Organización Mundial de la Salud

GUÍAS PARA EL DIAGNÓSTICO CIE-11

Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios

Nota: Este documento contiene una versión previa a la publicación de las guías para el diagnóstico de la CIE-11 de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios. Es posible que se realicen modificaciones posteriores en estas guías antes de su publicación.

Índice

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS PRIMARIOS 2
6A20 Esquizofrenia 3
6A21 Trastorno esquizoafectivo 10
6A22 Trastorno esquizotípico 14
6A23 Trastorno psicótico agudo y transitorio 17
6A24 Trastorno delirante 21
6A2Y Otro trastorno psicótico primario especificado 24
Escalas de especificadores para las manifestaciones sintomáticas de los trastornos psicóticos primarios 25

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

ESQUIZOFRENIA U OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS PRIMARIOS.

La *esquizofrenia u otros trastornos psicóticos* primarios son un grupo de trastornos que se caracterizan por distorsiones significativas en el juicio de realidad y por alteraciones en el comportamiento que se manifiestan a través de síntomas tales como delirios, alucinaciones, trastorno formal del pensamiento (que suele manifestarse como lenguaje desorganizado), comportamiento desorganizado, alteraciones psicomotoras y síntomas negativos como el afecto embotado o aplanado que no ocurre de forma primaria como resultado del uso de sustancias (p.ej., alucinaciones por intoxicación) u otra condición médica no clasificada como trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo (p.ej., enfermedad de Huntington). Los trastornos de este grupo se refieren como trastornos psicóticos primarios porque los síntomas psicóticos son su característica definitoria. Los síntomas psicóticos pueden aparecer también en el contexto de otros trastornos mentales (p.ej., en trastornos del estado de ánimo o demencia), pero en estos casos los síntomas ocurren junto con otros rasgos característicos de esos trastornos. Mientras que las experiencias de pérdida/distorsión de la realidad se presentan en un *continuum* y pueden encontrarse en la población, los trastornos de este grupo representan patrones de síntomas y comportamientos que ocurren con la frecuencia e intensidad suficiente para alejarse de las normas culturales o expectativas subculturales.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios incluye los siguientes:

6A20 Esquizofrenia
6A21 Trastorno esquizoafectivo
6A22 Trastorno esquizotípico
6A23 Trastorno psicótico agudo y transitorio
6A24 Trastorno delirante
6A2Y Otro trastorno psicótico primario especificado

En el contexto del trastorno esquizotípico, los síntomas pueden estar sustancialmente atenuados de tal forma que pueden ser caracterizados como excéntricos o peculiares más que abiertamente psicóticos.

Las categorías en el grupo de *esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios* no deben ser empleadas para clasificar la expresión de ideas, creencias o comportamientos que son tolerados culturalmente. Muchas prácticas religiosas o culturales a lo largo del mundo incorporan experiencias cualitativamente similares en naturaleza a los síntomas descritos aquí, y no deben ser consideradas patológicas.

Consideraciones culturales generales para la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios

- Las creencias varían de una cultura a otra, de modo que las que se consideran extrañas o inusuales en una cultura pueden ser normativas en otra. Por ejemplo, la creencia en la brujería o en fuerzas sobrenaturales, o el temor de que la transgresión de las normas culturales pueda conducir a la desgracia, son típicos de muchas culturas. El malestar puede expresarse de maneras que pueden malinterpretarse como evidencia de síntomas psicóticos, como pseudoalucinaciones e ideas sobrevaloradas o experiencias disociativas relacionadas con el trauma.
- En algunas culturas, el malestar provocado por circunstancias sociales puede expresarse de formas que pueden malinterpretarse como síntomas psicóticos (p.ej., ideas

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

sobrevaloradas y pseudoalucinaciones), cuando en realidad, se consideran normales para el subgrupo de la persona.

- La presentación de los síntomas de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios puede variar entre culturas. Por ejemplo, el contenido y la forma de las alucinaciones (p.ej., las alucinaciones visuales son más comunes en algunos grupos culturales y en algunos países) o los delirios pueden derivarse de la cultura, lo que dificulta la diferenciación entre experiencias culturalmente normales, ideas sobrevaloradas, ideas de referencia. y psicosis transitoria. Por ejemplo, en diversas culturas (p.ej., el sur de China, América Latina) es común esperar que el espíritu de un pariente fallecido visite las casas de parientes vivos poco después de su muerte. Escuchar, ver o interactuar con este espíritu puede ser informado sin secuelas patológicas notables. Aclarar el significado cultural de estas experiencias puede ayudar a comprender el significado de la presentación de los síntomas.
- La diferencia cultural entre el individuo y el clínico puede complicar la evaluación de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos primarios. La información adicional por parte de familiares, grupos religiosos, de la comunidad o culturales de referencia puede ayudar a aclarar el diagnóstico.
- Las minorías étnicas y los migrantes tienen más probabilidades de recibir un diagnóstico de esquizofrenia u otro trastorno psicótico primario que la población general. Esto puede deberse a un diagnóstico erróneo o a un mayor riesgo de psicosis como resultado de traumas migratorios, aislamiento social, estrés minoritario, discriminación y victimización.
- Se recomienda evaluar con cuidado los síntomas psicóticos con ayuda de intérpretes o a través de un segundo o tercer idioma debido al riesgo de malinterpretar metáforas desconocidas como delirios y la actitud defensiva natural como paranoia o embotamiento emocional.

6A20 Esquizofrenia

Características esenciales (requeridas):

- Al menos dos de los siguientes síntomas deben estar presentes (comunicados por el paciente o bien por observación del clínico u otros informantes), durante la mayor parte del tiempo por un período de 1 mes o más. Al menos uno de los síntomas que cumplen los requisitos debe estar incluido en los incisos de la (a) a la (d) de la siguiente lista:

    a) Delirios persistentes (p.ej., delirios de grandiosidad, delirios de referencia, delirios de persecución).
    b) Alucinaciones persistentes (más comúnmente auditivas, aunque pueden ser de cualquier modalidad sensorial).
    c) Pensamiento desorganizado (trastorno formal del pensamiento) (p.ej., tangencialidad y asociaciones laxas, lenguaje circunstancial, neologismos). Cuando es grave, el lenguaje de la persona puede ser tan incoherente que es incomprensible (“ensalada de palabras/ “jergafasia”).
    d) Experiencias de influencia, pasividad o control (p.ej., la experiencia de que los pensamientos o acciones no son generados por la persona, sino que son insertados o extraídos de la mente por otros, o que los pensamientos se transmiten a otros).
    e) Síntomas negativos como aplanamiento afectivo, alogia o pobreza del habla, abulia, ausencia de sociabilidad y anhedonia.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

f) Comportamiento notoriamente desorganizado que puede ser observado en cualquier actividad intencionada/dirigida a metas (p.ej., comportamientos que parecen bizarras o sin propósito, respuestas emocionales impredecibles o inapropiadas que interfieren con la organización del comportamiento).
g) Alteraciones psicomotoras tales como inquietud o agitación catatónica, posturas anormales, flexibilidad cérea, negativismo, mutismo o estupor. ***Nota:*** Si el síndrome completo de catatonia está presente en el contexto de la esquizofrenia, también se debe asignar el diagnóstico de catatonia asociada con otro trastorno mental.

- Los síntomas no son una manifestación de otra condición de salud (p.ej., tumor cerebral) y no se deben a los efectos de alguna sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso (p.ej., corticosteroides), incluyendo los efectos de un síndrome de abstinencia (p.ej., abstinencia de alcohol).

Especificadores del curso de la esquizofrenia

Los siguientes especificadores deben ser utilizados para identificar el curso de la esquizofrenia, incluyendo si la persona actualmente cumple los requisitos diagnósticos de esquizofrenia o si está en remisión parcial o total. Los especificadores del curso también se utilizan para indicar si el episodio actual es el primer episodio de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, si ha habido varios de estos episodios o si los síntomas han sido continuos durante un periodo prolongado de tiempo.

6A20.0 Esquizofrenia, primer episodio

- El especificador del primer episodio sólo debe utilizarse cuando el episodio actual o el más reciente es la primera manifestación de esquizofrenia que cumple con todos los requisitos diagnósticos en términos de síntomas y duración. Si ha habido un episodio de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo previo, debe utilizarse el especificador de «episodios múltiples».

6A20.00 Esquizofrenia, primer episodio, actualmente sintomático

- Se cumplen todos los requisitos diagnósticos de esquizofrenia en términos de síntomas y duración, o se han cumplido en el último mes.
- No ha habido episodios previos de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo

***Nota*:** Si la duración del episodio es mayor a un año, el especificador «continuo» se puede utilizar, dependiendo de la situación clínica.

6A20.01 Esquizofrenia, primer episodio, en remisión parcial

- No se han cumplido todos los requisitos diagnósticos de esquizofrenia durante al menos un mes, pero algunos síntomas significativos permanecen, y pueden o no estar asociados con el deterioro funcional.
- No ha habido episodios previos de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

6A20.02 Esquizofrenia, primer episodio, en remisión total

- No se han cumplido todos los requisitos diagnósticos de esquizofrenia durante al menos un mes y no permanecen síntomas clínicamente significativos.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- No ha habido episodios previos de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

6A20.1 Esquizofrenia, episodios múltiples

- El especificador de episodios múltiples debe ser utilizado cuando ha habido mínimo dos episodios que cumplen con todos los requisitos diagnósticos de esquizofrenia o de trastorno esquizoafectivo en términos de síntomas y duración, con un periodo de remisión parcial o total entre episodios con duración de al menos tres meses, y el episodio actual o más reciente es de esquizofrenia. El requisito de duración de 1 mes para el primer episodio no necesariamente debe cumplirse para los episodios posteriores. Durante el período de remisión los requisitos diagnósticos de esquizofrenia se cumplen parcialmente o están ausentes.

6A20.10 Esquizofrenia, episodios múltiples, actualmente sintomática

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos de esquizofrenia, o se han cumplido en el último mes. El requisito de duración de 1 mes para el primer episodio no necesariamente debe cumplirse para los episodios posteriores.
- Ha habido un mínimo de dos episodios de esquizofrenia, con un período de remisión parcial o total entre episodios que duran al menos 3 meses.

6A20.11 Esquizofrenia, episodios múltiples, en remisión parcial

- No se han cumplido todos los requisitos diagnósticos de esquizofrenia durante al menos un mes, pero algunos síntomas significativos permanecen y pueden o no estar asociados con el deterioro funcional.
- Ha habido un mínimo de dos episodios de esquizofrenia, con un período de remisión parcial o total entre episodios que duran al menos 3 meses.

6A20.12 Esquizofrenia, episodios múltiples, en remisión total

- No se han cumplido todos los requisitos diagnósticos de esquizofrenia durante al menos un mes y no permanecen síntomas clínicamente significativos.
- Ha habido un mínimo de dos episodios de esquizofrenia, con un período de remisión parcial o total entre episodios que duran al menos 3 meses.

