



REQUISITOS DIAGNÓSTICOS CIE-11

Trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo

Nota: Este documento contiene una versión previa a la publicación de los requisitos diagnósticos de la CIE-11 para los trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo. Es posible que se realicen modificaciones posteriores antes de su publicación.

Índice

TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y RELACIONADOS CON EL MIEDO	2
6B00 Trastorno de ansiedad generalizada	2
6B01 Trastorno de pánico	7
6B02 Agorafobia.....	11
6B03 Fobia específica.....	14
6B04 Trastorno de ansiedad social	18
6B05 Trastorno de ansiedad por separación	23
6B06 Mutismo selectivo	26
6B0Y Otros trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo.....	28

TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y RELACIONADOS CON EL MIEDO

Los trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo se caracterizan por miedo y ansiedad excesivos, alteraciones del comportamiento relacionadas, y la presencia de síntomas lo suficientemente graves como para ocasionar malestar o deterioro del funcionamiento significativos. El miedo y la ansiedad son fenómenos estrechamente relacionados. El miedo es una reacción a una amenaza inminente percibida en el presente, mientras que la ansiedad está más orientada hacia el futuro, hace referencia a la percepción de una amenaza anticipada. Una de las principales formas en las que los diferentes trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo se distinguen de otros trastornos es el foco de la aprensión, es decir, el estímulo o situación que desencadena el miedo o la ansiedad. El foco de la aprensión puede ser muy específico, como en la fobia específica, o referirse a una clase amplia de situaciones, como en el trastorno de ansiedad generalizada. La presentación clínica de los trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo generalmente incluye cogniciones específicas asociadas que pueden ayudar a diferenciar entre los trastornos al clarificar el foco de aprensión.

Los trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo incluyen los siguientes:

- 6B00 Trastorno de ansiedad generalizada
- 6B01 Trastorno de pánico
- 6B02 Agorafobia
- 6B03 Fobia específica
- 6B04 Trastorno de ansiedad social
- 6B05 Trastorno de ansiedad por separación
- 6B06 Mutismo selectivo
- 6B0Y Otros trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo

Consideraciones culturales generales para trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo

- Para muchos grupos culturales, las quejas somáticas pueden predominar más que los síntomas cognitivos en la presentación clínica.
- En algunos contextos culturales, los síntomas de miedo y ansiedad pueden describirse principalmente en términos de fuerzas o factores externos (por ejemplo, brujería, hechicería, magia maligna o envidia) y no como una experiencia interna o un estado psicológico.

6B00 Trastorno de ansiedad generalizada

Características esenciales (requeridas):

- Síntomas pronunciados de ansiedad acompañados de cualquiera de los siguientes:
 - Aprensión general que no se limita a cualquier circunstancia ambiental particular (es decir, “ansiedad flotante-libre”); o
 - Preocupación excesiva (expectativa aprensiva) sobre los sucesos adversos que puedan ocurrir en varios aspectos diferentes de la vida cotidiana (p.ej., trabajo, finanzas, salud, familia).
- La ansiedad y la aprensión general o la preocupación se acompañan de síntomas adicionales, tales como:
 - Tensión muscular o inquietud motora.

- Hiperactividad autonómica simpática, que se evidencia con frecuentes síntomas gastrointestinales como náuseas y/o malestar abdominal, palpitaciones cardíacas, sudoración, temblor, estremecimientos y/o boca seca.
- Experiencia subjetiva de nerviosismo, inquietud o de estar “al límite”.
- Dificultad para mantener la concentración.
- Irritabilidad.
- Alteraciones del sueño (dificultad para iniciar o mantener el sueño o sueño insatisfactorio o no reparador).
- Los síntomas no son transitorios y persisten al menos varios meses, la mayoría de los días.
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental (p.ej., trastorno depresivo).
- Los síntomas no son una manifestación de otra condición médica (p.ej., hipotiroidismo), no se deben a los efectos de alguna sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso central (p.ej., café, cocaína), incluyendo los efectos de un síndrome de abstinencia (p.ej., al alcohol, o a benzodiacepinas).
- Los síntomas son lo suficientemente graves como para ocasionar malestar significativo al experimentar los síntomas de ansiedad persistente u ocasionar deterioro significativo en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otras áreas importantes del funcionamiento, o si el funcionamiento se mantiene es debido a un esfuerzo adicional significativo.

Características clínicas adicionales:

- Algunas personas con trastorno de ansiedad generalizada pueden informar únicamente de aprensión general junto con síntomas somáticos crónicos sin ser capaces de articular el contenido específico de su preocupación.
- Pueden presentarse cambios en el comportamiento, como la evitación, las necesidades frecuentes de tranquilización (especialmente en niños), y de postergación. Estos comportamientos normalmente representan un esfuerzo para reducir la aprensión o prevenir que ocurran sucesos indeseables.

Límite con la normalidad (umbral):

- La ansiedad y la preocupación son estados emocionales/cognitivos normales que suceden habitualmente cuando las personas se encuentran bajo estrés. En niveles óptimos, la ansiedad y la preocupación pueden ayudar a dirigir los esfuerzos a la solución de problemas, centrar la atención de forma adaptativa e incrementar el estado de alerta. La ansiedad y la preocupación normales suelen estar lo suficientemente autorreguladas como para no interferir con el funcionamiento u ocasionar malestar significativo. Por el contrario, la ansiedad y la preocupación características del trastorno de ansiedad generalizada son excesivas, persistentes, intensas, y pueden tener un impacto negativo en el funcionamiento. Las personas bajo circunstancias exageradamente estresantes (p.ej., vivir en una zona de guerra) pueden experimentar una ansiedad y preocupación intensa e incapacitante que es apropiada en tales circunstancias ambientales. Esas experiencias no deberían considerarse como sintomáticas del trastorno de ansiedad generalizada si ocurren exclusivamente en dichas circunstancias.

Características del curso:

- El inicio del trastorno de ansiedad generalizada puede ocurrir a cualquier edad. Sin embargo, la edad de aparición más común es entre principios y mediados de los 30.

- La aparición más temprana de los síntomas se asocia con un mayor deterioro del funcionamiento y la presencia de trastornos mentales comórbidos.
- La gravedad de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada a menudo fluctúa entre las formas umbral y subumbral del trastorno, y la remisión completa de los síntomas es poco común.
- Aunque las características clínicas del trastorno de ansiedad generalizada suelen ser constantes a lo largo de la vida, el contenido de la preocupación del individuo puede variar con el tiempo y existen diferencias en el contenido de las preocupaciones entre los diferentes grupos de edad. Los niños y adolescentes tienden a preocuparse por la calidad del desempeño académico y deportivo, mientras que los adultos tienden a preocuparse más por su propio bienestar o el de sus seres queridos.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- Los trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo son los trastornos mentales más prevalentes de la niñez y la adolescencia. Entre estos trastornos, el trastorno de ansiedad generalizada es uno de los más comunes en la infancia tardía y la adolescencia.
- La aparición del trastorno de ansiedad generalizada aumenta a lo largo de la infancia tardía y la adolescencia con el desarrollo de habilidades cognitivas que apoyan la capacidad de preocuparse, lo cual, es una característica central del trastorno. Como resultado de sus habilidades cognitivas menos desarrolladas, el trastorno de ansiedad generalizada es poco común en niños menores de 5 años. Las niñas tienden a tener un inicio de síntomas más temprano que sus pares varones de la misma edad.
- Si bien las características esenciales del trastorno de ansiedad generalizada se siguen presentando en los niños y adolescentes, las manifestaciones específicas de preocupación en los niños pueden incluir estar demasiado preocupado y cumplir con las reglas, así como un fuerte deseo de complacer a los demás. Los niños afectados pueden molestarse cuando perciben que sus compañeros se portan mal o son desobedientes. En consecuencia, los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada pueden ser más propensos a informar excesivamente sobre la mala conducta de sus compañeros o actuar como una figura de autoridad y condenar la mala conducta de sus pares. Esto puede tener un efecto negativo en las relaciones interpersonales de las personas afectadas.
- Los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada pueden tender a buscar excesivamente reafirmar su confianza en los otros, hacer preguntas repetidas y mostrar angustia cuando se enfrentan a la incertidumbre. Es posible que sean demasiado perfeccionistas y se tomen más tiempo para completar tareas, como los deberes o el trabajo en clase. La sensibilidad a la crítica percibida es común.
- Cuando el trastorno de ansiedad generalizada ocurre en niños, los síntomas somáticos, particularmente aquellos relacionados con el exceso de actividad simpática autonómica, pueden ser aspectos prominentes de la presentación clínica. Los síntomas somáticos comunes en niños con trastorno de ansiedad generalizada incluyen dolores de cabeza frecuentes, dolor abdominal y malestar gastrointestinal. Al igual que en los adultos, los niños y adolescentes también experimentan alteraciones del sueño, que incluyen desvelo y vigilia nocturna.
- El número y contenido de las preocupaciones suelen manifestarse de manera diferente en la niñez y la adolescencia. Los niños más pequeños pueden presentar más preocupaciones sobre su seguridad, su salud o la salud de los demás. Los adolescentes generalmente informan una mayor cantidad de preocupaciones desplazadas hacia el rendimiento, el perfeccionismo y en su capacidad de cumplir con las expectativas de los demás.
- Los adolescentes con trastorno de ansiedad generalizada pueden mostrar irritabilidad

excesiva y tener un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos concurrentes.

Características relacionadas con la cultura:

- En la presentación clínica de muchos grupos culturales pueden predominar las quejas somáticas más que la preocupación excesiva. Estos síntomas pueden involucrar una variedad de molestias físicas que no suelen estar asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada, como mareos y calor en la cabeza.
- Las preocupaciones realistas pueden juzgarse erróneamente como excesivas sin la información contextual adecuada. Por ejemplo, los trabajadores migrantes pueden preocuparse mucho por ser deportados, pero esto puede estar relacionado con amenazas de deportación reales por parte de su empleador. Por otro lado, la evidencia de preocupaciones en varios aspectos diferentes de la vida cotidiana puede ser difícil de establecer cuando un individuo pone énfasis en una sola fuente de preocupación abrumadora (p.ej., preocupaciones financieras).
- El contenido de las preocupaciones puede variar según el grupo cultural, en relación con los temas destacados en el medio. Por ejemplo, en sociedades donde las relaciones con familiares fallecidos son importantes, la preocupación puede centrarse en su estado espiritual en el más allá. La preocupación en culturas más individualistas puede enfatizarse en el logro personal, el cumplimiento de las expectativas o la confianza en uno mismo.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- La prevalencia a lo largo de la vida del trastorno de ansiedad generalizada es aproximadamente el doble entre las mujeres.
- Aunque la presentación de los síntomas no varía según el sexo, incluida la comorbilidad común de trastorno de ansiedad generalizada y trastornos depresivos, los hombres son más propensos a experimentar trastornos comórbidos debido al uso de sustancias.

