

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

MANUAL DIAGNÓSTICO
Y ESTADÍSTICO
DE LOS TRASTORNOS MENTALES

DSM-5[®]

5.^a edición

EDITORIAL MEDICA
panamericana

Copyright © 2014 Asociación Americana de Psiquiatría (APA). *American Psychiatric Association*; 1000 Wilson Boulevard; Arlington, VA 22209-3901; www.psych.org

DSM y DSM-5 son marcas registradas de la APA. Se prohíbe usar estos términos sin la autorización de la Asociación Americana de Psiquiatría.

Publicado originalmente en Estados Unidos de América por la American Psychiatric Publishing, una división de la American Psychiatric Association, Arlington, VA. © 2013. Todos los derechos reservados.
First Published in the United States by American Psychiatric Publishing, a Division of American Psychiatric Association, Arlington, VA. Copyright © 2013. All rights reserved.

Publicado originalmente en español, en España y Latinoamérica, por Editorial Médica Panamericana, editor en exclusiva de la versión en español del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, 5ª Ed. © 2014, para su distribución en España y Latinoamérica.

First published in Spain and Latin America by Editorial Médica Panamericana in Spanish. Editorial Médica Panamericana is the exclusive publisher of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, © 2014 in Spanish in Spain and Latin America.

Traducción y revisión científica de Editorial Médica Panamericana, efectuada por CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental). Directores de la traducción: Dr. Celso Arango López, Dr. José Luis Ayuso Mateos y Dr. Eduard Vieta Pascual. Traductores: Dra. Teresa Bobes Bascarán, Dra. Paula Suárez Pinilla, Dra. Pilar López García, Dra. Alexandra Bagney Lifante y Dra. Inmaculada Baeza Pertegaz.



Visite nuestra página web:
<http://www.medicapanamericana.com>

ARGENTINA
Marcelo T. de Alvear 2.145 (C 1122 AAG)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tel.: (54-11) 4821-2066 / Fax: (54-11) 4821-1214
e-mail: info@medicapanamericana.com

COLOMBIA
Carrera 7a A N° 69-19 - Bogotá DC - Colombia.
Tel.: (57-1) 235-4068 / Fax: (57-1) 345-0019
e-mail: infomp@medicapanamericana.com.co

ESPAÑA
Quintanapalla, 8, 4.ª planta - 28050 Madrid, España
Tel.: (34-91) 131-78-00 / Fax: (34-91) 457-09-19
e-mail: info@medicapanamericana.es

MÉXICO
Hegel 141, 2.º piso. Colonia Chapultepec Morales
Delegación Miguel Hidalgo - 11570 - México D.F., México
Tel.: (52-55) 5262-9470/5203-0176 / Fax: (52-55) 2624-2827
e-mail: infomp@medicapanamericana.com.mx

VENEZUELA
Edificio Polar, Torre Oeste, Piso 6, Of. 6-C
Plaza Venezuela, Urbanización Los Caobos,
Parroquia El Recreo, Municipio Libertador - Caracas Depto.
Capital Venezuela
Tel.: (58-212) 793-2857/6906/5985/1666
Fax: (58-212) 793-5885
e-mail: info@medicapanamericana.com.ve

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS. Salvo autorización previa por escrito de la Asociación Americana de Psiquiatría, ninguna parte de este libro se puede reproducir ni utilizar vulnerando el copyright de la Asociación Americana de Psiquiatría. Esta prohibición rige para cualquier uso o reproducción no autorizados en cualquier forma, incluidos medios informáticos.

Para poder reproducir cualquier material contenido en esta obra deberá disponer del correspondiente permiso por escrito emitido por Editorial Médica Panamericana.
Permissions for use of any material in the translated work must be authorized in writing by Editorial Médica Panamericana.

La cita correcta de este libro es Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.



ISBN: 978-84-9835-810-0
Depósito Legal: M-1698-2014
Impreso en España

Clasificación
Prefacio . . .

Introducción
Utilización d
Declaración

Trastornos d
Espectro de
Trastorno bi
Trastornos d
Trastornos d
Trastorno ob
Trastornos r
Trastornos d
Trastornos d
Trastornos d
Trastornos d
Trastornos d
Disfunciones
Disforia de g

arse el pelo dé lugar a en estar ampliamente tal manera que la pérdida de pelo (p. ej., pelucas). Los individuos o detener el acto de a un malestar clínico funcionamiento. El término individuos en el acto de rgiencia. El deterioro al, laboral, académico nes públicas.