6A20.2 Esquizofrenia, continua

El especificador de continuo debe ser utilizado cuando los síntomas que cumplen todos los requisitos diagnósticos de esquizofrenia han estado presentes durante casi todo el curso del trastorno durante la vida de la persona desde su primer inicio, con períodos de síntomas subumbrales muy breves con relación a todo el curso. Para utilizar este especificador en un primer episodio, la duración de la esquizofrenia debe de ser de al menos 1 año. En este caso, se debe utilizar el especificador de continuo en vez del especificador de primer episodio.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Características clínicas adicionales:

- El inicio de la esquizofrenia puede ser agudo con una alteración grave aparente en pocos días, o insidioso con desarrollo gradual de signos y síntomas.
- Una fase prodrómica con frecuencia precede el inicio de los síntomas psicóticos durante semanas o meses. Los rasgos característicos de esta fase con frecuencia incluyen pérdida de interés en actividades laborales o sociales, descuido de la apariencia/higiene personal, inversión del ciclo de sueño y síntomas psicóticos atenuados, acompañados por síntomas negativos, ansiedad/agitación o diversos grados de síntomas depresivos.
- Entre los episodios agudos puede haber fases residuales, que son similares fenomenológicamente a la fase prodrómica.
- Con frecuencia, la esquizofrenia se asocia a un malestar o deterioro significativo en las áreas personal, familiar, social, educativa, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Sin embargo, el malestar o deterioro psicosocial no son requisitos para el diagnóstico de esquizofrenia.

Límites con la normalidad (umbral):

- Los síntomas pseudo-psicóticos o las experiencias subjetivas inusuales pueden presentarse en la población general, pero usualmente son de naturaleza fugaz y no se acompañan de otros síntomas de esquizofrenia o de un deterioro en el funcionamiento psicosocial. En la esquizofrenia, están presentes múltiples síntomas persistentes y generalmente están acompañados por deterioro en el funcionamiento cognitivo y otros problemas psicosociales.

Características del curso:

- El curso e inicio de la esquizofrenia es variable. Algunos experimentan exacerbaciones y remisión de síntomas periódicamente a lo largo de su vida, otros tienen un empeoramiento gradual de los síntomas y, una proporción menor, experimenta una remisión completa de los síntomas.
- Los síntomas positivos tienden a disminuir de forma natural con el tiempo, mientras que los síntomas negativos a menudo persisten y están estrechamente relacionados con un peor pronóstico. Los síntomas cognitivos también tienden a ser más persistentes y, cuando están presentes, se asocian con un deterioro funcional continuo.
- La esquizofrenia de inicio temprano se asocia generalmente con un peor pronóstico, mientras que el funcionamiento afectivo y social es más probable que se conserve cuando el inicio es más tardío.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- El inicio de la esquizofrenia completamente sintomática antes de la pubertad es extremadamente raro y, cuando ocurre, a menudo es precedido por una disminución en el funcionamiento social y académico, comportamiento extraño y un cambio en el afecto observable durante la fase prodrómica. El inicio en la infancia también se asocia con una mayor prevalencia de retrasos en el desarrollo social, del lenguaje o motor y un trastorno comórbido del desarrollo intelectual o trastorno en el desarrollo del aprendizaje.
- En los niños y adolescentes, las alucinaciones auditivas ocurren con mayor frecuencia como una sola voz que comenta u ordena un comportamiento, mientras que en los

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

adultos estas alucinaciones se experimentan generalmente como múltiples voces que conversan.

- En niños y adolescentes, puede resultar difícil diferenciar los delirios y alucinaciones de los fenómenos más usuales del desarrollo (p.ej., un «monstruo» debajo de la cama del niño, un amigo imaginario), experiencias de vida reales plausibles (p.ej., ser objeto de burlas o intimidación en la escuela) y el pensamiento irracional o mágico común en la niñez (p.ej., pensar en algo hará que suceda).
- Entre los niños con esquizofrenia, los síntomas negativos, las alucinaciones y el pensamiento desorganizado, incluidas las asociaciones vagas, el pensamiento ilógico y la escasez del habla, tienden a ser características destacadas de la presentación clínica. El pensamiento y la conducta desorganizados ocurren en una variedad de trastornos que son comunes en la infancia (p.ej., trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad) y deben considerarse antes de atribuir los síntomas a la esquizofrenia infantil que es mucho menos común.

Características relacionadas con la cultura:

- Los factores culturales pueden influir en el inicio, el patrón de síntomas, el curso y pronóstico de la esquizofrenia. Por ejemplo, entre los migrantes y las minorías étnicas y culturales, vivir en áreas con una baja proporción de su propio grupo étnico, migrante o cultural (baja "densidad étnica") se asocia con tasas más altas de esquizofrenia. Además, los factores etiológicos o relacionados con el curso pueden verse afectados por la cultura a nivel familiar (p.ej., nivel de apoyo familiar, estilo de interacción familiar como la emoción expresada) o a nivel social (p.ej., industrialización, urbanización). Por ejemplo, la prevalencia de la esquizofrenia es mucho mayor en entornos urbanos que rurales.
- El riesgo de diagnosticar erróneamente la expresión de malestar como indicativo de esquizofrenia u otro trastorno psicótico primario puede aumentar entre las minorías étnicas y los inmigrantes, y en otras situaciones en las que el clínico no está familiarizado con las expresiones de malestar culturalmente normativas. Estas incluyen situaciones que involucran creencias espirituales o sobrenaturales o resultantes de traumas migratorios, aislamiento social, estrés minoritario y por aculturación, discriminación y victimización.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- La esquizofrenia es más frecuente entre los hombres.
- La edad de inicio del primer episodio psicótico difiere en función del sexo/género, con una mayor proporción de hombres que experimentan el inicio a la mitad de la década de los 20 y las mujeres al final de los 20.
- Las mujeres con esquizofrenia tienden a reportar síntomas más positivos que aumentan en la gravedad a lo largo de sus vidas. Las mujeres también tienden a tener una mayor alteración del estado de ánimo y una mayor prevalencia de trastornos mentales subsiguientes o comórbidos (p.ej., trastorno esquizoafectivo, trastornos depresivos).
- Las mujeres con esquizofrenia son menos propensas a exhibir pensamientos desorganizados, síntomas negativos y deterioro social.

Límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con trastorno esquizoafectivo:*** Los diagnósticos de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo deben ser asignados para el episodio actual o al episodio más reciente

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

del trastorno. En otras palabras, un diagnóstico previo de trastorno esquizoafectivo no excluye un diagnóstico de esquizofrenia y viceversa. Tanto en la esquizofrenia como en el trastorno esquizoafectivo, al menos dos de los síntomas característicos de la esquizofrenia están presentes la mayor parte del tiempo durante un período de 1 mes o más. En el trastorno esquizoafectivo, los síntomas de la esquizofrenia están presentes al mismo tiempo que los síntomas del estado de ánimo que cumplen con los requisitos diagnósticos completos de un episodio del estado de ánimo y duran al menos 1 mes y el inicio de los síntomas psicóticos y del estado de ánimo es simultáneo o se produce a los pocos días de unos y otros. En la esquizofrenia, los síntomas del estado de ánimo concurrentes, si los hay, no persisten hasta por 1 mes o no son lo suficientemente graves para cumplir con los requisitos de un episodio depresivo moderado o severo, un episodio maníaco o un episodio mixto. (Ver descripciones de episodios del estado de ánimo) Un episodio que inicialmente cumple con los requisitos de diagnóstico del trastorno esquizoafectivo en el que solo remiten los síntomas del estado de ánimo, de modo que la duración de los síntomas psicóticos sin síntomas del estado de ánimo es mucho más larga que la duración de los síntomas concurrentes puede caracterizarse mejor como un episodio de esquizofrenia.

- ***Límite con el trastorno psicótico agudo y transitorio:*** Los síntomas psicóticos en la esquizofrenia duran al menos un mes en forma plena y florida. Por el contrario, el tipo e intensidad de los síntomas en el trastorno psicótico agudo y transitorio, tienden a fluctuar rápidamente a lo largo del tiempo, de tal forma que, el contenido y foco de los delirios o alucinaciones cambia con frecuencia, incluso diariamente. Estos cambios rápidos son inusuales en la esquizofrenia. Los síntomas negativos pueden estar presentes en la esquizofrenia, pero no se presentan en el trastorno psicótico agudo y transitorio. La duración del trastorno psicótico agudo y transitorio no sobrepasa los 3 meses y muy frecuentemente dura de algunos días a un mes, en comparación con el curso prolongado usual de la esquizofrenia. En los casos que cumplan con los requisitos diagnósticos de esquizofrenia, excepto porque han durado menos de lo requerido para establecer el diagnóstico (es decir, un mes), en ausencia de antecedentes de esquizofrenia, se debe asignar un diagnóstico de otro trastorno psicótico primario en vez de un trastorno psicótico agudo y transitorio.
- ***Límite con el trastorno esquizotípico:*** El trastorno esquizotípico se caracteriza por un patrón persistente de lenguaje inusual, percepciones, creencias y conductas semejantes a formas atenuadas de los síntomas que definen la esquizofrenia. La diferencia entre la esquizofrenia y el trastorno esquizotípico se basa enteramente en la intensidad de los síntomas, es decir, la esquizofrenia se diagnostica si los síntomas son lo suficientemente intensos para cumplir los requisitos para el diagnóstico.
- ***Límite con trastorno delirante***: Tanto la esquizofrenia como el trastorno delirante pueden caracterizarse por delirios persistentes. Si otras características que cumplen los requisitos para el diagnóstico de esquizofrenia (p.ej., alucinaciones persistentes, pensamiento desorganizado, experiencias de influencia, pasividad o control, síntomas negativos, conducta psicomotora desorganizada o anormal) están presentes, se debe asignar el diagnóstico de esquizofrenia en lugar del diagnóstico de trastorno delirante. Sin embargo, las alucinaciones que son consistentes con el contenido de los delirios y no ocurren de forma persistente (p.ej., con frecuencia regular durante un mes o más) son más consistentes con el diagnóstico de trastorno delirante que con el de esquizofrenia. El trastorno delirante se caracteriza por una personalidad relativamente conservada/preservada, menor disfunción y deterioro en el funcionamiento social y laboral, en comparación con la esquizofrenia, y los individuos con trastorno delirante tienden a presentarlo por primera vez a una edad más tardía. Las personas con

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

presentaciones de síntomas consistentes con el trastorno delirante (p.ej., delirios y alucinaciones circunscritas relacionadas) pero que no han cumplido con el requisito de duración mínima de 3 meses no deben recibir un diagnóstico de esquizofrenia, aunque la combinación de delirios persistentes y alucinaciones relacionadas cumpla técnicamente con los requisitos diagnósticos de la esquizofrenia. En estos casos, un diagnóstico de otro trastorno psicótico primario es más apropiado.

