

CIE-11: DIFERENCIAS DIAGNÓSTICAS, NOVEDADES Y DISCUSIÓN.

Clara Severo Sánchez

M^a Teresa Basanta Patiño

M^a Celia Martínez-Costa Montero

Vicent Aznar Alemany

**Y A MÍ ESTO.... ¿QUÉ
***** ME IMPORTA?**

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONOCER ESTOS CAMBIOS?

Diagnósticos más
precisos → Evitar
sobrepatalogización y
yatrogenia.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONOCER ESTOS CAMBIOS?

Diagnósticos más precisos → Evitar sobrepatologización y **yatrogenia**.

¿Queremos estar **desfasados**?

- Nuevas generaciones hablarán este lenguaje.
- Investigación.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONOCER ESTOS CAMBIOS?

Diagnósticos más precisos → Evitar sobrepatologización y **yatrogenia**.

¿Queremos estar **desfasados**?

- Nuevas generaciones hablarán este lenguaje.
- Investigación.

Psicología forense
y jurídica.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONOCER ESTOS CAMBIOS?

Diagnósticos más precisos → Evitar sobrepatologización y **yatrogenia**.

¿Queremos estar **desfasados**?

- Nuevas generaciones hablarán este lenguaje.
- Investigación.

Psicología forense y jurídica.

Fundamentar la **crítica**.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONOCER ESTOS CAMBIOS?

Diagnósticos más precisos → Evitar sobrepatologización y **yatrogenia**.

Repercusión social → Conocer las expectativas/creencias de los usuarios.

¿Queremos estar **desfasados**?

- Nuevas generaciones hablarán este lenguaje.
- Investigación.

Psicología forense y jurídica.

Fundamentar la **crítica**.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONOCER ESTOS CAMBIOS?

Diagnósticos más precisos → Evitar sobrepatologización y **yatrogenia**.

Repercusión social → Conocer las expectativas/creencias de los usuarios.

¿Queremos estar **desfasados**?

- Nuevas generaciones hablarán este lenguaje.
- Investigación.

¿Realmente **NO** habláis de **diagnósticos** en ningún momento?

Psicología forense y jurídica.

Fundamentar la **crítica**.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE CONOCER ESTOS CAMBIOS?

Diagnósticos más precisos → Evitar sobrepatologización y **yatrogenia**.

Repercusión social → Conocer las expectativas/creencias de los usuarios.

¿Queremos estar **desfasados**?

- Nuevas generaciones hablarán este lenguaje.
- Investigación.

¿Realmente **NO** habláis de **diagnósticos** en ningún momento?

Psicología forense y jurídica.

Fundamentar la **crítica**.

Conocimiento por el conocimiento.

INTRODUCCIÓN

- **CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA:**
 - “Disposición **sistemática** en grupos o **categorías** de acuerdo con criterios establecidos”.
 - “Permite la conversión de los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a **códigos alfanuméricos** que facilitan su almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información”.
 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (**DSM**)
 - Clasificación Internacional de Enfermedades (**CIE**)

INTRODUCCIÓN

JACQUERS BERTILLON

- Director del servicio de estadística de París.
- Presentó en Chicago en 1893 una nueva Nomenclatura de Enfermedades resultante de la combinación de las clasificaciones inglesa, alemana y suiza.
- Nace la CIE I: “LISTA INTERNACIONAL DE LAS CAUSAS DE MORBILIDAD”



INTRODUCCIÓN

CIE-6 (1948)

Incluye por primera vez capítulo específico para las enfermedades mentales,

dividido en:

- Psicosis
- Desórdenes psiconeuróticos
- Trastornos del carácter, del comportamiento y de la inteligencia.

CIE-7 (1995)

Reformulación

CIE-8 (1965)

Organiza las alteraciones mentales en:

- Psicosis
- Neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales
- Oligofrenia

CIE-9 (1975)

Reformulación

CIE-10 (1992)

Abandono de la diferenciación psicosis y neurosis como principio organizador.

“Trastornos mentales y del comportamiento”.

Codificación multiaxial

- Eje clínico
- Discapacitación
- Factores ambientales y del estilo de vida

CIE-11

CIE-II (2019)



<https://icd.who.int/browse11/l-m/es>

CIE-11 (2019)

- OBJETIVO: Mejorar la **utilidad clínica** de las categorías diagnósticas.
- Acercamiento a **DSM-5**: dimensional, no multiaxial.
- Reorganización:
 - **Capítulo 6**: “Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo”
→ 20 secciones.
 - **NO** se consideran TM: trastornos del sueño, trastornos sexuales y trastornos de estrés agudo.
 - **APARECEN**: trastorno por juego de apuestas, trastorno por uso de videojuegos, trastornos mentales en el periparto y catatonia.

CIE-11 (2019)

- Abandono formato **multiaxial**.
- Permite crear **perfiles de funcionamiento** para describir y cuantificar el nivel de funcionamiento asociado a las condiciones de salud.
- 3 herramientas principales:
 - **WHODAS 2.0**.
 - Versión corta de la Encuesta Modelo de Discapacidad (**EMD**).
 - **Dominios genéricos de funcionamiento**.

CIE 10 (Capítulo 5)	CIE 11 (Capítulo 6)
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.	Trastornos del neurodesarrollo.
	Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios.
Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicótropas..	Catatonía.
	Trastornos del estado de ánimo.
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	Trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo.
	Trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados.
Trastornos del humor (afectivos).	Trastornos específicamente asociados con el estrés.
	Trastornos dissociativos.
Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatoformas.	Trastornos del comportamiento alimentario.
	Trastorno de eliminación.
Trastornos del comportamiento, asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.	Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal.
	Trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos.
Trastornos de la personalidad y del comportamiento.	Trastornos del control de los impulsos.
	Trastornos de comportamiento disruptivo y disocial.
Retraso Mental.	Trastornos de la personalidad y rasgos relacionados.
	Trastornos parafilicos.
Trastornos del desarrollo psicológico.	Trastornos facticios.
	Trastornos neurocognitivos.
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio.
	Síndromes secundarios mentales o del comportamiento asociados con enfermedades o trastornos clasificados en otra parte.

TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS O A COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS

DSM-5 TRASTORNOS RELACIONADOS CON LAS SUSTANCIAS Y TRASTORNOS ADICTIVOS	CIE-10 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	CIE-11 TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS O A COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS: <ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Alucinógenos • Anfetaminas • Cannabis • Estimulantes • Inhalantes • Nicotina • Opioides • Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos ➤ TRASTORNOS INDUCIDOS POR LA SUSTANCIA <ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación por sustancia • Abstinencia por sustancia • Trastornos mentales inducidos por sustancias ➤ TRASTORNOS NO RELACIONADOS CON SUSTANCIAS <ul style="list-style-type: none"> • Juego Patológico 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ SÍNDROME DE DEPENDENCIA ➤ CONSUMO PERJUDICIAL ➤ INTOXICACIÓN AGUDA ➤ SÍNDROME DE ABSTINENCIA ➤ SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM • Alcohol • Opiáceos • Cannabinoides • Sedantes o hipnóticos • Cocaína • Estimulantes (cafeína) • Alucinógenos • Tabaco • Disolventes volátiles 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS <ul style="list-style-type: none"> • Episodio de consumo nocivo • Patrón nocivo de consumo • Dependencia • Intoxicación • Abstinencia • Trastornos debidos al consumo ➤ TRASTORNOS DEBIDOS A COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno por juego de apuestas <u>Predominantemente fuera de línea</u> <u>Predominantemente en línea</u> • Trastorno por uso de videojuegos <u>Predominantemente fuera de línea</u> <u>Predominantemente en línea</u>

TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS O A COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS

- Dos grandes grupos aglutinadores:
 - 1) Trastornos debidos al **consumo de sustancias**
 - 2) Trastornos debidos a **comportamientos adictivos** (incluyen el juego de apuestas y videojuegos, en línea y fuera de línea)

▼ Trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos

- ▶ Trastornos debidos al consumo de sustancias
- ▼ Trastornos debidos a comportamientos adictivos
 - ▶ 6C50 Trastorno por juego de apuestas
 - ▶ 6C51 Trastorno por uso de videojuegos
 - 6C5Y Otros trastornos especificados debidos a comportamientos adictivos
 - 6C5Z Trastornos debidos a comportamientos adictivos, sin especificación



TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

- Aparecen los **canabinoides sintéticos, catinonas sintéticas, MDMA.**
- Aparecen las **drogas disociativas** incluidas la **ketamina** y la **fenciclidina [PCP]**.
- Se separa la **cocaína** del resto de estimulantes (a diferencia de DSM-5).
- Se separa la **cafeína** del resto de estimulantes (a diferencia de CIE-10).
- Aparece la **dependencia de alucinógenos.**
- Aparece la **abstinencia a inhalantes volátiles.**

▼ Trastornos debidos al consumo de sustancias

- ▶ 6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol
- ▶ 6C41 Trastornos debidos al consumo de cannabis
- ▶ 6C42 Trastornos debidos al consumo de canabinoides sintéticos
- ▶ 6C43 Trastornos debidos al consumo de opioides
- ▶ 6C44 Trastornos debidos al consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- ▶ 6C45 Trastornos debidos al consumo de cocaína
- ▶ 6C46 Trastornos debidos al consumo de estimulantes incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona
- ▶ 6C47 Trastornos debidos al consumo de catinonas sintéticas
- ▶ 6C48 Trastornos debidos al consumo de cafeína
- ▶ 6C49 Trastornos debidos al consumo de alucinógenos
- ▶ 6C4A Trastornos debidos al consumo de nicotina
- ▶ 6C4B Trastornos debidos al uso de inhalantes volátiles
- ▶ 6C4C Trastornos debidos al consumo de MDMA [metilendioximetanfetamina] u otras drogas relacionadas, incluida la MDA
- ▶ 6C4D Trastornos debidos al consumo de drogas disociativas, incluidas la ketamina y la fenciclidina [PCP]

TRASTORNOS DEBIDOS A COMPORTAMIENTOS ADICTIVOS

- **TRASTORNO POR JUEGO DE APUESTAS**
- **TRASTORNO POR USO DE VIDEOJUEGOS**

En ambos diferencia los **subtipos**:

1. Predominantemente fuera de línea
2. Predominantemente en línea

➤ Criterio temporal de **12 meses**.

Trastornos debidos a comportamientos adictivos

Entidad padre

Trastornos debidos al consumo de sustancias o a comportamientos adictivos

Mostrar todos los ancestros 

Descripción

Los trastornos debidos a comportamientos adictivos son síndromes reconocibles y clínicamente significativos asociados con malestar o interferencia con las funciones personales que se desarrollan como resultado de comportamientos repetitivos en búsqueda de alguna recompensa que no implican el uso de sustancias que producen dependencia. Los trastornos debidos a comportamientos adictivos incluyen el trastorno por juego de apuestas y el trastorno por uso de videojuegos, lo que puede implicar comportamientos tanto en línea como fuera de línea.

Exclusiones

- Trastorno por comportamiento sexual compulsivo (6C72)
- Trastornos parafilicos (6D30-6D3Z)

TRASTORNOS POR JUEGO DE APUESTAS

• TRASTORNO POR JUEGO DE APUESTAS

1. Predominantemente fuera de línea

2. Predominantemente en línea

- Ludopatía en CIE-10 (Trastornos de hábitos y control de impulsos)
- Descripción similar a la de DSM-5.
- Criterio temporal de 12 meses (=DSM-5).
- Continuo o episódico (=DSM-5).
- No hay especificadores de remisión y gravedad (≠DSM-5).

Descripción

El trastorno por juego de apuestas se caracteriza por un patrón de comportamiento persistente o recurrente de juego de apuestas, que puede ser en línea (es decir, por internet) o no, y que se manifiesta por: 1. deterioro en el control sobre el juego de apuestas (por ejemplo, con respecto al inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto); 2. incremento en la prioridad dada al juego de apuestas al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y 3. continuación o incremento del juego de apuestas a pesar de que tenga consecuencias negativas. El patrón de conducta de juego puede ser continuo o episódico y recurrente. El patrón de conducta de juego da como resultado una angustia significativa o un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educacional, ocupacional u otras áreas importantes. El comportamiento de juego y otras características normalmente son evidentes durante un período de al menos 12 meses para que se asigne un diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.

