

DSM-5-TR® Simplificado

Guía para el diagnóstico clínico

CAPÍTULOS MUESTRA





EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar "pirata" o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S. A. de C.V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
Ciudad de México.

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.
Carrera 12-A No. 79-03/05
Bogotá, DC



DSM-5-TR® Simplificado

Guía para el diagnóstico clínico

James Morrison

Traducción:

María Elena Ortiz Salinas

Doctora en Psicología.

Universidad Nacional Autónoma de México

Revisión técnica:

Ricardo Arturo Saracco-Alvarez

Médico Psiquiatra, Doctor en Ciencias Médicas.

Director de Investigaciones en Neurociencias

del Instituto Nacional de

Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Editor responsable:

Dr. Omar Chávez Victorino

Editorial El Manual Moderno



**Nos interesa su opinión
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora No. 206, Col. Hipódromo,
Alcaldía Cuauhtémoc, 06100, Ciudad de México



+52 (55) 5265 - 1100



info@manualmoderno.com
quejas@manualmoderno.com

¡Síguenos!



www.manualmoderno.com

Para mayor información en:

- Catálogo de producto
 - Novedades
 - Pruebas psicológicas en línea y más
- www.manualmoderno.com

Título original de la obra:

DSM-5-TR® Made Easy. The Clinician's Guide to Diagnosis
Copyright © 2023 The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.
370 Seventh Avenue, Suite 1200, New York, NY 10001 www.guilford.com
ISBN 978-1-4625-5134-7

DSM-5-TR® Simplificado. Guía para el diagnóstico clínico

D.R.© 2026 por Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
ISBN: 978-607-448-962-0

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial
Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta
publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno
o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador,
registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored
in a retrieval system, or transmitted in any form —electronic, mechanical,
photocopying— without the prior permission in writing from the Publisher



es marca registrada de

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Biblioteca Nacional de México (BNM). Catalogación en Publicación (CIP).

Autores: James, Morrison., autor. | Ortiz Salinas, María Elena, traductor.

Título: DSM-5 TR simplificado. / James, Morrison.; traductor María Elena Ortiz Salinas.

Descripción: 1a. edición. | Ciudad de México : Editorial El Manual Moderno, 2026.

Identificadores: ISBN 9786074489620 BNM 997648846808686

Temas: Psicoterapia--Estudios de casos. | Psicoterapia--Manuales, etc. | Psicología clínica
--Estudios de casos.

Clasificación CDD23: 616.8914

Directora editorial:
Mtra. Sandra Núñez Valle

Editora de desarrollo:
LCC Tania Uriza Gómez

Gerente de producción:
Ing. Víctor Canto

Diseño de portada:
DP Cynthia Karina Oropeza Heredia

Para Mary, quien sigue siendo mi sine qua non

CAPÍTULOS MUESTRA





CAPÍTULOS MUESTRA

Acerca del autor

James Morrison, MD, es Profesor Asociado de Psiquiatría en la Universidad Health and Science en Oregón, EUA. Su larga carrera incluye amplia experiencia tanto en el sector privado como en el público. El Dr. Morrison ha guiado a cientos de miles de profesionales y estudiantes de la salud mental a través de las complejidades de la evaluación y diagnóstico clínico con libros prácticos consagrados, *Diagnosis Made Easier*, segunda edición; *The First Interview*, cuarta edición, ambos en inglés; en nuestro catálogo puedes encontrar diversos libros en español de su autoría, visita: manualmoderno.com



CAPÍTULOS MUESTRA

Agradecimientos

Este libro fue creado gracias a la contribución de mucha gente.

Mi editora, Kitty Moore, una crítica aguda y maravillosa, quien ayudó al desarrollo del concepto original y ha sido un pilar del proyecto de esta nueva edición y de todas las que le precedieron.

En especial, quiero agradecer a mis excelentes primeros lectores, entre ellos, Mary Morrison, quien ha estado ahí para mí desde el inicio. Mis brillantes primeros lectores internacionales (Inglaterra), Dave Morrison y Fiona Morrison, quienes me han salvado una y otra vez de mí mismo. Gracias a todos.

También aprecio profundamente a los muchos otros editores y amigos de The Guilford Press, entre los que destaca Anna Brackett, Gerente de Proyecto Editorial, quien contribuyó a dar forma y acelerar la llegada de este libro a imprenta; mi meticulosa y valorada correctora de textos, Deborah Heilmann; Katherine Lieber, Senior Copy Manager; Carolyn Graham, administradora editorial y de contratos; William Meyer, coordinador de tecnología editorial; y a mi amigo de siempre, Seymour Weingarten.

Al final del proceso de edición, se anunciaron cambios en DSM-5-TR® que tuvieron un efecto profundo en la manera en que se codifican los trastornos neurocognitivos. Recurrí a varias personas para mejorar mi comprensión. Quiero expresar mi profundo agradecimiento a mi viejo amigo, Marc A. Schuckit, MD, y a dos nuevos amigos, Ann M. Eng y Susan K. Schultz, MD, ¡Todos ustedes son estrellas!

Estoy profundamente agradecido con cada uno de ellos y con los innumerables pacientes que proporcionaron la inspiración clínica para este libro.



CAPÍTULOS MUESTRA

Contenido

Acerca del autor	vii
Agradecimientos	ix
Tablas usadas con frecuencia	xiii
Introducción	xv
CAPÍTULO 1 Trastornos del neurodesarrollo	1
CAPÍTULO 2 Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	41
CAPÍTULO 3 Trastornos del estado de ánimo	97
CAPÍTULO 4 Trastornos de ansiedad	164
CAPÍTULO 5 Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	194
CAPÍTULO 6 Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	213
CAPÍTULO 7 Trastornos disociativos	238
CAPÍTULO 8 Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados	253

CAPÍTULO 9	Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos	283
CAPÍTULO 10	Trastornos de la excreción	303
CAPÍTULO 11	Trastornos del sueño-vigilia	307
CAPÍTULO 12	Disfunciones sexuales	366
CAPÍTULO 13	Disforia de género	390
CAPÍTULO 14	Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta	398
CAPÍTULO 15	Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	415
CAPÍTULO 16	Trastornos neurocognitivos	504
CAPÍTULO 17	Trastornos de la personalidad	570
CAPÍTULO 18	Trastornos parafílicos	609
CAPÍTULO 19	Otros factores que pueden necesitar atención clínica	636
CAPÍTULO 20	Pacientes y diagnósticos	650
APÉNDICES		691
	Escala de evaluación global del funcionamiento (GAF)	692
	Enfermedades físicas que afectan los diagnósticos mentales	694
	Clases (o nombres) de medicamentos que pueden provocar trastornos mentales	703
	CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª edición	705
	WHODAS 2.0 Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud 2.0	707
Índice		719

Tablas usadas con frecuencia

TABLA 3.1	Comparación de episodios maníacos e hipomaníacos	123
TABLA 3.2	Codificación para los trastornos bipolares y el trastorno depresivo mayor	158
TABLA 3.3	Descriptores y especificadores que pueden aplicarse a los trastornos del estado de ánimo	160
TABLA 15.1	Síntomas de intoxicación y abstinencia de sustancias	427
TABLA 15.2	Números de codificación de la CIE-10-CM para el trastorno por consumo, intoxicación y abstinencia de sustancias, y trastornos mentales inducidos por sustancias	494
TABLA 16.1	Etiologías probables y posibles de los trastornos neurocognitivos mayores y leves	528
TABLA 16.2	Otras etiologías de los trastornos neurocognitivos mayores y leves	530



CAPÍTULOS MUESTRA

Introducción

El verano posterior a mi primer año en la escuela de medicina visité a un compañero de clases en su casa, cerca de la institución mental donde trabajaban sus padres. Una tarde, después de caminar por el inmenso campus abierto, entablamos conversación con un psiquiatra que nos habló acerca de una paciente interesante.

La joven mujer había sido admitida unos días antes. Mientras asistía a una universidad cercana, se mostró repentinamente agitada —hablaba con rapidez y se precipitó, en un frenesí de una actividad a otra. Después de que vendió impulsivamente su Corvette casi nuevo en \$500, sus amigos la llevaron a una evaluación.

“¡Quinientos dólares!” exclamó el psiquiatra. “¡Ese tipo de pensamiento, eso es esquizofrenia!”