Costo

de rituales que implican el pelo para tirar (p. ej., una manera específica al tacto, o por vía oral bello entre los dedos,

iferentes estados emocionales, puede estar tes de sacar el pelo o ificación, al placer o a el pelo puede implicar el arrancarse el cabello comportamiento más ren una mezcla de los de "hormigueo" en la racción del cabello.

de alopecia completa, o, puede haber predilección por un patrón de lesiones externas del cuero por una ausencia total

otras personas, salvo arrancarse el pelo de otras Determinados individuos (p. ej., suéteres) pelo. La mayor parte de las actividades centradas en el pelo.

en los adultos y los niños, especialmente en los varones, especialmente la proporción de personas en la búsqueda de pelo, la aceptación de la pérdida de pelo, los varones y las

Desarrollo y curso

El acto de arrancarse el pelo se puede observar en los bebés, y este comportamiento generalmente se resuelve durante el desarrollo temprano. El comienzo de la actividad de arrancarse el pelo en la tricotilomanía coincide o sigue habitualmente a la llegada de la pubertad. Los sitios donde se arranca pelo pueden variar con el tiempo. El curso normal de la tricotilomanía es crónico y fluctuante si el trastorno no recibe tratamiento. Es posible que los síntomas empeoren en las mujeres acompañando a los cambios hormonales (p. ej., la menstruación, la perimenopausia). Para algunas personas, el trastorno puede aparecer y desaparecer durante semanas, meses o años. Una minoría de individuos experimenta la remisión sin recaída posterior a los pocos años del inicio.

Factores de riesgo y pronóstico

Genéticos y fisiológicos. Hay pruebas de que existe vulnerabilidad genética a la tricotilomanía. El trastorno es más frecuente en los individuos con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y en sus familiares de primer grado que en la población general.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

La tricotilomanía parece manifestarse de manera similar en todas las culturas, aunque hay pocos datos de las regiones no occidentales.

Marcadores diagnósticos

La mayoría de los individuos con tricotilomanía admiten que se arrancan el pelo, por lo que rara vez se requiere un diagnóstico dermatopatológico. La biopsia de piel y el examen con dermatoscopia son capaces de diferenciar el trastorno de otras causas de alopecia. En la tricotilomanía, la dermatoscopia muestra una serie de características, entre las que están la disminución de la densidad del cabello, el vello corto y los pelos rotos con diferentes longitudes.

Consecuencias funcionales de la tricotilomanía

La tricotilomanía se asocia con angustia, así como con discapacidad social y ocupacional. Puede haber un daño irreversible en el crecimiento del pelo y en la calidad del mismo. Las consecuencias médicas de la tricotilomanía son infrecuentes: púrpura, lesiones musculoesqueléticas (p. ej., síndrome del túnel carpiano, dolor de espalda, hombro y cuello), blefaritis y daño dental (p. ej., dientes desgastados o rotos debidos a morder el vello). La ingestión de pelo (tricofagia) puede llevar a tricobezoares, con la consiguiente anemia, dolor abdominal, hematemesis, náuseas y vómitos, obstrucción intestinal e incluso perforación.

Diagnóstico diferencial

Depilación o manipulación normal. No se debería diagnosticar tricotilomanía cuando la depilación se realiza únicamente por razones estéticas (p. ej., para mejorar la apariencia física). Muchas personas retuercen y juegan con su cabello, pero este comportamiento no suele bastar para un diagnóstico de tricotilomanía. Algunos individuos pueden morder en lugar de arrancarse el pelo, pero, de nuevo, esto no justifica un diagnóstico de tricotilomanía.

Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados. Las personas con TOC y preocupaciones de simetría pueden arrancarse los pelos como parte de sus rituales de simetría, y las personas con trastorno dismórfico corporal pueden eliminar el vello corporal que ellos perciben como feo, asimétrico o anormal; en tales casos no se debería diagnosticar la tricotilomanía. La descripción del trastorno de conducta repetitiva centrada en el cuerpo del trastorno obsesivo-compulsivo especificado y trastornos relacionados excluye a las personas que cumplan los criterios de diagnóstico para la tricotilomanía.