Inclusiones

- jugador compulsivo

Exclusiones

- Trastorno bipolar de tipo I (6A60)
- Trastorno bipolar de tipo II (6A61)
- Trastorno por juegos de azar o apuestas en una medida peligrosa (QE21)

TRASTORNOS POR USO DE VIDEOJUEGOS

• TRASTORNO POR USO DE VIDEOJUEGOS

1. Predominantemente fuera de línea

2. Predominantemente en línea

- Dx nueva aparición.
- Criterio temporal de 12 meses.
- Continuo o episódico.
- No hay especificadores de remisión y gravedad.

Descripción

El trastorno por uso de videojuegos se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego persistente o recurrente ("juegos digitales" o "videojuegos"), que puede ser en línea (es decir, por internet) o fuera de línea, y que se manifiesta por: 1. deterioro en el control sobre el juego (por ejemplo, inicio, frecuencia, intensidad, duración, terminación, contexto); 2. incremento en la prioridad dada al juego al grado que se antepone a otros intereses y actividades de la vida diaria; y 3. continuación o incremento del juego a pesar de que tenga consecuencias negativas. El patrón de comportamiento del juego puede ser continuo o episódico y recurrente. El patrón de comportamiento del juego da como resultado una angustia marcada o un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes. El comportamiento del juego y otras características normalmente son evidentes durante un período de al menos 12 meses para que se asigne un diagnóstico, aunque la duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.

Exclusiones

- Trastorno por uso de juegos digitales en una medida peligrosa (QE22)
- Trastorno bipolar de tipo I (6A60)
- Trastorno bipolar de tipo II (6A61)

SECCIÓN III DSM-5: TRASTORNO DE JUEGO POR INTERNET

- **Uso persistente y recurrente de internet para participar en juegos**, a menudo con otros jugadores, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo. 5 (o más) de los siguientes en **12 meses**:
 1. Preocupación con los juegos de Internet.
 2. Aparecen síntomas de abstinencia al quitarle los juegos por internet.
 3. Tolerancia (la necesidad de dedicar cada vez más tiempo).
 4. Intentos infructuosos de controlar la participación en juegos por internet.
 5. Pérdida del interés por aficiones y entretenimientos previos.
 6. Continúa a pesar de saber los problemas psicosociales asociados.
 7. Ha engañado a miembros de su familia o terapeutas.
 8. Uso de los juegos por internet para evadirse o aliviar un afecto negativo (p. ej., sentimientos de indefensión, culpa, ansiedad).
 9. Ha puesto en peligro o perdido una relación significativa, trabajo u oportunidad educativa o laboral.

- ✓ Diferencias en **criterios** diagnósticos y **clasificaciones**.
- ✓ Diferencias en instrumentos de **evaluación**.
- ✓ Datos dispares de **prevalencia**, curso y tratamiento

INVESTIGACIÓN ACTUAL EN TRASTORNO POR USO DE VIDEOJUEGOS

Revisión sistemática (Rodríguez, 2021):

- La mayoría de los estudios son en **población adolescente**.
- Falta de **conceptos, criterios e instrumentos** estandarizados.
- Estudios **no aleatorizados**. Tamaños de **muestra pequeñas**.
- Escasa literatura en relación al **tratamiento** de esta supuesta adicción.
- **Datos poco consistentes**. Prevalencia: **1.3-30%**.

- Mas riesgo en **chicos**.
- Factores **predictores**: aislamiento social, problemas familiares, rendimiento escolar bajo.
- Rasgos de **impulsividad, neuroticismo** y baja **regulación emocional**.
- Comorbilidad **ansiedad, depresión y problemas de conducta**.
- **TEA y TDAH** como factores de riesgo.

CIE-11: TRASTORNO POR JUEGO DE APUESTAS Y POR USO DE VIDEOJUEGOS

- Se incluyen como **comportamientos adictivos** junto a los trastornos por consumo de sustancias.
- Comparten fenomenología:
 - A) Alta **comorbilidad**.
 - B) **Tolerancia**. Placer inicial va perdiendo valor, necesitando un mayor uso.
 - C) **Neurobiología**: similares procesos de activación y neuroadaptación en los circuitos neuronales relacionados con la motivación y el refuerzo.
- **VENTAJAS** (Carbonell, 2020):
 - El diagnóstico facilita **detección e intervención**.
 - Promueve **investigación y herramientas dx**.
 - **Dejar de normalizar** una problemática tan extendida.



PARA REFLEXIONAR...

- **CRÍTICAS SURGIDAS** (Aarseth et al., 2017):
 - El constructo depende mucho de los criterios diagnósticos del **uso de sustancias** y del juego patológico.
 - **No hay consenso** sobre la evaluación y criterios/síntomas → **investigación pobre**.
 - Variabilidad de **tipos de videojuegos**.
 - Supone **patologizar** una forma de **entretenimiento** frente a otras (ej: deporte).
 - Pánico social actual puede llevar a un **sobrediagnóstico** sesgado.
 - El diagnóstico facilita que la **investigación** sea **confirmatoria** en vez de exploratoria (como con el Juego Patológico en DSM-5).
 - Falta al **principio de falsabilidad** en la investigación científica.
- ✓ Se propone **desarrollar fundamentos teóricos** propios de las adicciones conductuales a partir de los cuales se pueda hipotetizar e investigar.



ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS PRIMARIOS

DSM-5 TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS	CIE-10 ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO Y TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES	CIE-11 ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS PRIMARIOS
<ul style="list-style-type: none"> ➤ ESQUIZOFRENIA ➤ TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO (DE LA PERSONALIDAD) ➤ TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME ➤ TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO ➤ TRASTORNO DELIRANTE ➤ TRASTORNO PSICÓTICO BREVE 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ESQUIZOFRENIA <ul style="list-style-type: none"> • Paranoide • Hebefrénica • Catatónica • Indiferenciada • Depresión posestquizofrénica • Residual • Simple ➤ TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO ➤ T. ESQUIZOAFECTIVO ➤ T. DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES ➤ T. PSICÓTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS ➤ T. DELIRANTE INDUCIDO 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ESQUIZOFRENIA: <ul style="list-style-type: none"> • Síntomas positivos • Síntomas negativos • Síntomas depresivos • Síntomas maníacos • Síntomas psicomotores • Síntomas cognitivos ➤ TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO ➤ T. ESQUIZOAFECTIVO ➤ T. DELIRANTE ➤ T. PSICÓTICO AGUDO Y TRANSITORIO

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS PRIMARIOS

- Desaparece el **Trastorno delirante inducido** (Folie à deux).
- **Catatonía:** categoría diferenciada (fuera de trastornos psicóticos). Tipos: asociada a otro trastorno mental, inducida por sustancias y catatonía secundaria.
- Respecto **DSM-5:** no aparece Trastorno esquizofreniforme. Aparece Trastorno esquizotípico.

▼ Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios

- ▶ 6A20 Esquizofrenia
- ▶ 6A21 Trastorno esquizoafectivo
- ▶ 6A22 Trastorno esquizotípico
- ▶ 6A23 Trastorno psicótico agudo y transitorio
- ▶ 6A24 Trastorno delirante
- ▶ 6A25 Manifestaciones sintomáticas en los trastornos psicóticos primarios
- ▶ Trastornos psicóticos inducidos por sustancias
- ▶ 6E61 Síndrome psicótico secundario
- ▶ 6A2Y Otra esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios especificados
- ▶ 6A2Z Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios, sin especificación
- ▶ Catatonía

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS PRIMARIOS

- Nueva categorización en función de **6 dominios** (especificadores sintomáticos revisables):

- 1) Síntomas positivos
- 2) Síntomas negativos
- 3) Síntomas depresivos
- 4) Síntomas maníacos
- 5) Síntomas psicomotores
- 6) Síntomas cognitivos

- **Indicadores de presencia y gravedad:** ninguno, leve, moderado y severo

▼ Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios

- ▶ 6A20 Esquizofrenia
- ▶ 6A21 Trastorno esquizoafectivo
- ▶ 6A22 Trastorno esquizotípico
- ▶ 6A23 Trastorno psicótico agudo y transitorio
- ▶ 6A24 Trastorno delirante
- ▶ 6A25 Manifestaciones sintomáticas en los trastornos psicóticos primarios
- ▶ Trastornos psicóticos inducidos por sustancias
- ▶ 6E61 Síndrome psicótico secundario
- ▶ **6A2Y** Otra esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios especificados
- ▶ **6A2Z** Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios, sin especificación
- ▶ Catatonia

ESQUIZOFRENIA

- Resta de importancia a los **síntomas positivos** (CIE-10 valor patognómico).
- **Criterio temporal:** 1 mes.
- **Desaparecen subtipos** de la CIE-10 (baja estabilidad diagnóstica y superposición de síntomas). Ahora especificadores síntomas (elementos nucleares).
- **Cambio especificadores curso:** ahora “primer episodio”, “episodios múltiples” y “curso continuo” (*similar DSM-5*).
- Desaparece “*trastorno esquizofreniforme*”.

Descripción

La esquizofrenia se caracteriza por trastornos en múltiples modalidades mentales, incluido el pensamiento (por ejemplo, ideas delirantes, desorganización en la forma de pensamiento), la percepción (por ejemplo, alucinaciones), la experiencia personal (por ejemplo, la experiencia de que los sentimientos, impulsos, pensamientos o comportamientos propios están bajo el control de una fuerza externa), la cognición (por ejemplo, problemas de atención, memoria verbal y cognición social), la volición o voluntad (por ejemplo, pérdida de motivación), el afecto (por ejemplo, expresión emocional embotada) y el comportamiento (por ejemplo, comportamientos que parecen bizarros o sin propósito, y respuestas emocionales impredecibles o inapropiadas que interfieren con la organización del comportamiento). Pueden presentarse alteraciones psicomotoras, incluida la catatonía. Las ideas delirantes persistentes, las alucinaciones persistentes, los trastornos del pensamiento y las experiencias de influencia, pasividad o control se consideran síntomas centrales. Los síntomas deben haber persistido durante al menos un mes para que se pueda asignar un diagnóstico de esquizofrenia. Los síntomas no son una manifestación de otra afección de salud (por ejemplo, un tumor cerebral) y no se deben al efecto de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central (por ejemplo, corticosteroides), incluida la abstinencia (por ejemplo, la abstinencia de alcohol).

Exclusiones

- Trastorno esquizotípico (6A22)
- Trastorno psicótico agudo y transitorio (6A23)
- reacción esquizofrénica (6A22)

ESQUIZOFRENIA

Similitudes DSM-5:

- Enfoque dimensional – categórico.
- Importancia a todos los tipos de síntomas.
- Especificadores sintomáticos similares (alucinaciones, delirios, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal, síntomas negativos, alteración cognitiva, depresión y manía).

➤ Diferencias DSM-5:

- No criterio temporal +6 meses (síntomas positivos criterio A + residuales + pródromos).
- No merma en funcionalidad (CIE argumenta que los déficits funcionales no ocurren en todas las personas con esquizofrenia y, por lo que no son específicos del trastorno).

Descripción

La esquizofrenia se caracteriza por trastornos en múltiples modalidades mentales, incluido el pensamiento (por ejemplo, ideas delirantes, desorganización en la forma de pensamiento), la percepción (por ejemplo, alucinaciones), la experiencia personal (por ejemplo, la experiencia de que los sentimientos, impulsos, pensamientos o comportamientos propios están bajo el control de una fuerza externa), la cognición (por ejemplo, problemas de atención, memoria verbal y cognición social), la volición o voluntad (por ejemplo, pérdida de motivación), el afecto (por ejemplo, expresión emocional embotada) y el comportamiento (por ejemplo, comportamientos que parecen bizarros o sin propósito, y respuestas emocionales impredecibles o inapropiadas que interfieren con la organización del comportamiento). Pueden presentarse alteraciones psicomotoras, incluida la catatonia. Las ideas delirantes persistentes, las alucinaciones persistentes, los trastornos del pensamiento y las experiencias de influencia, pasividad o control se consideran síntomas centrales. Los síntomas deben haber persistido durante al menos un mes para que se pueda asignar un diagnóstico de esquizofrenia. Los síntomas no son una manifestación de otra afección de salud (por ejemplo, un tumor cerebral) y no se deben al efecto de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central (por ejemplo, corticosteroides), incluida la abstinencia (por ejemplo, la abstinencia de alcohol).

Exclusiones

- Trastorno esquizotípico (6A22)
- Trastorno psicótico agudo y transitorio (6A23)
- reacción esquizofrénica (6A22)

TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO

- No menciona las psicosis latentes/límites/prepsicóticas/pródromicas.
- Incluye el trastorno esquizotípico de la personalidad.