Límites con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- **Límite con el trastorno de pánico:** El trastorno de pánico se caracteriza por episodios de miedo o ansiedad intensos, recurrentes, inesperados y autolimitados. El trastorno de ansiedad generalizado se distingue por una sensación de aprensión crónica más persistente y menos circunscrita, por lo general, asociada con la preocupación acerca de una variedad de sucesos vitales cotidianos. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada pueden experimentar ataques de pánico que se desencadenan por preocupaciones concretas. Si una persona con trastorno de ansiedad generalizada experimenta ataques de pánico exclusivamente en el contexto de la preocupación por una variedad de eventos de la vida cotidiana o aprensión general sin la presencia de ataques de pánico inesperados, no se justifica un diagnóstico adicional de trastorno de pánico y la presencia de ataques de pánico puede indicarse mediante el especificador "con ataques de pánico". Sin embargo, si también ocurren ataques de pánico inesperados, se puede asignar un diagnóstico adicional de trastorno de pánico.
- **Límite con trastornos de ansiedad social:** En el Trastorno de ansiedad social, los síntomas son en respuesta a situaciones sociales temidas (p.ej., hablar en público, iniciar una conversación) y el foco principal de la aprensión es ser evaluado negativamente por los demás. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada pueden preocuparse por las consecuencias de un mal desempeño o por fracasar en una evaluación, pero no están

exclusivamente preocupados ante la evaluación de los demás.

- **Límite con el trastorno de ansiedad por separación:** Las personas con trastorno de ansiedad generalizada pueden preocuparse por la salud y seguridad de las figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación, pero su preocupación se extiende también a otros aspectos de los acontecimientos de la vida cotidiana.
- **Límite con los trastornos depresivos:** El trastorno de ansiedad generalizada y los trastornos depresivos pueden compartir varias características como los síntomas somáticos de la ansiedad, dificultades para concentrarse, alteración del sueño y sentimientos de temor asociados a pensamientos pesimistas. Los trastornos depresivos se distinguen por la presencia de estado de ánimo bajo o pérdida de placer en actividades que previamente se consideraban placenteras y otros síntomas característicos de los trastornos depresivos (p.ej., cambios en el apetito, sentimientos de inutilidad, ideación suicida). El trastorno de ansiedad generalizada puede ser comórbido con los trastornos depresivos, pero sólo debería diagnosticarse si los requisitos para la definición del trastorno de ansiedad generalizada se cumplen antes del inicio o con posterioridad a la remisión completa de un episodio depresivo.
- **Límite con el trastorno de adaptación:** El trastorno de adaptación implica reacciones desadaptadas a un factor estresante psicosocial identificable o múltiples factores de estrés caracterizados por la preocupación por el factor estresante o sus consecuencias. Las reacciones pueden incluir preocupación excesiva, pensamientos recurrentes y molestos sobre el factor estresante o cavilaciones constantes sobre sus implicaciones. El trastorno de adaptación se centra en el factor estresante identificable o sus consecuencias, mientras que, en el trastorno de ansiedad generalizada, la preocupación abarca generalmente a múltiples áreas de la vida cotidiana y puede incluir preocupaciones hipotéticas (p.ej., que puede ocurrir un suceso negativo). A diferencia de las personas con trastorno de ansiedad generalizada, las personas con trastorno de adaptación suelen tener un funcionamiento normal antes de la aparición del(los) factor(es) estresante(s). Los síntomas del trastorno de adaptación generalmente se resuelven en 6 meses.
- **Límite con el trastorno obsesivo-compulsivo:** En el trastorno obsesivo-compulsivo el foco de la aprensión se refiere a pensamientos intrusivos y no deseados, impulsos, o imágenes (obsesiones), mientras que en el trastorno de ansiedad generalizada la atención se centra en los acontecimientos de la vida diaria. A diferencia de las obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, que habitualmente son experimentados como no deseadas e intrusivas, las personas con trastorno de ansiedad generalizada experimentan su preocupación como una estrategia útil para prevenir los acontecimientos negativos.
- **Límite con hipocondría (trastorno de ansiedad por la salud) y trastorno de angustia corporal:** En la hipocondría y el trastorno de angustia corporal, las personas se preocupan por síntomas físicos reales o percibidos y su potencial importancia para su salud. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada experimentan síntomas somáticos asociados con ansiedad y pueden preocuparse por su salud, pero su preocupación se extiende a otros aspectos de la vida cotidiana.
- **Límite con el trastorno por estrés postraumático:** Las personas con trastorno por estrés postraumático desarrollan hipervigilancia como consecuencia de la exposición a un factor estresante traumático y pueden volverse aprensivos por el hecho de que ellos u otras personas cercanas puedan estar bajo una amenaza inminente, ya sea en situaciones concretas o de forma más general. Las personas con trastorno por estrés postraumático pueden experimentar ansiedad desencadenada por recuerdos del suceso traumático (p.ej., miedo y evitación de un lugar donde la persona fue atacada). En cambio, la ansiedad y la preocupación en personas con trastorno de ansiedad generalizada se dirigen hacia la

posibilidad de una variedad de sucesos adversos en una variedad de ámbitos de la vida (p.ej., salud, finanzas, trabajo).

6B01 Trastorno de Pánico

Características esenciales (requeridas):

- Ataques de pánico recurrentes, que son episodios discretos de miedo o aprensión intensos caracterizados por la aparición rápida y simultánea de varios síntomas característicos. Estos síntomas pueden incluir, pero no se limitan a los siguientes:
 - Palpitaciones o aumento del ritmo cardíaco
 - Sudoración
 - Temblor
 - Sensaciones de falta de aliento
 - Sensaciones de asfixia
 - Dolor en el pecho
 - Náuseas o molestias abdominales
 - Sensaciones de mareo o aturdimiento
 - Escalofríos o sofocos
 - Hormigueo o falta de sensibilidad en las extremidades (es decir, parestesias)
 - Despersonalización o desrealización
 - Temor a perder el control o volverse loco
 - Temor a la muerte inminente
- Al menos algunos de los ataques de pánico son inesperados, es decir, no se limitan a estímulos o situaciones particulares, sino que parecen surgir "de la nada".
- Los ataques de pánico están seguidos por inquietud persistente o preocupación (p.ej., durante varias semanas) acerca de su recurrencia o su significado negativo percibido (p.ej., de que los síntomas fisiológicos pueden ser los de un infarto de miocardio) o comportamientos destinados a evitar su repetición (p.ej., salir de casa únicamente acompañado de alguien de confianza)
- Los ataques de pánico no se limitan a situaciones que provocan ansiedad en el contexto de otro trastorno mental.
- Los síntomas no son una manifestación de una enfermedad médica (p.ej., feocromocitoma) y no se deben al efecto directo de alguna sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso central (p.ej., café, cocaína), incluyendo los efectos de un síndrome de abstinencia (p.ej., alcohol, benzodiazepinas).
- Los síntomas son lo suficientemente graves como para ocasionar deterioro significativo en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional, o de otras áreas importantes de funcionamiento, o si el funcionamiento se mantiene es debido a un esfuerzo adicional significativo.

Nota: Los ataques de pánico pueden ocurrir en otros *trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo*, así como en otros trastornos mentales y, por lo tanto, la presencia de ataques de pánico no es por sí misma suficiente para asignar un diagnóstico de trastorno de pánico.

Características clínicas adicionales:

- Los ataques de pánico individuales generalmente sólo duran unos minutos, aunque algunos pueden durar más tiempo. La frecuencia y gravedad de los ataques de pánico varían

ampliamente (p.ej., de varias veces al día a unas pocas veces al mes) en la propia persona y entre las personas.

- En el trastorno de pánico, es común que los ataques de pánico se vuelvan más "esperados" con el tiempo a medida que se asocian con estímulos o contextos particulares, que originalmente pueden haber sido una coincidencia (por ejemplo, una persona que tiene un ataque de pánico inesperado al cruzar un puente puede posteriormente volverse ansiosa al cruzar puentes, lo que podría conducir a ataques de pánico "esperados" en respuesta a los puentes).
- Los ataques con síntomas limitados (es decir, ataques que son similares a los ataques de pánico, excepto que se acompañan de sólo unos pocos síntomas propios de los ataques de pánico sin el pico de intensidad de síntomas característico) son comunes en personas con trastorno de pánico, particularmente con estrategias conductuales (p.ej., evitación) que se usan para reducir los síntomas de ansiedad. Sin embargo, con el fin de asignar un diagnóstico de trastorno de pánico, tiene que haber una historia de ataques de pánico recurrentes que cumplan con los requisitos completos de la definición.
- Algunas personas con trastorno de pánico experimentan ataques nocturnos, es decir, se despiertan del sueño en un estado de pánico.
- Aunque el patrón de síntomas (p.ej., principalmente respiratorio, nocturno, etc.), la gravedad de la ansiedad y el grado de comportamientos de evitación son variables, el trastorno de pánico es uno de los trastornos de ansiedad que ocasiona mayor afectación. Las personas a menudo se presentan repetidamente en las unidades de urgencias y pueden someterse a una serie de exploraciones médicas especiales innecesarias y costosas a pesar de repetidos resultados negativos.

Límite con la normalidad (umbral):

- Los ataques de pánico son comunes en la población en general, en particular en respuesta a los acontecimientos de la vida que provocan ansiedad. Los ataques de pánico en respuesta a las amenazas reales a la integridad física o psicológica del individuo se consideran parte de la continuidad normativa de reacciones y un diagnóstico no se justifica en tales casos. El trastorno de pánico se distingue de las reacciones normales de miedo por la recurrencia frecuente de los ataques de pánico, la preocupación o inquietud persistente, o por las alteraciones en el comportamiento (p.ej., evitación), y el deterioro significativo en el funcionamiento.
- La aparición repentina, la rápida elevación, la naturaleza inesperada y la intensa gravedad de los ataques de pánico es lo que los distingue de la ansiedad ligada a situaciones normales que pueden experimentarse en la vida cotidiana (p.ej., durante las transiciones vitales como mudarse a una nueva ciudad).

Características del curso:

- El inicio del trastorno de pánico ocurre generalmente durante los primeros 20 años.
- Algunas personas experimentan brotes episódicos de síntomas con largos períodos de remisión, mientras que otras experimentan síntomas graves y persistentes.
- La presencia de trastornos comórbidos (p.ej., otros trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo, trastornos depresivos y trastornos debidos al uso de sustancias) se ha asociado con un peor pronóstico a largo plazo.
- Un diagnóstico comórbido de agorafobia generalmente se asocia con una mayor gravedad de los síntomas y un peor pronóstico a largo plazo.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- Aunque algunos niños informan síntomas físicos de ataques de pánico, el trastorno de pánico es muy poco común en los niños más pequeños porque la capacidad cognitiva de catastrofizar sobre la importancia de los síntomas aún no está completamente desarrollada. La prevalencia del trastorno de pánico aumenta durante la adolescencia y la edad adulta temprana.
- Los adolescentes con trastorno de pánico tienen un mayor riesgo de sufrir un trastorno depresivo comórbido, incluido el suicidio, así como los trastornos debidos al consumo de sustancias.

