

Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados

Esta sección incluye los trastornos del control de los impulsos que no están clasificados en otros apartados del manual (p. ej., trastornos relacionados con sustancias, parafilias, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno disocial, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo con características que implican problemas de control de impulsos). La característica esencial de los trastornos del control de los impulsos es la dificultad para resistir un impulso, una motivación o una tentación de llevar a cabo un acto perjudicial para la persona o para los demás. En la mayoría de los trastornos de esta sección, el individuo percibe una sensación de tensión o activación interior antes de cometer el acto y luego experimenta placer, gratificación o liberación en el momento de llevarlo a cabo. Tras el acto puede o no haber arrepentimiento, autorreproches o culpa. En esta sección se incluyen los trastornos siguientes:

Trastorno explosivo intermitente. Se caracteriza por la aparición de episodios aislados en los que el individuo no puede controlar los impulsos agresivos, dando lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.

Cleptomanía. Se caracteriza por una dificultad recurrente para resistir el impulso de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor monetario.

Piromanía. Se caracteriza por un patrón de comportamiento que lleva a provocar incendios por puro placer, gratificación o liberación de la tensión.

Juego patológico. Se caracteriza por un comportamiento de juego desadaptado, recurrente y persistente.

Tricotilomanía. Se caracteriza por un comportamiento recurrente de arrancarse el propio cabello por simple placer, gratificación o liberación de la tensión que provoca una perceptible pérdida de pelo.

Trastorno del control de los impulsos no especificado. Se incluye para codificar los trastornos del control de los impulsos que no cumplen los criterios para cada uno de los trastornos específicos del control de los impulsos descritos antes o en otras secciones de este manual.

F63.8 Trastorno explosivo intermitente [312.34]

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno explosivo intermitente es la aparición de episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que da lugar a violencia o destrucción de la propiedad (Criterio A). El grado de agresividad expresada durante el episodio es despropor-

cionado con respecto a la provocación o a la intensidad del estresante psicosocial precipitante (Criterio B). El diagnóstico de trastorno explosivo intermitente se establece sólo después de que hayan sido descartados otros trastornos mentales que cursan con episodios de comportamiento agresivo (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) (Criterio C). Los episodios agresivos no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o de una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer) (Criterio C). La persona puede describir los episodios agresivos como «raptos» o «ataques» en los que el comportamiento explosivo va precedido por una sensación de tensión o activación interior y va seguido inmediatamente de una sensación de liberación. Posteriormente, el individuo puede sentirse consternado, con remordimientos, arrepentido o avergonzado por su comportamiento agresivo.

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. Entre episodios explosivos se pueden observar signos de impulsividad y agresividad generalizados. Las personas con rasgos narcisistas, obsesivos, paranoides o esquizoides pueden tener una predisposición a los episodios explosivos de cólera en situaciones de estrés. El trastorno puede aparecer tras una pérdida de trabajo, un fracaso académico, un divorcio, dificultades interpersonales, accidentes (p. ej., en vehículos), una hospitalización (p. ej., por lesiones posteriores a peleas o accidentes) o un encarcelamiento.

Hallazgos de laboratorio. Puede haber hallazgos EEG inespecíficos (p. ej., enlentecimiento) o evidencia de alteraciones en la evaluación neuropsicológica (p. ej., trasposición de letras o palabras). En el LCR de algunas personas impulsivas y con predisposición a la ira se han encontrado signos de alteración en el metabolismo de la serotonina, aunque no está clara la relación específica de estos datos con el trastorno explosivo intermitente.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. Puede haber signos inespecíficos o «menores» en la exploración neurológica (p. ej., reflejos asimétricos o movimientos en espejo). Pueden presentarse anomalías del desarrollo indicativas de disfunción cerebral (p. ej., lentificación del lenguaje o coordinación pobre). Puede haber antecedentes neurológicos (p. ej., traumatismo general, episodios de pérdida de conciencia, crisis convulsivas de origen febril en la infancia). Sin embargo, si el clínico juzga que el comportamiento agresivo es resultado de los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica diagnosticable, el diagnóstico sería trastorno mental debido a una enfermedad médica (p. ej., cambio de personalidad debido a traumatismo craneal, tipo agresivo, o demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano, no complicada, con trastorno del comportamiento).

