

# GUÍA DSM-5

20 Diagnósticos Clave para Psicólogos

Por: Ricardo de Castro

[campus.psiqieacademica.com](http://campus.psiqieacademica.com)

Esta guía presenta los 20 trastornos más relevantes en práctica clínica LATAM, con criterios DSM-5, síntomas, diagnóstico diferencial y tratamiento en lenguaje claro y aplicable. Ideal para estudiantes y profesionales de psicología.

---

con criterios, síntomas y tratamientos en lenguaje claro y aplicable.

---

## Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

**Código DSM-5:** F41.1

**Definición:** El TAG se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesivas y persistentes sobre diversos eventos o actividades cotidianas (trabajo, salud, finanzas, familia). La persona tiene dificultades para controlar esta preocupación, y aunque los temas pueden variar, siempre existe una expectativa de que algo negativo va a suceder.

**Criterios principales:**

- Ansiedad y preocupación excesiva la mayoría de los días durante al menos 6 meses
- Dificultad para controlar la preocupación (la persona reconoce que worries son desproporcionados)
- La ansiedad va acompañada de al menos 3 de estos síntomas: inquietud, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño
- Los síntomas causan malestar clínico significativo o deterioro en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes

**Síntomas más frecuentes:**

- Preocupación constante sobre situaciones cotidianas (trabajo, dinero, salud familiar)
- Dificultad para dormir o mantener el sueño
- Tensión muscular, especialmente en cuello, hombros y espalda
- Irritabilidad frecuente sin causa aparente
- Fatiga mental y física even sin haber realizado grandes esfuerzos

### Diagnóstico diferencial:

- **Trastorno de ansiedad por enfermedad:** preocupación centrada exclusivamente en tener o adquirir una enfermedad grave, no en múltiples áreas
- **Trastorno de pánico:** aquí la ansiedad se focaliza en los ataques, no en múltiples eventos
- **Ansiedad normal:** la preocupación normal no cumple los 6 meses, no causa deterioro significativo y la persona puede relativizar

### Tratamiento de primera línea:

- **Terapia:** Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) con técnicas de reestructuración cognitiva y entrenamiento en relajación
- **Farmacológico:** ISRS (sertralina 50-200mg/día, escitalopram 10-20mg/día) o IRSN (venlafaxina 75-225mg/día)

*Nota clínica: En Colombia, el TAG frecuentemente se observa en personas expuestas a violencia urbana o conflicto armado, donde la incertidumbre económica y de seguridad alimenta la preocupación excesiva. Es común que los pacientes normalicen sus síntomas como "ser nervioso por naturaleza", por lo que hay que indagar activamente sobre el impacto funcional. LaSERTRALINA Y ESCITALOPRAM son los medicamentos más accesibles en el POS.*

## Trastorno de Pánico

**Código DSM-5:** F41.0

**Definición:** El Trastorno de Pánico se caracteriza por ataques de pánico recurrentes e inesperados (sin déclenche predictos) seguidos de al menos un mes de preocupación persistente sobre tener más ataques o cambio de comportamiento significativo relacionado con ellos.

### Criterios principales:

- Ataques de pánico recurrentes e inesperados
- Al menos uno de los ataques ha sido seguido de un mes (o más) de: preocupación persistente sobre tener más ataques, o preocupación sobre las consecuencias del ataque, o cambio significativo en la conducta relacionada con los ataques
- Los ataques no se explican mejor por otra condición médica, sustancias, o trastornos mentales

### Síntomas más frecuentes:

- Palpitaciones, sacudidas del corazón o frecuencia cardíaca acelerada
- Sudoración, temblores o sacudidas
- Sensación de ahogo o dificultad para respirar
- Sensación de aturdimiento, mareo, inestabilidad o desmayo
- Parestesias (hormigueo) en manos, pies o cara
- Escalofríos o Bochornos

### Diagnóstico diferencial:

- **Ataques de pánico secundarios a condición médica:** hipertiroidismo, arritmias cardíacas, uso de cafeína/nicotina/estimulantes, vértigo Menière
- **Agorafobia:** aquí el miedo es a lugares donde escapar podría ser difícil, no al ataque en sí
- **Otro Trastorno de ansiedad:** los ataques son esperados, no inesperados

### Tratamiento de primera línea:

- **Terapia:** Terapia Cognitivo-Conductual con exposición interoceptiva (exposición a sensaciones corporales temidas) y reestructuración cognitiva
- **Farmacológico:** ISRS (paroxetina 20-60mg/día, sertralina 50-200mg/día) o benzodiacepinas de uso corto (alprazolam 0.25-0.5mg PRN, solo como rescate inicial)