- ***Límite con episodios depresivos moderados o graves del trastorno depresivo de episodio único, trastorno depresivo recurrente, trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II***: Los síntomas psicóticos también pueden aparecer durante episodios moderados o graves. Los delirios durante los episodios depresivos pueden parecerse a los delirios observados en la esquizofrenia y, por lo general, son persecutorios o autoreferenciales (p.ej., ser perseguido por las autoridades por crímenes imaginarios). También es sabido que aparecen delirios de culpa (p.ej., auto culparse falsamente de las faltas cometidas), de pobreza (p.ej., estar en quiebra) o de desastre inminente (p.ej., percibido como provocado por el individuo), así como los delirios somáticos (p.ej., haber contraído una enfermedad grave) y los delirios nihilistas (p.ej., creer que los órganos del cuerpo no existen). Las experiencias de pasividad, influencia o control (p.ej., inserción de pensamiento, extracción de pensamiento o difusión del pensamiento) pueden ocurrir en episodios depresivos moderados o graves. Las alucinaciones por lo general son transitorias y rara vez ocurren en ausencia de delirios. Las alucinaciones auditivas (p.ej., voces despectivas o acusatorias que atacan al individuo por debilidades o pecados imaginarios) son más comunes que las visuales (p.ej., visiones de muerte y destrucción) o las alucinaciones olfativas (p.ej., olor de carne en descomposición). Sin embargo, en un episodio moderado o grave con síntomas psicóticos, los síntomas psicóticos se limitan al episodio del estado de ánimo. La esquizofrenia se distingue de un trastorno depresivo de episodio único o trastorno depresivo recurrente por la aparición de síntomas psicóticos y otros síntomas que cumplen los requisitos diagnósticos de la esquizofrenia durante periodos sin síntomas de alteración del estado de ánimo que cumplen los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo moderado o grave. Si los requisitos diagnósticos tanto para la esquizofrenia como para un episodio depresivo moderado o grave se cumplen simultáneamente y, tanto los síntomas psicóticos, como los del estado de ánimo duran al menos un mes, el trastorno esquizoafectivo es el diagnóstico apropiado.
- ***Límite con los episodios maníacos o mixtos en el trastorno bipolar tipo I:*** Los síntomas psicóticos pueden aparecer durante un episodio maníaco o mixto en el trastorno bipolar tipo I. Aunque todos los tipos de síntomas psicóticos pueden aparecer en los episodios maníacos o mixtos, los delirios de grandeza (p.ej., haber sido elegido por Dios, tener poderes o habilidades especiales), y delirios persecutorios o autoreferenciales (p.ej., conspiraciones en contra debido a su propia identidad o habilidades) son los más comunes. Las experiencias de influencia, pasividad o control (p.ej., inserción del pensamiento, extracción de pensamientos o difusión del pensamiento) también pueden aparecer durante los episodios maníacos o mixtos. Las alucinaciones son menos frecuentes y comúnmente aparecen junto con los delirios de persecución y referencia. Suelen ser auditivas (p.ej., voces adulatorias) y con menor frecuencia visuales (p.ej., visiones de deidades), somáticas o táctiles. Sin embargo, en un episodio maníaco o mixto con síntomas psicóticos, los síntomas psicóticos se limitan al episodio del estado de ánimo. La esquizofrenia se distingue de los episodios maníacos o mixtos en el trastorno bipolar tipo I por la aparición de síntomas psicóticos y de otro tipo que cumplen con los requisitos diagnósticos de esquizofrenia durante períodos sin síntomas del estado de ánimo que cumplen los requisitos de diagnóstico de un episodio maníaco o mixto. Si los requisitos diagnósticos tanto para la esquizofrenia como para el trastorno bipolar tipo I se

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

cumplen simultáneamente y los síntomas psicóticos y del estado de ánimo duran al menos 1 mes, el diagnóstico adecuado es el trastorno esquizoafectivo.

- ***Límite con trastorno por estrés post traumático y trastorno por estrés post traumático complejo:*** En el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y TEPT complejo, pueden presentarse escenas retrospectivas (*flashbacks*) graves que implican una pérdida completa de consciencia del entorno actual, las imágenes intrusivas o recuerdos pueden tener cualidad alucinatoria, y la hipervigilancia puede alcanzar proporciones que puede llegar a parecer paranoide. Sin embargo, tanto el diagnóstico de TEPT como TEPT complejo requieren del antecedente de exposición a un evento o situación (ya sea de corta o larga duración) de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible. Para estos diagnósticos también es necesario volver a experimentar el evento traumático en el presente, en el cual, el evento no solamente es recordado, sino que se experimenta como algo que ocurre de nuevo en el momento actual, y la pérdida de consciencia y experiencias alucinatorias similares ocurren dentro de estos contextos específicos. Volver a experimentar los eventos traumáticos no es un rasgo característico de la esquizofrenia. Sin embargo, la esquizofrenia y el TEPT o TEPT complejo pueden ocurrir simultáneamente, y ambos diagnósticos pueden ser asignados si se cumplen todos los requisitos diagnósticos de cada uno.

6A21 Trastorno esquizoafectivo

Características esenciales (requeridas):

- Todos los requisitos para el diagnóstico de esquizofrenia se cumplen simultáneamente con síntomas del estado de ánimo que cumplen con los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo moderado o grave, un episodio maníaco o un episodio mixto. ***Nota:*** Al diagnosticar un trastorno esquizoafectivo, los episodios depresivos deben incluir estado de ánimo deprimido y no únicamente disminución del interés o placer.
- El inicio de los síntomas psicóticos y síntomas del estado de ánimo es simultáneo o uno de ellos aparece pocos días después del otro.
- La duración de los episodios sintomáticos es de al menos un mes tanto para los síntomas psicóticos como para los síntomas del estado de ánimo.
- Los síntomas no son una manifestación de otra condición de salud (p.ej., tumor cerebral) y no se deben a los efectos de una sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso (p.ej., corticosteroides), incluyendo los efectos de un síndrome de abstinencia (p.ej., abstinencia al alcohol).

Especificadores del curso del trastorno esquizoafectivo:

Los siguientes especificadores deben ser utilizados para identificar el curso del trastorno esquizoafectivo, incluyendo si la persona actualmente cumple los requisitos diagnósticos de trastorno esquizoafectivo o si está en remisión parcial o total. Los especificadores del curso también se utilizan para indicar si el episodio actual es el primer episodio de trastorno esquizoafectivo o de esquizofrenia, si ha habido varios de estos episodios o si los síntomas han sido continuos durante un periodo prolongado de tiempo.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

6A21.0 Trastorno esquizoafectivo, primer episodio

- El especificador del primer episodio sólo debe utilizarse cuando el episodio actual o más reciente es la primera manifestación que cumple con todos los requisitos de la definición de trastorno esquizoafectivo, en términos de síntomas y duración. Si ha habido un episodio de trastorno esquizoafectivo o de esquizofrenia previo, debe utilizarse el especificador de «episodios múltiples».

6A21.00 Trastorno esquizoafectivo, primer episodio, actualmente sintomático

- Se cumplen todos los requisitos diagnósticos de trastorno esquizoafectivo en términos de síntomas y duración, o se han cumplido en el último mes.
- No ha habido episodios previos de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

Nota: Si la duración del episodio es mayor a un año, el especificador «continuo» se puede utilizar, dependiendo de la situación clínica.

6A21.01 Trastorno esquizoafectivo, primer episodio, en remisión parcial

- No se han cumplido todos los requisitos diagnósticos para del trastorno esquizoafectivo durante al menos un mes, pero algunos síntomas clínicamente significativos permanecen, y pueden o no estar asociados con el deterioro funcional.
- No ha habido episodios previos de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

6A21.02 Trastorno esquizoafectivo, primer episodio, en remisión total

- No se han cumplido todos los requisitos diagnósticos del trastorno esquizoafectivo durante al menos un mes y no permanecen síntomas clínicamente significativos.
- No ha habido episodios previos de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

6A21.1 Trastorno esquizoafectivo, episodios múltiples

- El especificador de episodios múltiples debe ser utilizado cuando ha habido mínimo dos episodios que cumplen con todos los requisitos diagnósticos del trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia en términos de síntomas y duración, con un periodo de remisión parcial o total entre episodios con duración de al menos tres meses y el episodio actual o más reciente es de trastorno esquizoafectivo. El requisito de duración de 1 mes para el primer episodio no necesariamente debe cumplirse para los episodios posteriores. Durante el período de remisión, los requisitos por definición del trastorno esquizoafectivo se cumplen parcialmente o están ausentes.

6A21.10 Trastorno esquizoafectivo, episodios múltiples, actualmente sintomático

- Actualmente se cumplen todos los requisitos diagnósticos del trastorno esquizoafectivo, o se han cumplido en el último mes.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

- Ha habido un mínimo de dos episodios de trastorno esquizoafectivo o un episodio previo de esquizofrenia, con un período de remisión parcial o total entre episodios que duran al menos 3 meses.

6A21.11 Trastorno esquizoafectivo, episodios múltiples, en remisión parcial

- No se han cumplido todos los requisitos diagnósticos del trastorno esquizoafectivo durante al menos un mes, pero algunos síntomas significativos permanecen, y pueden o no estar asociados con el deterioro funcional.
- Ha habido un mínimo de dos episodios de trastorno esquizoafectivo o un episodio previo de esquizofrenia, con un período de remisión parcial o total entre episodios que duran al menos 3 meses.

6A21.12 Trastorno esquizoafectivo, episodios múltiples, en remisión total

- No se han cumplido todos los requisitos diagnósticos del trastorno esquizoafectivo durante al menos un mes y no permanecen síntomas clínicamente significativos.
- Ha habido un mínimo de dos episodios de trastorno esquizoafectivo o un episodio previo de esquizofrenia, con un período de remisión parcial o total entre episodios que duran al menos 3 meses.

6A21.2 Trastorno esquizoafectivo, continuo

- El especificador de continuo debe ser utilizado cuando los síntomas que cumplen todos los requisitos diagnósticos del trastorno esquizoafectivo han estado presentes durante casi todo el curso del trastorno a lo largo de la vida de la persona desde su primer inicio, con periodos de síntomas subumbrales muy breves con relación a todo el curso. Para utilizar este especificador en un primer episodio, la duración del trastorno esquizoafectivo debe ser de al menos 1 año. En ese caso, el especificador de continuo debe utilizarse en vez del especificador de primer episodio.

Características clínicas adicionales:

- El inicio del trastorno esquizoafectivo puede ser agudo, con una alteración aparente a los pocos días o insidioso, con un desarrollo gradual de signos y síntomas.
- A menudo hay antecedentes de episodios de alteración del estado de ánimo y un diagnóstico previo de trastorno depresivo o trastorno bipolar en individuos con trastorno esquizoafectivo.
- Una fase prodrómica con frecuencia precede al inicio de los síntomas psicóticos durante semanas o meses. Los rasgos característicos de esta fase incluyen frecuentemente pérdida de interés en actividades laborales o sociales, descuido de la apariencia/higiene personal, inversión del ciclo de sueño y síntomas psicóticos atenuados, acompañados por síntomas negativos, ansiedad/agitación y diversos grados de síntomas depresivos.
- Un curso episódico con períodos de remisión es el patrón de progresión más común del trastorno.
- El trastorno esquizoafectivo con frecuencia se asocia a un malestar o deterioro significativo en las áreas personal, familiar, social, educativa, laboral u otras áreas

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

importantes del funcionamiento. Sin embargo, el malestar o deterioro no son requisitos para el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.

Límites con la normalidad (umbral):

- Los síntomas pseudo-psicóticos o las experiencias subjetivas inusuales pueden presentarse en la población general, pero suelen ser de naturaleza fugaz y no se acompañan de otros síntomas de esquizofrenia o de un deterioro en el funcionamiento psicosocial. En el trastorno esquizoafectivo están presentes múltiples síntomas persistentes y están generalmente acompañados por deterioro en el funcionamiento cognitivo y otros problemas psicosociales.