Características relacionadas con la cultura:

- La presentación de síntomas de ataques de pánico puede variar entre culturas y está influenciada por atribuciones culturales sobre su etiología. Por ejemplo, las personas de origen camboyano pueden enfatizar los síntomas de pánico atribuidos a la desregulación de *khyâl*, una sustancia similar al viento en la etnofisiología tradicional camboyana (p.ej, mareos, tinnitus, dolor de cuello).
- Hay varios conceptos culturales notables de angustia relacionados con el trastorno de pánico, que relacionan el pánico, el miedo o la ansiedad con atribuciones etiológicas relacionadas con influencias sociales y ambientales específicas. Los ejemplos incluyen atribuciones relacionadas con el conflicto interpersonal (p.ej., ataque de nervios entre los latinoamericanos), el esfuerzo o la ortostasis (*khyâl cap* entre los camboyanos) y el viento atmosférico (*trúng gió* entre los vietnamitas). Estas etiquetas culturales pueden corresponder a presentaciones de síntomas distintas del pánico (p.ej., paroxismos de ira, en el caso del ataque de nervios) pero a menudo constituyen episodios de pánico o presentaciones con superposición fenomenológica parcial con ataques de pánico.
- Aclarar las atribuciones culturales y el contexto de la experiencia de los síntomas puede informar si los ataques de pánico deben considerarse inesperados, como debe ser el caso del trastorno de pánico. Por ejemplo, los ataques de pánico pueden involucrar focos específicos de aprensión que se explican mejor por otro trastorno (p.ej., situaciones sociales en el trastorno de ansiedad social). Además, el vínculo cultural del foco de la aprehensión con exposiciones específicas (p.ej., viento o frío y ataques de pánico *trúng gió*) puede sugerir que se espera una ansiedad aguda cuando se considera dentro del marco cultural del individuo.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- El trastorno de pánico es dos veces más común en mujeres que en hombres, con diferencias de sexo/género en las tasas de prevalencia que comienzan durante la pubertad.
- No se han observado diferencias de sexo/género en las características clínicas o la presentación de los síntomas.

Límites con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- **Límite con trastorno de ansiedad generalizada:** Algunas personas con trastorno de pánico pueden experimentar ansiedad y preocupación entre los ataques de pánico. Si el foco de la ansiedad y la preocupación se limita al temor de tener un ataque de pánico o a las posibles implicaciones de los ataques de pánico (p.ej., que la persona puede estar sufriendo una enfermedad cardiovascular), no se justifica el diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, si la persona por lo general está más ansiosa por una serie de acontecimientos vitales, además de experimentar ataques de pánico no

provocados, puede ser apropiado un diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad generalizada.

- **Límite con agorafobia:** La imprevisibilidad percibida de los ataques de pánico a menudo refleja la fase temprana de la enfermedad. Sin embargo, con el tiempo, con la recurrencia de los ataques de pánico en situaciones específicas, las personas a menudo desarrollan ansiedad anticipatoria a tener ataques de pánico en esas situaciones o pueden experimentar ataques de pánico desencadenados por la exposición a las mismas. Es común que los individuos desarrollen con el tiempo algún grado de síntomas de agorafobia en el contexto de un trastorno de pánico. Si la persona desarrolla temores semejantes al pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos que ocurren en situaciones diversas y, como resultado, evitan activamente estas situaciones, requieren de la presencia de un acompañante o las soportan a costa de un temor intenso o ansiedad, y se cumplen los requisitos de definición de agorafobia, puede asignarse un diagnóstico adicional de agorafobia.
- **Límite con los trastornos depresivos:** Los ataques de pánico pueden ocurrir en los trastornos depresivos, particularmente en aquellos con síntomas de ansiedad prominentes, así como en el trastorno mixto de depresión y de ansiedad, y pueden desencadenarse por las rumiaciones depresivas. Si los ataques de pánico inesperados tienen lugar en el contexto de estos trastornos y la principal preocupación es acerca de la reaparición de los ataques de pánico o del significado de los síntomas de pánico, un diagnóstico adicional de trastorno de pánico puede ser apropiado.
- **Límite con la hipocondría (trastorno de ansiedad por la salud):** Las personas con hipocondría a menudo malinterpretan los síntomas corporales como evidencia de que pueden tener una o más enfermedades que amenazan la vida. Aunque las personas con trastorno de pánico también pueden exhibir preocupaciones acerca de que las manifestaciones físicas de ansiedad son indicadoras de enfermedades que amenazan la vida (p.ej., infarto de miocardio), estos síntomas generalmente suelen ocurrir en medio de un ataque de pánico. Las personas con trastorno de pánico están más preocupadas por la recurrencia de los ataques de pánico o por el significado de los síntomas de pánico, son menos propensos a informar de preocupaciones somáticas atribuibles a los síntomas corporales diferentes a los asociados con la ansiedad y tienen una menor tendencia a realizar comportamientos repetitivos y excesivos relacionados con la salud. Sin embargo, los ataques de pánico pueden ocurrir en la hipocondría y, aunque estén asociados exclusivamente a los temores de padecer una enfermedad que amenace la vida, no se justifica un diagnóstico adicional de trastorno de pánico. En esta situación, el especificador “con ataques de pánico” puede utilizarse para el diagnóstico de hipocondría. Si hay ataques de pánico persistentes y repetitivos en el contexto de hipocondría, que son inesperados en el sentido de que no responden a preocupaciones relacionadas con la enfermedad, se deben asignar ambos diagnósticos.
- **Límite con trastorno oposicionista y desafiante:** La irritabilidad, la ira y el incumplimiento a veces se asocian con el trastorno de pánico en niños y adolescentes. Por ejemplo, los niños pueden mostrar arrebatos de ira cuando se les presenta una tarea o situación que los hacen sentir ansiosos (p.ej., cuando se les pide que se vayan de la casa sin un acompañante de confianza, como un padre o un cuidador). Si los comportamientos desafiantes solo ocurren cuando se desencadenan por una situación o estímulo que provoca ansiedad, miedo o pánico, un diagnóstico de trastorno oposicionista y desafiante generalmente no es apropiado.
- **Límite con otros trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo:** Los ataques de pánico pueden tener lugar en el contexto de una variedad de otros trastornos mentales y del comportamiento, particularmente en los trastornos de ansiedad y trastornos

relacionados con el miedo, trastornos asociados específicamente con el estrés, y trastorno obsesivo-compulsivo o trastornos relacionados. Cuando los ataques de pánico se producen en el contexto de estos trastornos, generalmente son parte de una respuesta de ansiedad intensa a estímulos angustiantes internos o externos que representa un foco de aprensión en ese trastorno (p.ej., un objeto o situación particular en la fobia específica, la evaluación negativa en el trastorno de ansiedad social, el ser contaminado por gérmenes en el trastorno obsesivo-compulsivo, tener una enfermedad grave en la hipocondría, recuerdos de un suceso traumático en el trastorno por estrés postraumático). Si los ataques de pánico se limitan a este tipo de situaciones en el contexto de otro trastorno, un diagnóstico por separado de trastorno de pánico no está justificado. Si algunos ataques de pánico en el curso del trastorno han sido inesperados y no exclusivamente en respuesta a estímulos asociados con el foco de aprensión relacionado con otro trastorno, puede asignarse un diagnóstico adicional de trastorno de pánico.

6B02 Agorafobia

Características esenciales (requeridas):

- Miedo o ansiedad pronunciados y excesivos que suceden en o por anticipación de múltiples situaciones donde escapar puede ser difícil o no es posible recibir ayuda, tales como el uso de transporte público, estar en multitudes, estar solo fuera de casa, en tiendas, teatros o esperar en una fila.
- La persona está constantemente temerosa o ansiosa por estas situaciones debido al sentido de peligro o el miedo a efectos específicos negativos como ataques de pánico, síntomas de pánico u otros síntomas incapacitantes (p.ej. desmayarse) o síntomas físicos embarazosos (p.ej., incontinencia).
- Las situaciones son activamente evitadas, entran en ellas únicamente bajo circunstancias específicas (p.ej., con la presencia de un acompañante), o bien, se experimentan con temor o ansiedad intensos.
- Los síntomas no son transitorios, es decir, persisten durante un prolongado periodo de tiempo (p.ej., al menos varios meses).
- Los síntomas son lo suficientemente graves como para ocasionar malestar significativo al experimentar los síntomas de ansiedad persistente u ocasionar deterioro significativo en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional, o de otras áreas importantes de funcionamiento. Si el funcionamiento se mantiene es debido a un esfuerzo adicional significativo.

Características clínicas adicionales:

- Las experiencias temidas por las personas con agorafobia incluyen cualquiera de los síntomas de un ataque de pánico como es descrito en el trastorno de pánico (p.ej., palpitaciones o aumento del ritmo cardíaco, dolor en el pecho, sensaciones de mareo o aturdimiento) u otros síntomas que pueden ser incapacitantes, aterradores, difíciles de manejar, o embarazosos (p.ej., incontinencia, cambios en la visión, vómitos). A menudo es importante establecer específicamente la naturaleza del resultado temido en agorafobia, ya que esto puede brindar información para la elección concreta de las estrategias de tratamiento.
- Es común que las personas con agorafobia tengan una historia de ataques de pánico, aunque pueden no cumplir los requisitos diagnósticos para el trastorno de pánico o incluso no tener ataques de pánico en absoluto ya que evitan situaciones en las que los ataques de pánico puedan ocurrir. Establecer que el foco de aprensión de un individuo está

relacionado específicamente con la experimentación de los síntomas corporales de un ataque de pánico sería importante al considerar la posibilidad de añadir componentes del tratamiento de trastorno de pánico (p.ej., exposición interoceptiva) al tratamiento de agorafobia, aun cuando no hay un diagnóstico actual relacionado con el pánico.

- Las personas con agorafobia pueden emplear una variedad de estrategias conductuales diferentes si se requieren para poder adentrarse en las situaciones temidas. Uno de estos comportamientos de “seguridad” es requerir la presencia de un acompañante. Otras estrategias pueden incluir, ir a ciertos lugares únicamente en ciertos momentos del día o llevar objetos concretos (p.ej., medicaciones, toallas), ante la posibilidad de que ocurra el efecto negativo temido. Estas estrategias pueden cambiar en el curso del trastorno y de una ocasión a otra. Por ejemplo, en diferentes ocasiones, en la misma situación, una persona puede insistir en tener un acompañante, soportar la situación con malestar o usar diferentes comportamientos de seguridad para afrontar su ansiedad.
- Aunque el patrón de síntomas, la gravedad de la ansiedad y la extensión de la evitación son variables, la agorafobia es uno de los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo más incapacitantes, en la medida en que algunas personas llegan a estar completamente encerrados en sus domicilios, lo que tiene un impacto en las oportunidades de empleo, búsqueda de atención médica y la capacidad para formar y mantener relaciones con los demás.