*Nota clínica: En consulta colombiana, muchos pacientes con Trastorno de Pánico llegan creyendo que tienen un problema cardíaco. Es fundamental solicitar exámenes médicos (ECG, TSH) para descartar causas orgánicas antes de atribuir los síntomas al pánico. El uso de "tinto" (café) en exceso y el consumo de ■■■ pueden exacerbar los síntomas.*

## Trastorno Depresivo Mayor (TDM)

**Código DSM-5:** F33.x (recurrente) o F32.x (episodio único)

**Definición:** El TDM es un trastorno del ánimo que se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores, es decir, un período de al menos dos semanas donde predominan el ánimo depresivo o la pérdida de interés/ placer, acompañado de otros síntomas que afectan significativamente el funcionamiento.

### Criterios principales:

- Humor depresivo la mayor parte del día, casi todos los días (o disminución marcada del interés/ placer)
- Durante el período de al menos 2 semanas, presencia de al menos 5 síntomas incluyendo al menos uno de los dos anteriores
- Los síntomas causan malestar clínico o deterioro significativo
- El episodio no se explica mejor por duelo, condición médica o sustancias

### Síntomas más frecuentes:

- Tristeza persistente, sensación de vacío o "pesimismo"
- Pérdida de interés o placer en actividades antes gratificantes
- Cambios significativos en el apetito (aumento o disminución) y peso
- Insomnio o hipersomnia (dormir en exceso)
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada
- Dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones
- Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas

### Diagnóstico diferencial:

- **Duelo normal:** el duelo no causa autoestima tan baja, no hay ideación suicida franca, los síntomas mejoran gradualmente
- **Trastorno bipolar I o II:** antes de diagnosticar TDM hay que descartar historia de manía o hipomanía
- **Hipotiroidismo:** puede mimetizar depresión (fatiga, aumento de peso, pérdida de interés)

### Tratamiento de primera línea:

- **Terapia:** Psicoterapia interpersonal (TIP) o Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), especialmente en casos leves-moderados
- **Farmacológico:** ISRS (sertralina, fluoxetina, citalopram) o IRSN (venlafaxina). En casos severos, considerar combinación terapia + farmacoterapia

*Nota clínica: En Colombia, la depresión está subdiagnosticada, especialmente en hombres quienes raramente consultan por estado de ánimo y pueden manifestarla como irritabilidad o abuso de sustancias. El acceso a psicoterapia es limitado fuera de las grandes ciudades, por lo que frecuentemente el tratamiento es solo farmacológico. Hay que explorar siempre ideación suicida: la pregunta "ha pensado en hacerse daño o no querer estar vivo" puede salvar vidas.*

## Trastorno Bipolar I

**Código DSM-5:** F31.x

**Definición:** El Trastorno Bipolar I se define por la presencia de al menos un episodio maníaco (de al menos una semana de duración, o cualquier duración si requiere

# Fichas Diagnósticas DSM-5

## Esquizofrenia

**Código DSM-5:** 295.90 (F20.9)

**Definición:** Trastorno psicótico crónico caracterizado por una disrupción grave del pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta, con deterioro funcional significativo y persistencia de síntomas por al menos 6 meses.

### Criterios principales:

- Síntomas positivos: alucinaciones, delusiones, lenguaje desorganizado, comportamiento motores anormales
- Síntomas negativos: aplanamiento afectivo, abulia, alogia, anorexia social
- Deterioro cognitivo: problemas de atención, memoria y funciones ejecutivas
- Duración mínima de 6 meses con al menos 1 mes de síntomas activos

### Síntomas más frecuentes:

- Alucinaciones auditivas (voces que comentan, discuten o dan órdenes)
- Delusiones de persecución, grandeza o control
- Pensamiento desorganizado (discurso tangencial, asociaciones laxas)
- Afecto plano o inapropiado
- Aislamiento social progresivo

### Diagnóstico diferencial:

- Trastorno bipolar o depresivo con psicosis (episodios psicóticos breves, ■■ de ánimo)
- Trastorno esquizoafectivo (presencia de síntomas afectivos prominentes)
- Trastorno psicótico breve (duración menor a 1 mes, recuperación completa)

### Tratamiento de primera línea:

- **Farmacológico:** Antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina, quetiapina) como primera línea
- **Psicoterapia:** Terapia cognitivo-conductual para psicosis (TCC-P), rehabilitación neurocognitiva
- **Intervención psicosocial:** Training en habilidades sociales, terapia ocupacional