Características del curso:

- Algunas personas con trastorno esquizoafectivo experimentan exacerbaciones y remisión de los síntomas periódicamente a lo largo del curso de la enfermedad, mientras que otros experimentan una remisión total de los síntomas entre los episodios.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo entre los niños es un desafío porque puede ser difícil para ellos describir con precisión la secuencia de los síntomas psicóticos y del estado de ánimo.
- Los niños a los que se les diagnostica un trastorno esquizoafectivo son los más gravemente afectados y tienen los peores pronósticos entre todos los niños diagnosticados con trastornos psicóticos.
- El trastorno esquizoafectivo con episodios maníacos es más común entre los adultos jóvenes, mientras que el trastorno esquizoafectivo con episodios depresivos es más común entre los adultos mayores.

Características relacionadas con la cultura:

- Consulte la sección de características relacionadas con la cultura para la esquizofrenia, que también corresponde al trastorno esquizoafectivo.
- La cultura puede afectar la expresión de los síntomas del estado de ánimo, el uso de modismos de malestar y metáforas relacionadas con la enfermedad, y la prominencia de ciertos patrones de síntomas relacionados con el estado de ánimo. Por ejemplo, los puntos de vista religiosos o espirituales sobre la ideación o el comportamiento suicida pueden disminuir la denuncia y aumentar la culpa asociada; y la vergüenza puede ser más prominente que la culpa en las sociedades sociocéntricas. Las normas para experimentar y articular los síntomas del estado de ánimo varían psicológicamente según la cultura, al igual que la atribución de angustia a preocupaciones interpersonales, sociales, psicológicas, biológicas, sobrenaturales o espirituales.
- Las quejas corporales como expresiones somáticas de depresión pueden predominar sobre los síntomas cognitivos del estado de ánimo debido a su mayor aceptación cultural como indicaciones de la necesidad de atención clínica.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- El trastorno esquizoafectivo es más prevalente entre mujeres que hombres, especialmente el trastorno esquizoafectivo con episodios depresivos.

Límites con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con la esquizofrenia:*** Los diagnósticos de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo deben aplicarse al episodio actual o más reciente del trastorno. En otras palabras, un diagnóstico previo de trastorno esquizoafectivo no excluye un diagnóstico de esquizofrenia y viceversa. Tanto en la esquizofrenia como en el trastorno esquizoafectivo, al menos dos de los síntomas característicos de la esquizofrenia están presentes la mayor parte del tiempo durante un período de 1 mes o más. En el trastorno esquizoafectivo, los síntomas de la esquizofrenia están presentes al mismo tiempo que los síntomas del estado de ánimo que cumplen todos los requisitos de diagnóstico de un episodio del estado de ánimo y duran al menos 1 mes y la aparición de los síntomas psicóticos y del estado de ánimo es simultánea o se produce con unos pocos días de diferencia. En la esquizofrenia, los síntomas del estado de ánimo concurrentes, si los hay, no persisten hasta por 1 mes o no son lo suficientemente severos para cumplir con los requisitos de un episodio depresivo moderado o severo, un episodio maníaco o un episodio mixto. (Ver descripciones de episodios del estado de ánimo) Un episodio que inicialmente cumple con los requisitos de diagnóstico del trastorno esquizoafectivo en el que solo remiten los síntomas del estado de ánimo, de modo que la duración de los síntomas psicóticos sin síntomas del estado de ánimo es mucho más larga que la duración de los síntomas concurrentes. puede caracterizarse mejor como un episodio de esquizofrenia.
- ***Límite con episodios del estado de ánimo con síntomas psicóticos:*** En el trastorno esquizoafectivo, los síntomas psicóticos que cumplen los requisitos diagnósticos de esquizofrenia aparecen simultáneamente con los síntomas del estado de ánimo que cumplen los requisitos diagnósticos de un episodio depresivo moderado o grave, un episodio maníaco o un episodio mixto y duran al menos un mes. Por el contrario, en la esquizofrenia, los síntomas del estado de ánimo comórbidos, si los hubiera, o bien no persisten por un período mayor a un mes o no son lo suficientemente graves para cumplir los requisitos de un episodio depresivo moderado o grave, un episodio maníaco o un episodio mixto (ver las descripciones de los episodios de alteración del estado de ánimo).
- ***Límite con el trastorno psicótico agudo y transitorio:*** En el trastorno esquizoafectivo, los síntomas psicóticos duran al menos un mes en forma plena y florida. Por el contrario, en el trastorno psicótico agudo y transitorio, los criterios diagnósticos para la esquizofrenia o episodio depresivo, maníaco o mixto no se cumplen. Además, el tipo e intensidad de los síntomas en el trastorno psicótico agudo y transitorio tienden a fluctuar rápidamente a lo largo del tiempo, de tal forma que el contenido y foco de los delirios o alucinaciones cambia con frecuencia, incluso diariamente. Los síntomas negativos pueden estar presentes en el trastorno esquizoafectivo, pero no se presentan en el trastorno psicótico agudo y transitorio. La duración del trastorno psicótico agudo y transitorio no excede los 3 meses, y con frecuencia dura de algunos días a un mes, en comparación con el típico curso prolongado del trastorno esquizoafectivo.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

6A22 Trastorno esquizotípico

Características esenciales (requeridas):

- Patrón persistente de lenguaje inusual, percepciones, creencias y conductas que tienen la suficiente intensidad o duración para cumplir con los requisitos diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno delirante. El patrón incluye varios de los siguientes síntomas:
  - Restricción afectiva, por lo que el individuo puede parecer frío y distante;
  - Comportamiento o apariencia extraña, excéntrica, inusual o peculiar, y que es inconsistente con las normas culturales o subculturales;
  - Pobre comunicación con otros y una tendencia hacia el aislamiento social;
  - Creencias inusuales o pensamiento mágico que influyen en el comportamiento de la persona de tal forma que son inconsistentes con las normas subculturales, pero sin alcanzar los requisitos diagnósticos de un delirio;
  - Distorsiones perceptivas inusuales como ilusiones intensas, despersonalización, desrealización o alucinaciones auditivas u otras;
  - Suspicacia o ideas paranoides;
  - Pensamiento vago, circunstancial, metafórico, sobre-elaborado o estereotipado, que se manifiesta en un lenguaje extraño sin incoherencia flagrante;
  - Rumiación obsesiva sin la sensación de que la obsesión es extraña o no deseada, con frecuencia de contenido dismórfico corporal, sexual o agresivo.
- El individuo nunca ha cumplido los requisitos diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno delirante. Es decir, se pueden presentar delirios transitorios, alucinaciones, trastorno formal del pensamiento o experiencias de influencia, pasividad o control, pero que no duran más de un mes.
- Los síntomas han estado presentes, continua o episódicamente, por al menos 2 años.
- Los síntomas originan malestar o deterioro en las áreas personal, familiar, social, educativa, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento.
- Los síntomas no son una manifestación de otra condición médica (p.ej., tumor cerebral) y no son debidos a los efectos de alguna sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso central (p.ej., corticosteroides), incluyendo los efectos de un síndrome de abstinencia (p.ej., abstinencia de alcohol), y no se explican mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo.

Características clínicas adicionales:

- El trastorno esquizotípico es más común en los familiares biológicos de personas con diagnóstico de esquizofrenia y se considera como parte del espectro de la psicopatología asociada a la esquizofrenia. Tener un familiar de primer grado con diagnóstico de esquizofrenia brinda un peso adicional al diagnóstico de trastorno esquizotípico, pero no es un requisito si el individuo experimenta malestar o deterioro en el funcionamiento psicosocial asociado a sus síntomas.

Límites con la normalidad (umbral):

- El umbral entre los síntomas del trastorno esquizotípico y los comportamientos e ideas extravagantes, excéntricas o inusuales en individuos sin un trastorno diagnosticable es en ocasiones difícil de determinar, especialmente porque algunas personas en la población general muestran conductas excéntricas y reportan experiencias inusuales o similares a

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

las psicóticas sin un aparente deterioro en su funcionamiento. El trastorno esquizotípico sólo debe ser diagnosticado si el individuo experimenta malestar o deterioro en las áreas personal, familiar, social, educativa, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento en relación con sus síntomas.

Características del curso:

- El curso del trastorno esquizotípico es relativamente estable y crónico, con algunas fluctuaciones en la intensidad de los síntomas. Los individuos a menudo presentan un deterioro grave en las áreas del funcionamiento académico, laboral e interpersonal.
- Los síntomas del trastorno esquizotípico suelen estar presentes antes del inicio completo de los síntomas:
  - Mala comunicación con los demás y tendencia al aislamiento social, desconfianza o ideas paranoicas; y
  - Pensamiento vago, circunstancial, metafórico, sobre elaborado o estereotipado, manifestado en un discurso extraño sin una incoherencia grave.
- El trastorno puede persistir durante años con fluctuaciones de intensidad y expresión de síntomas, pero rara vez evoluciona hacia una esquizofrenia.
- Las personas afectadas suelen buscar tratamiento para los trastornos co-ocurrentes depresivos, de ansiedad o relacionados con el miedo. Aunque la intervención ha demostrado cierta eficacia para mejorar los síntomas del estado de ánimo y la ansiedad, la suspicacia y la paranoia suelen persistir.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- El trastorno esquizotípico comienza generalmente en la adolescencia tardía o la adultez temprana, sin una edad de inicio definida.
- Algunos síntomas del trastorno esquizotípico pueden aparecer primero en la infancia y adolescencia afectando las relaciones y el rendimiento académico.

Presentación cultural:

- Las explicaciones sobre el comportamiento, la apariencia, el habla o la enfermedad de una persona pueden parecer extrañas o inusuales para los clínicos que no están familiarizados con la cultura de la persona, pero en el contexto del grupo cultural de la persona pueden ser normativas o no ser lo suficientemente graves como para alcanzar el umbral de un trastorno mental. Los conceptos y experiencias que son comunes en algunas culturas incluyen brujería o hechicería, hablar en dialectos, la vida más allá de la muerte, chamanismo, lectura de la mente, sexto sentido, mal de ojo, posesión espiritual y creencias mágicas relacionadas con la salud y la enfermedad.
- La disminución de la implicación en relaciones interpersonales puede ser parte de algunas prácticas culturales o religiosas (p.ej., el aislamiento monástico) y no debe considerarse patológica.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- El trastorno esquizotípico es ligeramente más común en los hombres.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con esquizofrenia:*** En las fases prodrómica y residual de la esquizofrenia, el individuo puede experimentar extensos períodos con distorsiones perceptuales, creencias inusuales, discurso extraño o disgregado, aislamiento social, y otros síntomas que son característicos del trastorno esquizotípico. El diagnóstico de esquizofrenia, sin embargo, requiere de un período de al menos un mes con síntomas psicóticos, a diferencia del trastorno esquizotípico que requiere cualquier síntoma pseudopsicótico que no cumpla con los requerimientos de gravedad o duración para el diagnóstico de esquizofrenia. Además, en los individuos con trastorno esquizotípico, el patrón inusual del discurso, percepciones, creencias y comportamientos tiende a ser estable en el tiempo –incluso durante años- a diferencia del cuadro de evolución de los síntomas de la esquizofrenia, ya sea en la fase prodrómica o residual.
- ***Límite con trastornos del espectro autista:*** Las dificultades interpersonales observadas en el trastorno esquizotípico pueden compartir algunas características con el trastorno del espectro autista, tales como pobre interacción social con otros o aislamiento social. Sin embargo, el trastorno esquizotípico no incluye patrones restringidos, repetitivos y estereotipados de comportamiento, intereses o actividades.
- ***Límite con trastorno de la personalidad:*** El trastorno de la personalidad se define como una alteración duradera en la forma en la que el individuo interpreta y se experimenta a sí mismo, a otros, y al mundo, que da como resultado patrones desadaptados de expresión emocional y comportamiento, y que produce problemas significativos en el funcionamiento que son particularmente evidentes en las relaciones interpersonales. Los individuos con trastorno esquizotípico no deben recibir un diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad basado en las alteraciones en el funcionamiento y en las relaciones interpersonales que son enteramente consecuencia de los síntomas del trastorno esquizotípico. Sin embargo, si se presentan características adicionales de la personalidad que se juzgan como fuente de problemas significativos en el funcionamiento interpersonal, podría ser apropiado un diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad.