Descripción

El trastorno esquizotípico se caracteriza por un patrón duradero (por ej., característico del funcionamiento de la persona durante un período de al menos varios años) de excentricidades en el comportamiento, la apariencia y el habla, acompañado de distorsiones cognitivas y perceptivas, creencias inusuales y malestar con, y a menudo reducido capacidad para— relaciones interpersonales. Los síntomas pueden incluir afecto estrecho o inadecuado y anhedonia. Pueden ocurrir ideas paranoicas, ideas de referencia u otros síntomas psicóticos, incluidas alucinaciones en cualquier modalidad, pero no son de suficiente intensidad o duración para cumplir con los requisitos de diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno delirante. Los síntomas causan angustia o deterioro en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Inclusiones

- Trastorno esquizotípico de la personalidad

Exclusiones

- Trastorno del espectro autista (6A02)
- Trastorno de personalidad (6D10)

TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO

- CIE-10: "**grupo heterogéneo**" --> **Desaparecen términos:** psicosis cicloide, psicosis polimorfa, esquizofrenia aguda, reacción paranoide, psicosis reactiva breve, psicosis psicógena..
- Aparece **criterio temporal:** máximo 3 meses (DSM-5: 1 mes).
- Menciona "trastornos del **afecto** y **estado de ánimo**".
- Ya no diferencia **subtipos:** con o sin síntomas esquizofrénicos. Explicita que no hay síntomas prodrómicos.
- No hace mención a posibles **eventos estresantes** (en CIE-10 y DSM-5 sí).

Descripción

El trastorno psicótico agudo y transitorio se caracteriza por la aparición aguda de síntomas psicóticos que emergen sin un pródromo y alcanzan su máxima gravedad en dos semanas. Los síntomas pueden incluir delirios, alucinaciones, desorganización de los procesos de pensamiento, perplejidad o confusión, y trastornos del afecto y el estado de ánimo. Se pueden presentar alteraciones psicomotoras similares a la catatonía. Los síntomas generalmente cambian rápidamente, tanto en cuanto a su naturaleza como su intensidad, de un día a otro, o incluso en un solo día. La duración del episodio no excede los tres meses y, generalmente, dura desde unos pocos días hasta un mes. Los síntomas no son una manifestación de otra condición médica (por ejemplo, un tumor cerebral) y no se deben al efecto de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central (por ejemplo, corticosteroides), incluida la abstinencia (por ejemplo, la abstinencia de alcohol).

TRASTORNO DELIRANTE

- **Cambio definición de CIE10:** "trastornos delirantes persistentes: una diversidad de trastornos en los cuales...".
- **Elimina términos:** psicosis paranoide, paranoia, parafrenia, dismorfofobia delirante, paranoia querellante...
- Aparece **criterio temporal:** 3 meses (en DSM-5: 1 mes)
- No aparecen los **subtipos** de DSM-5: erotomaníaco, grandiosidad, celotípico, persecutorio, somático o mixto.

Descripción

El trastorno delirante se caracteriza por el desarrollo de un delirio o un conjunto de delirios relacionados, que por lo general persisten durante al menos tres meses y, a menudo, mucho más tiempo, en ausencia de un episodio depresivo, maniaco o mixto. Los delirios varían en contenido entre individuos, pero son típicamente estables dentro de los individuos, aunque pueden evolucionar con el tiempo. Otros síntomas característicos de la esquizofrenia (por ej., alucinaciones claras y persistentes, síntomas negativos, pensamiento desorganizado o experiencias de influencia, pasividad o control) no están presentes, aunque varias formas de alteraciones de la percepción (por ej., alucinaciones, ilusiones, identificaciones erróneas de personas) están relacionadas temáticamente al delirio y siguen siendo consistentes con el diagnóstico. Aparte de las acciones y actitudes directamente relacionadas con el delirio o el sistema delirante, el afecto, el habla y el comportamiento normalmente no se ven afectados. Los síntomas no son una manifestación de otra afección médica (por ejemplo, un tumor cerebral) y no se deben al efecto de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central (por ejemplo, corticosteroides), incluidos los efectos de abstinencia (por ejemplo, abstinencia de alcohol).



SECCIÓN III DSM-5: SÍNDROME PSICÓTICO ATENUADO (SPA)

*Propuesta diagnóstica Sección III DSM-5 (también aparece en “Otros trastornos psicóticos especificados”. CIE-10 nombra términos similares (psicosis latente, psicosis prodrómica). **CIE-11 no menciona nada referente.***

A. Al menos uno de los siguientes está presente de manera atenuada, con **juicio de realidad relativamente intacto**, y es de gravedad/frecuencia suficiente para **justificar la atención clínica**:

1. **Delirios.**

2. **Alucinaciones.**

3. **Discurso desorganizado.**

B. Los síntomas han estado presentes al menos **una vez a la semana durante el último mes.**

C. Los síntomas deben haber **comenzado o empeorado en el último año.**

D. Los síntomas son suficientemente angustiantes e incapacitantes como para **justificar la atención clínica.**

E. Los síntomas **no se explican mejor por otro trastorno mental**, incluyendo un trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas, y no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

F. Nunca se han cumplido criterios para **ningún trastorno psicótico.**

SPA: EMAR VS. PRÓDROMOS

- **Propuesta diagnóstica del DSM-5** que trata de identificar a personas con un estado mental de alto riesgo (**EMAR**) que pueda ser predictor de transición a la psicosis.
- El concepto de pródromo está siendo sustituido por el de “Estados Mentales de Alto Riesgo” (EMARs) (*Yung et al., 2012*).
- **Pródromo**: asociado al desarrollo de un trastorno psicótico. Énfasis en una evaluación retrospectiva.
- **EMAR**: factor de riesgo para el desarrollo de psicosis. Énfasis al seguimiento longitudinal de los signos y síntomas que no evolucionan necesariamente hacia un cuadro clínico o hacia la psicosis en particular.
- **Cambio de paradigma**: de causa-efecto a un enfoque probabilístico de estimación de riesgo. La función sería la detección temprana, no el diagnóstico temprano.

EXPERIENCIAS PSICÓTICAS ATENUADAS

- **Fenotipo psicótico subclínico en la población general:** síntomas psicóticos por debajo del umbral clínico, no asociados necesariamente a un trastorno mental ni a un tratamiento (Fonseca, Paino y Fraguas, 2013).
- El **SPA** sería la **expresión fenotípica intermedia** de un continuo psicopatológico, con potencial transición a una psicosis franca, aunque sin riesgo seguro de tal evolución.

FIGURA 1
ARQUITECTURA DEL FENOTIPO PSICÓTICO,
MODIFICADO DE YUNG ET AL., (2007)



EXPERIENCIAS PSICÓTICAS ATENUADAS

- Pueden representar **vulnerabilidad latente** a la psicosis.
- **Incidencia** media anual: **7.5%** (Fonseca, Paino y Fraguas, 2013).
- Más frecuentes en la **adolescencia** que en la adultez.
- El **20-30%** de los casos **persiste** en el tiempo. Predicen la transición a trastornos psicóticos particularmente si hay persistencia.
- De aquellos casos que persisten el **7,4% desarrolla psicosis** (Fonseca, Paino y Fraguas, 2013).
- Es necesario la confluencia de **otros factores** asociados (familiares con psicosis, estrategias de afrontamiento, funcionamiento social, alteración afectiva...) para la transición a un cuadro clínico.
- Se asocian con los **mismos factores de riesgo** psicosociales encontrados en pacientes con psicosis (edad joven, bajos ingresos, consumo de cannabis, traumas en la infancia...).
- Pueden tener significados clínico-patológicos y **trayectorias evolutivas diferentes** (psicosis esquizofrénicas, psicosis afectivas, otros T.M., mantenimiento subclínico, remisión...).
- También suelen presentar **alteraciones emocionales, comportamentales, psicofisiológicas, neurocognitivas y/o sociales** (Fonseca-Pedrero; Paino, 2011).

SÍNDROME PSICÓTICO ATENUADO: VALOR PREDICTIVO

- **Datos confusos** y poco consistentes.
- Datos **dependen de los criterios** utilizados: “Síndrome psicótico atenuado (**SPA**)”, “Síndrome de riesgo de psicosis”, “Ultra alto riesgo (**UAR**)”...
- **22%** (en pacientes SPA) probabilidad de desarrollar trastorno psicótico en un año, frente al 0.015% (*Fuster, 2012*).
- METANÁLISIS n= 2182 alto riesgo → de los que transitan el **73%** lo hace al espectro de la **psicosis** no afectiva. El **11%** a **psicosis afectivas** (*Undurraga, 2021*).
- Dentro del grupo que transita, un **60%** lo hace hacia la **psicosis no afectiva**, el resto puede mantenerse subclínico, o transitar a psicosis afectiva, ansiedad, depresión, TP, abuso de sustancias... (*Undurraga, 2021*).

ESTUDIOS LONGITUDINALES

- **NAPLS** (North American Prodrome Longitudinal Study): Escala SIPS (síntomas positivos, negativos, y de desorganización). 6 meses – 3 años y n=377 pacientes prodrómicos. RESULTADOS: **40%** evolucionan a trastorno psicótico.
- **OASIS** (Outreach and Support in South London): n=290 pacientes UAR. **15.2%** episodio psicótico aguda y **62%** comorbilidad: ansiedad y depresión mayor.
- **PACE** (Personal Assessment and Crisis Evaluation Clinic): n=414 seguidos entre 2.4 y 15 años. Los **2 primeros años** máximo riesgo (tasa **20.4%** conversión a t. psicótico). Riesgo significativo hasta **9.7 años**.

SÍNDROME PSICÓTICO ATENUADO: VALOR PREDICTIVO

- **SÍNTOMAS NEGATIVOS:** (Piskulic, 2012). n = 138 (del estudio NALS). El **82%** presenta al menos un síntoma negativo (abulia y aislamiento social). **A mayor severidad y persistencia, mayor riesgo de desarrollar trastorno psicótico.**
- **SÍNTOMAS COGNITIVOS:** metanálisis (Fusar-Poli, 2012). n = 598 pacientes de UAR. Peor desempeño en evaluación neuropsicológica (fluencia verbal, atención, memoria visual y verbal) y cognición social → **mayor riesgo de evolución a psicosis** en 19 meses.
- **CONCLUSIONES:**
 - a) $\frac{1}{3}$ transitan a **psicosis** en 3 años, $\frac{1}{3}$ mantienen síntomas **subclínicos** y $\frac{1}{3}$ **remiten** (Undurraga et al., 2021).
 - b) El **riesgo de conversión** a trastorno psicótico es **bajo-moderado**, estimado el **29.2% aprox.** (Fonseca, 2013).
 - c) Trayectorias clínicas heterotípicas. ¿Indicador de **vulnerabilidad psicológica inespecífica?**
 - d) **SPA** (DSM-5): falta de valor predictivo porque **solo incluye síntomas positivos**. Necesidad de **incorporar y unificar criterios** para potenciar el valor predictivo: **síntomas cognitivos, negativos y funcionalidad**.

PARA REFLEXIONAR...

- Propuesta diagnóstica del DSM-5 que trata de identificar a personas con un estado mental de alto riesgo (**EMAR**) que pueda ser predictor de transición a la psicosis.

A FAVOR	EN CONTRA
Identificación temprana.	<i>¿Falta de evidencia empírica. Resultados inconsistentes?</i>
Prevención e intervención precoz.	Elevada tasa de falsos positivos (aprox. 75%).
Disminución tasa desarrollo posterior de psicosis .	Baja tasa de transición a la psicosis.
Signos y síntomas factibles de evaluar de forma válida y fiable.	Descenso de umbral clínico → mayor tasa de TM y patologización .
Disminución del sufrimiento asociado a afecciones no clínicas.	Aumento de tratamiento farmacológico .
Promover investigación .	Frontera difusa entre estado clínico y subclínico.
Evitar estigmatización .	Aumento estigma (adolescencia y adultez temprana)

PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN TEMPRANA EN PSICOSIS

- Dirigidos a población de **alto riesgo** (EMAR, SPA, UAR) y a **psicosis temprana**.
 - Las intervenciones en etapas tempranas en población de alto riesgo han mostrado de forma consistente la **reducción de transición a psicosis en 1-2 años** y la **mejora de la funcionalidad a largo plazo**. (Udurruga et al., 2021)
 - Los **programas de intervención temprana** de psicosis **son efectivos** en reducir los síntomas positivos y negativos, disminuir el consumo de sustancias, mejorar el funcionamiento social, la calidad de vida, así como reducir las hospitalizaciones (Valle, 2018).
 - Los elementos que han demostrado su eficacia son el **tratamiento psicológico, farmacológico** e intervención **familiar** (Valle, 2018).
- ¿Estos **resultados satisfactorias** en intervención temprana podrían **justificar el establecimiento de la categoría diagnóstica de SPA?**
 - Algunos autores proponen **utilizar este diagnóstico de una forma flexible y cautelosa**. Tener en cuenta la **inespecificidad** de los síntomas iniciales y la **heterogeneidad** de las trayectorias, así como las **ventajas** de una intervención precoz.