*Nota clínica: En Colombia, el acceso a antipsicóticos de marca es limitado por costos; la risperidona genérica está disponible en el POS, pero muchos pacientes recurren a automedicación o medicina tradicional antes de consultar. La adherencia es el mayor desafío: las inyecciones de depósito (paliperidona, haloperidol decanoato) mejoran la consistencia del tratamiento en poblaciones con baja adherencia oral.*

## Trastorno Esquizoafectivo

**Código DSM-5:** 295.70 (F25.9)

**Definición:** Trastorno crónico que combina síntomas de esquizofrenia con un episodio mood (depresivo o maníaco) simultáneo, donde las psicosis aparecen en ausencia de cambios de ánimo durante al menos 2 semanas.

### Criterios principales:

- Presencia simultánea de criterios de episodio maníaco o depresivo mayor Y síntomas psicóticos activos
- Al menos 2 semanas de síntomas psicóticos sin síntomas afectivos (distingue de trastornos del ánimo con psicosis)
- Alteraciones del ánimo presentes durante una porción significativa del período de enfermedad
- No atribuible a sustancias o condición médica

### Síntomas más frecuentes:

- Alucinaciones o delusiones que coexisten con síntomas depresivos (tristeza, culpa, anhedonia) o maníacos (euforia, grandiosidad, ideas de fuga)
- Deterioro del funcionamiento similar a la esquizofrenia
- Períodos de remisión incompleta
- Insight generalmente más conservado que en esquizofrenia

#### Diagnóstico diferencial:

- Trastorno bipolar I o II con psicosis (psicosis limitada a episodios de ánimo)
- Esquizofrenia (sin episodios de ánimo mayor)
- Trastorno depresivo mayor con psicosis (solo episodio depresivo)

#### Tratamiento de primera línea:

- **Farmacológico:** Combinación de estabilizador del ánimo (litio, valproato, carbamazepina) + antipsicótico; añadir antidepresivo si predomina depresión
- **Psicoterapia:** TCC adaptada, psicoeducación familiar, manejo de estrés
- **Rehabilitación:** same as above, con énfasis en prevención de recaídas

*Nota clínica: El diagnóstico es frecuentemente usado de manera imprecisa en Colombia. Muchos clínicos lo aplican cuando hay "un poco de todo", pero el criterio de 2 semanas de psicosis pura es clave. En práctica, muchos pacientes cumplen criterios de episodio maníaco o depresivo con síntomas psicóticos concurrentes, lo cual corresponde más a un trastorno bipolar con psicosis que a esquizoafectivo.*

## Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

**Código DSM-5:** 300.3 (F42)

**Definición:** Trastorno de ansiedad caracterizado por obsesiones (pensamientos, impulsos o imágenes intrusivas recurrentes) y compulsiones (conductas o rituales mentales que el paciente se siente obligado a realizar para reducir la ansiedad).

#### Criterios principales:

- Presencia de obsesiones, compulsiones o ambas, causantes de marcado distress
- Las obsesiones/compulsiones consumen más de 1 hora al día o interfieren significativamente
- El paciente reconoce que son productos de su mente (a diferencia de ideas delirantes)
- No atribuible a sustancias o condición médica

#### Síntomas más frecuentes:

- Obsesiones de contaminación (suciedad, gérmenes) + compulsiones de lavado
- Obsesiones de daño (herirse o herir otros) + compulsiones de verificación
- Obsesiones de simetría/orden + compulsiones de arreglar

- Pensamientos intrusivos inaceptables (sexuales, religiosos, agresivos)
- Rumiaciones mentales (no son compulsiones pero son comunes)

#### Diagnóstico diferencial:

- Trastorno obsesivo-compulsivo por enfermedad de Huntington o lesiones cerebrales
- TOC secundario a sustancias (estimulantes, cocaína)
- Trastorno de tic (especialmente en niños, pueden parecer compulsiones)
- Trastorno de ansiedad generalizada (preocupación excesiva sin rituales)

#### Tratamiento de primera línea:

- **Farmacológico:** ISRS a dosis altas (fluoxetina, sertralina, escitalopram, paroxetina) o clomipramina
- **Psicoterapia:** Exposición con prevención de respuesta (EPR) es el tratamiento psicológico con mayor evidencia; terapia cognitivo-conductual
- **Combinación:** La combinación de EPR + ISRS tiene mejores resultados a largo plazo

*Nota clínica: En LATAM, el estigma hace que muchos pacientes oculten sus síntomas por años antes de consultar. Las compulsiones de "contar" o "rezar" pueden confundirse con conductas culturales normales. En Colombia, la escitalopram y sertralina están en el POS, pero la clomipramina (más eficaz en TOC) requiere trámites. La EPR requiere terapeutas especializados, escasos en el sistema público.*

## Trastorno Dismórfico Corporal

**Código DSM-5:** 300.7 (F45.2)

**Definición:** Trastorno caracterizado por la preocupación excesiva por defectos percibidos en la apariencia física que no son visibles o parecen leves a otros, generando comportamiento repetitivos (mirarse, arreglarse, compararse) y sufrimiento significativo.