6A23 Trastorno psicótico agudo y transitorio

Características esenciales (requeridas):

- Inicio agudo de síntomas psicóticos que pueden incluir delirios, alucinaciones, y desorganización del proceso de pensamiento, o experiencias de influencia, pasividad o control que surgen sin un pródromo, progresando de un estado no-psicótico a un claro estado psicótico en un período de dos semanas. También pueden presentarse alteraciones psicomotoras, incluyendo catatonia.
- Los síntomas cambian rápidamente, tanto en su naturaleza como en su intensidad. Estos cambios pueden ocurrir de un día a otro, o incluso durante un mismo día.
- Ausencia de síntomas negativos (p.ej., aplanamiento afectivo, alogia o escasez del habla, abulia, asociabilidad, anhedonia) durante el episodio psicótico.
- La duración de los síntomas no excede los 3 meses y comúnmente duran de unos cuantos días a 1 mes.
- Los síntomas o comportamientos no son una manifestación de otra condición de salud (p.ej., tumor cerebral) y no se deben a los efectos de alguna sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso central (p.ej., corticosteroides), incluyendo efectos de un síndrome de abstinencia (p.ej., abstinencia al alcohol).

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Especificadores del curso del trastorno psicótico agudo y transitorio:

Los siguientes especificadores deben ser utilizados para identificar el curso del trastorno psicótico agudo y transitorio, incluyendo si la persona actualmente cumple los requisitos diagnósticos del trastorno o está en remisión parcial o total. Si no ha habido episodios previos del trastorno psicótico agudo y transitorio, se debe de utilizar el especificador de episodio único correspondiente. Si ha habido varios de estos episodios, se debe utilizar el especificador de episodios múltiples correspondiente.

6A23.0 Trastorno psicótico agudo y transitorio, episodio único

- El especificador de episodio único sólo debe utilizarse cuando el episodio actual o más reciente es la primera manifestación del trastorno psicótico agudo y transitorio que cumple con todos los requisitos diagnósticos del trastorno.

6A23.00 Trastorno psicótico agudo y transitorio, episodio único, actualmente sintomático

- Se cumplen todos los requisitos diagnósticos del trastorno psicótico agudo y transitorio en términos de síntomas y duración, o se han cumplido en el último mes.
- No ha habido episodios previos de trastorno psicótico agudo y transitorio.

6A23.01 Trastorno psicótico agudo y transitorio, episodio único, en remisión parcial

- No se han cumplido todos los requisitos diagnósticos del trastorno durante al menos un mes, pero algunos síntomas clínicamente significativos permanecen y pueden o no estar asociados con el deterioro funcional.
- No ha habido episodios previos de trastorno psicótico agudo y transitorio.

6A23.02 Trastorno psicótico agudo y transitorio, episodio único, en remisión total

- No se han cumplido todos los requisitos para la definición del trastorno durante al menos un mes, y no permanecen síntomas clínicamente significativos.
- No ha habido episodios previos de trastorno psicótico agudo y transitorio

6A23.1 Trastorno psicótico agudo y transitorio, episodios múltiples

- El especificador de episodios múltiples debe utilizarse cuando ha habido mínimo dos episodios que cumplen con todos los requisitos diagnósticos del trastorno psicótico agudo y transitorio en términos de síntomas y duración, con un período de remisión total entre episodios con duración de al menos tres meses.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

6A23.10 Trastorno psicótico agudo y transitorio, episodios múltiples, actualmente sintomático

- Se cumplen actualmente todos los requisitos de la definición del trastorno psicótico agudo y transitorio en términos de síntomas y duración, o se han cumplido en el último mes.
- Ha habido un mínimo de dos episodios, con un período de remisión total entre episodios que duran al menos 3 meses.

6A23.11 Trastorno psicótico agudo y transitorio, episodios múltiples, en remisión parcial

- No se han cumplido todos los requisitos diagnósticos del trastorno psicótico agudo y transitorio durante al menos un mes, pero algunos síntomas significativos permanecen, y pueden o no estar asociados con el deterioro funcional. Ha habido un mínimo de dos episodios, con un período de remisión total entre episodios que duran al menos 3 meses.

6A23.12 Trastorno psicótico agudo y transitorio, episodios múltiples, en remisión total

- No se han cumplido todos los requisitos diagnósticos del trastorno psicótico agudo y transitorio durante al menos un mes, y no permanecen síntomas clínicamente significativos.
- Ha habido un mínimo de dos episodios, con un período de remisión total entre episodios que duran al menos 3 meses.

Características clínicas adicionales:

- El inicio del trastorno se asocia usualmente con un rápido deterioro en el funcionamiento social y laboral. Tras la remisión, la persona, por lo general, es capaz de recuperar su nivel premórbido de funcionamiento.
- Con frecuencia existen otros síntomas como alteración del estado de ánimo, estados transitorios de perplejidad o confusión, o deterioro en la atención y concentración.
- El estrés agudo anterior al inicio del trastorno psicótico agudo y transitorio puede ser reportado, pero no es esencial para el diagnóstico.
- Si los síntomas duran más de 3 meses, se debe considerar un diagnóstico diferente, según los síntomas específicos (p.ej., esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante).

Límites con la normalidad (umbral):

- Las experiencias aisladas subjetivas e inusuales, tales como experiencias que se asemejan a las alucinaciones y los delirios, se reportan en la población general. Sin embargo, en el trastorno psicótico agudo y transitorio, los síntomas progresan rápidamente a psicosis franca, siendo usualmente polimórficos, fluctuando en cualidad e intensidad (p.ej., tener síntomas que van y vienen en una sucesión relativamente rápida o la naturaleza de un síntoma cambia en el tiempo, como el foco o la naturaleza de la creencia delirante), y usualmente remiten completamente en algunas semanas.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Características del curso:

- Los síntomas son breves por naturaleza y pueden durar desde pocos días hasta máximo 3 meses.
- Algunas personas con diagnóstico de trastorno psicótico agudo y transitorio continuarán cumpliendo los requisitos diagnósticos de otro trastorno mental, como esquizofrenia, otro trastorno psicótico primario o un trastorno del estado de ánimo.
- En general, los pronósticos favorables se asocian con un inicio agudo, corta duración, buen funcionamiento premórbido y el sexo femenino.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- El inicio del trastorno psicótico agudo y transitorio suele ocurrir entre la etapa adulta temprana y media. Sin embargo, el trastorno puede aparecer durante la adolescencia o en momentos posteriores de la vida, generalmente seguido de un episodio de estrés agudo.

Características relacionadas con la cultura:

- Es más probable que las poblaciones migrantes informen estas experiencias, debido a una mayor prevalencia como resultado del estrés relacionado con la migración, la mala atribución de la psicosis por parte de clínicos que no están familiarizados con las expresiones culturales de malestar o una combinación de ambos.
- En algunas culturas, el malestar debido a circunstancias sociales y otras circunstancias ambientales puede expresarse de formas que pueden malinterpretarse como síntomas psicóticos (p.ej., ideas sobrevaloradas y pseudo-alucinaciones) que son normativas para el subgrupo de la persona.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- El trastorno psicótico agudo y transitorio es más común en mujeres.
- El sexo masculino y la edad más temprana de inicio del trastorno psicótico agudo y transitorio parecen estar asociados con un mayor riesgo del desarrollo posterior de esquizofrenia.

Límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo:*** Los síntomas psicóticos en la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo duran al menos un mes en forma plena y florida, y tienden a ser más estables o fijos (p.ej., tener el mismo delirio por un período de meses). En contraste, la intensidad y tipo de síntomas en el trastorno psicótico agudo y transitorio, tienden a fluctuar rápidamente en el tiempo, de tal forma que el contenido y foco de los delirios o alucinaciones cambia con frecuencia, incluso diariamente. Los síntomas negativos pueden estar presentes en la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo, pero no se presentan en el trastorno psicótico agudo y transitorio. La duración del trastorno psicótico agudo y transitorio no excede los 3 meses y, con frecuencia, dura de algunos días a un mes, en comparación con un curso usualmente más prolongado en la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo. Finalmente, a diferencia de la esquizofrenia donde el inicio es a menudo precedido por antecedentes de pobre ajuste premórbido, en el trastorno psicótico agudo y transitorio los síntomas progresan rápidamente sin antecedentes de un pobre ajuste premórbido. En casos que cumplen los

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

requisitos diagnósticos tanto para el trastorno psicótico agudo y transitorio (es decir, síntomas fluctuantes, inicio agudo, duración inferior a 3 meses) como para esquizofrenia (p.ej., ideas delirantes y alucinaciones durante más de 1 mes) en ausencia de antecedentes de esquizofrenia, se debe asignar un diagnóstico de trastorno psicótico agudo y transitorio y no de esquizofrenia.

- ***Límite con trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos:*** Los trastornos depresivos y bipolares se caracterizan por una alteración predominante del estado de ánimo que persiste durante al menos varios días y, con frecuencia, dura más tiempo. Aunque los síntomas del estado de ánimo pueden aparecer en el trastorno psicótico agudo y transitorio, estos son transitorios y no cumplen con los requisitos diagnósticos de duración o síntomas asociados del episodio depresivo, maníaco o mixto.
- ***Límite con reacción a estrés agudo y trastornos disociativos:*** Tanto el trastorno psicótico agudo y transitorio como la reacción aguda por estrés y algunos trastornos disociativos tienen un inicio agudo, con frecuencia en respuesta a una experiencia de vida estresante, y que se resuelve en días o semanas. La diferencia es que el trastorno psicótico agudo y transitorio, por definición, incluye síntomas psicóticos como alucinaciones o delirios que no ocurren en los trastornos relacionados con el estrés o los trastornos disociativos.
- ***Límite con delirium:*** En el delirium, la persona presenta obnubilación fluctuante del estado de consciencia (p.ej., reducción en la capacidad para dirigir, focalizar, sostener y cambiar la atención) y lucidez (p.ej., reducida orientación hacia el ambiente). En contraste, en el trastorno psicótico agudo y transitorio, la persona mantiene un nivel regular de alerta y un sentido de consciencia relativamente claro, a pesar de los estados transitorios de perplejidad y deterioro de la atención y concentración.