Ahora, mi amigo y yo hemos tenido suficiente exposición al diagnóstico de la salud mental para reconocer que los síntomas y el curso de la enfermedad de esa joven eran más congruentes con un episodio de manía que con la esquizofrenia. Éramos demasiado jóvenes e inexpertos para cuestionar el diagnóstico de un clínico experimentado, pero a medida que seguíamos nuestro camino, cada uno expresó la ferviente esperanza de que la atención de esta paciente estuviera menos sesgada que su evaluación.

Durante décadas me atormentó el recuerdo de ese pésimo diagnóstico, en parte porque de ninguna manera es único en los anales de la salud mental. De hecho, muchos años después fue que se publicó el primer manual diagnóstico para incluir criterios específicos (DSM-III). Desde entonces, ese libro se transformó en la enorme quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, y ahora en una revisión del texto (DSM-5-TR®) publicada por la *American Psychiatric Association*.

Cualquiera que se dedique a la evaluación y tratamiento de pacientes con problemas de salud mental debe entender la más reciente edición de lo que se ha convertido en el estándar mundial para la evaluación y el diagnóstico. Pero se necesita mucha concentración para beneficiarse del DSM-5-TR®. Escrito por un comité con la meta de proporcionar estándares para la investigación y la práctica clínica en diferentes disciplinas, abarca casi cualquier tema concebible relacionado con la salud mental. Pero usted podría alejarse si no entiende cómo se traducen los criterios diagnósticos a un paciente real.

Escribí **DSM-5-TR® simplificado. Guía para el diagnóstico clínico** para hacer más accesibles los diagnósticos de la salud mental para los clínicos de todas las profesiones de la salud mental. En sus páginas, encontrará descripciones de cada trastorno mental, con énfasis en los que se presentan en adultos. Con su uso cuidadoso, es poco probable que los lectores actuales confundan los síntomas maníacos de una joven universitaria con los de esquizofrenia.

¿Qué hice para simplificar el DSM-5-TR®?

Guías rápidas. Al inicio de cada capítulo encontrará un resumen de los diagnósticos incluidos —y otros diagnósticos que podrían afligir a los pacientes que se quejan de problemas similares. También ofrece un índice útil del material en ese capítulo.

Material introductorio. Cada sección empieza con una breve descripción diseñada para orientarlo hacia el diagnóstico. Puede ser una discusión de los síntomas principales, tal vez un poco de información histórica y algunos datos demográficos —¿quién es probable que tenga este trastorno y en qué circunstancias? En este punto intenté incluir los detalles que desearía conocer si estuviera empezando como estudiante.

Características esenciales. Bien, ese es el nombre. Presenté los síntomas característicos en DSM-5-TR® simplificado. La guía del clínico para el diagnóstico, pero también se conocen como prototipos. Los he usado con la esperanza de que harán más accesibles los criterios oficiales. Durante años, los clínicos han sabido que cuando evaluamos a un nuevo paciente no tomamos una lista de atributos emocionales y conductuales y empezamos a tachar las casillas. Más bien comparamos los datos que hemos obtenido con la imagen mental que hemos formado de los distintos trastornos mentales y conductuales. Cuando los datos encajan con una imagen, tenemos un momento de “¡ajá!” Y metemos ese diagnóstico en nuestra lista de diagnósticos diferenciales. (A partir de una larga experiencia y conversaciones con muchos otros clínicos experimentados, puedo asegurarle que así es exactamente cómo funciona).

Hace algunos años, un estudio de los trastornos* de ansiedad y del estado de ánimo encontró que el desempeño de los clínicos que utilizan los prototipos para el diagnóstico de sus pacientes es al menos tan bueno, y en ocasiones mejor, que el de otros clínicos que se apegan a criterios estrictos. Es decir, puede demostrarse que la validez de los prototipos es incluso mayor que la de algunos criterios diagnósticos del DSM. Además, se ha reportado que los prototipos pueden ser usados por clínicos con un nivel relativamente modesto de entrenamiento y experiencia; no se necesitan 20 años de trabajo clínico para tener éxito con los prototipos. Los clínicos también reportan que los prototipos son menos engorrosos y que su utilidad es mayor. (Sin embargo —y debo subrayar este punto— los prototipos usados en los estudios que acabo de mencionar fueron generados a partir de los criterios diagnósticos inherentes a los criterios del DSM). En conclusión: Seguro, necesitamos criterios, pero podemos adaptarlos de modo que funcionen mejor.

* DeFife JA, Peart J, Bradley B, Ressler K, Drill R, Westen D: Validity of prototype diagnosis for mood and anxiety disorders, *JAMA Psychiatry* 2013; 70(2): 140-148.

Una vez que ha recabado los datos y leído los prototipos, puede asignar un número para indicar qué tan bien encaja el paciente con el ideal de los diagnósticos que está considerando. El uso aceptado es el siguiente: 1 = poca o ninguna coincidencia; 2 = alguna coincidencia (el paciente presenta algunas características del trastorno); 3 = coincidencia moderada (presenta características significativas, importantes del trastorno); 4 = buena coincidencia (el paciente cumple el estándar -se aplica el diagnóstico); 5 = coincidencia excelente (un caso clásico). Obviamente, las viñetas proporcionadas alcanzan siempre el nivel 4 o 5 (de no ser así, ¿por qué las usaría como ejemplos ilustrativos?) de modo que no me he molestado en calificarlos en una escala de cinco puntos. Pero si lo desea, puede hacerlo con cada nuevo paciente que entreviste.

Habrán ocasiones en que quiera volver a los criterios oficiales del DSM-5-TR®. Por ejemplo, cuando esté empezando, el DSM-5-TR® le dará una imagen de los números exactos de cada conjunto de criterios que incluyen oficialmente al paciente en la categoría. También puede referirse a ellos al hacer investigación clínica, donde debe ser capaz de reportar que todos los participantes fueron seleccionados de acuerdo con un estándar reproducible, científicamente estudiado. Incluso como clínico experimentado, de vez en cuando regreso a los criterios reales. Tal vez es sólo para tener fresca en mi mente la información que me permita comunicarme con otros clínicos; en ocasiones se relaciona con mi escritura, (conforme lea las descripciones de los pacientes que se presentan en este libro, encontrará que las evaluaciones están formuladas en términos de los criterios oficiales del DSM-5-TR®). Pero independientemente de que esté con pacientes o hablando con estudiantes, me adhiero sobre todo al método del prototipo -justo como casi cualquier otro clínico profesional.

La letra pequeña. La mayor parte del material diagnóstico incluido en esas secciones es lo que yo llamo **texto modelo**. Supongo que suena peyorativo, pero cada sección de La letra pequeña contiene uno o más pasos importantes en el proceso de diagnóstico. Piénselo de esta manera: el prototipo es utilizado para fines de inclusión, mientras que el texto modelo se utiliza en gran medida para la también importante exclusión de otros trastornos y delimitación de lo normal. La jerga del texto modelo incluye diferentes frases y advertencias estereotipadas a las que llamé las D. (Empecé por usar “No te olvides de las **D**” u otras frases similares, pero pronto me cansé de tanto teclear, por lo que al final adopté “las **D**” para abreviar). En cualquier caso, esta cosa del texto modelo es importante ya que forma parte de los requisitos diagnósticos para la condición en cuestión. No le reste importancia.

Diagnóstico diferencial. Aquí se mencionan todos los trastornos a considerar como alternativas cuando se evalúan los síntomas. En la mayoría de los casos, la lista empieza con trastornos por consumo de sustancias y trastornos médicos generales que, a pesar de que son relativamente poco frecuentes, debe colocar siempre al inicio de la lista de trastornos que compiten por su consideración. A continuación, introduzco las condiciones que son más tratables y por ende deberían ser abordadas al inicio. Sólo al final incluyo las condiciones que tienen mal pronóstico o en las cuales no pueda hacerse mucho. A esto lo llamo el principio de seguridad o diagnóstico diferencial.

Existen algunos trastornos que el DSM-5-TR® registra justo en los criterios diagnósticos, los que he enfatizado con negritas. En el texto también hay condiciones que he mencionado, pero no enfatizado.

Discapacidad o angustia. La mayoría de los conjuntos de criterios diagnósticos del DSM-5-TR® requiere que el paciente experimente angustia o alguna forma de disfunción (para el trabajo, las interacciones sociales, las relaciones interpersonales o alguna otra cosa). El propósito es asegurar que diferenciamos a las personas que son pacientes de otras que, aunque con un diagnóstico normal, tal vez tienen vidas con aspectos interesantes.