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

El *amok* se caracteriza por un episodio agudo de comportamiento violento y descontrolado que la persona no recuerda. Aunque se observa tradicionalmente en los países del sudeste asiático, también se han presentado casos de *amok* en Canadá y Estados Unidos. A diferencia del trastorno explosivo intermitente, el *amok* se presenta como un episodio único más que como un patrón de comportamiento agresivo y a menudo está asociado a rasgos disociativos prominentes. Los episodios de comportamiento violento son más frecuentes en varones que en mujeres.

Prevalencia

No se dispone de información fiable, pero el trastorno explosivo intermitente es raro.

Curso

Hay pocos datos sobre la edad de comienzo del trastorno explosivo intermitente, pero puede aparecer desde la adolescencia tardía hasta la tercera década de la vida. La forma de presentación es brusca y sin período prodrómico.

Diagnóstico diferencial

El comportamiento agresivo aparece en el contexto de diferentes trastornos mentales. El diagnóstico de trastorno explosivo intermitente debe considerarse únicamente después de que hayan sido descartados todos los trastornos que van asociados a comportamientos impulsivos o agresivos. Si el comportamiento agresivo aparece exclusivamente en el transcurso de un **delirium**, no se realizará el diagnóstico de trastorno explosivo intermitente. De forma similar, cuando el comportamiento aparece como parte de una **demencia**, no se establecerá el diagnóstico de trastorno explosivo intermitente, sino el de demencia con la especificación con trastorno del comportamiento. El trastorno explosivo intermitente debe distinguirse del **cambio de personalidad debido a una enfermedad médica, tipo agresivo**, que se diagnostica cuando el patrón de episodios agresivos se considera debido a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica diagnosticable (p. ej., una persona que ha sufrido lesiones cerebrales después de un accidente de automóvil y posteriormente presenta un cambio de personalidad caracterizado por episodios de agresión descontrolada). Son útiles la práctica de una detallada historia clínica y una completa exploración neurológica para establecer el pronóstico. Hay que señalar que las anomalías inespecíficas de la exploración neurológica (p. ej., «signos neurológicos menores») y los cambios EEG inespecíficos son compatibles con el diagnóstico de trastorno explosivo intermitente siempre que no sean resultado de una enfermedad médica diagnosticable.

Los accesos de agresión incontrolada también pueden ir asociados a **intoxicación por sustancias** o a **abstinencia de sustancias**, sobre todo alcohol, fenciclidina, cocaína y otros estimulantes, barbitúricos e inhalantes. El clínico debe valorar detenidamente la naturaleza y el alcance de la sustancia, y es útil que recurra a su determinación en la sangre y la orina.

El trastorno explosivo intermitente debe distinguirse del comportamiento agresivo o errático que puede aparecer en el **negativismo desafiante**, el **trastorno disocial**, el **trastorno antisocial de la personalidad**, el **trastorno límite de la personalidad**, un **episodio maniaco** y la **esquizofrenia**. Si el comportamiento agresivo se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental, no se debe realizar el diagnóstico de trastorno explosivo intermitente. Naturalmente, el comportamiento agresivo puede aparecer en ausencia de un trastorno mental. El **comportamiento finalista** se distingue del trastorno explosivo intermitente por la existencia de incentivos y ganancias con el acto agresivo. En el contexto forense las personas pueden **simular** un trastorno explosivo intermitente para evitar la responsabilidad derivada de su comportamiento.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

La CIE-10 no incluye criterios diagnósticos para el trastorno explosivo intermitente. En la CIE-10, este trastorno está integrado en la categoría de otros trastornos de los hábitos y los impulsos.

■ Criterios para el diagnóstico de F63.8 Trastorno explosivo intermitente [312.34]

- A. Varios episodios aislados de dificultad para controlar los impulsos agresivos, que dan lugar a violencia o a destrucción de la propiedad.
- B. El grado de agresividad durante los episodios es desproporcionado con respecto a la intensidad de cualquier estresante psicosocial precipitante.
- C. Los episodios agresivos no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno psicótico, episodio maníaco, trastorno disocial o trastorno por déficit de atención con hiperactividad) y no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, medicamentos) o a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal, enfermedad de Alzheimer).