Trastornos del neurodesarrollo. En los trastornos del neurodesarrollo, arrancarse el pelo puede cumplir la definición de estereotipias (p. ej., en el trastorno de movimientos estereotipados). Los tics (en trastornos de tics) rara vez conducen a arrancarse el cabello.

Trastorno psicótico. Las personas con un trastorno psicótico pueden eliminar el vello como reacción ante un delirio o una alucinación. En tales casos no se diagnosticaría la tricotilomanía.

Otra afección médica. No se diagnosticaría la tricotilomanía si arrancarse el pelo o la pérdida de pelo es atribuible a otra afección médica (p. ej., la inflamación de la piel u otras afecciones dermatológicas). Se deberían considerar otras causas de alopecia cicatricial (p. ej., la alopecia areata, la alopecia androgénica, el efлюvio telógeno) o no cicatricial (p. ej., el lupus eritematoso discoide crónico, el liquen plano folicular, la alopecia cicatricial central centrífuga, la pseudopelada, la foliculitis decalvante, la foliculitis disecante, el acné queloides de la nuca) en los individuos con pérdida de pelo que niegan arrancárselo. La biopsia de piel o la dermatoscopia se pueden utilizar para diferenciar los individuos con tricotilomanía de aquellos con trastornos dermatológicos.

Trastornos relacionados con sustancias. Los síntomas de los tirones de pelo se pueden exacerbar por ciertas sustancias (p. ej., los estimulantes), pero es menos probable que sean las sustancias la causa primaria de arrancarse el pelo de una forma persistente.

Comorbilidad

La tricotilomanía suele ir acompañada de otros trastornos mentales, por lo general del trastorno depresivo mayor y del trastorno de excoriación (rascarse la piel). En la mayoría de los individuos con tricotilomanía se producen conductas repetitivas, centradas en el cuerpo, con síntomas distintos de arrancarse el cabello o de rascarse la piel (p. ej., morderse las uñas) que pueden merecer un diagnóstico adicional de otro trastorno obsesivo-compulsivo especificado y trastornos relacionados (esto es, trastorno de conductas repetitivas centradas en el cuerpo).

Trastorno de excoriación (rascarse la piel)

Criterios diagnósticos

698.4 (L98.1)

- A. Dañarse la piel de forma recurrente hasta producirse lesiones cutáneas.
- B. Intentos repetidos de disminuir o dejar de rascarse la piel.
- C. Rascarse la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. El daño de la piel no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., sarna).
- E. El hecho de rascarse la piel no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., delirios o alucinaciones táctiles en un trastorno psicótico, intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto, como en el trastorno dismórfico corporal, estereotipias como en el trastorno de movimientos estereotipados, o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida).

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno de excoriación (rascarse la piel) es el rascado recurrente de la propia piel (Criterio A). Los sitios más frecuentemente escogidos son la cara, los brazos y las manos, pero muchas personas eligen múltiples lugares del cuerpo. Las personas pueden rascarse la piel sana, las irregularidades menores de la piel y las lesiones, como granos o callos, o las costras de anteriores rascados. La mayoría de los individuos lo realizan con sus uñas, aunque muchos utilizan pinzas, alfileres u otros objetos. Además del rascado de la piel puede haber frotamiento, presión, punción y mordedura de la piel. Los individuos con trastorno de excoriación a menudo pasan una cantidad significativa de su tiempo realizando comportamientos de rascado, a veces varias horas al día, y esta

Trastorno de excoriación

excoriación de la piel y a lesiones en la piel, a dichas lesiones (p. ej., han realizado repetido

El Criterio C indica deterioro en el ámbito *malestar* incluye los efectos de la piel, como un sentir puede ocurrir en diferentes partes debido a la evita

Características

El rascado de la piel produce lucran la piel o las costuras, tirar, examinar, llevarse la piel también puede ser una sensación creciente de resistir la tentación cuando se ha rascado. La irregularidad puede acompañar al rascado centrada (p. ej., con un rascarse de manera más a y sin conciencia plena, la piel no suele ocurrir. Algunas personas refi

Prevalencia

En la población general del 1,4 % o algo mayor. Esto probablemente puede reflejar diferencias con respecto a la apar

Desarrollo y c

Aunque el trastorno comienza más a menudo poco después. El trastorno. Los sitios de rascado. En algunas personas,

Factores de r

Genéticos y fisiológicos. Trastorno obsesivo-compulsivo

Marcadores c

La mayoría de los individuos rara vez se requiere un diagnóstico de características histopa