La palabra angustia se explica una sola vez en el DSM-5-TR®. El DSM-IV no define el término en ningún lugar; el Psychiatric Dictionary de Campbell ni siquiera lo incluye. Las secciones del DSM-5-TR® sobre la tricotilomanía y excoriación (trastornos de arrancarse el cabello y dañarse la piel, respectivamente) describen que la angustia incluye sentimientos negativos como vergüenza y pérdida de control. Sin embargo, no queda claro si en otros lugares se emplea la misma definición o cuál podría ser el pensamiento dominante a lo largo del manual. Para mí, alguna combinación de dolor, ansiedad y sufrimiento funciona bastante bien como definición.

Duración. Muchos trastornos requieren que los síntomas estén presentes durante cierto tiempo mínimo para que puedan ser incluidos. De nuevo, esto es para asegurar que no vamos por ahí distribuyendo diagnósticos de manera indiscriminada. Por ejemplo, casi todos nos sentiremos tristes o bajoneados en uno u otro momento. Sin embargo, para ameritar un diagnóstico de un trastorno depresivo, los síntomas deben mantenerse por lo menos un par de semanas.

Información demográfica. Algunos trastornos están limitados a ciertos rangos de edad, género o grupos culturales.

Definiciones. He tratado de proporcionar definiciones de todos los términos necesarios para evaluar y diagnosticar a los pacientes con trastornos mentales. En su mayor parte, esas definiciones aparecen en el texto según se necesite. En el índice, escribo en *italicas* los números de páginas para localizar las definiciones, una especie de glosario distribuido.

Especificadores. Muchos diagnósticos del DSM-5-TR® no pretenden mantenerse sin cambio; necesitan ser modificados de alguna manera cuando los anotamos. Indican maneras en que, después de acordar un diagnóstico, los clínicos debemos hacer otros juicios sobre los síntomas o curso de enfermedad de un paciente, para incluir tanta información como sea posible en el producto diagnóstico final. No se preocupe, después de leer unos cuantos entenderá la idea.

Notas de codificación. Muchas de las secciones de Características esenciales concluyen con una orientación sobre la codificación que proporciona información adicional sobre

especificadores, subtipos, gravedad y otros temas relevantes para el trastorno en cuestión. En ocasiones incluí un indicador que apunta a una discusión de los principios que puede usar para determinar que un trastorno es provocado por el consumo de sustancias.

Recuadros. Para subrayar o aumentar lo que necesita saber, a lo largo del texto incluí piezas adicionales de información (como los recuadros acerca de la angustia que acaba de leer). Algunos de ellos simplemente destacan la información que le ayudará a hacer un diagnóstico con rapidez. Ciertos recuadros contienen información histórica y otra información relevante para diagnósticos que he encontrado interesantes. Muchos incluyen acotaciones editoriales —mis opiniones sobre pacientes, el proceso diagnóstico y cuestiones clínicas en general.

Viñetas. Basé este libro en ese recurso confiable, la viñeta clínica. Como estudiante, encontré que a menudo tenía problemas para recordar las características de los trastornos. Pero una vez que he evaluado y tratado a un paciente, siempre formé una imagen mental para ayudarme a recordar puntos importantes acerca de los síntomas y diagnósticos diferenciales.

Evaluación. Esta sección resume mi opinión sobre cada paciente descrito en una viñeta. Explico cómo encaja el paciente en los criterios diagnósticos y por qué creo que otros diagnósticos son improbables. En ocasiones sugiero que debe obtenerse más información histórica o evaluación médica o psicológica adicional antes de dar un diagnóstico final. Las conclusiones planteadas aquí le permitirán comparar su opinión con la mía. Puede hacerlo de dos maneras: seleccionando de la viñeta las Características esenciales que anoté para cada diagnóstico o seguir el pensamiento de la gente que escribió el DSM-5-TR®. También incluí (entre paréntesis) referencias a los criterios oficiales. Si está en desacuerdo con cualquiera de mis interpretaciones, espero que me envíe un correo electrónico (morrjame@ohsu.edu).

Diagnóstico final. Los números de código pueden ser asignados por los clínicos o el personal de apoyo. Para guiar al personal sobre la forma de proceder, debemos colocar todo el material diagnóstico que parezca relevante en un lenguaje que se ajuste al formato aprobado. Los diagnósticos finales incluidos en el libro no sólo explican la manera en que codifiqué a cada paciente, sino que también proporcionan modelos que pueden usarse al redactar los diagnósticos de sus propios pacientes.

Tablas. Incluí varias tablas para ofrecer una imagen general de ciertos temas —especificadores que se aplican a diferentes diagnósticos, una lista de problemas físicos que pueden producir síntomas emocionales y conductuales, y otros más. Las tablas cuyo uso principal corresponde a un capítulo aparecen en ese capítulo. En el apéndice encontrará otras de aplicación más general a lo largo del libro. Algunas de esas tablas son complicadas, pero concentran en un lugar la información que en el DSM-5-TR® sólo puede encontrar leyendo página a página.

Mi redacción. A lo largo del libro intenté utilizar un lenguaje claro y sencillo. La información clínicamente relevante está escrita en frases declarativas que describen lo que necesita conocer al diagnosticar a un paciente. Mi meta fue hacer que pareciera que el material fue escrito por un clínico para usarlo con los pacientes, no por un abogado para esgrimirlo en la corte. De no haberlo logrado, espero que me lo haga saber en un correo electrónico. Trataré de corregirlo en una edición futura.

Estructura de DSM-5-TR® simplificado. Guía para el diagnóstico clínico

Los primeros 18 capítulos* de este libro contienen descripciones y criterios para el diagnóstico de los principales trastornos mentales y de personalidad. El capítulo 19 contiene información concerniente a otros términos que puede encontrar útiles. Muchos de ellos son códigos Z, que son condiciones que si bien no son trastornos mentales de todas formas requieren atención clínica. Los más dignos de atención son los problemas que las personas sin un trastorno mental real tienen para relacionarse entre sí. (En ocasiones, podría incluso anotar un código Z como la razón por la cual se canalizó a un paciente para evaluación). También se describen aquí los códigos que indican efectos de medicamentos, fingir la enfermedad y la necesidad de más información diagnóstica.

El capítulo 20 contiene una descripción muy breve de los principios diagnósticos, seguida por algunas viñetas de caso adicionales, que por lo general son más complicadas que las presentadas antes. Comenté esos casos para ayudarlo a revisar los principios y criterios diagnósticos revisados antes. Por supuesto, en esta sección sólo pude incluir una fracción de todos los diagnósticos del DSM-5-TR®.

Peculiaridades

Aquí aparecen comentarios concernientes a algunas de mis peculiaridades.

Abreviaturas. Puedo pensar en dos trastornos para los que en ocasiones se usa la abreviatura CD y en cuatro para los que algunos (pero no yo) utilizan la abreviatura SAD, por lo que siempre considero el contexto.

Y creo abreviaturas no estándar, en especial para los nombres de los trastornos. Por ejemplo, usted no leerá en otra parte, ciertamente en ningún sitio oficial, TPB (por trastorno psicótico breve). Utilicé esta y otras abreviaturas en aras de abreviar un poco las cosas, y tal vez para reducir, aunque sea ligeramente el tiempo que le lleva leer todo esto. Por lo general utilizo esas abreviaturas ad hoc únicamente en las secciones sobre trastornos específicos, de modo que no se preocupe por tener que recordarlas cuando esté en otra parte del libro. Un par de excepciones, TEPT, TOC y TDAH son tan familiares que ruegan por ser abreviados en cualquier contexto.

Mi necesidad de brevedad también se ha extendido a los títulos de los capítulos. En mi opinión, en ocasiones el DSM-5-TR® complicó demasiado esos nombres en

* Bien, hice un poco de trampa. En realidad, el DSM-5-TR® tiene 19 capítulos, pero para facilitar la descripción, combiné los dos capítulos sobre los trastornos del estado de ánimo en uno (que es como los presentaba el DSM-IV). Sin embargo, no debería haber confusión, el DSM-5-TR® no numera sus capítulos.

aras de parecer inclusivo. De modo que encontrará que en ocasiones (pero no siempre —¡tengo bajo control mi trastorno obsesivo-compulsivo!) los abrevié un poco por conveniencia. No debería tener problemas para saber a dónde acudir para encontrar los trastornos del sueño (que el DSM-5-TR® llama trastornos del sueño-vigilia), los trastornos del estado de ánimo (bipolar y trastornos relacionados más trastornos depresivos), trastornos psicóticos (espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), trastornos cognitivos (neurocognitivos), trastornos por sustancias (relacionados con sustancias y trastornos adictivos), trastornos alimentarios (alimentarios y de la ingesta de alimentos) y algunas otras categorías de las que simplemente eliminé de los títulos oficiales “y trastornos relacionados”. De igual forma, a menudo eliminé /medicamentos de los trastornos inducidos por sustancias/medicamentos [prácticamente cualquier cosa].