F63.2 Cleptomanía [312.32]***Características diagnósticas***

La característica esencial de la cleptomanía es la dificultad recurrente para controlar los impulsos de robar cualquier objeto, aun cuando no sea necesario para el uso personal o por su valor económico (Criterio A). El individuo experimenta una sensación de tensión creciente antes del robo (Criterio B), seguida de bienestar, gratificación o liberación cuando lo lleva a cabo (Criterio C). El robo no se comete para expresar cólera o por venganza, ni aparece como consecuencia de una idea delirante o una alucinación (Criterio D) y no se explica mejor por la presencia de un trastorno disocial, un episodio maníaco o un trastorno antisocial de la personalidad (Criterio E). Los objetos son robados a pesar de que tengan poco valor para el individuo, que tendría medios para adquirirlos y que con frecuencia se desprende de ellos o no los usa. A veces el individuo acumula los objetos robados o los devuelve inesperadamente. Aunque las personas con este trastorno evitarán robar cuando sea probable un arresto inmediato (p. ej., en presencia de un oficial de policía), no planifican los robos ni toman las medidas adecuadas para evitar las posibilidades de arresto. El robo se comete sin la asistencia o colaboración de otras personas.

Síntomas y trastornos asociados

Los individuos con cleptomanía experimentan el impulso de robar como egodistónico y son conscientes de que se trata de un acto equivocado y sin sentido. Con frecuencia, la persona teme ser arrestada y se siente deprimida o culpable de los robos. Los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno depresivo mayor), los trastornos de ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria (particularmente la bulimia nerviosa) y los trastornos de la personalidad pueden estar asociados con cleptomanía. El trastorno crea problemas legales, familiares, profesionales y personales.

Prevalencia

La cleptomanía es una alteración rara que se presenta en menos del 5 % de los ladrones de tiendas identificados. Parece ser mucho más frecuente en las mujeres.

Curso

Existe poca información sistemática sobre el curso de la cleptomanía, pero se han descrito tres cursos típicos: esporádico, con episodios breves y largos períodos de remisión; episódico, con períodos prolongados de robos y períodos de remisión, y crónicos, con algún grado de fluctuación. El trastorno puede continuar durante años, a pesar de los múltiples arrestos por robos.

Diagnóstico diferencial

Debe distinguirse la cleptomanía de los **actos ordinarios de robo o sustracción de pequeños objetos en tiendas**. El robo ordinario (ya sea planificado o impulsivo) es deliberado y está motivado por la utilidad del objeto o por su valor económico. Algunas personas, especialmente los adolescentes, pueden también arriesgarse a robar como un acto de rebeldía o como revancha. No se establece el diagnóstico de cleptomanía a menos que haya otros rasgos característicos de la cleptomanía. La cleptomanía es rara, mientras que las pequeñas sustracciones en tiendas son relativamente frecuentes. En la **simulación**, las personas pueden simular los síntomas de cleptomanía para evitar un enjuiciamiento criminal. El **trastorno antisocial de la personalidad** y el **trastorno disocial** se distinguen de la cleptomanía por un patrón general de comportamiento antisocial. La cleptomanía debe distinguirse del robo intencional o inadvertido que puede ocurrir durante un **episodio maníaco**, en respuesta a ideas delirantes o alucinaciones (p. ej., en la **esquizofrenia**), o como resultado de una **demencia**.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos para la cleptomanía iguales en líneas generales.

■ Criterios para el diagnóstico de F63.2 Cleptomanía [312.32]

- A. Dificultad recurrente para controlar los impulsos de robar objetos que no son necesarios para el uso personal o por su valor económico.
- B. Sensación de tensión creciente inmediatamente antes de cometer el robo.
- C. Bienestar, gratificación o liberación en el momento de cometer el robo.
- D. El robo no se comete para expresar cólera o por venganza y no es en respuesta a una idea delirante o a una alucinación.
- E. El robo no se explica por la presencia de un trastorno disocial, un episodio maníaco o un trastorno antisocial de la personalidad.