Límite con la normalidad (umbral):

- Las personas pueden exhibir comportamientos de evitación transitorios en el contexto del desarrollo normal o en periodos de mayor estrés. Estos comportamientos se distinguen de la agorafobia porque están limitados en la duración y no conllevan un impacto significativo en el funcionamiento.
- Las personas con otras enfermedades médicas pueden mostrar evitación debido a preocupaciones razonables sobre estar incapacitado (p.ej., limitaciones de la movilidad en una persona con una enfermedad neurológica) o sentirse avergonzado (p.ej., diarrea en una persona con la enfermedad de Crohn). La agorafobia sólo debería diagnosticarse si el miedo o la ansiedad y la evitación resulta en un mayor deterioro en el funcionamiento en comparación con otras personas que tienen una condición médica similar.

Características del curso:

- La edad en la que suele aparecer más comúnmente la agorafobia es al final de la adolescencia, y la mayoría de las personas la experimentan antes de los 35 años. Sin embargo, la edad de inicio es más tardía (entre mediados y finales de los 20) para las personas sin antecedentes de ataques de pánico o sin un diagnóstico preexistente de trastorno de pánico. El inicio durante la niñez se considera raro.
- La agorafobia generalmente se considera una condición crónica y persistente. El curso y el pronóstico de la agorafobia a largo plazo se asocian con un mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos, trastornos distímicos y trastornos debidos al uso de sustancias.
- Una mayor gravedad de los síntomas (por ejemplo, evitar la mayoría de las actividades, estar confinado en casa) se asocia con tasas más altas de recaída y cronicidad, y un peor pronóstico a largo plazo.
- La presencia de trastornos comórbidos, en particular otros trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo, trastornos depresivos, trastornos de la personalidad y trastornos debidos al uso de sustancias, se ha asociado con un peor pronóstico a largo plazo.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- Aunque las características clínicas de la agorafobia generalmente permanecen constantes a lo largo de la vida, los desencadenantes específicos y las cogniciones relacionadas pueden variar según los grupos de edad. Por ejemplo, mientras que el miedo a estar solo fuera de casa o perderse es común durante la niñez, los adultos tienen más probabilidades de temer hacer fila, estar en espacios abiertos o abarrotados, o experimentar un ataque de pánico. Entre los adultos mayores, el miedo a caerse es común.
- Al igual que los adultos, los niños y adolescentes con agorafobia pueden demostrar que evitan en exceso determinadas situaciones o lugares, o pueden requerir la presencia de un amigo cercano o un familiar para entrar en estas situaciones. Es probable que los niños con agorafobia se resistan a salir del hogar sin un padre o cuidador. Un foco común de aprensión es perderse y no poder obtener ayuda. Solicitar información de informantes cercanos y que conocen bien al niño puede ayudar a aclarar el foco de aprensión del niño.

Características relacionadas con la cultura:

- La evaluación de la agorafobia debe incorporar información sobre normas culturales y de sexo/género. Por ejemplo, entre poblaciones y contextos en los que la violencia es común, el miedo a salir del hogar no debe asignarse a este diagnóstico a menos que el miedo supere lo culturalmente normativo. Del mismo modo, para las personas de culturas que pasan la mayor parte de su tiempo en casa, puede esperarse que haya ansiedad cuando se encuentran en áreas abiertas (por ejemplo, mercados), pero el trastorno solo debe diagnosticarse cuando el miedo excede las normas culturales.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- La prevalencia de la agorafobia a lo largo de la vida es aproximadamente el doble en las mujeres. En la infancia se informa con mayor frecuencia en las niñas, y los síntomas comienzan antes en las niñas que en los niños.
- Los hombres con agorafobia tienen más probabilidades de reportar trastornos comórbidos debido al uso de sustancias.

Límite con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- **Límite con trastorno de pánico:** Es común que las personas con trastorno de pánico desarrollen en algún grado síntomas agorafóbicos con el tiempo. Si el individuo experimenta ataques de pánico recurrentes inesperados que no se limitan a situaciones o estímulos particulares y los síntomas de agorafobia no cumplen todos los requisitos para el diagnóstico de agorafobia, el trastorno de pánico es el diagnóstico apropiado. En cambio, muchos individuos con agorafobia han experimentado ataques de pánico recurrentes. Si una persona con agorafobia experimenta ataques de pánico exclusivamente en el contexto de múltiples situaciones agorafóbicas sin la presencia de ataques de pánico inesperados, un diagnóstico adicional de trastorno de pánico no está justificado y la presencia de ataques de pánico debe indicarse utilizando el especificador “con ataques de pánico”. Si ocurren ataques de pánico inesperados y se cumplen todos los demás requisitos diagnósticos de trastorno de pánico y de agorafobia, se pueden asignar ambos diagnósticos.
- **Límite con la fobia específica:** La fobia específica se distingue de la agorafobia porque implica temor en situaciones circunscritas o estímulos propios (p.ej., alturas, animales, sangre o heridas) más que miedo o ansiedad de efectos inminentes percibidos como

peligrosos (p.ej., ataques de pánico, síntomas de pánico, incapacidad o síntomas físicos embarazosos) que se prevé que puedan ocurrir en múltiples situaciones donde obtener ayuda o escapar podría resultar difícil.

- **Límite con el trastorno de ansiedad social:** En el trastorno de ansiedad social, los síntomas son en respuesta a situaciones sociales temidas (p.ej., hablar en público, iniciar una conversación) y el foco primario de la aprensión es ser evaluado negativamente por los demás.
- **Límite con el trastorno de ansiedad por separación:** DE forma similar a la agorafobia, las personas con trastorno de ansiedad por separación evitan situaciones pero lo hacen para prevenir o limitar el estar lejos de las personas a las que están vinculados (p.ej., padres, esposa o hijos) por temor a perderlos.
- **Límite con espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos:** Las personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia y trastornos psicóticos primarios pueden evitar situaciones como consecuencia de delirios paranoides o de persecución, más que por miedo o ansiedad de efectos inminentes percibidos como peligrosos (p.ej., ataques de pánico, síntomas de pánico, incapacidad o síntomas físicos embarazosos) que se prevé que puedan ocurrir en múltiples situaciones donde obtener ayuda o escapar podría resultar difícil.
- **Límite con los trastornos depresivos:** En los trastornos depresivos, las personas pueden evitar diversas situaciones pero lo hacen debido a la pérdida de interés en actividades que fueron agradables anteriormente o debido a la falta de energía, más que por el miedo o la ansiedad de efectos inminentes percibidos como peligrosos (p.ej., ataques de pánico, síntomas de pánico, incapacidad, o síntomas físicos embarazosos) que se prevé que puedan ocurrir en múltiples situaciones donde obtener ayuda o escapar podría resultar difícil.
- **Límite con el trastorno por estrés postraumático:** En el trastorno de estrés postraumático, la persona evita deliberadamente recuerdos que puedan producir una re-experimentación del(de los) suceso(s) traumático(s). En cambio, las situaciones son evitadas en la agorafobia por el miedo o la ansiedad de efectos inminentes percibidos como peligrosos (p.ej., ataques de pánico, síntomas de pánico, incapacidad o síntomas físicos embarazosos) que se prevé que puedan ocurrir en múltiples situaciones donde obtener ayuda o escapar podría resultar difícil.
- **Límite con el trastorno oposicionista y desafiante:** La irritabilidad, la ira y la falta de cumplimiento a veces se asocian con la ansiedad en niños y adolescentes. Por ejemplo, los niños pueden mostrar arrebatos de ira cuando se les pide que entren en situaciones que los hacen sentir ansiosos (por ejemplo, cuando se les pide que se vayan de la casa sin un acompañante de confianza como un padre o un cuidador). Si los comportamientos desafiantes solo ocurren cuando se desencadenan por una situación o estímulo que provoca ansiedad, miedo o pánico, un diagnóstico de trastorno de oposicionista y desafiante generalmente no es apropiado.

6B03 Fobia específica

Características esenciales (requeridas):

- Miedo o ansiedad pronunciados y excesivos que suceden constantemente cuando hay exposición o se anticipa la exposición a uno o más objetos o situaciones específicos (p.ej., cercanía de cierto tipo de animales, alturas, espacios cerrados, ver sangre o heridas), que es desproporcionado con respecto al peligro real que representa el objeto o situación específicos.

- El objeto o situación fóbicos son evitados activamente o bien soportados con un intenso miedo o ansiedad.
- Un patrón de miedo, ansiedad o evitación relacionado con objetos o situaciones específicos que no son transitorios, es decir, persiste por un periodo de tiempo prolongado (p.ej., al menos varios meses).
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental y del comportamiento (p.ej., trastorno de ansiedad social o un trastorno psicótico primario)
- Los síntomas son lo suficientemente graves como para ocasionar malestar significativo al experimentar los síntomas de ansiedad persistente u ocasionar deterioro significativo en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otras áreas importantes del funcionamiento. Si el funcionamiento se mantiene es debido a un esfuerzo adicional significativo.

Características clínicas adicionales:

- La fobia específica abarca temores de un grupo amplio y heterogéneo de estímulos fóbicos. Los más comunes son animales concretos (fobia a los animales), alturas (acrofobia), espacios cerrados (claustrofobia), a la visión de sangre o heridas (fobia de sangre-heridas), a volar, conducir, las tormentas, la oscuridad y los procedimientos médicos/dentales. Las reacciones de las personas a los estímulos fóbicos pueden ir desde los sentimientos de asco y repulsión (a menudo sucede en las fobias a los animales o las fobias de sangre-herida), anticipación de un peligro o daño (común entre la mayor parte de los tipos de fobia específica), y síntomas físicos como desmayos (más común en respuesta a la sangre o heridas).
- La mayoría de las personas diagnosticadas de fobia específica reportan miedo a diversos objetos o situaciones. Un diagnóstico único de fobia específica se asigna con independencia del número de objetos o situaciones temidas. A diferencia de la mayoría de los estímulos fóbicos, cuya presentación o anticipación habitualmente da lugar a una activación fisiológica significativa, las personas que temen la visión de sangre, procedimientos médicos invasivos o heridas, pueden experimentar una respuesta vasovagal que puede resultar en un desmayo.
- Algunas personas con fobia específica pueden referir como antecedente, haber observado a otra persona (p.ej., un cuidador) reaccionar con miedo o ansiedad cuando se enfrentaba a un objeto o situación, resultando un aprendizaje vicario de una respuesta de miedo al objeto o situación, o por una experiencia directa negativa con un objeto o situación (p.ej., haber sido mordido por un perro). Sin embargo, las experiencias negativas previas (directas o vicarias) no son necesarias para el desarrollo del trastorno.
- Algunas personas informan que su miedo o ansiedad por un objeto o situación no es excesivo. En tales casos, los clínicos deben considerar si el miedo manifestado, la ansiedad o el comportamiento de evitación es desproporcionado con respecto al riesgo de daño razonable tomando en consideración tanto las normas culturales aceptadas, así como las condiciones ambientales específicas a las que la persona está habitualmente sometido (p.ej., el miedo a la oscuridad puede estar justificado en un vecindario donde los asaltos durante la noche son frecuentes).