{Corchetes ondulados}. Los utilicé en las Características esenciales y en algunas tablas para indicar dos opciones de especificador mutuamente excluyentes, tales como características {con} {sin} buen pronóstico (para el trastorno esquizofreniforme). De nuevo, lo hago sólo para acortar un poco las cosas.

Prevalencia. ¡Wow! Las cifras de prevalencia se encuentran en todo el mapa. En ocasiones obtenemos prevalencia de 12 meses, otras veces para toda la vida; pueden proporcionarse cifras para diferentes grupos de edad; a veces se desglosan por edad, género, grupo étnico, nacionalidad y grupo étnico. He intentado proporcionar las cifras más cercanas al mejor consenso que pude reunir, pero si desea un detalle más fino, consulte textos e investigaciones.

Especificadores de gravedad. Uno de mis problemas con el DSM-5-TR® es el uso de especificadores de gravedad complicados que difieren de un capítulo a otro, y en ocasiones de un trastorno al siguiente. Algunos de ellos son más sencillos de usar que otros.

Por ejemplo, para las psicosis nos ofrecen las Dimensiones de Gravedad de los Síntomas de la Psicosis Calificadas por el Clínico que nos pide calificar en una escala de cinco puntos, con base en los siete días anteriores, cada uno de los ocho síntomas (los cinco síntomas de psicosis de la esquizofrenia, además del deterioro en la cognición, depresión y manía); no existe una calificación total, sólo los ocho componentes individuales, que se nos anima a calificar de nuevo cada pocos días. Mi mayor queja con esta escala, además de su complejidad y el tiempo requerido, es que nos dice poco acerca del funcionamiento general —sólo el grado en que el paciente experimenta cada uno de los ocho síntomas. Convenientemente, el DSM-5-TR® nos dice que se nos permite calificar al paciente “sin usar este especificado de gravedad”, una opción que muchos clínicos seguramente se apresurarán a aceptar.

Evaluación de la funcionalidad. ¿Qué fue lo que sucedió con la Escala de evaluación global del funcionamiento (GAF)? La GAF, que se usó del DSM-III-R al DSM-IV-TR, era una escala de 100 puntos que reflejaba el funcionamiento general

del paciente en lo ocupacional, psicológico y social, pero no las limitaciones físicas o los problemas ambientales. La escala especificaba síntomas y directrices conductuales para ayudarnos a determinar las puntuaciones de nuestros pacientes en la GAF. Debido quizá a la subjetividad inherente a esta escala, su mayor utilidad radica en seguir los cambios en el nivel de funcionamiento de un determinado paciente a lo largo del tiempo. (Otro problema es que era un revoltijo de gravedad, discapacidad, tendencias suicidas y síntomas).

Sin embargo, la GAF ahora DESAPARECIÓ, fue eliminada por varias razones (según se describió en 2013 en una conferencia del Dr. William Narrow, quien era entonces el director de investigación de la Fuerza de Tarea para el DSM-5). El Dr. Narrow señaló con precisión que la GAF mezclaba conceptos (por ejemplo, psicosis con ideas suicidas y que tenía problemas con la confiabilidad entre calificadores. además, lo que en realidad se quería era una calificación de discapacidad que nos ayudara a entender qué tan bien puede cumplir un paciente las responsabilidades ocupacionales y sociales, así como qué tan bien puede participar en general en sociedad. Por ello, la Fuerza de Tarea recomendó la Escala para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, versión 2.0 (WHODAS 2.0), que fue desarrollada para usarse con poblaciones tanto clínicas como general y que ha sido probada en todo el mundo, el DSM-5-TR® la presenta al inicio en la página 856; también puede encontrarse en línea (www.who.int/classifications/icf/ichodasii/en). WHODAS W.0 se califica de la siguiente manera: 1 = nada, 2 = leve, 3 = moderado, 4 = grave y 5 = extremo. Advierta que los sistemas de calificación para los dos instrumentos son recíprocos; una calificación GAF elevada es equivalente a una calificación baja en WHODAS 2.0.

Después de mucha experimentación, me parece que la WHODAS 2.0 está tan sesgada hacia las capacidades físicas que refleja mal las cualidades de la salud mental en las que se interesan los clínicos. Algunos de los pacientes mentales más gravemente enfermos recibieron una calificación moderada en WHODAS 2.0; por ejemplo, Velma Dean (p. 91) obtuvo una puntuación de 20 en la GAF pero sólo de 1.6 en la WHODAS 2.0. Además, el cálculo de la puntuación de la WHODAS 2.0 depende de las respuestas dadas por el paciente (o el clínico) a 36 preguntas (una carga de obtención de datos que muchos profesionales ocupados no podrán cumplir). Y, dado que esas respuestas cubren condiciones a lo largo del mes previo, la puntuación no puede representar con precisión a los pacientes con trastornos mentales de evolución rápida.

De modo que después de todo decidí no recomendar el WHODAS 2.0. (Cualquiera que esté interesado en una mayor discusión puede escribirme; estaré feliz de enviar una gráfica que compara la GAF con la WHODAS 2.0 para la mayoría de los pacientes mencionados en este libro). Mi elección para evaluar la función y gravedad, y la última peculiaridad que mencionaré, es más bien la siguiente: siga adelante y utilice la GAF. Nadie dice que no podemos hacerlo, y en ocasiones la encuentro útil para seguir el progreso de un paciente durante el tratamiento. Es rápida, sencilla (ESTÁ BIEN, sigue siendo subjetiva) y gratuita. Puede especificar el nivel actual de funcionamiento de un paciente o el nivel más alto en cualquier marco temporal pasado. Encontrará la escala GAF en el Apéndice de este libro.

Cómo usar este libro

Hay varias formas en que podría usar DSM-5-TR® simplificado. Guía para el diagnóstico clínico.

Estudiar un trastorno. Por supuesto, puede hacerlo de distintas maneras, pero yo lo haría así. Eche un vistazo a la información introductoria para conocer los antecedentes, luego lea la viñeta. A continuación, compare la información de la viñeta con las Características esenciales para asegurarse de que puede identificar lo que es importante para el diagnóstico. Si desea ver qué tan bien coinciden las viñetas con los criterios reales del DSM-5-TR®, lea las evaluaciones de la viñeta en donde toca cada uno de los puntos importantes para el diagnóstico. En cada sección de evaluación también encontrará una discusión de los diagnósticos diferenciales, así como algunas otras condiciones que suele encontrarse en asociación con el trastorno en cuestión.

Evaluación de un paciente cuyo diagnóstico cree conocer. Lea las Características esenciales, luego compare la información que tiene de este paciente con el prototipo. Si lo desea, puede asignar una puntuación de 1 a 5 usando la clave que se proporcionó antes. Considere con cuidado las D para asegurarse de que ha considerado toda la información excluyente y los diagnósticos alternativos relevantes. Si todo está bien y dio en el clavo, puede entonces leer la sección de evaluación de la viñeta relevante para asegurarse de que ha entendido los criterios. Luego puede revisar el material introductorio para conocer los antecedentes.

Evaluación de un nuevo paciente. Siga la secuencia anterior, con una excepción: después de identificar una de varias áreas de interés clínico como posibilidad diagnóstica —digamos que es un trastorno de ansiedad— podría empezar con la Guía rápida en el capítulo relevante. Ahí encontrará afirmaciones en cápsulas (demasiado breves para llamarlas incluso resúmenes) que señalan uno o más trastornos a considerar más a fondo. Algunos pacientes tendrán problemas en varias áreas, por lo que quizá deba explorar varios capítulos para elegir todos los diagnósticos correctos. En el Capítulo 20 se presentan algunos indicadores adicionales sobre la estrategia diagnóstica.

Obtener el panorama más amplio. Por último, existen muchos trastornos. Muchos le resultarán familiares, pero para otros la información puede ser escasa. De modo que leer el libro para identificar la información importante (quizá haciendo un muestreo de las viñetas) puede cargar su aljaba con algunas nuevas flechas diagnósticas. Espero que a la larga leerá el libro entero, además de conocer muchos trastornos mentales también tendrá una idea de cómo puede aproximarse un especialista en diagnóstico a una variedad de problemas clínicos.