F63.1 Piromanía [312.33]

Características diagnósticas

La característica esencial de la piromanía es la presencia de múltiples episodios de provocación de incendios de forma deliberada e intencionada (Criterio A). Los individuos con este trastorno experimentan tensión o activación emocional antes de provocar el incendio (Criterio B). Existe una fascinación por, un interés en, una curiosidad acerca de, o una atracción por el fuego y sus contextos situaciones (p. ej., parafernalia, usos, consecuencias) (Criterio C). Las personas con este trastorno son a menudo «vigilantes» regulares del fuego en sus vecindarios, pueden provocar falsas alarmas y ser apreciados por las instituciones, el equipo y el personal asociado con la extinción de incendios. A veces pasa tiempo en el departamento de extinción de incendios local, provocan incendios para relacionarse con el departamento de bomberos e incluso se convierten en bomberos voluntarios. Las personas con este trastorno experimentan bienestar, gratificación o liberación de la tensión cuando encienden el fuego, presencian sus efectos devastadores o participan en sus consecuencias (Criterio D). El incendio no se provoca por ganancia económica, como expresión de una ideología sociopolítica, para ocultar una actividad criminal, para expresar cólera o venganza, para mejorar las propias circunstancias vitales o en respuesta a una idea delirante o una alucinación (Criterio E). El incendio no es el resultado de un deterioro del juicio (p. ej., en la demencia, el retraso mental o la intoxicación por sustancias). No se establece el diagnóstico de piromanía si el comportamiento se explica mejor por la presencia de un trastorno disocial, un episodio maníaco o un trastorno antisocial de la personalidad (Criterio F).

Síntomas y trastornos asociados

Los individuos con piromanía pueden hacer considerables preparativos para provocar un incendio. Pueden ser indiferentes a las consecuencias del fuego sobre la vida o la propiedad, o bien obtener satisfacción con la destrucción de una propiedad. Estos comportamientos conducen a cometer delitos contra la propiedad, a consecuencias legales o a la lesión o la muerte del que provoca el incendio o de otras personas.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo

Aunque la piromanía es un problema importante en la infancia y en la adolescencia (más del 40 % de los arrestados por provocación de incendios en Estados Unidos son menores de 18 años), la piromanía en la infancia es rara. La provocación de incendios en la edad juvenil está relacionada con el trastorno disocial, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad o el trastorno adaptativo. La piromanía se da con más frecuencia en varones, especialmente en los que tienen pocas habilidades sociales y dificultades de aprendizaje.

Prevalencia

La piromanía parece rara.

Curso

No hay datos suficientes para establecer una edad típica de inicio de la piromanía. La relación entre la provocación de pequeños incendios en la infancia y la piromanía en la etapa adulta no ha

sido documentada. En las personas con piromanía la provocación de incendios es episódica y su frecuencia puede aumentar o disminuir. Se desconoce el curso longitudinal.

Diagnóstico diferencial

Es importante descartar otras causas de provocación de incendios antes de establecer el diagnóstico de piromanía. El fuego intencionado puede ocurrir por **beneficio, sabotaje o venganza para ocultar un crimen, para hacer una declaración política** (p. ej., un acto de terrorismo o protesta) o **para llamar la atención u obtener reconocimiento** (provocar un fuego para descubrirlo y obtener reconocimiento). El jugar con el fuego puede ocurrir también como parte de una **experimentación durante la infancia** (p. ej., jugar con cerillas, mecheros o fuego). Algunas personas con trastorno mental utilizan el fuego para comunicar un deseo, un pensamiento o una necesidad, o para conseguir un cambio en el estado de cosas. Esta forma de provocar incendios se conoce como «de tipo comunicativo» y debe ser claramente distinguida de la piromanía. No hay que hacer un diagnóstico de piromanía cuando la provocación del fuego ocurre como parte de un **trastorno disocial, un episodio maníaco o un trastorno antisocial de la personalidad**, o si tiene lugar en respuesta a una idea delirante o a una alucinación (p. ej., **esquizofrenia**). El diagnóstico de piromanía no debe establecerse cuando el incendio sea el resultado de un deterioro del juicio asociado a **demencia, retraso mental o intoxicación por sustancias**.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos para la piromanía iguales en líneas generales.