6A24 Trastorno delirante

Características esenciales (requeridas):

- Presencia de un delirio o conjunto de delirios relacionados durante al menos tres meses (por lo general mucho más tiempo), que ocurren en ausencia de un episodio depresivo, maníaco o mixto.
- Los delirios son variables en contenido entre los individuos, aunque muestran una notable estabilidad en cada individuo a pesar de que pueden evolucionar con el tiempo. Las formas de delirios más comunes incluyen contenidos persecutorios, somáticos (p.ej., creencia de que los órganos se están pudriendo o que no funcionan a pesar de una exploración médica normal), grandiosidad (p.ej., creencia de que uno ha descubierto un elixir que da vida eterna), celotipia (p.ej., la creencia injustificada de que el cónyuge es infiel) y erotomanía (es decir, la creencia de que otra persona, generalmente un extraño famoso o de alto estatus, está enamorado de la persona que experimenta el delirio).
- Ausencia de alucinaciones claras y persistentes, síntomas negativos o experiencias de influencia, pasividad o control o síntomas negativos característicos de la esquizofrenia. Sin embargo, en algunos casos, se presentan alucinaciones específicas relacionadas con el contenido de los delirios (p.ej., alucinaciones táctiles en delirios de haber sido infectado por parásitos o insectos).
- Además de las acciones y actitudes relacionadas directamente con el sistema delirante, el afecto, el discurso y la conducta generalmente no están afectados.
- Los síntomas no son una manifestación de condición médica (p.ej., tumor cerebral), no se deben a los efectos de alguna sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso central (p.ej., corticosteroides), incluyendo efectos del síndrome de abstinencia (p.ej., abstinencia de alcohol) y no se explican mejor por otro trastorno mental (p.ej., otro trastorno

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

psicótico primario, un trastorno del estado de ánimo, un trastorno obsesivo compulsivo o trastorno relacionado, un trastorno de la conducta alimentaria).

Especificadores del curso del trastorno delirante

Los siguientes especificadores deben ser utilizados para identificar si el individuo actualmente cumple los requisitos diagnósticos del trastorno delirante o si está en remisión parcial o total.

6A24.0 Trastorno delirante, actualmente sintomático

Se cumplen todos los requisitos diagnósticos del trastorno delirante en términos de síntomas y duración, o se han cumplido en el último mes.

6A24.1Trastorno delirante, en remisión parcial

No se han cumplido todos los requisitos diagnósticos del trastorno delirante durante al menos un mes, pero algunos síntomas clínicamente significativos permanecen y pueden o no estar asociados con el deterioro funcional.

6A24.2 Trastorno delirante, en remisión total

No se han cumplido todos los requisitos diagnósticos del trastorno delirante durante al menos un mes, y no permanecen síntomas clínicamente significativos.

Características clínicas adicionales:

- Los delirios pueden ir acompañados de acciones directamente relacionadas con el contenido de los delirios, por ejemplo, acosar a la persona amada en el contexto de la erotomanía o presentar demandas contra aquellos que se cree están persiguiendo a la persona.
- El trastorno delirante suele tener un inicio más tardío y síntomas más estables que otros trastornos psicóticos con síntomas delirantes.
- En raras ocasiones, el trastorno delirante ocurre al mismo tiempo (o estrechamente relacionado en el tiempo) en dos personas que tienen un fuerte vínculo emocional o situacional. Esta condición se designa a menudo como trastorno delirante compartido o inducido o *"folie-à-deux".* En tales casos, una persona normalmente adopta la creencia delirante de la otra persona, y los delirios pueden remitir en la persona menos dominante cuando los dos individuos se separan.

Límites con la normalidad (umbral):

- En la población general se ha observado un continuum entre las creencias delirantes, las creencias delirantes atenuadas, las ideas sobrevaloradas y las creencias inusuales o excéntricas. Estas creencias pueden ser más comunes entre personas bajo condiciones de adversidad. Las personas con trastorno delirante pueden manifestar un mayor malestar psicológico, mayor preocupación, y mayor grado de convicción en comparación con personas de la población general que tienen creencias de naturaleza similar a las creencias que podrían ser caracterizadas como delirantes.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Características del curso:

- El trastorno delirante suele tener un inicio más tardío y una mayor estabilidad de los síntomas que otros trastornos psicóticos con síntomas delirantes.
- Algunas personas con trastorno delirante desarrollarán esquizofrenia.
- Las personas tienen más probabilidades de tener un trastorno de personalidad premórbido antes de la aparición del trastorno delirante.
- Los niveles de funcionamiento suelen ser mejores entre los individuos con trastorno delirante en comparación con aquellos con un diagnóstico de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.
- Las personas con trastorno delirante suelen requerir menos hospitalizaciones que las personas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- El trastorno delirante es más frecuente entre las personas mayores.
- Las personas que experimentan un trastorno delirante en la edad adulta temprana tienen más probabilidades de tener antecedentes de alucinaciones y psicopatología grave durante la adolescencia.

Características relacionadas con la cultura:

- Los factores culturales pueden influir en la presentación y el diagnóstico del trastorno delirante. Por ejemplo, la posesión espiritual o las creencias de brujería pueden ser culturalmente normales en algunas culturas, pero no en otras.
- Las personas pueden presentar una combinación de delirios e ideas sobrevaloradas, ambas basadas en expresiones y creencias culturales similares.
- Diversas poblaciones que experimentan persecución (p.ej., tortura, violencia política, discriminación debido a la condición de minoría) pueden informar temores que pueden ser mal juzgados como delirios paranoicos cuando en realidad pueden representar, temores apropiados de recurrencia de la persecución o síntomas de un trastorno de estrés postraumático comórbido. El diagnóstico preciso se basa en obtener información histórica y considerar el contexto cultural para discernir la veracidad de las creencias persecutorias.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- No existen diferencias de sexo/género importantes en el trastorno delirante. Sin embargo, los hombres parecen tener una edad de inicio más temprana y es más probable que tengan delirios de celos.

Límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- ***Límite con esquizofrenia:*** Tanto la esquizofrenia como el trastorno delirante pueden estar caracterizados por delirios persistentes. Si están presentes otras características que cumplen los requerimientos para el diagnóstico de esquizofrenia (p.ej., alucinaciones persistentes, pensamiento desorganizado, síntomas negativos, conducta psicomotora desorganizada o anormal, o experiencias de influencia, pasividad o control), debe asignarse el diagnóstico de esquizofrenia en lugar de trastorno delirante. Sin embargo, si

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

las alucinaciones son concordantes con el contenido de los delirios y no ocurren persistentemente (p.ej., con frecuencia regular por un mes o más) son consistentes con el diagnóstico de trastorno delirante más que con el de esquizofrenia. El trastorno delirante tiende a aparecer a una edad más tardía que la esquizofrenia y se caracteriza por una personalidad relativamente preservada, y un menor deterioro e incapacidad en el funcionamiento social y laboral. Las personas que presentan síntomas que concuerden con el trastorno delirante (p.ej., delirios y alucinaciones circunscritas relacionadas) pero que no cumplen con el requisito de duración mínima de 3 meses, no se les debe asignar el diagnóstico de esquizofrenia a pesar de que la combinación de ideas delirantes persistentes y alucinaciones relacionadas son requisitos diagnósticos para la esquizofrenia. En estos casos, un diagnóstico de otro trastorno psicótico primario es más apropiado.

- ***Límite con trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos:*** El trastorno depresivo con síntomas psicóticos y el trastorno bipolar con síntomas psicóticos se caracterizan por delirios que se presentan durante el curso del episodio de alteración del estado de ánimo. Aunque los síntomas anímicos, especialmente la depresión, pueden ocurrir en el trastorno delirante, el diagnóstico de trastorno delirante requiere de periodos en los que la persona experimente los delirios en ausencia de cualquier alteración del estado de ánimo
- ***Límite con trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno dismórfico corporal, hipocondría (trastorno de ansiedad por la salud), trastorno de referencia olfatoria y anorexia nerviosa:*** Diversos trastornos mentales y del comportamiento (p.ej., trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno dismórfico corporal, hipocondría, trastorno de referencia olfatoria, anorexia nerviosa) pueden implicar una preocupación recurrente con una creencia que es demostrablemente falsa o que no es compartida por otros (p.ej., que al lavarse las manos como ritual se protege del daño a sus seres queridos, que una parte del propio cuerpo es defectuosa, que se tiene una enfermedad médica seria, que la propia persona emite un mal olor, que se tiene sobrepeso) que en ocasiones puede parecer delirante por la intensidad, en el contexto de otras características clínicas de ese trastorno. No debe asignarse un diagnóstico adicional de trastorno delirante si la creencia ocurre completamente en el contexto de episodios sintomáticos de alguno de estos otros diagnósticos y es plenamente consistente con sus otras características clínicas.
- ***Límite con demencia:*** Los delirios, especialmente los de persecución, pueden ocurrir como un síntoma de demencia, particularmente entre los adultos mayores. Tales delirios se distinguen del trastorno delirante en que tienen su inicio durante la demencia y son, por definición, causados por otra condición médica o por el uso prolongado de sustancias. Por el contrario, los delirios en el trastorno delirante deben haber tenido su inicio antes de la aparición de la demencia. En los casos en que la demencia se ha desarrollado en una persona con un diagnóstico establecido de trastorno delirante, ambos diagnósticos pueden ser asignados.
- ***Límite con delirium*** Los delirios también pueden ser una característica prominente del delirium. En el delirium, sin embargo, el individuo también tiene una obnubilación fluctuante de conciencia (p.ej., reducción en la capacidad para dirigir, focalizar, sostener y cambiar la atención) y lucidez (p.ej., orientación hacia el ambiente reducida), mientras que, en el trastorno delirante la persona mantiene un nivel regular de alerta y claro sentido de la conciencia.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

6A2Y Otro trastorno psicótico primario

Características esenciales (requeridas):

- Se caracteriza por la presencia de síntomas psicóticos que comparten las características clínicas con los trastornos del grupo de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios (p.ej., delirios, alucinaciones, trastorno formal del pensamiento, comportamiento notoriamente desorganizado o catatónico).
- Los síntomas no cumplen los requisitos diagnósticos (p.ej., en gravedad, frecuencia o duración) para cualquier otro trastorno del grupo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios.
- Los síntomas no son una manifestación de otro trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo (p.ej., un trastorno del estado de ánimo, un trastorno asociado específicamente con el estrés, un trastorno disociativo).
- Los síntomas o comportamientos no son apropiadas del desarrollo ni culturalmente aceptados.
- Los síntomas o comportamientos no son una manifestación de otra condición médica (p.ej., tumor cerebral) y no se deben a los efectos de alguna sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso central (p.ej., corticosteroides), incluyendo los efectos del síndrome de abstinencia (p. ej., del alcohol).
- Los síntomas provocan malestar o deterioro significativos en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Escalas de especificadores para las manifestaciones sintomáticas de los trastornos psicóticos primarios

La CIE-11 incluye la opción para establecer el nivel de gravedad de seis dimensiones de síntomas para los trastornos incluidos en esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios. Estas dimensiones son:

- Síntomas positivos
- Síntomas negativos
- Síntomas del estado de ánimo depresivos
- Síntomas del estado de ánimo maníacos
- Síntomas psicomotores
- Síntomas cognitivos

La información adicional que brindan cada una de estas dimensiones puede registrarse como especificadores y pueden ser evaluados como leve, moderado o grave, de acuerdo con la guía que se muestra en la siguiente tabla. Las puntuaciones deben basarse en la gravedad de los síntomas correspondientes a la dimensión durante la última semana.

Cada dimensión que contribuya significativamente a la presentación clínica del individuo debe puntuarse. Se deben utilizar todos los especificadores de síntomas que sean necesarios para describir con precisión la presentación clínica actual. Una dimensión de síntomas también se puede registrar con una gravedad no especificada, por ejemplo, si los síntomas correspondientes a una dimensión en particular están presentes, pero no hay suficiente información disponible para establecer su gravedad.