Cualquiera que sea el curso que tome, le recomiendo que limite la lectura a unos cuantos trastornos a la vez. Hice mi mejor esfuerzo para simplificar los criterios y explicar el ra-

zonamiento detrás de ellos. Pero si se sobrecarga con demasiados diagnósticos, es probable que empiecen a mezclarse en su mente.

Clasificación CIE

El sistema actual de codificación es el de la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades o CIE-10*. Esos códigos son más completos que los de las iteraciones previas. Eso contribuye a una identificación precisa, recuperación de datos para la investigación y otros propósitos informativos. Pero también aumenta el número de, bueno, números con los que debemos familiarizarnos. En gran medida he intentado incluir lo que necesita conocer junto con la información diagnóstica asociada con cada trastorno revisado. Parte de esta información es tan extensa y compleja que la condensé en una o dos tablas. La más notable es la Tabla 15.2 en el Capítulo 15, que presenta los números de código de la CIE-10 para trastornos mentales relacionados con sustancias. Ahora actualicé la codificación y otros materiales para reflejar el uso de la CIE-10 y del DSM-5-TR® en 2022.

Uso del sistema de clasificación del DSM-5-TR®

Luego de décadas de usar cinco ejes en los cuales registrar la evaluación biopsicosocial de nuestros pacientes, el DSM-5 dio un paso audaz y revirtió el curso. Ahora todos los trastornos mentales, de personalidad y físicos se registran en el mismo lugar, donde el diagnóstico principal se menciona primero. (El diagnóstico principal es el responsable de la visita actual a la clínica ambulatoria o de la admisión al hospital). Una vez que ha hecho un diagnóstico “debido a” (como un trastorno catatónico debido a la esclerosis tuberosa), la convención de la CIE es anotar primero el proceso de enfermedad física. La razón real de la visita viene en segundo lugar, con la afirmación entre paréntesis (la razón de la visita o diagnóstico principal) agregada. No estoy seguro de la frecuencia con que los clínicos acatarán esta convención. Sospecho que muchos razonarán que esto es un tema de los registros médicos para apoyar al personal a abordarlo e ignorarlo. En cualquier caso, esta es la manera en que puede redactar el diagnóstico.

Anote primero el diagnóstico responsable de la evaluación actual. Suponga que, mientras evalúa el trastorno de ansiedad social, descubre que su paciente también ha consumido suficiente alcohol para cumplir los requisitos de un diagnóstico de trastorno leve por consumo de alcohol. Luego, el diagnóstico debe leerse de la siguiente manera:

F40.10	Trastorno de ansiedad social
F10.10	Trastorno por consumo de alcohol, leve

* Técnicamente, esta versión de la CIE se conoce como CIE-10-CM (CM significa modificación clínica). Utilizaré aquí la versión CM, pero en aras de la sencillez me referiré a ella como CIE-10. Puede encontrar esta información en línea en www.icd10data.com/ICD10CM/Codes. Ver nota del editor sobre CIE-11 más adelante.

En este ejemplo, el primer diagnóstico tendrá que ser el trastorno de ansiedad social (esa es la razón por la que el paciente buscó tratamiento). Por supuesto, si el consumo de alcohol es lo que dio lugar a la evaluación podría invertir la posición de los dos diagnósticos.

El DSM-IV requería una ubicación separada (el notorio Eje II) para los trastornos de personalidad y lo que entonces se llamaba retardo mental. El propósito era dar un estatus especial a esos atributos permanentes y asegurar que no serían ignorados para lidiar con la patología principal y a menudo más apremiante de nuestros pacientes. Pero, aunque el motivo era noble, la lógica no era impecable y el resto del mundo seguía adelante. Por lo que el DSM dejó caer los ejes, por así decirlo. Los trastornos de personalidad y los del desarrollo intelectual se incluyen junto con todos los otros diagnósticos, mentales y físicos. En general, creo que esto es algo bueno, pero también significa que ahora debemos colocar materiales como la puntuación GAF (o la calificación WHODAS 2.0) de un paciente y los trastornos médicos generales en el cuerpo de una afirmación resumida.

Un diagnóstico incierto

Cuando no esté seguro de si un diagnóstico es correcto, considere usar el calificador (provisional) del DSM-5-TR®. Este término puede ser apropiado si cree que cierto diagnóstico es correcto, pero carece de la historia suficiente para apoyar su impresión. O quizá todavía es temprano en la enfermedad de su paciente y usted espera que en breve se desarrollen más síntomas. O puede estar esperando que las pruebas de laboratorio confirmen la presencia de otra condición médica que sospecha que subyace a la enfermedad mental. Cualquiera de esas situaciones justifica un diagnóstico provisional. Tres diagnósticos del DSM-5-TR® -psicosis esquizofreniforme, trastorno psicótico breve, trastorno disfórico premenstrual- deberían tener el agregado (provisional) si el curso no es todavía claro. Pero puede usar este término en casi cualquier situación en que parezca justificarlo una práctica diagnóstica segura.

¿Qué hay acerca de un paciente que se acerca mucho a cumplir todos los criterios, que ha estado enfermo por largo tiempo, que ha respondido al tratamiento apropiado para el diagnóstico y que tiene una historia familiar del mismo trastorno? Ese paciente merece un diagnóstico definitivo, incluso si los criterios no se cumplen del todo. (¡Ey! Incluso el DSM-5-TR® en su material introductorio reconoce que necesitaremos dar un diagnóstico a algunos pacientes que no alcanzan a cumplir todos los requisitos si los síntomas son graves y persistentes).

De modo que, por esas y otras razones, cambié al uso de prototipos. Después de todo, los diagnósticos no son decididos por los criterios, son decididos por clínicos que usan los criterios como directrices. Son directrices para “ayudarlo”, no grilletes para “restringirlo”.

Continúa

Continuación

El DSM-5-TR® ofrece otra manera de registrar un diagnóstico que parece incierto: "Otro trastorno [nombre] especificado". Esto le permite anotar el nombre de la categoría junto con la razón específica por la que el paciente no cumple los criterios para el diagnóstico. Por ejemplo, un paciente que acumuló en su casa una cantidad enorme de material inútil, pero que no sufre angustia ni discapacidad, podría registrarse como "otro trastorno de acumulación especificado, carece de angustia o discapacidad".

Apuesto que ambos estaremos interesados en conocer con qué frecuencia se utiliza esta opción.

Indicar la gravedad de un trastorno

El DSM-5-TR® incluye especificadores concretos de la gravedad de muchos trastornos. Por lo general son evidentes y en general traté de resumirlos un poco en aras de su salud mental y la mía. En uno o dos lugares (estoy hablando de ti, Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos) he desaconsejado el uso de esquemas específicos de la gravedad que parezcan demasiado engorrosos.

Otros especificadores

Muchos trastornos incluyen especificadores que indican una gran variedad de información —con (o sin) algunos síntomas definidos acompañantes; el grado actual de remisión, y características del curso como el inicio temprano (o tardío) o la recuperación, sea parcial o completa. Algunos de esos especificadores requieren otros números de código; algunos son sólo una jerga adicional añadida. Agregue tantos como le parezca apropiado. Cada uno podría ayudar al siguiente clínico a entender un poco mejor a ese paciente.

Condiciones físicas y trastornos

Las enfermedades físicas pueden tener relación directa con los diagnósticos del paciente; esto es especialmente cierto en el caso de los trastornos cognitivos. En otros casos, las enfermedades físicas pueden afectar (o ser afectadas por) el manejo de un trastorno mental. Un ejemplo sería la hipertensión en un paciente con psicosis que cree que el medicamento ha sido envenenado. (Algunas de estas cosas están formalizadas en el diagnóstico de factores psicológicos que afectan otras condiciones mentales). En cualquier caso, aunque los trastornos físicos solían tener su propio eje, ese ya no es tampoco el caso. De hecho, el esquema de registro de la CIE-10 requiere que cuando un trastorno mental se deba a una condición física se anote primero la condición física.