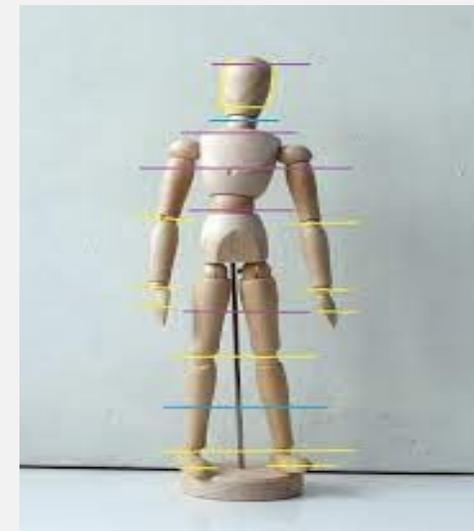
TRASTORNOS DE DISTRÉS CORPORAL O DE LA EXPERIENCIA CORPORAL

DSM-5 TRASTORNO DE SÍNTOMA SOMÁTICO Y RELACIONADOS	CIE-10 TRASTORNOS SOMATOMORFOS (EN TRASTORNOS NEURÓTICOS SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS)	CIE-11 TRASTORNOS DE DISTRÉS CORPORAL O DE LA EXPERIENCIA CORPORAL
<ul style="list-style-type: none"> ➤ TRASTORNO DE SÍNTOMA SOMÁTICO ➤ TRASTORNO DE ANSIEDAD POR ENFERMAR (hipocondría) ➤ TRASTORNO DE CONVERSIÓN ➤ FACTORES PSICOLÓGICOS QUE INFLUYEN EN OTRAS AFECCIONES MÉDICAS ➤ OTRO TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS ESPECIFICADO ➤ TRASTORNO FACTICIO 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN</u> → ➤ <u>TRASTORNO SOMATOMORFO INDIFERENCIADO</u> → ➤ TRASTORNO DE DOLOR SOMATOMORFO PERSISTENTE ➤ TRASTORNO HIPOCONDRIACO ➤ OTROS TRASTORNOS SOMATOMORFOS ➤ DISFUNCIÓN VEGETATIVA SOMATOMORFA 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ TRASTORNO DE DISTRÉS CORPORAL ➤ DISFORIA DE LA INTEGRIDAD CORPORAL ➤ OTROS TRASTORNOS DEL DISTRÉS CORPORAL O DE LA EXPERIENCIA CORPORAL ESPECIFICADOS ➤ OTROS TRASTORNOS DEL DISTRÉS CORPORAL O DE LA EXPERIENCIA CORPORAL, SIN ESPECIFICACIÓN

TRASTORNOS DE DISTRÉS CORPORAL O DE LA EXPERIENCIA CORPORAL

- El Trastorno de Somatización y el Trastorno Somatomorfo Indiferenciado (CIE-10) se reagrupan en “**Trastorno de Distrés Corporal**”.
- Nuevo dx: **Disforia de la Integridad Corporal**
- Desaparecen los dx de Disfunción Vegetativa Somatomorfa y Trastorno de Dolor Persistente. (CIE-10).
- Desparece la **Hipocondría** en este capítulo (ahora en TOC y Ansiedad).
- No incluye “**Trastorno de Conversión**” (DSM-5) → Trastornos Disociativos.

- ▼ Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal
 - 6C20 Trastorno de distrés corporal
 - 6C20.0 Trastorno de distrés corporal leve
 - 6C20.1 Trastorno de distrés corporal moderado
 - 6C20.2 Trastorno de distrés corporal grave
 - 6C20.Z Trastorno de distrés corporal, sin especificación
 - 6C21 Disforia de la integridad corporal
 - 6C2Y Otros trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal especificados
 - 6C2Z Trastornos de distrés corporal o de la experiencia corporal, sin especificación



TRASTORNO DE DISTRÉS CORPORAL

- El **Trastorno de Somatización** y el **Trastorno Somatomorfo Indiferenciado** se reagrupan en “Trastorno de Distrés Corporal”.
- **Descripción similar** a “Trastorno de Síntoma somático” (DSM-5).
- Desaparece **criterio temporal 2 años**, ahora “varios meses”. (DSM-5: 6 meses)
- Incorpora el concepto de **Neurastenia** (CIE-10).

Descripción

El trastorno de estrés corporal se caracteriza por la presencia de síntomas corporales que afectan al individuo y por una atención excesiva dirigida a los síntomas, que puede manifestarse por el contacto repetido con prestadores de atención médica. Si otra afección de salud está causando o contribuyendo a los síntomas, el grado de atención es claramente excesivo en relación con su naturaleza y progresión. La atención excesiva no se alivia con el examen clínico y los estudios apropiados y la tranquilización. Los síntomas corporales son persistentes, y están presentes la mayoría de los días durante al menos varios meses. Normalmente, el trastorno de distrés corporal implica múltiples síntomas corporales que pueden variar con el tiempo. En ocasiones, hay un solo síntoma, generalmente dolor o fatiga, que se asocia con las otras características del trastorno. Los síntomas y la angustia y la preocupación asociadas tienen al menos algún impacto en el funcionamiento del individuo (por ejemplo, tensión en las relaciones, funcionamiento académico u ocupacional menos efectivo, abandono de actividades de ocio específicas).

Exclusiones

- Síndrome de Tourette (8A05.00)
- Trastornos disociativos (6B60-6B6Z)
- Hipocondriais (6B23)
- Trastorno dismórfico corporal (6B21)
- Trastorno de excoriación (6B25.1)
- Discordancia de género (HA60-HA6Z)
- Disfunciones sexuales (HA00-HA0Z)
- Trastornos por tics (8A05)
- Trastorno sexual por dolor asociado a la penetración (HA20)
- Síndrome de fatiga posviral (8E49)
- síndrome de fatiga crónica (8E49)
- encefalomiелitis miálgica (8E49)
- arrancarse el pelo (6B25.0)
- Trastorno de jalarse el cabello (6B25.0)

DISFORIA DE LA INTEGRIDAD CORPORAL

- **Nueva etiqueta diagnóstica.**
- **Deseo** de ser una persona físicamente **discapacitada**.
- Incluye **ceguera y paraplejia**, a diferencia de definiciones anteriores.
- Inicio **adolescencia**.
- **Sentimiento de inadecuación** con la configuración corporal.
- **Fingir** que tiene discapacidad o **intentos reales** de convertirse en persona discapacitada.
- Dx diferencial con *disforia de género*.

Descripción

La disforia de la integridad corporal se caracteriza por un deseo intenso y persistente de quedar físicamente con discapacidad de manera significativa (p. ej. amputación mayor de alguna extremidad, paraplejia, ceguera), con inicio temprano en la adolescencia acompañado de incomodidad persistente o sentimientos intensos de inadecuación con relación a la configuración de cuerpo sin discapacidad. El deseo de quedar físicamente con discapacidad tiene consecuencias perjudiciales, lo que se manifiesta ya sea con la procuración de este deseo (lo que incluye dedicar tiempo a fingir que tiene discapacidad) interfiriendo así en su productividad, actividades de ocio o el funcionamiento social (por ejemplo, la persona no está dispuesta a tener una relación cercana porque dificultaría su pretensión de tener discapacidad), o con intentos por realmente convertirse en una persona con discapacidad, poniendo en riesgo significativo su salud o su vida. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo, por una enfermedad del sistema nervioso o por otra afección médica, o por la simulación.

Exclusiones

- Discordancia de género en la adolescencia o adultez (HA60)

DISFORIA DE LA INTEGRIDAD CORPORAL: EVOLUCIÓN

“Puedo sentir exactamente la línea donde mi pierna debería acabar y donde debería empezar mi muñón” o “No siento que mis piernas me pertenecen, siento que no deberían estar ahí” (Blom, Hennekam & Denys, 2012)

- Primer caso que se tiene constancia en **1785**. Ciudadano inglés amenaza a un cirujano y consigue que le ampute la pierna. Posteriormente, le expresa en una carta su agradecimiento y lo feliz que era. No se registran más casos hasta finales del **siglo XIX**.
- Furth (**1977**) acuña el término “**apotemnofilia**” (amor por la amputación – **desviación sexual**).
- Bruno (**1997**) “**trastorno facticio de discapacidad**”: devotees, pretenders, wannabes.
- Furth y Smith (**2002**): “**trastorno de identidad de amputado**”
- Fisher (**2011**): “**trastorno de la integridad corporal**” (énfasis en la **identidad corporal**) → aparecieron **más registros**, pero insuficiencia de información clínica y otras patologías como **psicosis**.
- McGeoch (**2011**): “**xenomelia**” (connotación neurológica).
- CIE-11 (**2018**): “**disforia de la integridad corporal**”.
- **DSM-5** aparece como “otros trastornos” en el dx diferencial del Trastorno Dismórfico Corporal: “*El **trastorno de identidad de la integridad corporal (apotemnofilia)** (que no es un trastorno del DSM- 5) implica un deseo de tener una extremidad amputada para corregir una falta de correspondencia entre el sentido que la persona tiene de su identidad corporal y su anatomía real*”.

PARA REFLEXIONAR...

- **Escasez de datos** de prevalencia. Datos **poco fiables**. Se menciona que **3/20 pacientes (¡?)** padecen esta condición (*Kornblad et al., 2020*).
- Problemas y **limitaciones** en la recogida de datos (vergüenza, temor a ser juzgados, equiparación a parafilia...)
- Mayor prevalencia en **Occidente** (4 cosas en total en Oriente) y en **hombres** (30% > mujeres).
- Edad promedio: **16-24 años**. Otras fuentes: **5-15 años**.
- Mayor prevalencia de deseo de amputación de la **pierna izquierda** (correlato neurológico).
- Autores la han considerado dentro de la **psicosis** o de las **parafilias**.
- Trastorno frecuentemente acompañado por un aumento del **arousal sexual** al imaginarse a sí misma amputada, o atracción sexual hacia personas amputadas (*Blom, van der Wal, Vulink, & Denys, 2017*).
- **HALLAZGOS NEUROLÓGICOS (Hipótesis: trastorno neurológico)**
 - Actividad neurológica diferencial en zonas implicadas en el procesamiento corporal (*Blom, 2016*):

- 1) Córtex premotor
- 2) Córtex somatosensorial
- 3) **Lóbulo parietal derecho**

DATOS CORRELACIONALES

PARA REFLEXIONAR...

- **ETIOLOGÍA**

- a) Alteración del procesamiento del self corporal
- b) Alteración de la integración multisensorial
- c) Alteración del sentido de agencia sobre el propio cuerpo



**DESINTEGRACIÓN DEL SELF
COMO CONSTRUCTO UNITARIO
QUE UNE CUERPO Y ESQUEMA
CORPORAL INTERNO**

- **TRATAMIENTO**

- 1984: terapia de movimiento + terapia musical
- 2005: psicoterapia + farmacoterapia (antidepresivos/antipsicóticos) → ligera mejoría
- 2007: frío en la parte izda cerebral → ligera mejoría

- **CONFLICTO ÉTICO**: algunos autores plantean la **amputación como tratamiento** a esta patología mental. Algunos casos en los que se ha realizado, los pacientes refieren aumento significativo de la calidad de vida tras la operación (Smith, 2000).

- 1) Los **pacientes afirman que se sentirían mejor** si se les concediera la cirugía.
- 2) **¿Sería correcto** amputar un miembro sano?
- 3) **Riesgos** que conlleva la cirugía. Se pone en juego la **no maleficencia** y la **beneficencia**.
- 4) **¿Estaría el médico obligado** a realizar esta operación? (eutanasia).