Límite con la normalidad (umbral):

- En niños y adolescentes, algunos miedos pueden formar parte del desarrollo normal (p.ej., un niño que tiene miedo de los perros). La fobia específica sólo debería diagnosticarse si el miedo o la ansiedad son excesivos en comparación con la de otros individuos en un nivel

de desarrollo similar.

Características del curso:

- El inicio de la fobia específica puede ocurrir a cualquier edad, sin embargo, la aparición inicial es más común durante la primera infancia (entre los 7 y los 10 años de edad) generalmente como resultado de presenciar o experimentar una situación o evento que provoque miedo (por ejemplo, asfixia, ser atacado por un animal, presenciar que alguien se ahoga).
- Una edad más temprana de aparición se ha asociado con fobias relacionadas con fenómenos animales y naturales (miedo al agua/clima, espacios cerrados); mientras que, el miedo a volar y las fobias relacionadas con la altura generalmente tienen una edad de inicio más avanzada.
- La edad más temprana de inicio también se asocia con un mayor número de situaciones o estímulos temidos.
- Las personas con fobia específica informan altas tasas de trastornos comórbidos de por vida, en particular, trastornos depresivos y otros trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo. En la mayoría de los casos, la fobia específica precede a la aparición de otros trastornos mentales.
- Las fobias específicas que persisten desde la infancia hasta la adolescencia y la edad adulta rara vez remiten espontáneamente.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- Los trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo son los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo más prevalentes en la infancia y la adolescencia. Entre estas condiciones, la fobia específica es una de las más comunes en los niños pequeños y puede presentarse en niños de hasta 3 años de edad.
- En los niños, el diagnóstico de fobia específica no debe asignarse cuando los miedos son normativos desde el punto de vista del desarrollo (p.ej., miedo a la oscuridad en los niños pequeños).
- En los niños en edad preescolar, las respuestas fóbicas pueden incluir bloqueo, rabietas o llanto. La duración, frecuencia e intensidad de estas reacciones se pueden utilizar para distinguir entre los miedos típicos de la edad y las respuestas de ansiedad en la fobia específica.
- Las fobias específicas relacionadas con objetos tangibles (p.ej., animales) son más comunes en los niños más pequeños, mientras que las relacionadas con un posible daño a uno mismo o a otros (p.e., medioambiente, sangre/inyección) son más comunes en adolescentes y adultos.
- Al igual que en los adultos, la evitación excesiva se observa tanto en niños como en adolescentes, y puede ser impulsada tanto por la presencia real de los estímulos fóbicos como por la ansiedad anticipatoria (por ejemplo, negarse a salir debido a la posible presencia de abejas).

Características relacionadas con la cultura:

- La cultura puede desempeñar un papel en la configuración de la respuesta del miedo a estímulos específicos. No se debe asignar un diagnóstico de fobia específica si la mayoría de las personas en un grupo cultural temen un estímulo, a menos que el miedo exceda las normas culturales. Por ejemplo, las personas de algunos grupos culturales pueden evitar caminar de noche en ciertas áreas donde temen que haya fantasmas o espíritus presentes.

- La prominencia de estímulos temidos específicos puede diferir según el grupo cultural y el contexto del entorno. Las amenazas comunes en el medio ambiente (por ejemplo, serpientes venenosas) pueden explicar algunas de las variaciones culturales en los estímulos temidos.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- La prevalencia de la fobia específica a lo largo de la vida es aproximadamente el doble en las mujeres.
- Los hombres y las mujeres tienen la misma probabilidad de experimentar fobias relacionadas con la sangre, las inyecciones y las lesiones, pero las fobias de situaciones específicas y las relacionadas con los animales y los entornos naturales son más comunes entre las mujeres.

Límites con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- **Límite con el trastorno de pánico:** Si una persona con fobia específica experimenta ataques de pánico exclusivamente en el contexto de encuentros reales o anticipados con el objeto o situación específica que representa el foco de aprensión, no se justifica un diagnóstico adicional de trastorno de pánico y la presencia de ataques de pánico puede indicarse utilizando el especificador "con ataques de pánico". Sin embargo, si también ocurren ataques de pánico inesperados, se puede asignar un diagnóstico adicional de trastorno de pánico.
- **Límite con la agorafobia:** La fobia específica se distingue de la agorafobia porque se refiere a miedos de situaciones circunscritas o estímulos (p.ej., alturas, animales, sangre-heridas) más que miedo o ansiedad de efectos inminentes percibidos como peligrosos (p.ej., ataques de pánico, síntomas de pánico, incapacidad o síntomas físicos embarazosos) que se prevé que puedan ocurrir en múltiples situaciones donde obtener ayuda o escapar podría resultar difícil.
- **Límite con el trastorno de ansiedad social:** En el trastorno de ansiedad social, el miedo y la evitación se desencadenan por las situaciones sociales (p.ej., hablar en público, iniciar una conversación) y el foco de aprensión primario está en ser evaluado negativamente por los demás, mientras que en la fobia específica, el miedo y la evitación son en respuesta a otros objetos o situaciones concretos.
- **Límite con el trastorno obsesivo compulsivo:** En el trastorno obsesivo-compulsivo, las personas pueden evitar estímulos específicos o situaciones relacionadas con obsesiones o compulsiones (p.ej., evitar situaciones "contaminantes" en alguien con compulsión de lavarse las manos) mientras que en la fobia específica, se evitan objetos o situaciones por el miedo asociado con ellos y no por obsesiones o compulsiones.
- **Límite con la hipocondría (trastorno de ansiedad por la salud):** En la hipocondría, las personas pueden evitar consultas médicas u hospitales debido al miedo que exacerbe su preocupación por tener una enfermedad grave. En cambio, en la fobia específica, el miedo y evitación se relacionan con el objeto específico o situación.
- **Límite con el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés postraumático complejo:** Tanto la fobia específica como el trastorno de estrés postraumático implican evitar los estímulos que causan ansiedad, y ambos pueden surgir después de la exposición a un evento traumático. El trastorno de estrés postraumático se puede diferenciar de la fobia específica por la presencia de los otros síntomas centrales del trastorno de estrés postraumático (es decir, volver a experimentar el trauma y las percepciones persistentes de una mayor amenaza actual). Se distinguen aún más por el hecho de que, a diferencia de la fobia específica en la que los recuerdos del evento traumático relacionado se experimentan

como pertenecientes al pasado, en el trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés postraumático complejo, el evento traumático se experimenta como si estuviera ocurriendo de nuevo en el aquí y ahora (es decir, re-experimentado).

- **Límite con los trastornos de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos:** Las personas con trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos exhiben conductas alimentarias anormales y/o preocupación por la comida, así como preocupaciones prominentes por el peso o forma corporal, y pueden evitar la comida por miedo a que provoque un aumento de peso o debido a sus cualidades sensoriales específicas. En algunas fobias específicas, las personas pueden evitar estímulos o el consumo de alimentos, pero la evitación se relaciona con el efecto directo anticipado del estímulo fóbico (p.ej., comer puede conducir a asfixia o vómito) y no debido a cualidades sensoriales o de contenido calórico de los alimentos.
- **Límite con el trastorno oposicionista y desafiante:** La irritabilidad, la ira y el incumplimiento a veces se asocian con ansiedad en niños y adolescentes. Por ejemplo, los niños pueden exhibir arrebatos de ira cuando se les pide que interactúen con un estímulo o que entren en situaciones que los hacen sentir ansiosos (p.ej., pedirle a un niño que teme a los perros que vaya al parque donde podría haber perros presentes). Si los comportamientos desafiantes solo ocurren cuando se desencadenan por una situación o estímulo que provoca ansiedad, miedo o pánico, un diagnóstico de trastorno oposicionista y desafiante generalmente no es apropiado.

6B04 Trastorno de ansiedad social

Características esenciales (requeridas):

- Temor marcado y excesivo o ansiedad que sucede consistentemente en una o más situaciones sociales tales como las interacciones sociales (p.ej., tener una conversación), hacer algo mientras se siente observado (p.ej., comiendo o bebiendo) o hacer algo frente a otros (p.ej., dando un discurso/charla).
- El individuo se preocupa de actuar de una manera o muestra síntomas de ansiedad que serán evaluados negativamente por los demás (es decir, ser humillante, vergonzoso, producir rechazo o ser ofensivo).
- Las situaciones sociales relevantes son consistentemente evitadas o soportadas con un temor o ansiedad intensos.
- Los síntomas no son transitorios, es decir, persisten por un periodo de tiempo prolongado (es decir, más de varios meses).
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental y del comportamiento (p.ej., agorafobia, trastorno dismórfico corporal, trastorno de referencia olfatoria)
- Los síntomas son lo suficientemente graves como para ocasionar malestar significativo al experimentar los síntomas de ansiedad persistente u ocasionar deterioro significativo en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otras áreas importantes de funcionamiento. Si el funcionamiento se mantiene es debido a un esfuerzo adicional significativo.

Características adicionales:

- Los individuos con trastorno de ansiedad social pueden informar preocupaciones por síntomas físicos, tales como rubor, sudoración o temblor, más que atribuir inicialmente el temor a la evaluación negativa.
- El trastorno de ansiedad social es altamente comórbido con otros trastornos de ansiedad, así como con los trastornos depresivos.
- Los individuos con trastorno de ansiedad social están en riesgo elevado de desarrollar trastornos por consumo de sustancias y puede surgir como consecuencia del consumo con el propósito de atenuar los síntomas de ansiedad en situaciones sociales.
- Las personas con trastorno de ansiedad social pueden no apreciar que sus miedos o ansiedad en respuesta a situaciones sociales sean excesivos. En tal caso, el juicio clínico debería utilizarse para determinar si el temor comunicado, la ansiedad y/o el comportamiento de evitación es desproporcionado con relación a lo que amerita la situación social, tomando en consideración tanto la aceptación de las normas culturales como las condiciones ambientales específicas a las que la persona está normalmente sometida (p.ej., el temor a la interacción con iguales puede ser apropiado si la persona está siendo acosada).

Límite con la normalidad (umbral):

- El trastorno de ansiedad social puede distinguirse de los miedos normales del desarrollo (p.ej., ansiedad ante extraños en la infancia) por ser reacciones de temor y ansiedad que son claramente excesivos, interfieren en el funcionamiento y persisten a lo largo del tiempo (p.ej., permaneciendo más de varios meses).
- Muchos individuos experimentan miedo en situaciones sociales (ej., es común que las personas experimenten ansiedad al hablar en público) o que manifiesten timidez como un rasgo normal de la personalidad. El trastorno de ansiedad social sólo debería considerarse en los casos en los que el individuo comunica miedo social, ansiedad y evitación que son claramente excesivos en cuanto a lo que se considera normativo para un contexto cultural determinado y ocasiona un malestar significativo o deterioro.