#### Criterios principales:

- Preocupación por uno o más defectos percibidos en la apariencia que otros no notan
- Comportamientos repetitivos o actos mentales motivados por la preocupación (espejos, comparación, rascado, arreglar)
- El defecto no se explica mejor por preocupaciones sobre grasa corporal en trastornos alimentarios
- Preocupación causa deterioro social, laboral u otras áreas importantes

#### Síntomas más frecuentes:

- Preocupación por piel (barros, cicatrices, arrugas), nariz, cabello, tamaño de genitales
- Comportamientos repetitivos: mirarse al espejo excesivamente, peinarse, rascarse la piel, compararse con otros
- Evitar espejos y fotografías
- Buscar procedimientos cosméticos repetidos (frecuentemente insatisfactorios)

- Creencias delusionales sobre el defecto (insight pobre)

#### Diagnóstico diferencial:

- Trastorno obsesivo-compulsivo (el defecto es la obsesión, pero el foco es la apariencia)
- Trastornos alimentarios (preocupación limitada al peso/figura)
- Desfiguración real (defecto objetivo visible)
- Trastorno de ansiedad social (preocupación por cómo lo ven, pero no por defectos específicos)

#### Tratamiento de primera línea:

- **Farmacológico:** ISRS a dosis altas (mismas consideraciones que TOC)
- **Psicoterapia:** TCC con exposición a espejos (reducir evitación) y reentrenamiento perceptual
- **Intervención:** derivar a dermatología o cirugía plástica si hay defecto real tratable; coordinar cuidado

*Nota clínica: En Colombia, este trastorno está subdiagnosticado. Los pacientes consultan más frecuentemente en dermatología o cirugía plástica buscando procedimientos "correctivos" que no resuelven el problema base. Muchos profesionales estéticos no reconocen el cuadro y realizan procedimientos repetidos. La vergüenza impide la consulta; el tratamiento psicológico es poco accesible económicamente.*

## Trastorno por Acumulación

**Código DSM-5:** 300.3 (F42.8)

**Definición:** Trastorno caracterizado por la dificultad persistente para deshacerse de posesiones, independientemente de su valor, debido a la necesidad percibida de guardarlas y al distress asociado a descartarlas, resultando en acumulación que congestiona los espacios habitables.

#### Criterios principales:

- Dificultad persistente para descartar posesiones, incluso las sin valor
- La dificultad se debe al distress percibido asociado con desechar
- Acumulación resulta en espacios habitables congestionados
- El comportamiento causa deterioro funcional o distress significativo
- No atribuible a condición médica (lesión cerebral) o sustancia

#### Síntomas más frecuentes:

- Acumulación de objetos innecesarios (periódicos, ropa, bolsas, objetos encontrados)
- Incapacidad de tirarlos aunque estén rotos o duplicados
- Espacios del hogar inhabitables (camas, mesas, pisos cubiertos)
- Distrés intenso al pensar en deshacerse de cosas
- Desorganización severa, dificultad para encontrar cosas

### **Síntomas asociados:**

- Rara vez sale de casa por no querer dejar sus cosas
- Conflictos familiares por el acumulado
- Dificultad para tomar decisiones sobre qué guardar
- Insight variable: algunos reconocen el problema, otros no

### **Diagnóstico diferencial:**

- Acumulación por condición médica (demencia, Lesión cerebral traumática)
- Acumulación secundaria a psicosis (delusiones de utilidad)
- Recolección normal (personas que coleccionan con organización y sin deterioro)
- TOC (la acumulación no es un criterio típico de TOC)

\*\*Trat

# Fichas Diagnósticas DSM-5

## **Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)**

**Código DSM-5:** 301.83 (F60.3)

**Definición:** El Trastorno Límite de la Personalidad es un patrón pervasivo de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la imagen de sí mismo y las emociones, que comienza en la adultez temprana y se presenta en diversos contextos. Se caracteriza por impulsividad marcada y problemas de regulación emocional significativos.