■ Criterios para el diagnóstico de F63.1 Piromanía [312.33]

- A. Provocación deliberada e intencionada de un incendio en más de una ocasión.
- B. Tensión o activación emocional antes del acto.
- C. Fascinación por, interés en, curiosidad acerca de o atracción por el fuego y su contexto situacional (p. ej., parafernalia, usos, consecuencias).
- D. Bienestar, gratificación o liberación cuando se inicia el fuego, o cuando se observa o se participa en sus consecuencias.
- E. El incendio no se provoca por móviles económicos, como expresión de una ideología sociopolítica, para ocultar una actividad criminal, para expresar cólera o venganza, para mejorar las propias circunstancias de la vida, en respuesta a una idea delirante o a una alucinación, o como resultado de una alteración del juicio (p. ej., en la demencia, retraso mental, intoxicación por sustancias).
- F. La provocación del incendio no se explica por la presencia de un trastorno disocial, un episodio maníaco, o un trastorno antisocial de la personalidad.

F63.0 Juego patológico [312.31]

Características diagnósticas

La característica esencial del juego patológico es un comportamiento de juego, desadaptativo, persistente y recurrente (Criterio A), que altera la continuidad de la vida personal, familiar o profesional. No debe realizarse el diagnóstico si el comportamiento de juego se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco (Criterio B).

El individuo puede estar preocupado por el juego (p. ej., reviviendo experiencias pasadas de juego, planificando la próxima aventura de juego o pensando en la forma de conseguir dinero para seguir jugando) (Criterio A1). Muchos individuos afectos de juego patológico dicen que buscan «acción» (estado de activación, de euforia) más que dinero. Al aumentar sus apuestas o magnificar los riesgos consiguen producir y mantener los niveles de excitación deseados (Criterio A2). Los individuos con el trastorno de juego patológico continúan a menudo jugando a pesar de los repetidos esfuerzos para controlar, disminuir o detener su comportamiento (Criterio A3). Se pueden sentir inquietos o irritables cuando intentan parar de jugar (Criterio A4). El individuo puede jugar como estrategia para escapar de sus problemas o para liberarse de su disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión) (Criterio A5). Se puede presentar un patrón de «cazar o perseguir» las propias pérdidas, con una necesidad urgente de seguir con el juego (a menudo con grandes apuestas o aceptando riesgos desproporcionados), para contrarrestar una o varias pérdidas. El individuo puede abandonar su estrategia de juego y tratar de recuperar todas las pérdidas de una sola vez. Aunque todos los jugadores pueden jugar durante cortos períodos de tiempo, es el juego a largo plazo lo más característico de los individuos con juego patológico (Criterio A6). El individuo puede mentir a los miembros de su familia, terapeutas u otros para ocultar su grado de implicación en el juego (Criterio A7). Cuando el individuo se queda sin dinero y sin crédito, pueden aparecer comportamientos antisociales (p. ej., falsificación, fraude, robo o abuso de confianza) para obtener dinero (Criterio A8). El individuo puede haber comprometido o perdido una relación interpersonal importante, un trabajo o una oportunidad educativa o profesional debido al juego (Criterio A9). El individuo también puede recurrir a la estrategia de «lanzarse en paracaídas», pidiendo ayuda a la familia o a otras personas ante su desesperada situación económica a partir de jugar (Criterio A10).