Características del curso:

- Aunque la aparición del trastorno de ansiedad social puede ocurrir durante la primera infancia, el inicio suele ocurrir durante la infancia y la adolescencia, y una gran mayoría de los casos surgen entre los 8 y los 15 años de edad.
- El inicio del trastorno de ansiedad social puede ser gradual u ocurrir precipitadamente después de una experiencia social estresante o humillante.
- El trastorno de ansiedad social generalmente se considera una afección crónica, sin embargo, la edad tardía de aparición, el nivel de deterioro menos grave y la ausencia de trastornos comórbidos se han asociado con la remisión espontánea entre los individuos de la comunidad.
- Las altas tasas de trastornos mentales comórbidos hacen difícil la distinción del pronóstico a largo plazo atribuible específicamente al trastorno de ansiedad social. Un peor pronóstico a largo plazo se ha asociado con una mayor gravedad de los síntomas y trastornos comórbidos debidos al consumo de alcohol, trastornos de la personalidad, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y agorafobia.
- Las tasas de remisión del trastorno de ansiedad social varían ampliamente y algunas personas experimentan una remisión espontánea de los síntomas.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- El trastorno de ansiedad social es menos común en niños pequeños menores de 10 años, y la aparición del trastorno aumenta significativamente durante la adolescencia.
- En los niños, el diagnóstico de trastorno de ansiedad social no debe usarse para describir la ansiedad o la timidez de los extraños que corresponden al desarrollo normal.
- El trastorno de ansiedad social se asocia con el rasgo temperamental de la inhibición del comportamiento, es decir, la tendencia de algunos individuos a experimentar situaciones nuevas como angustiantes y a apartarse o evitar contextos o personas desconocidas. Los niños con inhibición conductual son "lentos para adaptarse" a nuevas personas y situaciones. La inhibición del comportamiento se considera una variación normal del temperamento, pero también es un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno de ansiedad social.
- Al igual que los adultos, los niños y adolescentes pueden emplear estrategias sutiles de evitación durante situaciones sociales para controlar su ansiedad, incluida la limitación del habla o el contacto visual deficiente con los demás. Los niños y adolescentes con trastorno de ansiedad social también pueden presentar deficiencias en las habilidades sociales, como dificultad para iniciar o mantener conversaciones o afirmar sus deseos u opiniones.
- Los síntomas del trastorno de ansiedad social solo pueden hacerse evidentes con el inicio de la escuela, con la aparición de demandas para interactuar socialmente con compañeros y maestros desconocidos. Las manifestaciones del trastorno de ansiedad social también pueden variar según los grupos de edad, los niños más pequeños son más propensos a mostrar ansiedad social principalmente con los adultos, mientras que los adolescentes tienden a experimentar una mayor ansiedad social con sus compañeros. También existen diferencias individuales con respecto al grado de ansiedad social experimentado al interactuar con miembros del mismo sexo o del sexo opuesto. Solicitar información adicional de informantes cercanos o familiares que conocen bien al niño sobre cómo reacciona en diversas situaciones y contextos puede ayudar a hacer el diagnóstico.
- Los síntomas del trastorno de ansiedad social pueden volverse más evidentes con la edad, ya que las demandas sociales superan las capacidades de las personas para afrontar y controlar su ansiedad. Los adolescentes pueden presentar diversas dificultades asociadas, como el aislamiento social, el rechazo a la escuela y la renuencia a afirmar sus necesidades. Algunos adolescentes pueden participar en situaciones sociales por temor a que haya consecuencias en su estatus social si no lo hacen, pero lo hacen con una angustia significativa.

Características relacionadas con la cultura:

- La identificación del trastorno de ansiedad social puede depender de la evaluación de situaciones sociales relevantes para el grupo cultural (p.ej., en algunas culturas latinoamericanas se espera que se baile en público) que pueden estar asociadas con ansiedad excesiva, así como con el grado en que la ansiedad está fuera del contexto de las normas culturales para el individuo. Para evitar los estereotipos, se debe preguntar abiertamente a las personas sobre situaciones sociales asociadas con una ansiedad excesiva.
- La ansiedad y la evitación de ciertas situaciones sociales pueden considerarse normativas en algunos grupos culturales (p.ej., hablar en público o expresar su desacuerdo en algunas culturas asiáticas) y, por lo tanto, pueden no indicar un trastorno a menos que este miedo o ansiedad sea desproporcionado al peligro real que representa la situación social cuando se considera el contexto sociocultural.

- Existen conceptos culturales de angustia que están relacionados con el trastorno de ansiedad social. Por ejemplo, entre el *taijin kyofusho* japonés y las condiciones relacionadas entre los coreanos, pueden representar una forma de trastorno de ansiedad social asociada con el temor de que otros se sientan ofendidos por el comportamiento social inapropiado de una persona (p.ej., mirada o expresión facial inapropiada, rubor, olor corporal, ruidos intestinales fuertes). Otras presentaciones de *taijin kyofusho* pueden captarse mejor mediante un diagnóstico de trastorno delirante, trastorno dismórfico corporal o trastorno de referencia olfatoria.
- Las tasas de prevalencia del trastorno de ansiedad social pueden no seguir los niveles de ansiedad social auto informados en la misma cultura, es decir, las sociedades con fuertes orientaciones colectivistas pueden reportar altos niveles de ansiedad social pero una menor prevalencia del trastorno de ansiedad social. Esto puede deberse a una mayor tolerancia a los comportamientos socialmente reticentes y retraídos, lo que resulta en un mejor funcionamiento psicosocial, o a un menor reconocimiento del trastorno de ansiedad social.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- Mientras que las tasas de prevalencia del trastorno de ansiedad social son más altas para las mujeres en muestras comunitarias, no se observan diferencias de sexo/género en las muestras clínicas. La disparidad en la prevalencia entre los entornos se ha atribuido a las expectativas del rol de género, de modo que los hombres que experimentan una mayor gravedad de los síntomas están más dispuestos a buscar servicios profesionales.
- Las mujeres informan una mayor gravedad de los síntomas y una mayor variedad de miedos sociales, mientras que los hombres tienen más probabilidades de temer salir y orinar en público.
- Los trastornos comórbidos depresivos, bipolares y de ansiedad o relacionados con el miedo son más comunes entre las mujeres, mientras que los hombres son más propensos a experimentar un trastorno oposicionista y desafiante, un trastorno de conducta-disocial y trastornos debidos al consumo de sustancias.
- El uso de alcohol y drogas ilícitas para aliviar los síntomas del trastorno de ansiedad social es común entre los hombres.

Límites con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- **Límite con el trastorno de ansiedad generalizada:** El trastorno de ansiedad generalizada puede diferenciarse del trastorno de ansiedad social porque la atención principal es una preocupación acerca de las consecuencias negativas que acontecen en múltiples situaciones cotidianas (p.ej., trabajo, relaciones, finanzas), más que preocupaciones restringidas a que el propio comportamiento o la apariencia sean negativamente evaluados en situaciones sociales.
- **Límite con el trastorno de pánico:** Si una persona con trastorno de ansiedad social experimenta ataques de pánico exclusivamente en el contexto de situaciones sociales reales o anticipadas, no se justifica un diagnóstico adicional de trastorno de pánico y la presencia de ataques de pánico puede indicarse utilizando el especificador "con ataques de pánico". Sin embargo, si también ocurren ataques de pánico inesperados, se puede asignar un diagnóstico adicional de trastorno de pánico.
- **Límite con la agorafobia:** El miedo o la ansiedad en la agorafobia se centra en efectos inminentes percibidos como peligrosos (p.ej., ataques de pánico, síntomas de pánico, incapacidad o síntomas físicos embarazosos) que se prevé que puedan ocurrir en múltiples situaciones donde obtener ayuda o escapar podría resultar difícil, más que en la preocupación de que los demás lo están evaluando negativamente. A diferencia del

trastorno de ansiedad social, la vergüenza en la agorafobia es secundaria a las preocupaciones de no poder escapar u obtener ayuda si aparecen los síntomas (p.ej., diarrea en un lugar público).

- **Límite con la fobia específica:** La fobia específica puede diferenciarse del trastorno de ansiedad social porque, en general, los miedos son a situaciones o estímulos concretos (p.ej., alturas, animales, sangre-herida) y no a contextos sociales.
- **Límite con el mutismo selectivo:** El mutismo selectivo se caracteriza por un fracaso para hablar en situaciones específicas mientras que en el trastorno de ansiedad social, el miedo y la ansiedad dan lugar a la evitación de múltiples contextos sociales.
- **Límite con trastorno del espectro autista:** Tanto las personas con trastorno del espectro autista como con trastorno de ansiedad social pueden parecer socialmente retraídos. Sin embargo, aquellos con trastorno del espectro autista pueden diferenciarse por la presencia de déficits de la comunicación social y por una falta de interés en las interacciones sociales.
- **Límite con los trastornos depresivos:** Las creencias de inadecuación social, rechazo y fracaso son comunes en los trastornos depresivos y pueden estar asociadas a la evitación de situaciones sociales. Sin embargo, a diferencia del trastorno de ansiedad social, estos síntomas tienen lugar casi exclusivamente durante un episodio depresivo.
- **Límite con trastorno dismórfico corporal:** En el trastorno dismórfico corporal las personas se preocupan por un defecto físico percibido que a menudo es imperceptible o mínimo para los demás. Estos individuos pueden preocuparse por los juicios negativos que tienen otras personas del defecto percibido. Sin embargo, a diferencia del trastorno de ansiedad social, sus preocupaciones se limitan al modo en que otras personas evaluarán el defecto percibido en lugar de otros aspectos de su comportamiento o apariencia en contextos sociales.
- **Límite con el trastorno de referencia olfatoria:** En el trastorno de ansiedad social, las situaciones sociales se evitan porque al individuo le preocupa que actuará de una manera, o mostrará síntomas de ansiedad, que serán evaluados negativamente por otros (es decir, ser humillante, vergonzoso, ofensivo o provocar rechazo). Por el contrario, las personas con trastorno de referencia olfatoria pueden evitar situaciones sociales específicamente porque creen que están emitiendo un olor fétido.
- **Límite con el trastorno oposicionista y desafiante:** La irritabilidad, la ira y el incumplimiento a veces se asocian con la ansiedad en niños y adolescentes. Por ejemplo, los niños pueden mostrar arrebatos de ira cuando se les pide que estén en situaciones que los hacen sentir ansiosos (por ejemplo, cuando se les pide que asistan a una reunión social). Si los comportamientos desafiante ocurren únicamente cuando se desencadenan por una situación o estímulo que provoca ansiedad, miedo o pánico, un diagnóstico de trastorno oposicionista y desafiante generalmente no es apropiado.
- **Límite con otros síndromes mentales y del comportamiento debido a otra condición médica:** Los individuos con ciertas enfermedades médicas (p.ej., enfermedad de Parkinson), así como aquellos con otros trastornos mentales y del comportamiento (p.ej., esquizofrenia), pueden mostrar evitación de las situaciones sociales por las preocupaciones de que los demás evaluarán negativamente sus síntomas (p.ej., temblor, comportamiento inusual). Un diagnóstico adicional de trastorno de ansiedad social sólo debería asignarse si se cumplen todos los requisitos del diagnóstico teniendo en cuenta que es normal para las personas con síntomas visibles de una enfermedad médica experimentar preocupaciones acerca de cómo los demás perciben sus síntomas. Por lo general, los individuos con enfermedades médicas se adaptan a las preocupaciones relacionadas con sus síntomas manifiestos y no muestran temores excesivos persistentes o ansiedad en situaciones sociales.