### **Criterios principales:**

- Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario
- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, alternando entre idealización y devaluación
- Alteración de la identidad: sense persistente de sí mismo inestable
- Impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas (gastos, sexo, sustancias, conducción recklessly)

### **Síntomas más frecuentes:**

- Emociones intensas que cambian rápidamente (iras, tristeza, ansiedad en horas)
- Sentimiento crónico de vacío
- Autolesiones, gestos suicidas o amenazas repetidas
- Intensa necesidad de estar solo cuando se siente rechazado
- Idealización y luego desprecio súbito de otras personas

### **Diagnóstico diferencial:**

- Trastorno bipolar (episodios demania y depresión vs. patrón crónico de inestabilidad)
- Trastorno de estrés postraumático complejo (síntomas■ pero con origen traumático específico)

- Depresión mayor recurrente con disfuncionalidad severa

#### Tratamiento de primera línea:

- **Terapia:** Terapia Dialéctico-Conductual (TDC) como gold standard; también Schema Therapy y Mentalización
- **Farmacológico:** ISRS para síntomas depresivos/ansiosos; antipsicóticos ■ dosis para impulsividad severa. No hay medicamento específico para el TLP

*Nota clínica: En Colombia, el TLP es frecuentemente maldiagnosticado como "depresión resistente" o "trastorno bipolar". La clave está en identificar el patrón de relaciones inestables y el miedo al abandono como eje central. En práctica clínica LATAM, muchos pacientes TLP llegan tras múltiples intentos de suicidio y hospitalizaciones; priorizar la alianza terapéutica es fundamental porque estos pacientes requieren un terapeuta que valide emociones sin reforzar comportamientos manipulativos.*

## Trastorno Narcisista de la Personalidad

**Código DSM-5:** 301.81 (F60.1)

**Definición:** El Trastorno Narcisista de la Personalidad consiste en un patrón pervasivo de grandiosidad (fantasías o comportamiento), necesidad de admiración y falta de empatía, que comienza en la adultez temprana y se presenta en diversos contextos.

#### Criterios principales:

- Sentido grandioso de autoimportancia (sobstima reales limitaciones)
- Preocupación por fantasías de éxito, poder, brillo o amor ideal
- Sentirse especial y único, soloser comprendido por instituciones o personas de alto nivel
- Necesidad excesiva de admiración
- Falta de empatía: dificultad para reconocer necesidades o sentimientos ajenos

#### Síntomas más frecuentes:

- Reacción desproporcionada a críticas (ira, vergüenza o desprecio)
- Explotación de relaciones interpersonales para beneficio propio
- Comportamiento arrogante, condescendiente o sarcástico
- Dificultad para manejar la frustración y aceptar incompetencias
- Sentimiento crónico de insatisfacción aunque tenga éxito objetivos

#### Diagnóstico diferencial:

- Trastorno antisocial (ambos comparten manipulación, pero el narcisista busca admiracióndeseo; el antisocial busca control y beneficio)
- Trastorno histriónico de la personalidad (busca atención pero con emocionalidad más auténtica)
- Trastorno de personalidad dependiente (el polo opuesto en términos de autoeficacia)

### Tratamiento de primera línea:

- **Terapia:** Psicoterapia psicodinámica focalizada; terapia basada en mentalización puede ayudar a desarrollar empatía. La terapia grupal es difícil por su impacto en otros
- **Farmacológico:** No existe tratamiento farmacológico específico. Puede usarse ISRS para ansiedad o depresión comórbida. La medicación frecuentemente no es aceptada por el paciente

*Nota clínica: En LATAM, el narcisismo frecuentemente se disfraza de "personalidad fuerte" o "liderazgo". Muchos pacientes consultan solo cuando hay consecuencias (divorcio, pérdida laboral). Son difíciles de tratar porque rarely reconocen el problema. Evitar confrontación directa; usar las motivaciones de éxito del paciente ("¿qué ganaría usted...?") para generar cambio. Cuidado con relaciones terapéuticas duales en contextos pequeños (ciudades pequeñas colombianas).*

## Trastorno Antisocial de la Personalidad

**Código DSM-5:** 301.7 (F60.2)

**Definición:** El Trastorno Antisocial de la Personalidad es un patrón pervasivo de desprecio y violación de los derechos de los demás, que ocurre desde los 15 años, evidenciado por fracaso para conformarse a las normas sociales, deceitividad, impulsividad, irritabilidad y agresividad.