TRASTORNOS PARAFÍLICOS

DSM-5 TRASTORNOS PARAFÍLICOS	CIE-10 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO	CIE-11 TRASTORNOS MENTALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL NEURODESARROLLO
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de voyeurismo • Trastorno de exhibicionismo • Trastorno de froteurismo • Trastorno de masoquismo sexual • Trastorno de sadismo sexual • Trastorno de pedofilia • Trastorno de fetichismo • Trastorno de travestismo 	<p>Trastornos de la inclinación sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exhibicionismo • Fetichismo • Paidofilia • Sadomasoquismo • Travestismo fetichista • Escoptofilia • T. múltiples de la inclinación sexual <p>Trastornos de la identidad sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transexualismo • Travestismo no fetichista • T. de la identidad sexual en la infancia <p>Trastornos del desarrollo y la orientación sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la maduración sexual • Orientación sexual egodistónica • Trastorno de la relación sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno exhibicionista • Trastorno voyeurista • Trastorno pedofílico • Trastorno por sadismo sexual coercitivo • Frotismo • Otros trastornos parafílicos que involucran a personas sin su consentimiento • Trastornos parafílicos que involucra comportamientos en solitario o individuos que dieron su consentimiento

TRASTORNOS PARAFÍLICOS

- Trastornos de la inclinación sexual → **Trastornos parafílicos**
- Únicos dentro de TM
- Obliga a que haya un **acto o marcado malestar**
- Incluye: Frotismo
- Excluye:
 - Fetichismo
 - Travestismo fetichista
 - Masoquismo

▼ Trastornos parafílicos

6D30 Trastorno exhibicionista

6D31 Trastorno voyeurista

6D32 Trastorno pedofílico

6D33 Trastorno por sadismo sexual coercitivo

6D34 Frotismo

6D35 Otros trastornos parafílicos que involucran a personas sin su consentimiento

6D36 Trastorno parafílico que involucra comportamientos en solitario o individuos que dieron su consentimiento

6D3Z Trastornos parafílicos, sin especificación

TRASTORNOS PARAFÍLICOS

- Excluyen:
 - Conductas **consensuadas** que ocurren con consentimiento
 - Formas socialmente **sancionadas** de exhibicionismo
 - Conductas sexuales entre niños pre-púberales **cercanos en edad**

▼ Trastornos parafílicos

6D30 Trastorno exhibicionista

6D31 Trastorno voyeurista

6D32 Trastorno pedofílico

6D33 Trastorno por sadismo sexual coercitivo

6D34 Frotismo

6D35 Otros trastornos parafílicos que involucran a personas sin su consentimiento

6D36 Trastorno parafílico que involucra comportamientos en solitario o individuos que dieron su consentimiento

6D3Z Trastornos parafílicos, sin especificación

OTROS TRASTORNOS QUE INVOLUCRAN A PERSONAS SIN SU CONSENTIMIENTO

- Personas que **no pueden** dar su consentimiento
- No incluye actos consensuados

Descripción

El trastorno parafílico de otro tipo que involucra a individuos sin su consentimiento se caracteriza por un patrón sostenido, focalizado e intenso de excitación sexual, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, deseos intensos o conductas sexuales en donde el objeto del patrón de excitación involucra a otros que no están dispuestos o no pueden dar su consentimiento y que no está específicamente descrito en ninguna otra categoría de los trastornos parafílicos (p. ej., patrones de excitación que involucran a cadáveres o animales). El individuo debe haber actuado según estos pensamientos, fantasías o urgencias o experimentar un marcado malestar debido a ellos. El trastorno excluye específicamente las conductas sexuales que ocurren con el consentimiento de las personas involucradas, siempre que tengan la capacidad de dar su consentimiento.

TRASTORNOS QUE
INVOLUCRAN
COMPORTAMIENTOS EN
SOLITARIO O INDIVIDUOS QUE
DIERON SU CONSENTIMIENTO

- Malestar por la conducta (que no se debe a rechazo social)
- Riesgo vital

Descripción

El trastorno parafilico que involucra comportamientos en solitario o individuos que dieron su consentimiento se caracteriza por un patrón persistente e intenso de excitación sexual atípica, que se manifiesta con pensamientos, fantasías, urgencias o conductas sexuales que involucran a adultos que dieron su consentimiento o son conductas en solitario. Uno de los dos elementos siguientes debe estar presente: 1) la persona experimenta un marcado malestar por la naturaleza del patrón de excitación y su malestar no es una simple consecuencia del rechazo o temor al rechazo de los demás por el patrón de excitación; o 2) la naturaleza del comportamiento parafilico involucra un riesgo significativo de lesión o muerte para el individuo (p. ej., asfixiofilia o asfixia erótica).

PARA REFLEXIONAR...

- Avance **libertad sexual**.
- CIE-11: condiciones relevantes para la salud pública/psicopatología vs. reflejo de conductas privadas.
 - Fetichismo, Travestismo y Sadomasoquismo = **conductas consensuadas** que no implican daños.
 - No relevancia clínica/malestar → base para denominar como trastorno altamente cuestionable → juicio social.
 - Diagnósticos representan la **estigmatización** de la conducta social “atípica” de las personas según sus intereses sexuales (Reiersøl y Skeid).

PARA REFLEXIONAR...

- Incluirlo = incompatible con los derechos humanos según ONU y OMS al estigmatizar a estas personas (Drew et al., 2011).
- Mantiene diagnóstico conductas que sí que generan **malestar**/daño.
 - ¿Mismo patrón que con Homosexualidad/Disforia (Trastorno → Solo si genera malestar → Desaparece).
- Algunos autores = insuficiente → **eliminación por completo** (Moser & Kleinplatz, 2005)
 - CIE-11: síntomas o conductas asociadas en su mayoría a malestar y que interfieren en el funcionamiento.
 - Accesibilidad al tratamiento.
 - Utilidad a nivel **forense** (Becker, Stinson, Tromp, & Messer, 2003).

PARA REFLEXIONAR...

- Excluye comportamientos “que no hacen daño a nadie” = **juicio subjetivo** → críticas desde las asociaciones de protección a víctimas
 - CIE-11 no sugiere descriminalizar estas conductas, sino facilitar la intervención y la evaluación.
 - No reconocer que los trastornos parafílicos se asocian con gran cantidad de **agresiones sexuales** = fallar a la hora de intervenir y prevenir.
 - Actualmente investigaciones a nivel **legal** y político sobre este aspecto.

CONDICIONES RELACIONADAS CON LA SALUD SEXUAL

DSM-5 DISFUNCIONES SEXUALES	CIE-10 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES SOMÁTICOS	CIE-11 CONDICIONES RELACIONADAS CON LA SALUD SEXUAL
<ul style="list-style-type: none"> • Eyaculación retardada • Trastorno eréctil • Trastorno orgásmico femenino • Trastorno del interés/Excitación sexual femenino • Trastorno del dolor génito-pélvico/penetración • Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón • Eyaculación prematura 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción sexual no orgánica • Ausencia o pérdida del deseo sexual • Rechazo sexual • Fracaso de la respuesta genital • Disfunción orgásmica • Eyaculación precoz • Dispareunia • Vaginismo • Impulso sexual excesivo 	<p>Disfunciones sexuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disfunción por deseo sexual hipoactivo • Disfunciones de la excitación sexual • Disfunciones orgásmicas • Disfunciones eyaculatorias <p>Trastornos sexuales por dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asociado a la penetración • Dispareunia <p>Discordancia de género</p>

DISFUNCIONES SEXUALES

- **Dejan de considerarse TM**
- Se elimina “Orientación sexual egodistónica”
- Generalizado/Situacional
- Adquirido/Toda la vida
- Masculino/Femenino
- Incluye: Eyaculación retrógrada

- ▼ Disfunciones sexuales
 - ▼ HA00 Disfunción por deseo sexual hipoactivo
 - HA00.0 Disfunción por deseo sexual hipoactivo, de toda la vida, generalizada
 - HA00.1 Disfunción por deseo sexual hipoactivo, de toda la vida, situacional
 - HA00.2 Disfunción por deseo sexual hipoactivo, adquirida, generalizada
 - HA00.3 Disfunción por deseo sexual hipoactivo, adquirida, situacional
 - HA00.Z Disfunción por deseo sexual hipoactivo, sin especificación
 - ▼ HA01 Disfunciones de la excitación sexual
 - ▶ HA01.0 Disfunción de la excitación sexual femenina
 - ▶ HA01.1 Disfunción eréctil masculina
 - HA01.Y Otras disfunciones especificadas de la excitación sexual
 - HA01.Z Disfunciones de la excitación sexual, sin especificación
 - ▼ HA02 Disfunciones orgásmicas
 - ▶ HA02.0 Anorgasmia
 - HA02.Y Otras disfunciones orgásmicas especificadas
 - HA02.Z Disfunciones orgásmicas, no especificadas
 - ▼ HA03 Disfunciones eyaculatorias
 - ▶ HA03.0 Eyaculación precoz masculina
 - ▶ HA03.1 Eyaculación retardada masculina
 - MF40.3 Eyaculación retrógrada
 - HA03.Y Otras disfunciones eyaculatorias especificadas
 - HA03.Z Disfunciones eyaculatorias, sin especificación
 - ▶ GC42 Disfunción sexual asociada a prolapso de órganos pélvicos
 - HA0Y Otras disfunciones sexuales especificadas
 - HA0Z Disfunciones sexuales, sin especificación
- ▼ Trastornos sexuales por dolor
 - ▶ HA20 Trastorno sexual por dolor asociado a la penetración
 - GA12 Dispareunia

DISCORDANCIA DE GÉNERO

- **Deja de considerarse TM**
- **No hay distinción en niños-adultos**
- **Habla de discordancia sexo-género**

Descripción

La discordancia de género se caracteriza por una marcada y persistente discordancia entre el género experimentado de la persona y el sexo asignado. Las variaciones en el comportamiento de género y las preferencias no constituyen por sí solas la base para asignar los diagnósticos en este grupo.

Exclusiones

- Trastornos parafilicos (6D30-6D3Z)

PARA REFLEXIONAR...

- ¿Son las DISFUNCIONES SEXUALES trastornos mentales?
 - CIE-11: la clasificación CIE-10 se basaba en una distinción entre problemas **orgánicos y no orgánicos** que es inconsistente con la evidencia sobre el funcionamiento sexual y la práctica clínica.
 - Permite una presentación más integrada y útil clínicamente.
 - ¿En qué posición deja a la intervención psicológica?

PARA REFLEXIONAR...

- DISCORDANCIA DE GÉNERO = cambio más discutido de la CIE-11.
- Avance en la **despatologización** de las personas trans.
 - Colectivos = insuficiente → eliminación por completo.
 - Colectivos = imposibilidad eliminar definitivamente → asegurar seguimiento médico.
- Peligro continuidad de **cobertura** pública en contextos sanitarios que parten de un diagnóstico.
- Derecho de acceso a una atención sanitaria no debería estar sujeto a una continuada **patologización** de las personas trans.
- ¿Dicotomía real? → 2 derechos fundamentales.

PARA REFLEXIONAR...

- VENTAJAS de la patologización:
 - Dejar de considerarse como algo pecaminoso y amoral → aumento **aceptación** social.
 - Reconocimiento de **derechos** sanitarios.
 - Evitar autotratamientos.
 - Posibilitar **investigación**, educación y comunicación entre profesionales.
 - Para muchas personas = **referente** a partir del cual entenderse y autodefinirse.

PARA REFLEXIONAR...

- VENTAJAS de la patologización:

“La idea de tener una enfermedad ha permitido que estas personas puedan **poner nombre** a su experiencia y **dar sentido** a su dolor...Teniendo en cuenta esto reivindicar que el trastorno es una construcción médico-política y que en realidad no existe en sí mismo tiene un **efecto colateral** muy perverso y es que estas personas sienten que lo que estamos diciendo es que aquello que les pasa **tampoco existe...**”(Missé).

Para muchas personas **referente** a partir del cual entenderse y autodefinirse.

PARA REFLEXIONAR...

- INCONVENIENTES de la patologización:
 - Patologiza identidades no normativas.
 - **No visible** identidades y roles que no se adecuan a normas sociales.
 - Limita posibilidades de participación activa en el proceso de decisión tratamientos sanitarios.
 - **Estigmatización** y discriminación.
 - Relación visión de la transexualidad como trastorno mental → estigmatización, **discriminación** → **violencia**.
 - Influencia de la clasificación psiquiátrica en las **leyes** actuales de reconocimiento de género mediante el requisito de diagnóstico.

PARA REFLEXIONAR...

- Movimiento reivindicativo por la despatologización de la transexualidad (2007)
 - Retirada del Trastorno de los manuales diagnósticos.
 - Propuesta: introducción mención no patologizante de la atención sanitaria trans-específica.
 - Facilitar la cobertura sanitaria desde la despatologización.
 - Nuevo bloque de “**atención sanitaria trans-específica**” en “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”.
 - Descripción no basada en hipótesis etiológicas o **criterios diagnósticos**.
 - Mención de diferentes procedimientos relevantes para la atención sanitaria a personas trans.

TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS

DSM-5 TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA CONDUCTA	CIE-10 TRASTORNOS DE LOS HÁBITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	CIE-11 TRASTORNOS MENTALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL NEURODESARROLLO
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno negativista desafiante • Trastorno de la conducta • Trastorno explosivo intermitente • Trastorno antisocial de la personalidad • Piromanía • Cleptomanía 	<ul style="list-style-type: none"> • Ludopatía • Piromanía • Cleptomanía • Tricotilomanía 	<ul style="list-style-type: none"> • Piromanía • Cleptomanía • Trastorno por comportamiento sexual compulsivo • Trastorno explosivo intermitente • Trastorno por juego de apuestas • Trastorno por uso de videojuegos • Síndrome secundario de control de los impulsos • Trastornos por comportamiento repetitivo centrado en el cuerpo

TRASTORNO POR COMPORTAMIENTO SEXUAL COMPULSIVO

- Nuevo en CIE-11
- No se entiende como una adicción al sexo
- Aplicable a hombres y mujeres

Descripción

El trastorno por comportamiento sexual compulsivo se caracteriza por un patrón persistente de incapacidad para controlar los impulsos sexuales intensos y repetitivos que llevan a un comportamiento sexual repetitivo. Los síntomas pueden incluir actividades sexuales repetitivas que se convierten en un punto central de la vida de la persona hasta el punto de descuidar la salud y el cuidado personal u otros intereses, actividades y responsabilidades; numerosos intentos fallidos por reducir significativamente el comportamiento sexual repetitivo; y un comportamiento sexual repetitivo continuo a pesar de las consecuencias adversas o de que deriva poca o ninguna satisfacción. El patrón de incapacidad para controlar los impulsos sexuales intensos y el comportamiento sexual repetitivo resultante se manifiesta durante un período prolongado (por ejemplo, 6 meses o más) y causa un malestar personal marcado o un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento. La malestar que está completamente relacionado con los juicios morales y la desaprobación acerca de los impulsos o conductas sexuales no es suficiente para cumplir con este requisito.

Exclusiones

- Trastornos parafilicos (6D30-6D3Z)

PARA REFLEXIONAR...

- Autores critican este diagnóstico = prolongación del concepto de **NINFOMANÍA**.
 - Hipersexualidad, desorden psicológico exclusivo de mujeres, caracterizada por una libido muy alta y una obsesión con el sexo.
- No estudios suficientes para determinar datos epidemiológicos y otros datos de interés.
 - Permite diagnóstico en hombres y mujeres.
 - Se estima que aparecería más en hombres que en mujeres.
- **Sobrep patologización** de las conductas sexuales.

PARA REFLEXIONAR...

- CIE-11: preocupación por la sobrep patologización se aborda de forma explícita en la propuesta diagnóstica:
 - No se diagnostica en pacientes con altos niveles de interés sexual que no tienen **falta de control** o **malestar** significativo.
 - No se diagnostica en **adolescentes** con altos niveles de interés sexual o conductas sexuales (masturbación), aunque se asocie con malestar.
 - No se basa en el malestar por **juicios morales** o desaprobación.
- Cubrir demandas de tratamiento.
- Reducir **vergüenza** y culpa asociada.

PARA REFLEXIONAR...

- Debate científico activo = manifestación o no de las **adicciones comportamentales**
 - No estudios sobre **tolerancia y abstinencia**.
 - No estudios sobre factores causales/mantenedores equivalentes a adicciones.
 - Trastornos del control de impulsos → no evidencias suficientes.

TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

▼ Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio

6E20 Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin síntomas psicóticos

6E21 Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, con síntomas psicóticos

6E2Z Trastornos mentales o del comportamiento asociados con el embarazo, el parto o el puerperio, sin especificación

TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON EL EMBARAZO, EL PARTO O EL PUERPERIO

- Nuevo en CIE-11
- Si cumple para otro diagnóstico → 2
- Síntomas durante el embarazo o puerperio
- DSM-5: especificadores

Descripción

Síndromes asociados con el embarazo o el puerperio (que comienzan alrededor de 6 semanas después del parto) que incluyen características mentales y de conducta significativas. Si los síntomas cumplen los requisitos diagnósticos de algún trastorno mental específico se debe asignar también ese diagnóstico.

Codificado en otra parte

- Trastorno psicológico relacionado con fístula obstétrica (GC04.1Y)

PARA REFLEXIONAR...

- **Visibilidad** salud mental durante el embarazo y sus implicaciones.
- Muchas mujeres **no reportan** sus síntomas, no los reconocen, los niegan o minimizan (culpa, vergüenza o desconocimiento).
 - No acceso a **tratamiento** adecuado.
- Posibles diferencias con población no embarazada.
- Implicaciones específicas en el cuidado y el vínculo.
- Detección e intervención **precoz** = prevenir efectos a largo plazo en el **desarrollo** del bebé.

PARA REFLEXIONAR...

- Posible **patologización** de reacciones normales dentro del embarazo.
 - No se especifican síntomas ni síndromes concretos.
 - Juicio subjetivo, sujeto a **estereotipos**.
- Categoría nosológica de depresión postparto = controvertida = **datos insuficientes**.
- Ventajas clínicas categoría diferenciada → **Especificador** (DSM-5).

TRASTORNOS ESPECÍFICAMENTE ASOCIADOS A ESTRÉS

DSM-5 TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL TRAUMA Y EL ESTRÉS	CIE-10 TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECONDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFAS	CIE-11 TRASTORNOS MENTALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL NEURODESARROLLO
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de apego reactivo • Trastorno de relación social desinhibida • TEPT • Trastorno de estrés agudo • Trastorno de adaptación 	<p>Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reacción a estrés agudo • TEPT • Trastornos de adaptación 	<ul style="list-style-type: none"> • TEPT • TEPT complejo • Trastorno de duelo prolongado • Trastorno de adaptación • Trastorno de vinculación reactiva • Trastorno de compromiso social desinhibido

→ Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con los servicios de salud

TEPT COMPLEJO

- Nuevo en CIE-11
- CIE-10: Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica
- Deben cumplirse criterios **TEPT**
- **Desregulación afectiva**
- **Autoconcepto negativo**
- **Perturbación de las relaciones**

Descripción

El trastorno de estrés postraumático complejo (TEPT complejo) es un trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia). Se cumplen todos los criterios de diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. Además, el TEPT complejo se caracteriza por la gravedad y la persistencia de: 1) los problemas en la regulación del afecto; 2) las creencias respecto de sentirse uno mismo disminuido, derrotado o sin valor, así como sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático; y 3) las dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás. Estos síntomas causan un deterioro significativo en la esfera personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Exclusiones

- Trastorno de estrés postraumático (6B40)

TRASTORNO DE DUELO PROLONGADO

- Nuevo en CIE-11
- DSM-5 → Sección III:
 - Otro t. relacionado con el trauma especificado:
Trastorno de duelo complejo persistente
 - Pena intensa y persistente y de reacciones de luto
 - Depresión mayor, Trastorno adaptativo
- CIE-10: Trastorno adaptativo (reacciones de duelo)

Descripción

El trastorno por duelo prolongado es un trastorno en el que, tras la muerte de un compañero, padre, hijo u otra persona cercana al doliente, hay una respuesta de dolor persistente y generalizada caracterizada por la nostalgia por la persona fallecida o preocupación persistente acompañada por un intenso dolor emocional (por ejemplo, tristeza, culpa, ira, negación, reproche, dificultad para aceptar la muerte, sentir que uno ha perdido una parte de sí mismo, incapacidad para experimentar un estado de ánimo positivo, entumecimiento emocional, dificultad para relacionarse con las actividades sociales o de otro tipo). La respuesta de dolor ha persistido durante un período atípicamente largo después de la pérdida (más de 6 meses como mínimo) y claramente mayor que las normas sociales esperadas, por el contexto cultural y religioso del individuo. Las reacciones de duelo que han persistido durante períodos más largos, aunque dentro de lo que sería un período normativo de duelo de determinado contexto cultural y religioso de la persona, son vistas como respuestas de duelo normal y no se les asigna un diagnóstico. La alteración provoca un deterioro significativo en la vida personal, familiar, social, educacional, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

PARA REFLEXIONAR...

- ¿Realmente el TEPT y el TEPT COMPLEJO son dos entidades distintas, o es una cuestión de **grado**?
- ¿Sobrep patologizar a personas con **TLP**?
- CIE-11: evidencia TEPT complejo → peor **pronóstico** y beneficio **tratamientos** diferentes.
- Generalmente múltiples eventos traumáticos, trauma prolongado o muy grave.
- No cumple criterios TLP.
- Síntomas se basan en últimos estudios realizados + opinión de expertos.

PARA REFLEXIONAR...

- **DESNOS:** Disorder of extrem stress nor otherwise specified
 - Personas que cumplían criterios de DESNOS también cumplían criterios de TEPT.
 - Síntomas + representativos DESNOS = desregulación afectiva, el autoconcepto negativo y los problemas interpersonales.
- **CIE-10:** Transformación persistente de la personalidad tras una experiencia catastrófica
 - No interés científico.
 - No tenía en cuenta los estudios estrés prolongado en la infancia.

PARA REFLEXIONAR...

- **Patologización** del DUELO (6 meses)
 - Duelo y pérdida = condiciones omnipresentes → dolor **comprensible**.
 - **Medicalización** innecesaria de un malestar normal.
 - Manejo diferente entre culturas → no estándar uniforme → **discriminación**.
 - Superación = prácticas culturales y religiosas → medicina no debería intervenir en este aspecto.
 - Ya se describe adecuadamente reacciones de ansiedad y **depresión** que provoca.

PARA REFLEXIONAR...

- CIE-11: creciente **evidencia** problemática diferente e incapacitante que no se describe en CIE-10.
- Distintas implicaciones, pronósticos y tratamientos (duelo normal/depresión)
- Peor **pronóstico**, mayor comorbilidad → +6 meses = deterioro.
- Aspectos centrales de la R de duelo (anhelo) son diferentes de la ansiedad y la **depresión** (Prigerson, Horowitz, Jacobs, Parkes, Aslan and Goodkin).
- Predictores distintivos, disfunciones neuronales y patrones cog asociados (Shear, Simon, Wall, Zisook, Neimeyer and Duan).

PARA REFLEXIONAR...

- CIE-11: no es igual que la depresión.
 - Depresión x duelo = menos severa y menos probable recidiva → cuadros diferentes.
 - No responde a **antidepresivos**.
 - Terapia psicológica enfocada en **síntomas** duelo complejo → más efectivo que el tratamiento para la depresión.

PARA REFLEXIONAR...

- Apoyo empírico existencia:
 - Estudios transculturales = porción pequeña pero sig. de personas en duelo que cumplen criterios (10-15%) (Prigerson, Horowitz, Jacobs, Parkes, Aslan and Goodkin 10, Reference Shear, Simon, Wall, Zisook, Neimeyer and Duan).
 - No incluirlo → no **tratamiento** vs. tratamiento adecuado.
 - Criterios elaborados respetar variación procesos normales y culturales.
 - Diagnóstico solo a una **minoría** (10%) de las personas en duelo con deterioro persistente.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

DSM-5 TRASTORNOS DEPRESIVOS	CIE-10 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	CIE-11 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno depresivo mayor • Trastorno distímico • Trastorno depresivo no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> • Episodio maníaco • Trastorno bipolar • Episodio depresivo • Trastorno depresivo recurrente • Trastornos del humor persistentes 	Trastornos depresivos <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno depresivo, episodio único • Trastorno depresivo recurrente • Trastorno distímico • Trastorno mixto de ansiedad y depresión • Trastorno disfórico premenstrual
DSM-5 TRASTORNOS BIPOLARES Y ASOCIADOS		Trastornos bipolares o relacionados <ul style="list-style-type: none"> • TB tipo I • TB tipo II
<ul style="list-style-type: none"> • TB I • TB II • Trastorno ciclotímico 		<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno ciclotímico

PARA REFLEXIONAR...

- Describe una clínica específica que no está representada en ningún otro espacio.
- Adecuado reconocimiento = adecuado **tratamiento**.
- Ignorarlo = desprotección ante una condición de elevado sufrimiento que puede llegar a ser **incapacitante**.

- Riesgo significativo de **falsos positivos**.
- Refuerzo de **actitudes negativas** comunes sobre la menstruación.
- ¿Realmente es necesario tener un diagnóstico para poder obtener una baja?