6B05 Trastorno de ansiedad por separación*Características esenciales (requeridas):*

- Temor marcado y excesivo o ansiedad por la separación de aquellas personas a las que el individuo está apegado (es decir, con las que tiene un vínculo emocional profundo). En niños y adolescentes las figuras de apego que más comúnmente suelen ser el foco de la ansiedad por separación incluyen a los padres, cuidadores y otros familiares, y el miedo o la ansiedad van más allá de lo que se suele considerar normal en el desarrollo. En los adultos, el trastorno de ansiedad por separación se enfoca comúnmente en una pareja o los hijos. Las manifestaciones de miedo o ansiedad relacionados con la separación dependen del nivel de desarrollo de la persona, pero pueden incluir:
 - Pensamientos persistentes de que algo malo o algún otro suceso adverso provocará la separación (p.ej., ser secuestrado).
 - Renuencia o negación a ir a la escuela o al trabajo.
 - Malestar excesivo y recurrente (p.ej., rabietas, aislamiento social) relacionado con la separación de las figuras de apego.
 - Renuencia o rechazo a dormir lejos de la figura de apego.
 - Pesadillas recurrentes acerca de la separación.
 - Síntomas físicos tales como náuseas, vómitos, dolor estomacal, dolor de cabeza, en ocasiones que implican una separación de las figuras de apego, tales como salir de casa para ir a la escuela o al trabajo.
- Los síntomas no son transitorios, es decir, persisten por un periodo de tiempo prolongado (p.ej., al menos varios meses).
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental y del comportamiento (p.ej., agorafobia, trastorno de la personalidad).
- Los síntomas son lo suficientemente graves como para ocasionar malestar significativo al experimentar los síntomas de ansiedad persistente u ocasionar deterioro significativo en el ámbito personal, familiar, social, educativo, ocupacional o de otras áreas importantes del funcionamiento, o si el funcionamiento se mantiene debido a un esfuerzo adicional significativo.

Características adicionales:

- El trastorno de ansiedad por separación frecuentemente es comórbido con otros trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo. En niños y jóvenes, las comorbilidades comunes incluyen el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia específica. En adultos, las comorbilidades frecuentes incluyen los trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad o trastornos relacionados con el miedo, trastorno por estrés postraumático y trastornos de la personalidad.
- Aunque el trastorno de ansiedad por separación puede presentar un curso permanente con inicio en la infancia, una proporción significativa de los adultos con trastorno de ansiedad por separación no recuerdan un inicio en la infancia.
- El trastorno de ansiedad por separación en la infancia está frecuentemente asociado con un estilo de crianza que interfiere con el desarrollo de la autonomía y el autodominio esperable para el contexto cultural de esa persona (p.ej., los padres que no permiten que los niños participen de manera independiente en actividades básicas de la vida diaria como vestirse o bañarse).

Límite con la normalidad (umbral):

- Muchas situaciones de separación están asociadas con otros estresores potenciales o son fuentes habituales de ansiedad (p.ej., irse de casa para empezar a trabajar o asistir a la universidad en una ciudad nueva). El trastorno de ansiedad por separación se distingue sobre la base de que el foco de la aprensión es la separación de figuras de apego clave, más que en otros aspectos de la adaptación a circunstancias nuevas.
- El apego fuerte a los seres queridos es una parte de la vida normal y saludable, y la separación de estas personas puede asociarse con tristeza o ansiedad transitorias. Los niños preescolares pueden mostrar un nivel moderado e incluso mayor de ansiedad de separación real o temida de personas a las que están vinculadas. Estas reacciones son consideradas evolutivamente apropiadas y diferenciadas del trastorno de ansiedad por separación sobre la base de la persistencia de los síntomas (p.ej., una duración de varios meses) ante separaciones repetidas, evidencia de preocupaciones excesivas sobre el bienestar de las figuras de apego, evitación persistente y malestar significativo o deterioro del funcionamiento como una consecuencia de los síntomas.
- Entre los niños y jóvenes, el rechazo a la escuela sucede comúnmente y puede estar basada en una ansiedad transitoria por la separación de un ser querido o ser sintomático de un trastorno de ansiedad por separación. Sin embargo, especialmente en la adolescencia, la ansiedad por las clases o la negación a ir a clase no está relacionado comúnmente con el miedo de separación sino más bien con otros factores como el absentismo escolar, el rechazo de iguales o el acoso escolar.

Características del curso:

- Generalmente el inicio del trastorno de ansiedad por separación es durante la infancia y el trastorno puede persistir hasta la edad adulta. El inicio del trastorno inicial durante la adolescencia y la edad adulta puede ser menos común.
- El trastorno de ansiedad por separación se ha asociado con un riesgo elevado de desarrollar una amplia gama de trastornos de internalización, incluidos los trastornos depresivos, los trastornos bipolares y los trastornos relacionados con la ansiedad o el miedo. También hay evidencia de un riesgo elevado de trastornos de conducta disruptiva o disociales y trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Presentaciones a lo largo del desarrollo:

- Los trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo son los trastornos mentales más prevalentes de la niñez y la adolescencia. Entre estos trastornos, el trastorno de ansiedad por separación es uno de los más comunes en los niños pequeños.
- En los niños, el diagnóstico de trastorno de ansiedad por separación no debe utilizarse para describir fenómenos normativos del desarrollo.
- El foco de aprensión en el trastorno de ansiedad por separación puede diferir entre los grupos de edad, de modo que los niños más pequeños pueden demostrar temores menos creíbles (por ejemplo, preocuparse por dormir solos por temor a ser secuestrados en medio de la noche) mientras que los niños mayores y los adolescentes pueden tener miedos más creíbles (por ejemplo, que los padres tengan un accidente automovilístico).
- La presentación de los síntomas varía con la edad. En los niños más pequeños, que son menos capaces de expresar preocupaciones o miedos, las manifestaciones conductuales de ansiedad excesiva recurrente suelen ser más prominentes, como rabietas o llanto cuando se separan de los padres y cuidadores. Cuando están en casa, los niños más pequeños pueden

insistir en seguir de cerca a los cuidadores, mostrando ansiedad incluso cuando están en una habitación diferente o en un piso diferente al de sus padres o cuidadores. Los niños mayores generalmente pueden expresar sus preocupaciones sobre la separación de las figuras de apego o los temores relacionados con peligros específicos (por ejemplo, accidentes, secuestro, atraco, muerte). Los niños mayores y los adolescentes pueden ser más propensos a demostrar aislamiento social, insistiendo en quedarse en casa con los miembros de la familia en lugar de pasar tiempo con sus compañeros.

Características relacionadas con la cultura:

- Existe variación cultural con respecto a tolerar la separación de las figuras de apego. En algunos grupos culturales se consideraría inapropiado pasar tiempo separado de la familia o los seres queridos. La ansiedad asociada con la separación en estos contextos socioculturales no debe considerarse excesiva si es culturalmente normativa.
- Los niños en algunas culturas permanecen en el hogar de sus padres más tiempo que en otras culturas y, en general, esta tendencia está aumentando a nivel mundial, por lo que la asignación del diagnóstico debe tener en cuenta las normas culturales.

Características relacionadas con el sexo y/o género:

- Aunque las prevalencias a lo largo de la vida para el trastorno de ansiedad por separación son ligeramente más altas entre las mujeres (5.6% frente al 4%), durante la infancia, el rechazo a la escuela es igualmente prevalente en ambos sexos.

Límites con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- **Límite con el trastorno de ansiedad generalizada:** Las personas con trastorno de ansiedad generalizada experimentan preocupación crónica y excesiva sobre una variedad de sucesos de la vida cotidiana que pueden incluir preocupación por la seguridad de las figuras de apego claves. Sin embargo, estas cavilaciones ocurren sin las preocupaciones con respecto a otros dominios de la vida cotidiana.
- **Límite con el trastorno de pánico:** Si un individuo con trastorno de ansiedad por separación experimenta ataques de pánico exclusivamente en el contexto de la separación de las figuras clave de apego, no se justifica un diagnóstico adicional de trastorno de pánico y la presencia de ataques de pánico puede indicarse mediante el especificador "con ataques de pánico". Sin embargo, si también ocurren ataques de pánico inesperados, se puede asignar un diagnóstico adicional de trastorno de pánico.
- **Límite con la agorafobia:** En la agorafobia, las personas evitan una variedad de situaciones incluyendo salir solas de casa, pero el miedo o la ansiedad se centra en la posibilidad de que no haya ayuda disponible en caso de pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos, en lugar de las preocupaciones por la separación de las figuras claves de apego.
- **Límite con el trastorno de ansiedad social:** En el trastorno de ansiedad social, la evitación de situaciones sociales es en respuesta al miedo o la ansiedad de ser evaluado negativamente por los demás, en lugar de preocupaciones por separarse de figuras claves de apego.
- **Límite con los trastornos depresivos:** Las creencias de inadecuación social, rechazo y fracaso son comunes en los trastornos depresivos y pueden estar asociadas a la evitación de abandonar el hogar y separarse de sus seres queridos. Sin embargo, a diferencia del

trastorno de ansiedad por separación, estos síntomas ocurren casi exclusivamente durante un episodio depresivo.

- **Límite con el trastorno por estrés postraumático:** En el trastorno por estrés postraumático las personas tienen un antecedente de exposición a un suceso traumático que ha podido suponer la pérdida de una figura de apego clave. Sin embargo, el foco de la aprensión está en volver a experimentar de modo intrusivo el suceso traumático de la memoria y la evitación de los estímulos asociados, en lugar de en las preocupaciones por la futura pérdida o por el daño que puede ocurrirle a una figura de apego clave. Sin embargo, el trastorno por separación en vez del trastorno por estrés postraumático puede ocurrir después de la experiencia de un suceso traumático y, si se cumplen todos los requisitos de la definición, puede asignarse el diagnóstico.
- **Límite con los trastornos de conducta disruptiva y disocial:** Las personas con trastorno oposicionista y desafiante (TOD) pueden exhibir comportamientos similares a los observados en el trastorno de ansiedad por separación tales como ira, irritabilidad, y estallidos en rabietas y/o comportamientos desafiantes y obstinados (p.ej., negarse a salir de casa o ir a la escuela). Sin embargo, en el trastorno de ansiedad por separación esto sucede exclusivamente como resultado de una separación anticipada o real de una figura de apego clave. La negativa a la escuela o el absentismo pueden darse en el contexto de un trastorno de conducta, pero el comportamiento no está relacionado con las preocupaciones por el bienestar de las figuras de apego clave.
- **Límite con el trastorno de la personalidad:** El miedo al abandono o la dependencia de otros puede suceder como síntomas de un patrón de comportamiento desadaptado y duradero asociado con un trastorno de la personalidad. Estos síntomas tienden a darse con otros trastornos más amplios de funcionamiento interpersonal, regulación emocional, así como formación y definición de la identidad. Los trastornos de la personalidad pueden coexistir con el trastorno de ansiedad por separación y, si está presente, pueden diagnosticarse por separado.