### Criterios principales:

- Incapacidad para conformarse a las normas sociales (conductas ilegales repetidas)
- Deceitividad: mentir repetidamente, usar alias, estafar para beneficio personal o placer
- Impulsividad o fracaso para planificar futuro
- Irritabilidad y agresividad, evidenciado en peleas físicas o assaults
- Desprecio irresponsable por la seguridad de sí mismo o otros

### Síntomas más frecuentes:

- Manipulación constante de otros para beneficio personal
- Fracaso persistente en mantener comportamiento laboral o financiero responsable
- Lack de remorse: Indiferencia ante hacer daño a otros
- Engaño y superficialidad en relaciones
- Uso de sustancias como elemento frecuente

### Diagnóstico diferencial:

- Trastorno de conducta (se diagnostica antes de los 18 años; el antisocial requiere 18+ años)
- Trastorno narcisista de la personalidad (el narcisista busca admiración; el antisocial busca control y beneficio tangible)
- Psicosis (descartar Ideas de persecución o alucinaciones que expliquen comportamiento)

### Tratamiento de primera línea:

- **Terapia:** Terapia enfocada en la transgresión (TFT) y programas de manejo de ira. La motivacional interviewing puede aumentar adherencia. Generalmente baja respuesta a psicoterapia tradicional
- **Farmacológico:** No hay tratamiento farmacológico específico. Puede usarse ISRS o estabilizadores para impulsividad/agresividad. Antipsicóticos si hay agresividad severa. Tratamiento de comorbilidades (uso de sustancias) es prioritario

*Nota clínica: En Colombia, muchos pacientes con TAP están en el sistema judicial (cárceles, forensic settings). El diagnóstico frecuentemente se complica por simulación (para evitar consecuencias legales) o por comorbilidad con trastornos por uso de sustancias. La evaluación debe incluir ■■■ corroboración con fuentes externas (familia, registros). IMPORTANTE: estos pacientes pueden ser persuasivos y manipular al terapeuta; mantener límites claros y no revelar información personal.*

## Trastorno de Personalidad Evitativo

**Código DSM-5:** 301.82 (F60.6)

**Definición:** El Trastorno de Personalidad Evitativo es un patrón pervasivo de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienza en la adultez temprana y se presenta en diversos contextos.

### Criterios principales:

- Evitación de actividades ocupacionales que impliquen contacto interpersonal significativo por miedo a rechazo
- Desagrado de involucrarse con personas salvo estar seguro de ser liked
- Preocupación por ser criticado o rechazado en situaciones sociales
- Inhibición en situaciones interpersonales por sentimientos de inadequacy
- Percepción de oneself como socialmente inhabilitado, poco atractivo o inferior

### Síntomas más frecuentes:

- Timidez extrema que interfiere con laborales o académicas
- Evitar trabajo o actividades donde sea evaluado por miedo a vergüenza
- Dificultad para hablar de oneself especialmente en grupo
- Temor a la humillación o ridículo
- Reticencia a conocer nuevas personas por miedo a rejection

### Diagnóstico diferencial:

- Fobia social (el TPE es un patrón de personalidad más generalizado; la fobia social puede ser situacional específica)
- Trastorno de personalidad dependiente (ambos evitan, pero el dependiente busca conexión; el evitativo evita por miedo)

- Trastorno de personalidad esquizoide (el evitativo desea relaciones pero tiene miedo; el esquizoide genuinamente no las desea)

#### Tratamiento de primera línea:

- **Terapia:** Terapia cognitivo-conductual (TCC) con exposición gradual y entrenamiento en habilidades sociales. La terapia grupal puede ser útil (ambiente controlado para practicar)
- **Farmacológico:** ISRS (paroxetina, sertralina) primera línea para ansiedad social y evitarlo. Beta-bloqueadores para síntomas somáticos (temblor, palpitaciones) en situaciones específicas

*Nota clínica: En contexto universitario colombiano, este es uno de los trastornos de personalidad más frecuentes en consulta. Los estudiantes evitan presentaciones orales, trabajos en grupo, actividades extracurriculares. Muchos pasan desapercibidos porque son "callados" y no generan problemas. La clave terapéutica es la exposición gradual y la reestructuración de creencias sobre "si cometo un error, todos me rechazarán". Cuidado con la alta comorbilidad con trastornos ansiosos y depresivos.*

## Trastorno de Personalidad Dependiente

**Código DSM-5:** 301.4 (F60.7)

**Definición:** El Trastorno de Personalidad Dependiente es un patrón pervasivo de comportamientos submisivos y clinging relacionados con una necesidad excesiva de ser cuidado, que conduce a ansiedad de separación y sumisión, comenzando en la adultez temprana.