Síntomas y trastornos asociados

En los individuos afectos de juego patológico puede haber una distorsión del pensamiento (p. ej., negación, superstición, confianza excesiva o sentido de poder y control). Algunos individuos con este trastorno creen que el dinero es la causa y la solución de todos sus problemas. Los individuos afectos de juego patológico son con frecuencia altamente competitivos, enérgicos, inquietos y se aburren fácilmente. Pueden estar excesivamente preocupados por la aprobación de los demás y ser generosos hasta la extravagancia. Cuando no juegan, pueden ser adictos al trabajo o a trabajar «a atracones» cuando se aproxima el vencimiento de algún compromiso. Están predispuestos a presentar enfermedades médicas asociadas al estrés (p. ej., hipertensión, úlcera gástrica, migraña). En los individuos afectos de juego patológico se ha observado una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, abuso o dependencia de sustancias y trastornos antisocial, narcisista y límite de la personalidad. De los individuos en tratamiento por juego patológico, el 20 % ha hecho un intento de suicidio.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

Existen variaciones culturales en la prevalencia y el tipo de actividades de juego (p. ej., pairo, peleas de gallos, carreras de caballos, juegos de mercado). Aproximadamente un tercio de los individuos afectos de juego patológico son mujeres. Las que sufren este trastorno están más predispuestas a la depresión y juegan para escapar de su realidad. Las mujeres están poco representadas en los programas de tratamiento del juego patológico y suponen solamente un 2-4 % de la población de jugadores anónimos. Esto puede deberse a la mayor estigmatización que supone la adicción de la mujer al juego.

Prevalencia

Los pocos datos disponibles sugieren que la prevalencia del juego patológico puede ser del orden del 1-3 % de la población adulta.

Curso

El juego patológico empieza pronto en los adolescentes varones y más tardíamente en las mujeres. Aunque algunos individuos quedan «atrapados» desde su primera apuesta, para la mayoría el curso es más insidioso. Puede haber una continuidad de años de juego social seguidos de un comienzo brusco que puede ser precipitado por una mayor exposición al juego o por un estrés. El patrón de juego puede ser regular o episódico, y el curso del trastorno es crónico. En general, hay una progresión en la frecuencia de juego, la cantidad apostada y la preocupación por el juego y la obtención de dinero con el cual jugar. La urgencia de apostar o de jugar aumenta generalmente durante los períodos de estrés o depresión.

Patrón familiar

El juego patológico y la dependencia del alcohol son más frecuentes entre los padres de individuos con juego patológico que entre la población general.

Diagnóstico diferencial

El juego patológico debe distinguirse del juego social y del juego profesional. El **juego social** tiene lugar entre amigos o compañeros y su duración es limitada, con pérdidas aceptables que se han determinado previamente. En el **juego profesional** los riesgos son limitados y la disciplina es central. Algunos individuos presentan problemas asociados al juego (p. ej., intento de recuperación de pérdidas y pérdida de control) que no cumplen todos los criterios para el juego patológico.

La pérdida de juicio crítico y el juego excesivo pueden aparecer durante un **episodio maníaco**. Debe establecerse un diagnóstico adicional de juego patológico sólo si el comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia del episodio maníaco (p. ej., historia de comportamiento de juego desadaptativo al margen del episodio maníaco). Por otra parte, durante el atracón de juego un individuo afecto de juego patológico puede presentar un comportamiento que se parece a un episodio maníaco. Sin embargo, una vez que el individuo se ha alejado del juego, estos rasgos maniformes desaparecen. Los problemas con el juego pueden darse en individuos con **trastorno antisocial de la personalidad** y, si se cumplen los criterios para ambos trastornos, deben diagnosticarse los dos.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el juego patológico revisten carácter monotético (es decir, se requieren el cumplimiento de A más B más C más D), mientras que los criterios diagnósticos del DSM-IV son de tipo politético (es decir, requieren 5 síntomas de una lista de 10). Además, los criterios diagnósticos de la CIE-10 exigen el antecedente de «dos o más episodios de juego durante un período de como mínimo 1 año».

■ Criterios para el diagnóstico de F63.0 Juego patológico [312.31]

- A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes items:
- (1) preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar)
 - (2) necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado
 - (3) fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego
 - (4) inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego
 - (5) el juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión)
 - (6) después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de «cazar» las propias pérdidas)
 - (7) se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego
 - (8) se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego
 - (9) se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego
 - (10) se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego
- B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maníaco.