TRASTORNOS DE ANSIEDAD O RELACIONADOS CON EL MIEDO

DSM-5 TRASTORNOS DE ANSIEDAD	CIE-10 TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFAS	CIE-11 TRASTORNOS MENTALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL NEURODESARROLLO
<ul style="list-style-type: none"> • TAS • Mutismo selectivo • Fobia específica • Trastorno de ansiedad social • Trastorno de pánico • Agorafobia • TAG 	<p>Trastornos de ansiedad fóbica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agorafobia con o sin pánico • Fobias sociales • Fobias específicas <p>Otros trastornos de ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de pánico • TAG • Trastorno mixto ansioso-depresivo <p>TOC</p> <p>Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación</p> <p>Trastornos disociativos</p> <p>Trastornos somatomorfos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • TAG • Trastorno de pánico • Agorafobia • Fobia específica • Trastorno de ansiedad social • Trastorno de ansiedad por separación • Mutismo selectivo • Hipocondría • Síndrome secundario de ansiedad

TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS Y OTROS RELACIONADOS

DSM-5 TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO Y RELACIONADOS	CIE-10 TRASTORNOS DE LOS HÁBITOS Y DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	CIE-11 TRASTORNOS MENTALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL NEURODESARROLLO
<ul style="list-style-type: none"> • TOC • Trastorno dismórfico corporal • Trastorno por acumulación • Tricotilomanía • Trastorno por excoriación 	<p>TOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas • Con predominio de actos impulsivos • Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos 	<ul style="list-style-type: none"> • TOC • Trastorno dismórfico corporal • Trastorno de referencia olfativa • Hipocondría • Trastorno por acumulación • Trastorno por comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo • Síndrome secundario obsesivo-compulsivo o relacionado • Síndrome de Tourette

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

DSM-5 TRASTORNOS DISOCIATIVOS	CIE-10 TRASTORNOS DE CONVERSIÓN (EN “OTROS TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A ESTRÉS Y SOMATOMORFOS”)	CIE-11 TRASTORNOS DISOCIATIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Amnesia disociativa • Trastorno de identidad disociativo • Trastorno de despersonalización/ desrealización • Otro trastorno disociativo especificado • Trastorno disociativo no especificado 	<ul style="list-style-type: none"> • Amnesia disociativa • Fuga disociativa • Estupor disociativo • Trastornos de trance y posesión • Trastornos disociativos de la motilidad • Convulsiones disociativas • Anestesia y pérdidas • Sensoriales disociativas • Trastornos disociativos (y de conversión) mixtos • Otros trastornos disociativos (de conversión): <ul style="list-style-type: none"> - Sd. De Ganser - Trastorno de personalidad múltiple - Trastornos disociativos (de conversión) transitorios de la infancia y la adolescencia - Otros trastornos disociativos (de conversión) no especificados 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de síntomas neurológicos disociativos (especificar afectación) • Amnesia disociativa (con/sin fuga) • Trastorno de identidad disociativa • Trastorno de identidad disociativa parcial • Trastorno de despersonalización y desrealización • Trastorno de trance • Trastorno de trance y posesión • Síndrome secundario disociativo* (A cuadro médico) • Otros trastornos disociativos especificados • Trastorno disociativo sin especificación

IDENTIDAD DISOCIATIVA PARCIAL

- Nuevo en CIE-11
- **Estado personalidad dominante + intrusiones disociativas**
- Aversivas
- A veces toman el control de la cta

VS
IDENTIDAD DISOCIATIVA

- Varios estados personalidad ≠ que toman el control conductual

Descripción

El trastorno de identidad disociativa parcial se caracteriza por una alteración de la identidad en la que hay dos o varios estados de personalidad distintos (identidades disociativas) asociados con discontinuidades marcadas en el sentido de identidad y agencia. Cada estado de personalidad incluye su propio patrón de experiencia, percepción, concepción y relación con el yo, el cuerpo y el entorno. Un estado de personalidad es dominante y normalmente funciona en la vida cotidiana, pero es invadido por uno o más estados de personalidad no dominantes (intrusiones disociativas). Estas intrusiones pueden ser cognitivas, afectivas, perceptivas, motoras o conductuales. Se considera que interfieren con el funcionamiento del estado de personalidad dominante y son típicamente aversivos. Los estados de personalidad no dominantes no toman de manera recurrente el control ejecutivo de la conciencia y el funcionamiento del individuo, pero puede haber episodios ocasionales, limitados y transitorios, en los que un estado de personalidad distinta asume el control ejecutivo para participar en comportamientos circunscritos, como en respuesta a situaciones extremas, estados emocionales o durante episodios de autolesión o recreación de recuerdos traumáticos. Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del desarrollo neurológico, y no se deben a los efectos directos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central, incluidos los efectos de la abstinencia, ni se deben a una enfermedad del sistema nervioso o trastorno del ciclo de sueño y vigilia. Los síntomas causan un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

TRANCE

- Separación de trance y trance y posesión
- **Alteración sentido de identidad, percepción y movimiento, control ejecutivo**
- Indeseado
- No cultural

Descripción

El trastorno de trance se caracteriza por estados de trance en los que hay una marcada alteración en el estado de conciencia del individuo o una pérdida del sentido acostumbrado de identidad personal del individuo, en el que el individuo experimenta un estrechamiento de la conciencia del entorno inmediato o un enfoque inusualmente estrecho y selectivo que se centra en los estímulos ambientales y la restricción de movimientos, las posturas y discursos hasta la repetición de un pequeño repertorio que se experimenta como fuera del control de uno. El estado de trance no se caracteriza por la experiencia de ser reemplazado por una identidad alternativa. Los episodios de trance son recurrentes o, si el diagnóstico se basa en un solo episodio, el episodio ha durado al menos varios días. El estado de trance es involuntario e indeseado y no se acepta como parte de una práctica cultural o religiosa colectiva. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante otro trastorno disociativo y no se explican mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del desarrollo neurológico. Los síntomas no se deben a los efectos directos de una sustancia o medicamento en el sistema nervioso central, incluidos los efectos de la abstinencia, agotamiento o estados hipnagógicos o hipnopompáticos, y no se deben a una enfermedad del sistema nervioso, traumatismo craneal o trastorno del ciclo de sueño y vigilia. Los síntomas dan como resultado una angustia significativa o un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento.

PARA REFLEXIONAR...

- Movimiento de las falsas memorias y dudas realidad diagnóstica TID
- Alteraciones de la memoria, del afecto, de la percepción, la conducta, lo sensoriomotor y la identidad... ¿Utilidad modelo categorial VS dimensional?
- Trauma y disociación. Dimensión rta normal y psicopatología. Papel de la regulación emocional como vv mediadora.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y RASGOS RELACIONADOS

DSM-5 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	CIE-10 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EL ADULTO	CIE-11 TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y RASGOS RELACIONADOS
<p>Cluster A:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Trastorno paranoide de la personalidad •Trastorno esquizoide de la personalidad •Trastorno esquizotípico de la personalidad <p>Cluster B:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Trastorno límite de la personalidad •Trastorno antisocial de la personalidad •Trastorno narcisista de la personalidad •Trastorno histriónico de la personalidad <p>Cluster C:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Trastorno de la personalidad por evitación •Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad •Trastorno de la personalidad por dependencia <p>Otros trastornos de la personalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Cambio de personalidad debido a otra afección médica •Otro trastorno de la personalidad especificado •Trastorno de la personalidad no especificado <p>SECCIÓN III: Modelo alternativo TP</p>	<p>Trastornos específicos de la personalidad</p> <p>Trastornos graves del carácter que generalmente generan alteraciones sociales y personales considerables</p> <ul style="list-style-type: none"> •Paranoide •Esquizoide •Disocial •Inestabilidad emocional de la personalidad •Histriónico •Narcisista •Ansioso •Dependiente •Anancástico •Sin especificar <p>Trastornos mixtos</p> <p>Cuando un TP comprende características que no permiten una clasificación concreta</p> <ul style="list-style-type: none"> •Trastornos mixtos de la personalidad •Variaciones problemáticas de la personalidad <p>Transformaciones persistentes de la personalidad</p> <p>Como consecuencia de experiencias traumáticas, enfermedades psiquiátricas, otras transformaciones y transformaciones sin especificar</p>	<p>Trastorno de personalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> •Trastorno de personalidad leve •Trastorno de personalidad moderado •Trastorno de personalidad grave •Trastorno de personalidad no especificada <p>Rasgos o patrones de personalidad prominentes</p> <ul style="list-style-type: none"> •Afectividad negativa en los trastornos o dificultades de la personalidad •Desapego en los trastornos o dificultades de la personalidad •Comportamiento disocial en los trastornos o dificultades de la personalidad •Deshinhibición en los trastornos o dificultades de la personalidad •Características anancásticas en los trastornos o dificultades de la personalidad •Patrón límite <p>Cambio de personalidad secundario* (A otro cuadro de salud)</p> <p>Dificultades de personalidad</p> <hr style="border: 2px solid red;"/> <p style="text-align: right;">  </p> <p style="text-align: right;">Factores que influyen en el estado de salud o el contacto con servicios de salud</p>

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y RASGOS RELACIONADOS

- Criterio temporal 2 a
- NO categorías específicas
- **Nivel de gravedad y rasgos**
- Visión más aproximada a la realidad clínica
- Similar a modelo alternativo propuesto DSM-5
- **Fx intrapersonal** (Identidad y autodirección) e **interpersonal** (empatía e intimidad)
- **Dimensiones:** Emocionalidad (-), desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo

- ▼ Trastornos de la personalidad y rasgos relacionados
 - ▼ 6D10 Trastorno de personalidad
 - 6D10.0 Trastorno de personalidad leve
 - 6D10.1 Trastorno de personalidad moderado
 - 6D10.2 Trastorno de personalidad grave
 - 6D10.Z Personality disorder, severity unspecified [No translation available]**
 - ▼ 6D11 Rasgos o patrones de personalidad prominentes
 - 6D11.0 Afectividad negativa en los trastornos o dificultades de la personalidad
 - 6D11.1 Desapego en los trastornos o dificultades de la personalidad
 - 6D11.2 Comportamiento disocial en los trastornos o dificultades de la personalidad
 - 6D11.3 Desinhibición en los trastornos o dificultades de la personalidad
 - 6D11.4 Características anancásticas en los trastornos o las dificultades de la personalidad
 - 6D11.5 Patrón límite
- 6E68 Cambio secundario de la personalidad

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

LEVE

- Afecta a algunas áreas del fx de la personalidad. No todas y pueden no ser evidentes en algunos contextos.
- Hay problemas en ↑ relaciones interpersonales o en el desempeño de los roles ocupacionales y sociales
- Algunas relaciones/roles
- No daños sustanciales a sí mismo ni a los demás, sí malestar significativo/deterioro en áreas importantes del fx que se limitan a áreas circunscritas (relaciones románticas, empleo) o presentes en múltiples áreas, de forma leve.

MODERADO

- Afecta a múltiples áreas del fx de la personalidad
- Problemas marcados en ↑ relaciones, y en el desempeño de la mayoría de los roles y ocupaciones
- Es probable que las relaciones se caractericen por conflicto, evitación, retiro o dependencia extrema.
- A veces se asocia con daños a sí mismo o a otros, y se relaciona con deterioro marcado en áreas importantes de fx.

GRAVE

- Alteraciones graves en el fx del yo (sentido del yo inestable, rigidez, autodesprecio o grandiosidad y excentricismo).
- Afecta gravemente a casi todas las relaciones, y la capacidad/voluntad de desempeñar roles sociales y laborales está ausente o gravemente comprometida.
- Se asocia con daños a sí mismo u otros, y con un deterioro grave en todas o casi todas las áreas de la vida, áreas importantes de funcionamiento

RASGOS DE PERSONALIDAD PROMINENTES

CIE-11

AFECTIVIDAD (-): emociones negativas ↑ frecuencia e intensidad, labilidad emocional, ↓ RE, actitudes negativistas, ↓ autoestima y desconfianza
DESAPEGO: Social y emocional
COMPORTAMIENTO DISOCIAL: Egocentrismo y falta de empatía
DESINHIBICIÓN: Impulsividad, irresponsabilidad, imprudencia, falta de planificación
CARACTERÍSTICAS ANANCÁSTICAS: Perfeccionismo y control emocional y de la cta
PATRÓN LÍMITE: Inestabilidad, impulsividad, identidad, autoagresividad, vacío, disociación... → DX TLP

DSM-5

EMOCIONALIDAD (-)
DESAPEGO
ANTAGONISMO
DESINHIBICIÓN
PSICOTICISMO

MODELO 5 GRANDES

NEUROTICISMO
EXTROVERSIÓN
AMABILIDAD
ESCRUPULOSIDAD
APERTURA A LA EXPERIENCIA

PARA REFLEXIONAR...