#### Criterios principales:

- Dificultad para tomar decisiones cotidianas sin excesivo consejo o reassurance de otros
- Necesidad de que otros asuman responsabilidades en áreas importantes de su vida
- Dificultad para expresar desacuerdo con otros por miedo a perder apoyo
- Dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas de manera independiente

## TDAH (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad)

**Código DSM-5:** 314.00 (F90.0 - tipo predominante inattentivo; F90.1 - tipo predominante hiperactivo-impulsivo; F90.2 - tipo combinado)

**Definición:** Trastorno del neurodesarrollo de origen neurobiológico caracterizado por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere significativamente con el funcionamiento académico, laboral o social, presentándose en múltiples contextos desde la infancia.

#### Criterios principales:

- Presencia de 6+ síntomas de inatención (o 5+ en adultos) por más de 6 meses, desadaptativos e incoherentes con el nivel de desarrollo
- Presencia de 6+ síntomas de hiperactividad-impulsividad (o 5+ en adultos) por más de 6 meses

- Algunos síntomas presentes antes de los 12 años
- Alteración clínicamente significativa en 2+ contextos (casa, trabajo, estudio, relaciones)
- Evidencia de que los síntomas interfieren directamente con la calidad social, académica o laboral

#### **Síntomas más frecuentes:**

- Dificultad para mantener la atención en tareas prolongadas o poco estimulantes
- Olvidos frecuentes en actividades cotidianas (citas, obligaciones, objetos personales)
- Fidgeting: moverse constantemente en el asiento, inability de quedarse quieto
- Interrumpir conversaciones o actividades de otros, responder antes de que termine la pregunta
- Dificultad para organizar tareas,-proyectos, prioridades; procrastination marcada

#### **Diagnóstico diferencial:**

- Trastornos del aprendizaje (dislexia, discalculia): pueden coexistir; evaluar si la inatención es generalizada o específica a tareas académicas
- Trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia): la fatiga y dificultad de concentración pueden simular inatención
- Trastorno de ansiedad: la preocupación excesiva puede confundirse con inatención; observar patrón temporal y gatillos

#### **Tratamiento de primera línea:**

- Psicoeducación al paciente y familia sobre el trastorno como condición neurobiológica
- Terapia cognitivo-conductual (TCC) para manejo de funciones ejecutivas y autorregulación
- Intervención conductual (modificación de contingencias, sistemas de refuerzos)
- Farmacológico: estimulantes (metilfenidato, anfetaminas) como primera línea; atomoxetina alternativa

*Nota clínica: En Colombia, el diagnóstico de TDAH en adultos sigue siendo subidentificado; muchos pacientes llegan a consulta tras años de fracaso académico/laboral sin comprender su condición. Es fundamental normalizar el uso de escalas como ASRS-5 y obtener información collateral de familiares o figuras significativas para confirmar el inicio infantil de los síntomas.*

## **Trastorno del Espectro Autista (TEA)**

**Código DSM-5:** 299.00 (F84.0)

**Definición:** Trastorno del neurodesarrollo caracterizado por dificultades persistentes en la comunicación e interacción social, junto con patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, cuyo espectro implica presentaciones clínicas diversas y niveles de funcionamiento variables.

#### **Criterios principales:**

- Déficits persistentes en comunicación e interacción social en múltiples contextos (reciprocidad emocional, comunicación no verbal, desarrollo de relaciones)

- Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades (movimientos repetitivos, insistencia en rutinas, intereses intensos y restringidos)
- Los síntomas deben estar presentes en el período de desarrollo (aunque pueden manifestarse plenamente hasta que las demandas excedan capacidades)
- Alteración clínicamente significativa en áreas de funcionamiento social, ocupacional u otras áreas importantes

#### **Síntomas más frecuentes:**

- Dificultad para iniciar o mantener conversaciones recíprocas; tendencia a monólogos sobre temas propios
- Evitar o mostrar incomodidad con contacto visual; dificultad para interpretar expresiones faciales y tonos de voz
- Aleteo de manos, balanceo, ecolalia (repetición de palabras o frases) fuera de contexto
- Angustia intensa ante cambios menores en rutinas o transiciones; resistencia a modificaciones
- Intereses muy intensos y específicos (ej: memorize facts sobre dinosaurios, listas de ■■ números, obsesión con horarios de transporte)

#### **Diagnóstico diferencial:**

- Discapacidad intelectual (frecuentemente coexiste): distinguir si los déficits sociales son parte del TEA o refleja nivel de funcionamiento cognitivo global
- Trastorno del lenguaje: el TEA implica déficits pragmáticos (uso social del lenguaje), no solo morfología o sintaxis
- Trastorno de la personalidad esquizoide o evitativo: en adultos, evaluar inicio temprano y patrón de intereses restrictivos