En los casos en los que varios síntomas estén incluidos en una dimensión particular, la puntuación debe reflejar el síntoma *más grave* dentro de la dimensión. Por ejemplo, las alucinaciones y los delirios forman parte de la dimensión de síntomas positivos. Una persona puede experimentar alucinaciones que generan un mínimo malestar (indicativo de síntomas positivos leves) y delirios que afectan el comportamiento de la persona, pero no hasta el punto de generar un deterioro en su funcionamiento (indicativo de síntomas positivos moderados). En este caso, los síntomas positivos de la persona deben ser puntuados como moderados. Se debe considerar que las personas con trastornos psicóticos primarios generalmente no presentan todos los síntomas que conforman una dimensión determinada. Por ejemplo, en la dimensión de síntomas positivos, la persona puede presentar sólo alucinaciones, sólo delirios, ambas o ninguno. Las descripciones correspondientes a cada puntuación pretenden transmitir ejemplos de las presentaciones de los síntomas que pudieran justificar la puntuación en un nivel particular de gravedad, pero no se pretende que sean empleados como criterios requeridos para establecer el diagnóstico.

Se debe tener en cuenta que las puntuaciones de leve, moderado y grave para los síntomas del estado de ánimo depresivos no son equivalentes a los requisitos diagnósticos correspondientes al episodio depresivo leve, moderado o grave. En otras palabras, una puntuación de leve en el área de síntomas del estado de ánimo depresivos en la escala de especificadores para los trastornos psicóticos no indica que el individuo cumple los requerimientos para episodio depresivo leve. Lo mismo corresponde para el área de síntomas del estado de ánimo maníacos. La evaluación de los síntomas del estado de ánimo depresivos y maníacos en las escalas de especificadores indica la gravedad del estado de ánimo depresivo, elevado o irritable, y no incluye otros síntomas del trastorno del estado de ánimo (p.ej., alteraciones del

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

sueño, anhedonia, cambios en el apetito) que forman parte de las guías diagnósticas para tales episodios de alteración del estado de ánimo.

Las puntuaciones de las escalas de especificadores de síntomas están diseñadas para caracterizar la presentación clínica actual de los individuos diagnosticados con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios, y no deben ser usadas en personas que no tengan estos diagnósticos. Los síntomas directamente atribuibles a las consecuencias de una condición médica comórbida o lesión no clasificada dentro de los trastornos mentales, del comportamiento o del neurodesarrollo (p.ej., tumor cerebral o lesión traumática cerebral), o por el efecto fisiológico directo del consumo de sustancias o medicamentos, incluyendo el síndrome de abstinencia, no deben ser valorados en las escalas de especificadores. Sin embargo, en individuos con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, la etiología específica de los síntomas suele ser poco clara (p.ej., si un síntoma del estado de ánimo se debe al trastorno psicótico o es debido al consumo de sustancias). En estos casos, el síntoma de interés debe ser considerado en la evaluación de la dimensión hasta que se clarifique que la patogénesis del síntoma no se relaciona con el trastorno psicótico.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Tabla 6.6: Manifestaciones sintomáticas de los trastornos psicóticos primarios: Guía general para la evaluación de la gravedad de los especificadores

Gravedad	Puntos de referencia
Ninguno XS8H	Ningún síntoma significativos del dominio correspondiente ha estado presente durante la última semana.
Leve XS5W	Los síntomas de la dimensión se presentan durante la última semana, pero éstos son mínimos en cuanto a cantidad o no tienen un grado sustancial de impacto. El funcionamiento cotidiano no se encuentra afectado por estos síntomas o la afección es mínima. No hay consecuencias negativas sociales o personales significativas provocadas por el síntoma. Los síntomas pueden ser intermitentes y mostrar fluctuaciones en la gravedad, y puede haber períodos durante los cuales no se presentan síntomas. En comparación con personas con síntomas similares, la gravedad de los síntomas de la dimensión está en el tercio más leve.
Moderado XS0T	Durante la última semana han estado presentes un mayor número de síntomas de la dimensión o un número menor de síntomas que tienen un grado sustancial de impacto. El funcionamiento cotidiano puede estar moderadamente afectado por los síntomas. Hay consecuencias sociales o personales negativas de los síntomas, pero éstas no son graves. La mayoría de los síntomas se presentan la mayor parte del tiempo. En comparación con personas con síntomas similares, la gravedad de los síntomas de esta dimensión se encuentra en el tercio medio.
Grave XS25	Durante la última semana han estado presentes un mayor número de síntomas de la dimensión o un número menor de síntomas que tienen un nivel de impacto grave y persistente (es decir, son intensos y frecuentes o constantes). El funcionamiento cotidiano se encuentra deteriorado de forma persistente debido a los síntomas. Hay consecuencias sociales o personales negativas graves. En comparación con personas con síntomas similares, la gravedad de los síntomas de esta dimensión se encuentra en el tercio de mayor gravedad.
Gravedad no especificada	Por ejemplo, no es posible establecer la gravedad actual con base en la información disponible.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Tabla 6.7: Escala de evaluación de síntomas positivos en los trastornos psicóticos primarios

6A25.0 Síntomas positivos Este especificador puede ser utilizado junto con un diagnóstico del grupo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios para indicar el grado en que los síntomas psicóticos positivos son una parte importante de la presentación clínica actual. Los síntomas positivos incluyen delirios, alucinaciones (comúnmente alucinaciones verbales o auditivas), pensamiento desorganizado (trastorno formal del pensamiento como la pérdida de asociaciones, descarrilamiento, o incoherencia), comportamiento desorganizado (comportamiento que parece extraño, sin sentido y no dirigido a un objetivo), y experiencias de pasividad y control (la experiencia de que los sentimientos, impulsos o pensamientos propios están bajo el control de una fuerza externa). El comportamiento psicomotor anormal (p.ej., agitación catatónica o inquietud, flexibilidad cérea, negativismo), no está incluido en esta dimensión, pero se califica más adelante en el apartado de síntomas psicomotores. La puntuación debe hacerse con base en la gravedad de los síntomas positivos durante la última semana.	
Ninguna 6A25.0&XS8H	Ningún síntoma positivo ha estado presente durante la última semana.
Leve 6A25.0&XS5W	*Ejemplo de síntomas: (no todos son requeridos)*: **Delirios**: La persona cree en el delirio (no puede ponerse a prueba de realidad), pero no siente la presión de actuar en función de éste y el delirio conduce a un malestar mínimo. **Alucinaciones**: Las alucinaciones son recurrentes, pero relativamente infrecuentes, y la persona expresa mínimo malestar relacionado con su contenido. **Experiencias de pasividad y control:** Algunas distorsiones de la experiencia propia, como sentir que los pensamientos no son propios, pero éstos son relativamente infrecuentes y existe un mínimo malestar asociado. **Pensamiento desorganizado**: Algunos procesos de pensamiento circunstancial o tangencial, pero en su mayor parte el individuo es capaz de transmitir lo que desea en su comunicación. **Comportamiento desorganizado:** Episodios poco frecuentes de comportamiento sin sentido que no está dirigido a un objetivo y que causa un mínimo deterioro en el funcionamiento.
Moderado 6A25.0&XS0T	*Ejemplo de síntomas: (no todos son requeridos)*: **Delirios:** El comportamiento de la persona está claramente afectado por la creencia delirante, pero la respuesta conductual no deteriora de forma significativa el funcionamiento (p.ej., una persona con delirios de persecución está atenta de su entorno, pero continúa saliendo al exterior). **Alucinaciones**: Las alucinaciones son relativamente frecuentes y por momentos pueden originar malestar, pero son toleradas frente a los demás y no preocupan de forma persistente a la persona. El contenido de las alucinaciones puede instar a la acción, pero la

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

	persona responde de manera inconsistente o en ocasiones, y estas acciones no ponen a la persona o a otros en riesgo de hacer daño. **Experiencias de pasividad y control**: Las distorsiones de la experiencia propia son relativamente frecuentes y conducen a un comportamiento dirigido a protegerse de la alteración de los pensamientos (p.ej., rituales supersticiosos), o hay marcado malestar. **Pensamiento desorganizado**: Evidencia de frecuentes procesos de pensamiento circunstancial o tangencial que dificulta la capacidad del individuo para transmitir el punto que desea en su comunicación. **Comportamiento desorganizado:** Frecuentes episodios de comportamiento sin sentido que no está dirigido a un objetivo y que causa cierto deterioro en el funcionamiento.
Grave 6A25.0&XS25	*Ejemplo de síntomas: (no todos son requeridos)*: **Delirios:** La persona está preocupada por creencias delirantes que dictan muchas de sus acciones y deterioran su funcionamiento de forma significativa (p.ej., una persona con delirios de persecución se niega a comer la mayor parte de los alimentos debido a que está convencida de que la comida ha sido envenenada). **Alucinaciones**: La persona está marcadamente alterada o preocupada por alucinaciones frecuentes, o se presentan alucinaciones recurrentes que instan a un comportamiento potencialmente dañino al que la persona se siente obligada a actuar. **Experiencias de pasividad y control**: Las distorsiones de la experiencia propia originan un marcado malestar e impactan de forma significativa el comportamiento del individuo (p.ej., portar un sombrero hecho de papel aluminio para prevenir la transmisión de pensamiento). **Pensamiento desorganizado**: La pérdida de asociaciones en los procesos de pensamiento es tan grave que el lenguaje es casi incoherente. **Comportamiento desorganizado**: El comportamiento sin sentido que no está dirigido a un objetivo domina el repertorio conductual del individuo y causa un grave deterioro en el funcionamiento.
Gravedad no especificada 6A25.0	Se han presentado síntomas positivos durante la última semana, pero no es posible establecer una gravedad con base en la información disponible.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Tabla 6.8: Escala de evaluación de síntomas negativos en los trastornos psicóticos primarios

6A25.1 Síntomas negativos Este especificador puede ser utilizado junto con un diagnóstico del grupo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios para indicar el grado en que los síntomas psicóticos negativos son una parte importante de la presentación clínica actual. Los síntomas negativos incluyen: el afecto restringido, embotado o aplanado; alogia o bloqueos en el lenguaje; abulia (pérdida general de la voluntad o falta de motivación para perseguir metas significativas); aislamiento social (reducción o falta de implicación para relacionarse con otros e interés por la interacción social); y anhedonia (incapacidad para experimentar placer por actividades que normalmente disfrutaba). Para que puedan ser considerados síntomas psicóticos negativos, los síntomas relevantes no deben ser atribuibles a una depresión o a un entorno poco estimulante, ni ser la consecuencia directa de un síntoma positivo (p.ej., delirios de persecución que causan que la persona se aísle socialmente debido al temor a ser dañado), ni ser atribuible al efecto fisiológico directo de sustancias o medicamentos, incluyendo síntomas de abstinencia. La catatonia, incluyendo el mutismo catatónico, debe ser considerada en la evaluación del apartado de los síntomas psicomotores más que en este apartado. La calificación debe basarse en la gravedad de los síntomas negativos durante la semana pasada.	
Ninguna 6A25.0&XS8H	Ningún síntoma negativo ha estado presente durante la última semana.
Leve 6A25.1&XS5W	*Ejemplo de síntomas: (no todos son requeridos)*: Afecto o expresión afectiva embotada con cambios afectivos sutiles y detectables. Limitada capacidad para iniciar conversación, pero responde a las preguntas. Poco interés en acontecimientos externos, pero es capaz de motivarse para iniciar actividades básicas cotidianas o completar una tarea cuando se le solicita.
Moderado 6A25.1&XS0T	*Ejemplo de síntomas: (no todos son requeridos)*: Expresión emocional aplanada, mínima capacidad para iniciar una conversación con algún objetivo distinto al de señalar sus deseos o necesidades inmediatas, pero da respuestas concisas a las preguntas que se le hacen. La falta de voluntad conduce al descuido de la higiene o actividades requeridas, las cuales puede completar cuando se le incita continuamente.
Grave 6A25.1&XS25	*Ejemplo de síntomas: (no todos son requeridos)*: La persona reporta sentirse vacía o robótica la mayor parte del tiempo. Por lo general, no inicia la conversación, incluso para indicar sus necesidades y deseos inmediatos. La persona no es capaz de iniciar actividades incluso cuando se le incita continuamente, lo que origina un grave descuido del auto-cuidado hasta el punto de que pone a la persona en riesgo de dañarse (p.ej., inconstancia en la toma de medicamentos vitales).
Gravedad no especificada 6A25.1	Se han presentado síntomas negativos durante la última semana, pero no es posible establecer una gravedad con base en la información disponible.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Tabla 6.9: Escala de evaluación de síntomas del estado del ánimo depresivo en los trastornos psicóticos primarios