Problemas psicosociales y ambientales

Es posible reportar ciertos eventos o condiciones ambientales o psicosociales que podrían afectar al diagnóstico o manejo de su paciente. Estos pueden haber sido causados por el trastorno mental, o pueden ser eventos independientes. El DSM-5-TR® requiere que usemos los códigos Z de la CIE-10 para este tipo de problemas. En el Capítulo 19 se presenta una lista razonablemente completa de los códigos Z disponibles. Al declararlos, sea tan específico como le sea posible. Encontrará muchos ejemplos desperdigados en el texto.

¿Exactamente qué es un trastorno mental?

Existen muchas definiciones de trastorno mental, ninguna de ellas precisa y completa. Quizá esto se debe a que nadie ha definido adecuadamente el término anormal. (¿Significa esto que el paciente se siente incómodo? Entonces muchos pacientes con episodios maniacos no son anormales. ¿Es anormal lo que es inusual? Entonces las personas con inteligencia a nivel de un genio son anormales).

Los autores del DSM-5-TR® proporcionan la definición de trastorno mental que usaron para ayudarse a decidir si debían incluir un diagnóstico en su libro. Ésta es la paráfrasis:

Un trastorno mental es una colección de síntomas clínicamente importantes (los cuales pueden ser conductuales, emocionales o psicológicos) que por lo regular provocan a la persona angustia o discapacidad en su funcionamiento social, personal u ocupacional.

Los síntomas de cualquier trastorno deben ser más que una reacción esperada a un evento cotidiano, como la muerte de un familiar. Las conductas que reflejan principalmente un conflicto entre el individuo y la sociedad (por ejemplo, ideología religiosa o política fanática) no suelen considerarse trastornos mentales.

Me gustaría agregar algunos puntos adicionales acerca de los criterios para los trastornos mentales:

1. Los trastornos mentales describen procesos, no personas. Este punto se hace explícito para abordar los temores de algunos clínicos de que al usar los criterios de alguna manera están encasillando a la gente. Pacientes con el mismo diagnóstico difieren entre sí en muchos aspectos importantes, incluyendo síntomas, personalidad, otros diagnósticos que pueden tener, experiencias de vida y muchos otros aspectos distintivos de sus vidas personales que quizá no tengan nada que ver con su condición emocional o conductual.
2. Hasta cierto grado, parte de lo que es anormal y, por supuesto mucho más de lo que no lo es, es moldeado por la cultura de un individuo. Por ejemplo, en los nervios, que se encuentran a menudo en las culturas latinoamericanas, la gente se experimenta como vulnerable a una variedad de síntomas físicos y emocionales (como los problemas de ansiedad, del estado de ánimo y los síntomas somáticos). Cada vez más aprendemos a tomar en cuenta esos antecedentes culturales cuando

definimos los trastornos y evaluamos a los pacientes. De hecho, el DSM-5-TR® hace más énfasis en la cultura a lo largo del texto.

3. No asuma que siempre va a encontrar límites nítidos entre trastornos o entre cualquier trastorno y la así llamada normalidad. Por ejemplo, los criterios para los trastornos bipolar I y bipolar II claramente separan un trastorno del otro y de la gente que no presenta ninguno. Pero en realidad es probable que todas las condiciones bipolares (y probablemente muchas otras) encajen en algún punto de un continuo. Con nuestros criterios (Características esenciales) y con nuestra experiencia, hacemos nuestro mejor esfuerzo para determinar qué pacientes requieren qué diagnósticos.
4. La principal diferencia entre una condición física como una neumonía o diabetes y un trastorno mental como la esquizofrenia y el trastorno bipolar I es que sabemos qué es lo que causa la neumonía y la diabetes. Sin embargo, ninguno de esos dos trastornos mentales tiene una base tangible; quizá no la hemos encontrado todavía. En términos operacionales, la diferencia entre las enfermedades físicas y los trastornos mentales es que ninguna de las primeras es tema del DSM-5-TR® o de DSM-5-TR® simplificado. Guía clínica para el diagnóstico.
5. Básicamente, el DSM-5-TR® sigue el modelo médico de enfermedad. Eso no quiere decir que recomiende la prescripción de medicamentos; más bien significa que es un trabajo descriptivo que (en gran medida) se deriva de estudios científicos de grupos de pacientes que parecen tener mucho en común, incluyendo síntomas, signos y el curso de su enfermedad. La inclusión es, además, justificada por estudios de seguimiento que demuestran que los miembros de esos grupos tienen un curso predecible de la enfermedad meses, o en ocasiones años, más tarde.
6. Con pocas excepciones, el DSM-5-TR® no hace suposiciones acerca de la etiología de la mayoría de esos trastornos. Esta es la famosa “aproximación ateorica” que ha sido muy elogiada y criticada. Por supuesto, la mayoría de los clínicos estarían de acuerdo acerca de la causa de algunos trastornos mentales (vienen a la mente el trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Huntington y el TEPT). Las descripciones de la mayoría de los diagnósticos del DSM-5-TR® serán bien aceptadas por los clínicos cuyas perspectivas filosóficas incluyen la teoría social y del aprendizaje, psicodinámica y psicofarmacológica.

Algunas advertencias

Al definir los trastornos de la salud mental, vale la pena repetir varias advertencias.

1. El hecho de que el manual omita un trastorno no es indicación de que no existe. Justo en el presente, la cantidad de trastornos mentales en la lista ha aumentado con cada nueva edición del DSM. Dependiendo de la forma en que mida esas cosas, puede parecer que el DSM-5-TR® sea una excepción. Por un lado, contiene cerca de 600 condiciones codificables -casi el doble del número incluido en

el DSM-IV*. Por otro lado, el DSM-5-TR® contiene, según mi cuenta, 156 diagnósticos principales, una reducción total de alrededor de 9%; esta proeza se logró agrupando condiciones bajo un título (como ocurrió, por ejemplo, en el capítulo de los trastornos de sueño-vigilia). Sin embargo, es indudable que existen más condiciones a la espera de ser descubiertas. Prepárese para invertir en el DSM-6 y DSM-6 simplificado. Guía clínica para el diagnóstico.

2. El diagnóstico no es para novatos. Poseer un conjunto de prototipos no es sustituto del entrenamiento profesional en técnicas de la entrevista, evaluación y las muchas otras habilidades que necesita un especialista en salud mental. El DSM-5-TR® afirma —y estoy de acuerdo— que el diagnóstico consiste en algo más que solo marcar las cajas en un montón de síntomas. Requiere educación, entrenamiento, paciencia y si, pacientes (es decir, la experiencia de evaluar a muchos pacientes de salud mental).
3. El DSM-5-TR® puede no aplicarse de manera uniforme a todas las culturas. Esos criterios se derivan principalmente de estudios de pacientes norteamericanos y europeos. Aunque los DSM se han usado con gran éxito en todo el mundo, no es seguro que los trastornos mentales descritos en gran medida por clínicos norteamericanos y europeos se traducirán perfectamente a otras lenguas y otras culturas. Deberíamos mostrar cautela al diagnosticar patología en pacientes que expresan creencias sostenidas por otras etnias o subculturas pero que no son familiares para un clínico cuyos antecedentes son diferentes a los del paciente. Un ejemplo sería la creencia en las brujas que alguna vez prevaleció entre ciertos americanos nativos —para no mencionar a los primeros colonizadores americanos. Casi al final del DSM-5-TR® encontrará una lista de síndromes culturales específicos. ☺
4. El DSM-5-TR® no tiene fuerza legal. Sus autores reconocen que las definiciones usadas por el sistema judicial a menudo están en desacuerdo con los requerimientos científicos. Por consiguiente, tener un trastorno mental del DSM-5-TR® puede no eximir a un paciente del castigo u otras restricciones legales sobre la conducta.
5. Esta información no está escrita en piedra. Durante el proceso final de edición, se publicó una actualización que detallaba muchos cambios en la forma en que etiquetamos y codificamos los trastornos cognitivos, por lo que los mezclé para reescribir el Capítulo 16. Necesitamos estar alertas a cambios similares que pueden ocurrir en el futuro.
6. Por último, el manual diagnóstico sólo es tan bueno como la gente que lo usa. Al final de su carrera, George Winokur, uno de mis profesores favoritos en la escuela de medicina (y mi primer jefe cuando completé el entrenamiento),

* Para ser justo, la mayor parte del incremento no se debe a nuevos trastornos, sino a las rebanadas cada vez más delgadas del pastel original, servidas con nuevos códigos que reflejan las distinciones diagnósticas más finas del DSM-5-TR® —y de la CIE-10. Especialmente bien representadas son las ahora casi 300 variaciones de “este o aquel inducido por sustancias/medicamentos”.

coescribió un artículo breve* que analizaba qué tan bien aseguraba el DSM (que en ese momento era el DSM-III) la consistencia del diagnóstico. Resultó que había problemas incluso entre clínicos de la misma institución con aproximaciones diagnósticas similares. Winokur y colaboradores, llamaron especialmente la atención al tiempo gastado en hacer un diagnóstico de salud mental, a las malas interpretaciones sistemáticas de los criterios, y a las lecturas incorrectas y no sistemáticas de los criterios. Concluyeron, “La biblia puede decirlo así, pero los criterios no. Son lo mejor que hemos tenido, pero todavía están muy lejos de ser perfectos”. Esas afirmaciones siguen siendo ciertas en el DSM-5-TR®.