#### **Tratamiento de primera línea:**

- Intervención conductual intensiva temprana (ABA - Análisis Aplicado del Comportamiento)
- Terapia ocupacional y de integración sensorial
- Entrenamiento en habilidades sociales (grupos estructurados)
- Farmacológico: sin tratamiento específico para síntomas centrales; Risperidona o aripiprazol para irritabilidad/agresividad asociada

*Nota clínica: En LATAM existe un déficit de profesionales capacitados en evaluación especializada de TEA. La tendencia a patologizar el neurodesarrollo "típico" como TEA (sobre todo en niños tímidos o con ansiedad) requiere evaluación exhaustiva, observación directa en múltiples contextos y uso de instrumentos validados (ADI-R, ADOS-2). Evitar diagnosticar TEA solo por "falta de socialización" en contextos donde el aislamiento es voluntario y adaptativo.*

## **Trastorno Disociativo de Identidad**

**Código DSM-5:** 300.14 (F44.81)

**Definición:** Trastorno disociativo caracterizado por la presencia de dos o más estados de personalidad distintos (alteraciones de identidad) que recurrentemente asumen el control del comportamiento del individuo, acompañado de lagunas en la memoria autobiográfica recurrentes para eventos cotidianos, personales traumáticos o información traumática.

**Criterios principales:**

- Disrupción de la identidad caracterizada por dos o más estados de personalidad distintos (alteraciones de identidad)
- Pérdidas recurrentes de la capacidad de acceso a información cotidiana, eventos traumáticos importantes o información personal significativa
- Los síntomas causan deterioro clínicamente significativo en funcionamiento social, laboral u otras áreas
- La alteración no es parte de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada; no se explica mejor por consumo de sustancias u otra condición médica

**Síntomas más frecuentes:**

- Presencia de "alter" o "partes" con nombres, edades, voces y comportamientos diferenciados
- Encontrar objetos personales o notas escritas por "otra persona" que no se recuerdan haber escrito
- Sentir que el tiempo se "pierde" o que se "despierta" en lugares sin recordar cómo llegó
- Pérdidas de memoria para eventos traumáticos, especialmente infancia; amnesia parcial o total de propios historial
- Escuchar voces internas (diálogo interno con partes), especialmente en primera persona

**Diagnóstico diferencial:**

- Trastornos relacionados con trauma y estrés (TEPT, Trastorno de estrés agudo): pueden coexistir; el TDI presenta alteración más severa de identidad
- Trastornos de personalidad límites o cluster B: pueden presentar autoproyección y cambios abruptos de self; distinguir de alteración de identidad genuina
- Condiciones médicas (epilepsia, migrañas, deterioro cognitivo): descartar con historia clínica, neuroimágenes y evaluación neurológica

**Tratamiento de primera línea:**

- Psicoterapia especializada: terapia orientada a fases (Foa, kluft), enfoque integrativo con componentes de terapia EMDR para trauma
- No existe farmacoterapia específica para la disociación; tratar comorbilidades (depresión, ansiedad) sintomáticamente
- Establecer alianza terapéutica con el sistema interno; trabajo con cooperativity entre alters
- Hospitalización si hay riesgo de suicide o comportamiento disociativo peligroso

*Nota clínica: En Colombia, el TDI frecuentemente es maldiagnosticado como psicosis o trastornos de personalidad severos. La investigación sugiere alta prevalencia de trauma infantil severo (abusos físicos, sexuales, negligencia grave) como factor etiológico. Es contraindicado inducir o sugerir la creación de alters durante la evaluación; el diagnóstico emerge de la narrativa espontánea del paciente. Cautela con el diagnóstico en contextos forenses o con pacientes con alta tendencia a sugestión.*

## Bulimia Nerviosa

**Código DSM-5:** 307.51 (F50.2)

**Definición:** Trastorno alimentario caracterizado por episodios recurrentes de atracones (consumo de cantidades objetivamente grandes de comida en período definido con sensación de pérdida de control) seguidos de comportamientos compensatorios inapropiados (vómito autoinducido, laxantes, diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo) para prevenir el aumento de peso, con autoevaluación exageradamente influenciada por peso y figura corporal.

**Criterios principales:**

- Episodios recurrentes de atracones caracterizados por: (1) comer en período definido cantidad de comida significativamente mayor que la mayoría de personas en circunstancias similares; (2) sensación de pérdida de control durante