F63.3 Tricotilomanía [312.39]

Características diagnósticas

La característica esencial de la tricotilomanía es el arrancamiento recurrente del cabello que da lugar a una pérdida perceptible de pelo (Criterio A). Puede haber arrancamiento del pelo en cualquier región del cuerpo donde éste crezca (incluyendo las regiones axilar, púbica y perirrec-

tal), pero los sitios más frecuentes son la cabeza, las cejas y las pestañas. El arrancamiento de pelo puede ocurrir en episodios breves distribuidos a través del día o en menor frecuencia, pero de forma sostenida, continuar durante horas. Las circunstancias provocadoras de estrés aumentan el comportamiento de arrancamiento del pelo, aunque en los estados de relajación y distracción también se observa este comportamiento (p. ej., cuando se lee un libro o se ve la televisión). Inmediatamente antes de arrancarse el cabello el individuo experimenta una sensación de tensión creciente (Criterio B). En algunos sujetos la tensión no precede necesariamente al acto, sino que va asociada al intento de resistir la necesidad. Hay gratificación, bienestar o sensación de liberación cuando se ha arrancado el cabello (Criterio C). Algunas personas experimentan una sensación de «hormigueo» en la cabeza que es aliviada al arrancar el cabello. No hay que establecer el diagnóstico de tricotilomanía si el arrancamiento de cabello se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., como consecuencia de ideas delirantes o alucinaciones) o es debido a una enfermedad médica (p. ej., dermatitis u otras enfermedades dermatológicas) (Criterio D). La alteración puede causar malestar significativo o deterioro de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E).

Síntomas y trastornos asociados

Características descriptivas y trastornos mentales asociados. El examen de la raíz del pelo, el retorcimiento o la sujección de la trenza entre los dientes, y la tricofagia (comer cabellos) también pueden darse con la tricotilomanía. El arrancamiento del pelo no se produce en presencia de otras personas (excepto miembros muy próximos de la familia), y puede haber una evitación de las situaciones sociales. Estas personas niegan frecuentemente su comportamiento y ocultan o camuflan la alopecia resultante. Algunas personas tienen la necesidad de arrancar el pelo a otras y, en ocasiones, tratan de encontrar oportunidades para hacerlo subrepticamente. Pueden arrancar el pelo de animales domésticos, muñecas y otros materiales fibrosos (p. ej., sueters o alfombras). Morderse las uñas, rascarse, mordisquear y hacerse excoriaciones pueden ser comportamientos asociados a la tricotilomanía. Las personas con tricotilomanía también pueden tener trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad o retraso mental.

Hallazgos de laboratorio. Hay datos histológicos que se consideran característicos y pueden ayudar a realizar el diagnóstico cuando se sospecha tricotilomanía y el individuo niega los síntomas. La biopsia de las áreas afectadas puede revelar la presencia de pelos cortos y rotos. El examen histológico mostrará la presencia de folículos normales y lesionados en la misma área, así como un aumento del número de cabellos en crecimiento. Algunos folículos pilosos pueden presentar síntomas de traumatismo (plegado o arrugado de la vaina externa de la raíz del pelo). Los folículos implicados pueden estar vacíos o contener un material queratinoso profundamente pigmentado. La ausencia de inflamación distingue la alopecia provocada por tricotilomanía de la alopecia areata.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas. No parece que haya dolor con el arrancamiento del cabello y puede haber prurito y hormigueo en las áreas afectadas. Los patrones de pérdida de cabello son altamente variables. Son frecuentes la aparición de áreas de alopecia completa, así como de áreas con una notable disminución de la densidad del pelo. Cuando la cabeza es el área afectada, existe una predilección por las regiones coronales o parietales. La superficie del cuero cabelludo no presenta normalmente evidencias de excoriación. Puede haber un patrón de calvicie casi completa, excepto en un estrecho perímetro alrededor de los márgenes externos del cuero cabelludo, particularmente en la nuca («tonsura por tricotilomanía»). Las cejas y las pestañas pueden haber desaparecido por completo. La fragilidad del vello

público es aparente en la exploración. Puede haber áreas sin pelo en piernas y espalda. La tricofagia (ingestión de ovillos de pelo) puede provocar anemia, dolor abdominal, hematemesis, náuseas y vómitos, obstrucción abdominal e incluso perforación.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Ambos sexos están igualmente representados entre los niños con tricotilomanía. En los adultos la tricotilomanía parece mucho más frecuente en las mujeres que en los varones. Ello puede reflejar la frecuencia real de esta alteración en ambos sexos o indicar la diferencia de demanda terapéutica en función de factores culturales relacionados con el aspecto físico (p. ej., se acepta que los varones tienden a perder más pelo).