Los pacientes

Algunos de los pacientes descritos en las viñetas son amalgamas de varias personas que he conocido. Pero, francamente, inventé la mayoría para ilustrar un diagnóstico. En cada caso (excepto los muy pocos en que he usado personajes históricos con antecedentes documentados). Modifiqué la información vital para proteger identidades, para proporcionar detalles adicionales y, en ocasiones, para aumentar el interés. Por supuesto, las viñetas no presentan todas las características de los diagnósticos que pretenden ilustrar, pero difícilmente lo hace cualquier paciente. Más bien, mi intención ha sido transmitir el sabor de cada trastorno.

Aunque presento más de 130 viñetas y otras descripciones para cubrir la mayor parte de los trastornos mentales, advertirá algunas omisiones. En primer lugar, para ilustrar cada posible trastorno relacionado con sustancias, del estado de ánimo, psicótico y de ansiedad, podría requerir un libro que duplique la longitud de este. Para los trastornos que empiezan al inicio de la vida (Capítulo 1), incluí viñetas y discusión sólo para aquellas condiciones que es probable encontrar también en un adulto. Se trata específicamente del trastorno del desarrollo intelectual, el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad, el trastorno del espectro autista, y el trastorno de la Tourette. Sin embargo, encontrará prototipos y discusiones introductorias breves para todos los trastornos que empiezan en el período del desarrollo neurológico. Por consiguiente, DSM-5-TR® simplificado. La guía del clínico para el diagnóstico contiene material diagnóstico pertinente para todos los trastornos mentales del DSM-5-TR®.

Nota del editor

Desde la publicación de esta obra en su idioma original se han presentado dos grandes cambios:

- La adopción del uso del Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud.
- La publicación de CIE-11.

* Winokur G, Zimmerman M, Cadoret R: Cause the Bible tells me so. Arch Gen Psychiatry 1988; 45(7): 683-684.

La American Psychiatric Association (APA) ha sustituido el uso de la Global Assessment of Functioning Scale (GAF) y la Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) para la clínica y el cuidado de los pacientes por el Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0, por sus siglas en inglés).

Hemos conservado el análisis original que hizo el autor, al relacionar los casos con el GAF, presentando puntajes a partir de la información expuesta. Sin embargo, agregamos un apéndice con el WHODAS 2.0 en su versión de aplicación para entrevistadores, con el fin de que el lector pueda consultarlo y usarlo. El ejercicio hecho por James Morrison a través de esta obra podrá funcionar como una guía ante la incorporación de este nuevo instrumento.

Por otra parte, también conservamos los análisis hechos por el autor, al comparar la categorización hecha mediante el DSM-5-TR® y sus diferencias con la CIE-10, debido al valor pedagógico y disciplinar que presenta. Pero, para brindar información actualizada al lector, agregamos un apéndice con las características de CIE-11.

Es importante considerar que CIE es una clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyo objetivo es la clasificación de todas las enfermedades. Por lo tanto, los trastornos mentales incluidos en esa categorización son menores que los que se pueden identificar en el DSM, cuyo objetivo es la clasificación de los trastornos del comportamiento desde una visión psiquiátrica.

Por lo tanto, en esta obra podrás encontrar los análisis originales hechos por el autor, que aporta práctica y pedagogía al uso del DSM-5-TR®, además de las actualizaciones surgidas desde la publicación de la obra en su idioma original. El resultado es un enriquecimiento de la obra que tiene en sus manos.



CAPÍTULOS MUESTRA

Pacientes y diagnósticos

Los clínicos usan reglas para decidir qué diagnóstico dar a sus pacientes. No siempre se dan cuenta de que están usando reglas, pero ahí están, sin duda.

Durante mi vida profesional, he dedicado mucho tiempo a pensar, hablar y escribir acerca de esas reglas (está bien, suelo llamarlas “principios”) y sobre cómo deberían utilizarse. Voy a mencionar cómo podemos usarlas en el diagnóstico de los pacientes presentados en este capítulo. Espero que quiera saber más acerca de cómo entender y aplicar esta importante parte de la práctica de la salud mental.

Principios para la atención diagnóstica

Mientras lea las siguientes viñetas de pacientes, trate de no confundir los principios, indicados en letras mayúsculas, con los criterios del DSM-5-TR®, identificados también con letras. Mucha suerte —yo mismo me he confundido un par de veces—. Por cierto, hurté esos principios de uno de mis propios libros *Diagnosis Made Easier* (The Guilford Press). ¡Muy recomendable!

Elabore un diagnóstico diferencial

- A. Organice su diagnóstico diferencial de acuerdo con una jerarquía de seguridad.
- B. La historia familiar puede guiar el diagnóstico, pero como a menudo no es posible confiar en los reportes, los clínicos deberían intentar diagnosticar de nuevo a cada miembro de la familia.
- C. Las afecciones físicas y su tratamiento pueden producir o empeorar síntomas mentales.
- D. Considere el trastorno de síntomas somáticos (somatización) siempre que los síntomas no cuadren o que los tratamientos no funcionen.
- E. El consumo de sustancias puede ocasionar diversos trastornos mentales.
- F. Debido a su ubicuidad, potencial para causar daño y fácil respuesta al tratamiento, considere *siempre* los trastornos del estado de ánimo.

Cuando haya conflicto entre las fuentes de información

- G. La historia derrota a la apariencia actual.
- H. La historia reciente vence a la historia antigua.
- I. La información colateral en ocasiones vence a la del paciente.
- J. Los signos vencen a los síntomas.
- K. Sea precavido cuando evalúe datos generados en una crisis.
- L. Los hallazgos objetivos vencen al juicio subjetivo.
- M. Use la navaja de Occam: elija la explicación más sencilla.
- N. Los caballos son más comunes que las cebras: prefiera los diagnósticos encontrados con más frecuencia.
- O. Ponga atención a la información contradictoria.

Resolver la incertidumbre

- P. El mejor predictor de la conducta futura es la conducta pasada.
- Q. Más síntomas de un trastorno aumentan la probabilidad de su diagnóstico.
- R. Las características típicas de un trastorno incrementan la probabilidad de su diagnóstico. Si presenta características atípicas, busque alternativas.
- S. La respuesta típica previa al tratamiento de un trastorno aumenta la probabilidad de su diagnóstico.
- T. Use el término *no diagnosticado* cuando no esté seguro de su diagnóstico.
- U. Considere la posibilidad de que este paciente no deba recibir diagnóstico alguno.

Diagnósticos múltiples

- V. Cuando los síntomas no puedan ser explicados adecuadamente por un solo trastorno, considere diagnósticos múltiples.
- W. Evite el diagnóstico de un trastorno de la personalidad cuando su paciente presente una enfermedad aguda con un trastorno mental mayor.
- X. Organice los diagnósticos múltiples de modo que registre primero el más urgente, tratable o específico. Siempre que sea posible, registre también los diagnósticos de manera cronológica.

Historias de caso

Con la experiencia se vuelve gradualmente más fácil examinar la información de la historia y el estado mental de un paciente. Después de evaluar a unos 200 pacientes, encontrará que el proceso se convierte prácticamente en una segunda naturaleza. En el resto de este capítulo, tendrá la oportunidad de poner a prueba sus habilidades diagnósticas con diversos pacientes. Algunos de ellos tienen múltiples trastornos mentales, lo que quizá sea más la norma que la excepción. Una encuesta nacional realizada con adultos en la población general encontró que, de quienes tenían una historia permanente de al menos un trastorno, más de 60% tenía más de uno. Alrededor de 14% de todos los estadounidenses tienen tres o más diagnósticos permanentes.