6A25.2 Síntomas del estado de ánimo depresivo Este especificador puede ser utilizado junto con un diagnóstico del grupo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios para indicar el grado en que los síntomas del estado de ánimo depresivos son una parte importante de la presentación clínica actual. Este especificador hace referencia solamente a síntomas del estado de ánimo depresivos según lo reporte el individuo (sentirse triste, deprimido) o manifestado como signos (p.ej., apariencia llorosa, decaída). La gravedad de síntomas asociados no-anímicos de un episodio depresivo (p.ej., anhedonia u otros síntomas negativos, cambios en el sueño o el apetito) no debe ser considerada al evaluar esta dimensión. En este sentido, el especificador de síntomas del estado de ánimo depresivos es diferente a los niveles de gravedad que corresponden a un episodio depresivo. Si hay ideación suicida, la puntuación de síntomas depresivos moderados o graves debe utilizarse automáticamente (véase más adelante). Este especificador puede ser usado independientemente si los síntomas depresivos cumplen o no los criterios diagnósticos para un trastorno depresivo independiente. La evaluación debe hacerse con base en la gravedad de los síntomas del estado de ánimo depresivos durante la última semana.	
Ninguna 6A25.0&XS8H	Ningún síntoma del estado del ánimo depresivo ha estado presente durante la última semana.
Leve 6A25.2&XS5W	La persona expresa un estado de ánimo deprimido, pero existen períodos intermitentes de alivio. Los síntomas depresivos impactan en el funcionamiento personal, social o laboral, pero no de forma considerable.
Moderado 6A25.2&XS0T	El estado de ánimo deprimido está presente continuamente, aunque su intensidad es variable. Puede haber ideación suicida junto con el estado de ánimo deprimido cuando éste es más intenso. Los síntomas depresivos originan dificultades considerables en el funcionamiento personal, social o laboral.
Grave 6A25.2&XS25	La intensidad del estado de ánimo deprimido es agobiante para la persona. El nivel de gravedad puede ser observado por intensa ideación o intentos suicidas. Los síntomas depresivos afectan gravemente el funcionamiento personal, social y laboral, hasta el punto de que la persona es incapaz de funcionar, excepto en un grado muy limitado.
Gravedad no especificada 6A25.2	Se han presentado síntomas de estado de ánimo depresivo durante la última semana, pero no es posible establecer una gravedad con base en la información disponible.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Tabla 6.10: Escala de evaluación de síntomas del estado del ánimo maniaco en los trastornos psicóticos primarios

6A25.3 Síntomas del estado de ánimo maníaco Este especificador puede ser utilizado junto con un diagnóstico del grupo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios para indicar el grado en que los síntomas del estado de ánimo maníaco son una parte importante de la presentación clínica actual. Este especificador hace referencia a estados de ánimo elevados, eufóricos, irritables o expansivos, incluyendo cambios rápidos entre diferentes estados de ánimo (es decir, labilidad emocional). También incluye experiencia subjetiva de aumento de la energía, que puede estar acompañado por aumento de actividad dirigida a un objetivo. La gravedad de síntomas asociados no-anímicos de un episodio maníaco o hipomaníaco (p.ej., disminución de la necesidad de dormir, distractibilidad) no debe ser considerada al evaluar esta dimensión. El incremento en la actividad psicomotora no dirigida a un objetivo debe ser considerado en la evaluación del apartado de los síntomas psicomotores más que en este apartado. Este especificador puede ser usado independientemente de si los síntomas maníacos cumplen o no los criterios diagnósticos para un episodio maniaco. La evaluación debe hacerse con base en la gravedad de los síntomas del estado de ánimo maníacos durante la última semana.	
Ninguna 6A25.0&XS8H	Ningún síntoma del estado del ánimo maniaco ha estado presente durante la última semana.
Leve 6A25.3&XS5W	Elevación hipomaníaca del estado de ánimo o incremento de la irritabilidad. Los síntomas hipomaníacos no causan un marcado deterioro en el funcionamiento personal, social o laboral.
Moderado 6A25.3&XS0T	Marcada elevación del estado de ánimo, irritabilidad o del nivel subjetivo de energía. Los síntomas maníacos originan dificultades considerables en el funcionamiento personal, social o laboral.
Grave 6A25.3&XS25	Elevación del estado de ánimo o irritabilidad extremos que da lugar a un comportamiento arriesgado, peligroso o marcadamente inapropiado hasta el punto de requerir supervisión intensiva.
Gravedad no especificada 6A25.3	Se han presentado síntomas de estado de ánimo maniaco durante la última semana, pero no es posible establecer una gravedad con base en la información disponible.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Tabla 6.11: Escala de evaluación de síntomas psicomotores en los trastornos psicóticos primarios

6A25.4 Síntomas psicomotores Este especificador puede ser utilizado junto con un diagnóstico del grupo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios para indicar el grado en que los síntomas psicomotores son una parte importante de la presentación clínica actual. Los síntomas psicomotores incluyen la agitación psicomotora o incremento en la actividad motriz, por lo general se manifiesta por conductas sin propósito, como estar inquieto, cambiando de lugar, jugueteando, incapacidad para permanecer sentado o estar quieto, retorciéndose las manos, estereotipias y muecas. Los síntomas psicomotores también incluyen el retraso psicomotor (enlentecimiento generalizado visible de los movimientos y el habla), así como los síntomas catatónicos como agitación extrema con actividad motora sin propósito al punto del agotamiento, flexibilidad cérea, negativismo, mutismo o estupor. Para que pueda ser considerado un síntoma psicomotor de este especificador, los síntomas no deben ser atribuibles a un trastorno neurológico o del neurodesarrollo o debidos al efecto fisiológico directo de sustancias o medicamentos, incluyendo los efectos de un síndrome de abstinencia. Si el síndrome completo de catatonia está presente, el diagnostico de catatonia también debe asignarse. La evaluación debe hacerse con base en la gravedad de síntomas psicomotores durante la última semana.	
Ninguna 6A25.0&XS8H	Ningún síntoma psicomotor ha estado presente durante la última semana.
Leve 6A25.4&XS5W	La mayor parte del tiempo, la persona exhibe un nivel normal de actividad, pero existen algunos períodos de excitación o enlentecimiento psicomotor. Los síntomas psicomotores no interfieren de forma significativa con el funcionamiento personal, social o laboral.
Moderado 6A25.4&XS0T	Frecuentes períodos de marcada agitación o retraso psicomotor, pero los síntomas psicomotores no son continuos. Los síntomas psicomotores interfieren significativamente con el funcionamiento personal, social o laboral.
Grave 6A25.4&XS25	Agitación o retraso psicomotor graves y casi continuos, que puede incluir síndrome de catatonia Los síntomas psicomotores son lo suficientemente graves para ser potencialmente dañinos para la persona u otros (p.ej., agitación hasta el punto del agotamiento físico grave, estupor que impide a la persona alimentarse por sí misma).
Gravedad no especificada 6A25.4	Se han presentado síntomas psicomotores durante la última semana, pero no es posible establecer una gravedad con base en la información disponible.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

Tabla 6.12: Escala de evaluación de síntomas cognitivos en los trastornos psicóticos primarios

6A25.5 Síntomas cognitivos Este especificador puede utilizarse junto con un diagnóstico del grupo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios para indicar el grado en que el deterioro cognitivo es una parte importante de la presentación clínica actual. La evaluación debe hacerse con base en los síntomas cognitivos durante la última semana. Las alteraciones pueden presentarse en cualquiera de las siguientes dimensiones cognitivas: *velocidad de procesamiento, atención/concentración, orientación, juicio, abstracción, aprendizaje verbal o visual, o memoria de trabajo*. El deterioro cognitivo no debe ser atribuible a un trastorno del neurodesarrollo, o a delirium o a otro trastorno neurocognitivo, o a los efectos directos de sustancias o medicamentos sobre el sistema nervioso central incluyendo los efectos de un síndrome de abstinencia. Cuando corresponda, la puntuación de la gravedad para esta dimensión debe hacerse con base en los resultados. De forma ideal, la puntuación de la gravedad de esta dimensión debe basarse en los resultados de evaluaciones neuropsicológicas validadas y estandarizadas localmente, sin embargo, estas evaluaciones no están disponibles en todos los contextos clínicos, y no se requieren para evaluar esta área.	
Ninguna 6A25.0&XS8H	Ningún síntoma cognitivo ha estado presente durante la última semana.
Leve 6A25.5&XS5W	La persona tiene dificultades menores en la cognición (p.ej., dificultad para recordar durante la entrevista, cambios en la concentración, muestra cierta desorientación en el tiempo, pero no personal o de lugar). El funcionamiento cotidiano no está afectado por estas dificultades.
Moderado 6A25.5&XS0T	La persona muestra claras dificultades en la cognición (p.ej., deterioro o inconsistencias en el recuerdo de algunos datos autobiográficos, no puede realizar algunas operaciones básicas que se espera que la persona logre de acuerdo con su nivel educativo y funcionamiento intelectual, como tareas de cálculo simples, orientación en el tiempo y lugar alteradas pero intacta en cuanto a la persona, dificultad para aprender o retener nueva información). Como resultado, el funcionamiento cotidiano se ve afectado, pero sólo se requiere de mínima ayuda externa.
Grave 6A25.5&XS25	La persona muestra marcadas dificultades en la cognición (p.ej., graves déficits en la memoria verbal u otras tareas cognitivas correspondientes con su nivel educativo y de funcionamiento intelectual, dificultad sustancial en la concentración y atención a lo que el evaluador pregunta durante la entrevista, dificultad para la formulación de planes para lograr un objetivo específico, incapacidad para considerar soluciones alternativas a problemas, orientación marcadamente alterada). Estos problemas interfieren gravemente con el funcionamiento cotidiano hasta el punto de necesitar considerable ayuda externa.
Gravedad no especificada 6A25.5	Se han presentado síntomas cognitivos durante la última semana, pero no es posible establecer una gravedad con base en la información disponible.

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021

© Departamento de salud mental y uso de sustancias de la OMS, 2021