Prevalencia

No se dispone de datos sistemáticos sobre la prevalencia de la tricotilomanía. Aunque antes se pensaba que la tricotilomanía era un trastorno raro, en la actualidad se le supone más frecuente. Estudios recientes en poblaciones escolares sugieren que el 1-2 % de los estudiantes tienen una historia anterior o actual de tricotilomanía.

Curso

Los períodos transitorios de arrancamiento de pelo en la primera infancia son considerados un «hábito» benigno con un curso autolimitado. Sin embargo, algunos individuos con tricotilomanía crónica durante la etapa adulta explican su comienzo en la primera infancia. La edad de inicio es normalmente antes de la etapa adulta, con una mayor incidencia alrededor de los 5-8 años y los 13 años. Algunas personas tienen síntomas de forma continua durante décadas, y en otras éstos pueden aparecer y desaparecer durante semanas, meses o años. Las áreas afectadas por el arrancamiento pueden variar a lo largo del tiempo.

Diagnóstico diferencial

Deben considerarse **otras causas de alopecia** en las personas que niegan arrancarse el pelo (p. ej., alopecia areata, calvicie característica del varón, lupus eritematoso discoide crónico, liquen plano folicular, foliculitis depilatorias, seudopelada y alopecia mucinosa). No se debe realizar el diagnóstico de tricotilomanía si el comportamiento se explica mejor por la presencia de **otro trastorno mental** (p. ej., en respuesta a una idea delirante o a una alucinación en la esquizofrenia). El arrancamiento de pelo repetitivo en la tricotilomanía debe distinguirse de la compulsión, característica del **trastorno obsesivo-compulsivo**. En el trastorno obsesivo-compulsivo los comportamientos repetitivos son efectuados en respuesta a una obsesión o de acuerdo con unas reglas que pueden ser aplicadas de forma rígida. No se establecerá un diagnóstico adicional de **trastorno de movimientos estereotipados** si el comportamiento repetitivo se limita al arrancamiento del pelo. La alopecia provocada en la tricotilomanía debe distinguirse del **trastorno facticio con predominio de signos y síntomas físicos**, en el que hay un propósito de asumir el papel de enfermo.

Muchas personas retuercen y juegan con el pelo, especialmente durante los estados de elevada ansiedad, pero este comportamiento no basta para establecer el diagnóstico de tricotilomanía. Algunas personas presentan características que hacen pensar en la existencia de tricotilomanía,

pero la lesión del pelo resultante puede ser tan pequeña, que sea virtualmente indetectable. En estos casos debe considerarse el diagnóstico si los comportamientos provocan malestar significativo. En los niños son frecuentes los períodos cortos de arrancamiento del pelo, y éstos deben ser considerados un «hábito» temporal. Por esto, entre los niños, debe reservarse el diagnóstico para casos en los que el comportamiento haya persistido durante varios meses.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

El DSM-IV y CIE-10 proponen criterios diagnósticos para la tricotilomanía iguales en líneas generales.

■ Criterios para el diagnóstico de F63.3 Tricotilomanía [312.39]

- A. Arrancamiento del propio pelo de forma recurrente, que da lugar a una pérdida perceptible de pelo.
- B. Sensación de tensión creciente inmediatamente antes del arrancamiento de pelo o cuando se intenta resistir la práctica de ese comportamiento.
- C. Bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento del pelo.
- D. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental y no se debe a una enfermedad médica (p. ej., enfermedad dermatológica).
- E. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F63.9 Trastorno del control de los impulsos no especificado [312.30]

Esta categoría se reserva para los trastornos del control de los impulsos que no cumplen los criterios para ningún trastorno específico del control de los impulsos o para otro trastorno mental descrito en otras secciones, con síntomas relacionados con el control de los impulsos (p. ej., dependencia de sustancias, parafilia).