6A13 Mutismo selectivo

Características esenciales (requeridas):

- Selectividad consistente al hablar, de manera que un niño demuestra competencia lingüística adecuada en situaciones sociales concretas, normalmente en casa, pero es sistemáticamente incapaz de hablar con los demás, por lo general en la escuela.
- La duración de la alteración es de al menos un mes y no se limita al primer mes de escuela.
- La alteración no se debe a una falta de conocimiento o comodidad con el lenguaje hablado que se exige en la situación social.
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental (p.ej., trastorno del espectro autista, trastorno del desarrollo del lenguaje)
- La selectividad del lenguaje es lo suficientemente grave como para interferir con los logros educativos o con la comunicación social, o está asociado con deterioro significativo en otras áreas del funcionamiento.

Características adicionales:

- Los síntomas del mutismo selectivo pueden interferir en la propia evaluación del lenguaje expresivo. Sin embargo, muchos niños afectados cooperan con las pruebas de lenguaje receptivo si la comunicación se limita a la realización de órdenes o señalar imágenes, lo que puede proporcionar información valiosa acerca de los niveles de lenguaje general del niño. Además, las comunicaciones de los informantes que conocen bien al niño (p.ej., los

padres o cuidadores) pueden ser necesarias para establecer que el niño puede hablar en ciertas situaciones sociales.

- El mutismo selectivo a menudo se considera una variante del trastorno de ansiedad social porque las personas afectadas experimentan ansiedad en situaciones sociales y cuando pueden expresarse, indican que temen ser evaluados negativamente, en particular, por su habla. Sin embargo, a diferencia del trastorno de ansiedad social, los niños con mutismo selectivo son más propensos a desarrollar estas dificultades en una edad de inicio más temprana (en la mayoría de los casos antes de los 5 años de edad, pero sólo son aparentes cuando comienza la escuela), tienen más probabilidades de tener alteraciones sutiles del lenguaje y mostrar un comportamiento oposicionista en respuesta a la petición de hablar en las situaciones temidas.
- La comorbilidad con los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo (particularmente el trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad por separación, y fobias específicas) es muy elevada entre las personas con mutismo selectivo.
- El mutismo selectivo está asociado con deterioro grave en el funcionamiento académico y social que puede manifestarse como incapacidad para terminar las tareas escolares esperadas, no conseguir cubrir las necesidades personales, incapacidad para iniciar o dar reciprocidad a las interacciones sociales con los iguales y/o de convertirse en objeto de acoso.
- La ansiedad social, aislamiento y evitación en el mutismo selectivo puede relacionarse con factores temperamentales como la inhibición comportamental y la afectividad negativa.

Límites con la normalidad (umbral):

- La negativa transitoria a hablar en el momento de comenzar la escuela es un hecho común. El mutismo selectivo sólo debe diagnosticarse si los síntomas persisten más allá del primer mes de escolarización. Los hijos de inmigrantes que no están familiarizados o están incómodos con la lengua oficial de su nuevo país de acogida, pueden negarse a hablar con extraños en su entorno durante un determinado periodo de tiempo. Esto también sucede con los niños de minorías lingüísticas. El mutismo selectivo no debe diagnosticarse en tales casos.

Características del curso

- Aunque el inicio del mutismo selectivo ocurre generalmente durante la primera infancia (es decir, antes de los 5 años), es posible que el deterioro significativo del funcionamiento no se manifieste hasta el ingreso a la escuela cuando los niños experimentan una mayor demanda para hablar en público (por ejemplo, leer en voz alta) y participar socialmente.
- La mayoría de los niños con mutismo selectivo presentarán síntomas de otro trastorno de ansiedad o relacionado con el miedo, en particular, el trastorno de ansiedad social.
- Los niños con mutismo selectivo también pueden mostrar signos de oposicionismo, particularmente en situaciones en las que se requiere hablar. No debe asignarse un diagnóstico comórbido de trastorno oposicionista y desafiante si la negativa a hablar puede explicarse por completo por las características del mutismo selectivo.
- El curso del mutismo selectivo varía entre individuos. Aunque la duración promedio del trastorno es de 8 años, después de los cuales los síntomas comienzan a disiparse o remitir por completo, algunas personas pueden experimentar la persistencia de los síntomas o la manifestación de otro trastorno, principalmente el trastorno de ansiedad social.

- Incluso después de que se resuelven los síntomas centrales del mutismo selectivo, las personas a menudo continúan experimentando dificultades relacionadas con la comunicación social y la ansiedad.
- El pronóstico es peor cuando hay antecedentes familiares de mutismo selectivo.

Características relacionadas con la cultura:

- Las personas en culturas con un alto nivel de emociones basadas en la vergüenza pueden evitar hablar sobre temas particulares o en situaciones que evoquen vergüenza para ellos mismos o para los demás. Cuando esto es culturalmente normativo, no se debe considerar el mutismo selectivo.

Límites con otros trastornos y condiciones (diagnóstico diferencial):

- **Límite con trastornos del desarrollo del habla y el lenguaje:** El mutismo selectivo se distingue de la gama de los trastornos del desarrollo del habla y el lenguaje (es decir, trastornos del lenguaje o trastornos de la fluidez del habla) que implican deterioro en la expresión del lenguaje en todas las situaciones sociales. Aunque algunos niños con mutismo selectivo muestran dificultades en la expresión del lenguaje o problemas fonológicos, éstos suelen ser sutiles y el funcionamiento se encuentra, por lo general, en el rango normal. El mutismo selectivo puede darse en presencia de los trastornos del desarrollo del habla y el lenguaje y ambos pueden diagnosticarse si está justificado.
- **Límite con el trastorno del espectro autista y los trastornos del desarrollo intelectual:** Algunas personas afectadas por el trastorno del espectro autista o trastornos del desarrollo intelectual muestran deterioro en el lenguaje y la comunicación social. Sin embargo, a diferencia del mutismo selectivo, cuando el deterioro del lenguaje y la comunicación están presentes en el trastorno del espectro autista o trastornos del desarrollo intelectual, son apreciables a lo largo de los ambientes y las situaciones sociales.
- **Límite con espectro de la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos:** Las personas con esquizofrenia o trastornos psicóticos pueden exhibir trastornos del habla y la comunicación social en función de los síntomas del pensamiento desorganizado. A diferencia de las personas con mutismo selectivo, aquellos con alteraciones en la comunicación en el contexto de los trastornos psicóticos presentan problemas similares al discurso en todas las situaciones sociales.
- **Límite con el trastorno de ansiedad social:** El mutismo selectivo se caracteriza por la incapacidad para hablar en situaciones específicas, mientras que en el trastorno de ansiedad social, el temor y la ansiedad proceden de la evitación de múltiples contextos sociales. Si los requisitos para la definición de ambos trastornos se cumplen, ambos pueden diagnosticarse.

6B0Y Otros trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo

Características esenciales (requeridas):

- La presentación clínica se caracteriza por síntomas de ansiedad que comparten características clínicas primarias con otros trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo (p.ej., síntomas fisiológicos de activación excesiva, aprensión y conducta de evitación).
- Los síntomas no satisfacen los requisitos para la definición de cualquier otro trastorno del grupo de trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo.

- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo (p.ej., un trastorno del estado de ánimo, un trastorno obsesivo-compulsivo u otro relacionado).
- Los síntomas no son evolutivamente apropiados o culturalmente aceptados.
- Los síntomas y comportamientos no se explican por otra condición médica y no son consecuencia de los efectos de una sustancia o medicamento sobre el sistema nervioso central, incluyendo los efectos del síndrome de abstinencia.
- Los síntomas ocasionan malestar significativo o deterioro significativo en el ámbito personal, familiar, social, educativo, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento. Si el funcionamiento se mantiene es debido a un esfuerzo adicional significativo

Especificador

MB23.H con ataques de pánico

Este especificador puede utilizarse para indicar la presencia de ataques de pánico durante el último mes que se manifiestan en el contexto de los trastornos de ansiedad o trastornos relacionados con el miedo, así como otros trastornos como los obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados. El especificador “con ataques de pánico” no debe ser asignado cuando los ataques de pánico pueden ser explicados por un diagnóstico de trastorno de pánico. Los ataques de pánico recurrentes que ocurren en el contexto de los trastornos mentales pueden ser indicativos de una mayor gravedad de la psicopatología, una peor respuesta al tratamiento y un mayor riesgo de suicidio en el contexto de los trastornos del estado de ánimo.

Cuando ocurren ataques de pánico en el contexto de otros *trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo*, se conceptualizan como episodios de ansiedad grave que ocurren específicamente en respuesta a la exposición a o anticipación a la exposición al estímulo/s temido (es decir, refleja el foco de aprensión específica del trastorno). Por ejemplo, los ataques de pánico pueden ocurrir en el trastorno de ansiedad por separación durante la separación de un cuidador o pareja, cuando se expone a la situación o estímulo fóbico en la fobia específica, al entrar en situaciones sociales o pronunciar discursos públicos en el trastorno de ansiedad, etc. Si los ataques de pánico se limitan a este tipo de situaciones, el especificador “con ataques de pánico” debe ser aplicado en lugar de un diagnóstico coexistente adicional de trastorno de pánico. Si algunos ataques de pánico durante el curso del trastorno han sido inesperados y no exclusivamente en respuesta al estímulo asociado con el foco de aprehensión relacionado con el trastorno relevante, un diagnóstico separado de trastorno de pánico debe asignarse. En esos casos, no es necesario aplicar el especificador “con ataques de pánico”.

Para los trastornos de ansiedad o trastornos relacionados con el miedo, la utilización del especificador “con ataques de pánico” produce las siguientes combinaciones. (El especificador “con ataques de pánico” generalmente no se utiliza para el mutismo selectivo.)

6B00/MB23.H Trastorno de ansiedad generalizada con ataques de pánico

6B01/MB23.H Agorafobia con ataques de pánico

6B03/MB23.H Fobia específica con ataques de pánico

6B04/MB23.H Trastorno de ansiedad social con ataques de pánico

6B05/MB23.H Trastorno de ansiedad de separación con ataques de pánico

6B0Y/MB23.H Otro trastorno de ansiedad o relacionado con el miedo con ataques de pánico