acontecimiento ambiental estresante. En sujetos no verbales con retraso mental grave, los movimientos estereotipados pueden ser provocados por una enfermedad médica dolorosa (p. ej., una infección del oído medio que dé lugar a cabezazos). Los movimientos estereotipados suelen ser máximos en la adolescencia, y a partir de este momento pueden declinar gradualmente. Sin embargo, especialmente en sujetos con retraso mental grave o profundo, los movimientos pueden persistir durante años. El objetivo de estos comportamientos cambia con frecuencia (p. ej., una persona puede incurrir en morderse la mano, desaparecer este comportamiento, y a continuación empezar a golpearse la cabeza).

Diagnóstico diferencial

Los movimientos estereotipados pueden asociarse a **retraso mental**, sobre todo en sujetos situados en ambientes no estimulantes. El trastorno de movimientos estereotipados sólo debe diagnosticarse en sujetos cuyo comportamiento estereotipado o autolesivo sea lo bastante grave para constituir un objetivo terapéutico. Movimientos estereotipados repetitivos son una característica de los **trastornos generalizados del desarrollo**. El trastorno de movimientos estereotipados no se diagnostica si las estereotipias se explican mejor por la presencia de un trastorno generalizado del desarrollo. Las compulsiones del **trastorno obsesivo-compulsivo** suelen ser más complejas y ritualistas, y se realizan como respuesta a una obsesión o siguiendo normas que deben aplicarse rígidamente. Es relativamente sencillo diferenciar los movimientos complejos característicos del trastorno de movimientos estereotipados de los **tics simples** (p. ej., parpadeo), pero es menos fácil el diagnóstico diferencial con **tics motores complejos**. En general, los movimientos estereotipados parecen ser más motivados e intencionados, mientras que los tics tienen una calidad más involuntaria y no son rítmicos. Por definición, en la **tricotilomanía** el comportamiento repetitivo se limita a tracciones del cabello. Las lesiones autoinducidas del trastorno de movimientos estereotipados deben distinguirse del **trastorno facticio con predominio de signos y síntomas físicos**, donde la motivación de la autolesión es asumir el papel de enfermo. La **automutilación asociada a ciertos trastornos psicóticos y trastornos de la personalidad** es premeditada, compleja y esporádica, y tiene un significado para el sujeto dentro del contexto del trastorno mental grave subyacente (p. ej., es el resultado de un pensamiento delirante). Los **movimientos involuntarios asociados a enfermedades neurológicas** (como en la enfermedad de Huntington) suelen seguir un

patrón típico, estando presentes los signos y síntomas del trastorno neurológico en cuestión. Los **comportamientos autoestimulantes de los niños pequeños propios de su nivel de desarrollo** (p. ej., succión del pulgar, balanceo y cabeceo) suelen ser muy limitados y pocas veces producen lesiones que requieran tratamiento. Los **comportamientos autoestimulantes en individuos con déficit sensoriales** (p. ej., ceguera) no suelen ocasionar disfunciones ni autolesiones.

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

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 son más estrictos que los del DSM-IV, ya que el diagnóstico de este trastorno no puede efectuarse en presencia de cualquier otro trastorno mental (exceptuando el retraso mental).

■ Criterios para el diagnóstico de F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados [307.3]

- A. Comportamiento motor repetitivo, que parece impulsivo, y no funcional (p. ej., sacudir o agitar las manos, balancear el cuerpo, dar cabezazos, mordisquear objetos, automorderse, pinchar la piel o los orificios corporales, golpear el propio cuerpo).
- B. El comportamiento interfiere las actividades normales o da lugar a lesiones corporales autoinfligidas que requieren tratamiento médico (o que provocarían una lesión si no se tomaran medidas preventivas).
- C. Si hay retraso mental, el comportamiento estereotipado o autolesivo es de gravedad suficiente para constituir un objetivo terapéutico.
- D. El comportamiento no se explica mejor por una compulsión (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), un tic (como en el trastorno por tics), una estereotipia que forma parte de un trastorno generalizado del desarrollo o una tracción del cabello (como en la tricotilomanía).
- E. El comportamiento no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica.
- F. El comportamiento persiste durante 4 semanas o más.

Especificar si:

Con comportamiento autolesivo: si el comportamiento da lugar a daño corporal que requiera tratamiento específico (o que daría lugar a daño corporal si no se tomaran medidas protectoras)

F98.9 Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado [313.9]

Esta categoría es una categoría residual para trastornos que se inician en la infancia, la niñez o la adolescencia y que no cumplen los criterios de ningún trastorno específico de esta clasificación.

Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

Esta sección incluye el delirium, las demencias, los trastornos amnésicos y los trastornos cognoscitivos no especificados. La alteración predominante es un déficit clínicamente significativo de las funciones cognoscitivas o la memoria que representa un cambio del nivel previo de actividad. En esta sección cada trastorno es debido a una enfermedad médica (aunque no se haya identificado de un modo específico) o al consumo de una sustancia (p. ej., de drogas, medicamentos o tóxicos), o a una combinación de estos factores.

En el DSM-III-R estos trastornos se incluyeron en la sección titulada «Síndromes y trastornos mentales orgánicos». El término *trastorno mental orgánico* no es muy usado en el DSM-IV, ya que implica incorrectamente que los trastornos mentales «no orgánicos» carecen de una base biológica. En el DSM-IV los trastornos antes llamados «trastornos mentales orgánicos» se han agrupado en tres secciones: 1) delirium, demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognoscitivos; 2) trastornos mentales debidos a una enfermedad médica, y 3) trastornos por consumo de sustancias.

El **delirium** se caracteriza por una alteración de la conciencia y un cambio de las cogniciones que se desarrollan a lo largo de un breve período de tiempo. Los trastornos incluidos en el apartado «Delirium» son enumerados de acuerdo con la etiología que se les presupone; delirium debido a etiologías múltiples o delirium no especificado (si la etiología es indeterminada).

La **demencia** se caracteriza por déficit cognoscitivos múltiples que implican un deterioro de la memoria. Las demencias son también enumeradas de acuerdo con su presumible etiología: demencia debida a una enfermedad médica, demencia inducida por sustancias (p. ej., debida a abuso de drogas, a medicamentos, o a la exposición a un tóxico), demencia debida a etiologías múltiples o demencia no especificada (si la etiología es indeterminada).

El **trastorno amnésico** se caracteriza por el deterioro de la memoria en ausencia de otros deterioros cognoscitivos significativos. Los trastornos en el apartado «trastornos amnésicos» se enumeran de acuerdo con su etiología presumible: trastorno amnésico debido a una enfermedad médica, trastorno amnésico persistente inducido por sustancias o trastorno amnésico no especificado.

El **trastorno cognoscitivo no especificado** se reserva para los cuadros clínicos que se caracterizan por alteraciones cognoscitivas presumiblemente debidas a una enfermedad médica o inducidas por sustancias, que no cumplen los criterios para algunos de los trastornos enumerados en otro lugar de esta sección.

La discusión de los síntomas generales para cada grupo de trastornos va precedida de un texto, a modo de introducción, según la etiología específica de cada uno de ellos.