- Grupo de trabajo para clasificación dimensional TP (Tyrer, 2011): presencia de TP, severidad y configuración personalidad: dominio de rasgos.
- Problemas clasificación categorial:
 - comorbilidad, arbitrariedad umbrales normalidad/patología → Ausencia de validez y utilidad clínica (Tyrer et al, 2015)
 - Infradiagnostico TP en personas con otros TM (Reed et al, 2019)
- ↑ predictor de resultados del tto la gravedad que el dx de un TP en específico (Crawford et al, 2011), TP ↑ gravedad ↑ rasgos (OMS, 2020)
- Posibilidad de valorar dificultades personalidad que tienen implicaciones sanitarias sin la gravedad de un TM

PARA REFLEXIONAR...

- **¿VALIDEZ RASGOS?**

- Desinhibición y rasgos anancásticos, ¿polos de un continuo? (Crego y Widiger, 2020)
- Validez convergente con rasgos DSM-5
- ↓ Validez discriminante → superposición dominios
- ¿Factor G-TP? (Gutierrez et al, 2021)

- **¿RASGO LÍMITE?**

- **A favor:** utilidad clínica, transición de CIE-10 a CIE-11 (Reed, 2019)
- **En contra:** confluencia de \neq rasgos, disfunción personalidad \uparrow gravedad (Mulder, 2020)

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

DSM-5 TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE LA INGESTIÓN	CIE-10 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADO A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y A FACTORES SOMÁTICOS	CIE-11 TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO
<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia nerviosa • Bulimia nerviosa • Trastorno por atracón • Pica • Trastorno de rumiación • Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de comida • Otro trastorno específico de la alimentación • TCA no especificado 	<p>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anorexia nerviosa • Anorexia nerviosa atípica • Bulimia nerviosa • Bulimia nerviosa atípica • Hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos • Vómitos asociados a otros trastornos psicológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia nerviosa • Bulimia nerviosa • Trastorno por atracón • Trastorno de pica • Trastorno por rumiación o regurgitación • Trastorno evitativo o restrictivo de la ingesta de comida • Otros trastornos especificados del comportamiento alimentario • TCA no especificado

TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS

DSM-5 TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS	CIE-10 TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS, INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS	CIE-11 TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS
<p>Delirium:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inducido por sustancias • Inducido por abstinencia de sustancias • Inducido por medicación • Debido a otra condición médica • Debido a múltiples etiologías <p>Trastorno neurocognitivo mayor. Debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Alzheimer • Degeneración frontotemporal • Cuerpos de Lewy • Enfermedad vascular • Traumatismo craneoencefálico • Uso de sustancias/medicación • Infección por VIH • Enfermedad por priones • Enfermedad de Parkinson • Enfermedad de Huntington • Otra condición médica • Múltiples etiologías • Sin especificar <p>Trastorno neurocognitivo leve. Debido a (=tno. Neurocognitivo mayor)</p>	<p>Delirium no inducido por sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delirium no superpuesto a demencia • Delirium superpuesto a demencia • Otro delirium no inducido por alcohol o droga • Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicoactivas sin especificación <p>Demencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la enfermedad de Alzheimer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Inicio precoz <65 ○ Inicio tardío >65 ○ Atípica o mixta ○ Sin especificación • Vascular: <ul style="list-style-type: none"> ○ De inicio agudo ○ Multiinfarto ○ Subcortical ○ Mixta cortical y subcortical ○ Otra demencia vascular ○ Sin especificación • Demencia en las enfermedades clasificadas en otro lugar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermedad de Pick ○ Enfermedad de Creutzfeld-Jacob ○ Enfermedad de Huntington ○ Enfermedad de Parkinson ○ Infección por VIH ○ Enfermedades específicas clasificadas en otro lugar • Sin especificación 	<p>Delirium:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Delirium por enfermedad clasificada en otra parte • Delirium debido a sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos • Delirium debido a factores etiológicos múltiples • Delirium debido a factores etiológicos desconocidos o no especificados <p>Demencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demencia debida a la enfermedad de Alzheimer • Demencia debida a una enfermedad cerebrovascular • Demencia debida a la enfermedad por cuerpos de Lewy • Demencia frontotemporal • Demencia por sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos • Demencia debida a enfermedades clasificadas en otra parte • Trastornos psicológicos o del comportamiento en la demencia • Otra demencia especificada • Sin especificación

TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS

DSM-5 TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS	CIE-10 TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS, INCLUIDOS LOS SINTOMÁTICOS	CIE-11 TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS
	<p>Síndrome amnésico orgánico o inducido por sustancias</p> <p>Delirium no inducido por sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> •No superpuesto a demencia •Superpuesto a demencia •Otro •No especificado <p>Otros trastornos mentales provocados por lesiones o disfunciones cerebrales o enfermedad somática:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Alucinosis orgánica •Trastorno catatónico orgánico •Trastorno disociativo orgánico •Trastornos de labilidad emocional orgánico •Trastorno cognoscitivo leve •Otro •No especificado <p>Trastorno de la personalidad y del comportamiento como consecuencia de enfermedad, lesión o disfunción cerebral:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Trastorno orgánico de la personalidad •Sd. Postencefalítico •Sd. Postconmocional •Otro •No especificado <p>Trastornos mentales orgánicos o sintomatológicos sin especificación</p>	<p>Trastorno Amnésico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno amnésico por enfermedades clasificadas en otra parte • Trastorno amnésico debido a sustancias psicoactivas, incluidos los medicamentos • Trastorno amnésico debido a factores etiológicos desconocidos o no especificados • Otro trastorno amnésico especificado • Sin especificación <p>Trastorno neurocognitivo leve</p> <p>Síndrome neurocognitivo secundario</p> <p>Otros trastornos neurocognitivos especificados</p> <p>Trastornos neurocognitivos sin especificación</p>

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y LA VIGILIA

- Capítulo a parte en CIE-11

- ▼ 07 Trastornos del sueño y la vigilia
 - ▶ Trastornos de insomnio
 - ▶ Trastornos de hipersomnolencia
 - ▶ Trastornos respiratorios relacionados con el sueño
 - ▶ Trastornos del ritmo circadiano del sueño y la vigilia
 - ▶ movimientos anormales durante el sueño
 - ▶ Trastornos de parasomnia
 - 7B2Y Otros trastornos especificados del sueño y la vigilia
 - 7B2Z Trastornos del sueño y la vigilia, sin especificación

DEBATE

Y VOSOTROS, ¿QUÉ PENSÁIS?

LA CIE-11 A DEBATE...

- Trastorno por uso de videojuegos. ¿diagnóstico necesario en estos tiempos o patologización del ocio?
- ¿Sería necesaria en la CIE-11 un diagnóstico de Psicosis Atenuada?
- ¿Parafilias son un Trastorno Mental? ¿Es útil la división de la CIE-11?
- ¿Son las disfunciones sexuales trastornos mentales?
- Comportamiento sexual compulsivo ¿una adicción o un reflejo de la sociedad?
- Discordancia de género ¿un avance real?
- ¿Es necesaria una categoría propia de los trastornos mentales en el embarazo?
- Duelo y TEPT complejo ¿patologización o realidad?
- ¿Realidad y utilidad diagnóstica clasificación trastornos disociativos?
- ↑ Utilidad clínica y evidencia empírica de modelo dimensional TP. ¿Validez rasgos propuestos?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brewin, Chris R. et al. (2017). *A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD*. *Clinical Psychology Review*, (), S0272735817301460–. doi:10.1016/j.cpr.2017.09.001
- Maercker, A., Brewin et al. (2013), Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12: 198-206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>
- Krueger, R.B., Reed, G.M., First, M.B. et al. Proposals for Paraphilic Disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11). *Arch Sex Behav* **46**, 1529–1545 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0944-2>
- Kraus SW, et al. Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*. 2018 Feb;17(1):109-110. doi: 10.1002/wps.20499. PMID: 29352554; PMCID: PMC5775124.
- Das-Munshi, J. et al. (2008). Public health significance of mixed anxiety and depression: Beyond current classification. *British Journal of Psychiatry*, 192(3), 171-177. doi:10.1192/bjp.bp.107.036707
- Figueira, M. L., & Dias, V. V. (2012). Postpartum depression and premenstrual dysphoric disorder: options for ICD-11. *World Psychiatry*, 11(Suppl 1), 73-6.
- Polo Usaola, Cristina, & Olivares Zarco, Daniel. (2011). Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 285-302. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000200008>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Medina-Serdán, Erica. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 185-193. Recuperado en 04 de diciembre de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300008&lng=es&tlng=es.
- Reed, G., First, M., Kogan, C., Hyman, S., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D., Maercker, S., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador, L., Ray, R., Saunders, J., Dua, T., Poznyak, V., Medina, M., Pike, K.,...Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*, 18(1), 3–19. doi: 10.1002/wps.20611.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Crego, C. y Widiger, T. (2020). The convergent, discriminant, and structural relationship of the DAPP-BQ and SNAP with the ICD-11, DSM-5, and ffm trait models. *Psychological Assessment*, 32(1), 18-28. doi: 10.1037/pas0000757.
- Gutiérrez, F., Peri, J., Gárriz, M., Vall, G., Arqué, E., Ruiz, L., Condomines, J., Calvo, N., Ferrer, M. y Sureda, B. (2021b). Integration of the ICD-11 and DSM-5 dimensional systems for personality disorders into a unified taxonomy with non-overlapping traits. *Frontiers of Psychiatry*, 12. doi: 10.3389/fpsy.2021.591934.
- Mulder, R., Horwood, L. y Tyrer, P. (2020). The borderline pattern descriptor in the International Classification of Diseases, 11th Revision: a redundant addition to classification. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(11), 1095-1100. doi: 0.1177/0004867420951608.
- Organización Mundial de la Salud (2020). CIE-11 para las estadísticas de mortalidad y morbilidad (CIE-11 EMM). *Trastornos de la personalidad y rasgos relacionados*. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/1-es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f37291724>.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Tyrer, P., Crawford, M. y Mulder, R. (2011). Reclassifying personality disorders. *The Lancet*, 377, 1814-1815. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61926-5.
- Tyrer, P., Reed, G. y Crawford, M. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 717-726.
- Blom, R., Hennekam, R., & Denys, D. (2012). Body Integrity Identity Disorder. *PLoS ONE*, 7(4), 1-6.
- Blom, R., van der Wal, S., Vulink, N., & Denys, D. (2017). Role of Sexuality in Body Identity Integrity Disorder (BIID): A Cross-Sectional Internet-Based Survey Study. *The Journal of Sex Medicine*(14), 1028-1035
- Carbonell, X (2020). El diagnóstico de adicción a videojuegos en el DSM-5 y la CIE-11: retos y oportunidades para clínicos. *Papeles del Psicólogo*, 41(3).
- First, M. (2005). Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder. *PsycholMed*, 35, 919-928.
- First, M., & Fisher, C. (2012). Body Integrity Identity Disorder: The Persistent Desire to Acquire a Physical Disability. *Psychopathology*(45), 3-14.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M. & Fraguas, D. (2013). DSM-5: ¿SÍNDROME DE PSICOSIS ATENUADA? *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 190-207.
- Fusar-Poli, P. & et al. (2017). Diagnostic and Prognostic Significance of DSM-5 Attenuated Psychosis Syndrome in Services for Individuals at Ultra High Risk for Psychosis. *Buletín de Esquizofrenia*, 44(2), 264-275.
- Rodríguez, M. & García, F.M. (2021). El uso de videojuegos en adolescentes. Un problema de Salud Pública. *Enfermería Global*, 62, 557-574.
- Stone, K. D., Kornblad, C. A. E. & Engel, M. M., et al. (2020). An Investigation of Lower Limb Representations Underlying Vision, Touch, and Proprioception in Body Identity Integrity Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11(15).
- Szmulewicz, A., Smith, J.M. & Valerio, M. (2015). Síndrome de psicosis atenuada. Revisión bibliográfica. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 182-189.
- Undurraga, J., Gaspar, P., Nachar, R., Díaz, C., Rivera, G. & Noto, C. (2021). Intervención Temprana en Psicosis, una perspectiva clínica, 20(2), 22-28.
- Valle, R. (2020). La esquizofrenia en la CIE-11: comparación con la CIE-10 y el DSM-5. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(2), 95-104.
- Valle, R. (2019). Revisión de los programas de intervención temprana de psicosis: propuesta de implementación en Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1-9.