Las historias de caso se abreviaron un poco debido a los requisitos de espacio. Otros clínicos podrían discrepar con mis conclusiones; mi propósito principal al presentarlas es demostrar cómo razona un clínico sobre los hechos para llegar a un diagnóstico.

Una sugerencia adicional. La gente aprende más rápido cuando se implica de manera activa. De modo que en lugar de limitarse a leer las viñetas y mis discusiones, espero que intente averiguar por sí mismo los diagnósticos, usando los principios diagnósticos y mis características esenciales del DSM-5-TR®. Luego compare sus respuestas con las mías.

Laura Freitas

Laura Freitas, una mujer divorciada de 32 años, ingresa a una unidad de salud mental con la siguiente queja principal: “Soy Dios”. La canalizaron a una clínica ambulatoria y es la principal informante de su caso.

Laura tuvo su primer episodio de enfermedad mental a los 19 años, después del nacimiento de su segundo bebé. Recuerda poco acerca de este periodo, excepto que se le llamó “psicosis posparto” y pasó algún tiempo en aislamiento por bailar desnuda en la sala de recreación. Se recuperó y se mantuvo bien hasta hace tres años, cuando, por razones que no puede recordar, se le prescribió carbonato de litio; estuvo tomando ese medicamento hasta hace unos siete u ocho días, cuando lo suspendió porque: “Me sentía tan bien, tan poderosa que sabía que ya no lo necesitaba”. En los siguientes días parecía cada vez más agitada, dormía poco y hablaba interminablemente, hasta que sus amigos finalmente la trajeron para recibir tratamiento.

Laura nació en Illinois, donde su padre trabajaba como mecánico automotriz. Como hija única, a menudo sentía que sus padres “habrían sido más felices sin hijos”. Describe a ambos como “alcohólicos” y menciona que por lo menos una vez huyó de casa por la noche cuando tenía 13 años. En la adolescencia experimentó dos veces con marihuana, pero niega el consumo de otras drogas, incluyendo al alcohol.

A los 18 años, Laura estuvo casada brevemente con un vendedor de pan, con quien tuvo dos hijos. La hija, de 13 años, vive con su padre. El hijo, de 14, es hiperactivo y por un tiempo lo medicaron con Ritalin; vive con ella.

Laura es una católica desertora que durante los dos años pasados trabajó en una agencia de viajes. Afirmo que su salud ha sido “más que perfecta”, lo que significa que no tiene alergias o problemas médicos. Sus únicas operaciones fueron una amigdalectomía cuando tenía seis años y una ligadura de trompas después del nacimiento de su hija. La historia familiar es positiva para alcoholismo de ambos padres y ambos abuelos. Una tía paterna “se desmoronaba” de manera intermitente, volviéndose excesivamente religiosa e imaginando varios pecados por los que se sentía excesivamente culpable.

Laura es una mujer con un ligero sobrepeso cuya apariencia corresponde a su edad. Está bastante agitada, saltando de su silla cada pocos minutos para caminar hacia la puerta y regresar. Mientras estaba en la entrevista recibió el desayuno e intencionalmente embarró con jalea de uva el pantalón de una enfermera que pasaba. Luego se tiró al piso y pateó con las piernas al aire en aparente éxtasis.

Laura parece estar luchando para controlar su producción verbal; aun así, salta con rapidez de un tema a otro. Sin embargo, el ritmo con que habla es aproximadamente

normal. Su afecto es claramente elevado y afirma que nunca se ha sentido mejor en su vida. Admite que escucha voces cantando (el entrevistador no escucha música) y disfruta cantando junto con lo que escucha. Afirma que es “la todopoderosa” y que ahora está “muy claro” que no necesita medicamentos.

Laura muestra orientación de persona, lugar y tiempo. Nombra cinco presidentes recientes y resta correctamente (y con una velocidad sorprendente) de siete en siete hacia atrás hasta los números negativos. Cuando termina, se disculpa por haber tardado tanto en completar la tarea con números. “Después de todo”, comenta, “yo los creé”.

Evaluación de Laura Freitas

En el caso de Laura sobresalen dos áreas diagnósticas, psicosis y alteración del estado de ánimo. Es posible hacer una revisión resumida de la psicosis; sus delirios fueron demasiado cortos para cualquiera de los diagnósticos psicóticos excepto el trastorno psicótico breve o el trastorno psicótico inducido por sustancias. Sin embargo, cada uno de esos diagnósticos requiere que un trastorno del estado de ánimo no explique mejor los síntomas, lo que, como veremos, no es el caso. Los episodios maníacos previos descalifican a Laura para un trastorno psicótico.

Los síntomas actuales de Laura sugieren con fuerza un episodio maníaco. Parece que un clínico anterior también lo pensó: fue tratada con éxito con litio (específico para los trastornos bipolares) hasta poco antes de su admisión. Vamos a ocuparnos de los pasos necesarios para diagnosticar un episodio maníaco:

1. *Calidad del estado de ánimo.* El estado de ánimo elevado se muestra en la manera expansiva en que Laura se expresa y en su afirmación de que nunca se ha sentido mejor.
2. *Duración.* Sus síntomas actuales han durado por lo menos una semana. La información de los informantes (principio I) probablemente establecerá que el episodio actual empezó incluso mucho antes, quizá cuando empezó a sentirse cada vez “mejor”.
3. *Síntomas.* Laura tiene por lo menos cuatro síntomas (se requieren tres) del episodio maníaco. Es grandiosa (dice que es Dios y afirma que su salud física es “más que perfecta”). También está agitada, habla demasiado y necesita poco sueño. Podría señalar que tiene muchos de los síntomas típicos de la manía (principio R).
4. *Deterioro.* Eso se demostró claramente en la admisión de Laura en el hospital donde embarró a una enfermera con jalea.
5. *Exclusiones.* No se advierte ninguna, incluyendo el consumo de sustancias (sólo consumió marihuana en la adolescencia) y las afecciones médicas generales. Sin embargo, luego de la admisión deberían haberse realizado las pruebas rutinarias de laboratorio para descartar el hipertiroidismo y otros trastornos endocrinos.

De modo que Laura cumple los criterios básicos para el episodio maníaco. Ninguna afección médica general o trastorno cognitivo parecen más probables (principio diagnós-

tico C). De requerirse confirmación adicional, Laura tenía una tía que podría haber tenido una psicosis recurrente. Este tipo de historia familiar (principio B) apoya mejor una condición con remisiones, como el trastorno bipolar I, que una psicosis crónica como la esquizofrenia. Además, el principio de seguridad (A) exige que consideremos primero los trastornos más tratables. Y, sólo para traerlo a colación, vuelva a leer el principio F.

La viñeta no indica si Laura ha tenido alguna vez un episodio de depresión, pero eso no importa para fines de codificación. Su episodio más reciente (el actual) es maníaco y ha tenido por lo menos dos episodios previos (uno a los 13 años y otro hace tres años cuando empezó con el litio). La presencia de características psicóticas la hacen calificar para un nivel grave con características psicóticas (ninguna sorpresa). Su delirio de que es Dios es congruente con el estado de ánimo de la manía.

Por cierto, al volver a leer esta discusión, noté que no había indicado ningún diagnóstico diferencial, fuera de descartar los trastornos psicóticos. Los síntomas de manía me abrumaron y no pensé que añadiera nada a nuestra comprensión de esta paciente con el trastorno bipolar I clásico. Laura no calificaría para ningún especificador adicional del episodio (vea la Tabla 3.3). La viñeta no presenta información que sugiera que tiene un trastorno de personalidad. Su salud física es buena. No hay evidencia de que su condición de divorciada o el tratamiento por hiperactividad de su hijo hayan tenido algún efecto en el tratamiento de su manía, por lo que no le añadiré ningún código Z. Colocaré su puntuación GAF en 25 basándome en que actualmente está muy enferma y que su conducta se ve influenciada por delirios, aunque no parece estar en peligro de lastimarse o lastimar a otros. Su diagnóstico completo sería:

F31.2 Trastorno bipolar I, episodio maníaco actual, grave con un estado de ánimo congruente con características psicóticas

KD Riley

“Ha sido demasiado, y muy repentino. Espero que pueda ayudar”.

La etiqueta con el nombre del estudiante de enfermería dice KD Riley, bajo lo cual se lee: “Pronombres: elle/ellos”.

“Me declaré como no binario y recibí muy buena aceptación de mis amigos y mucho amor de mis dos padres. Y luego llegó el incendio”. Una lágrima se escapa y rueda por la mejilla de KD. “Por supuesto, a partir de la experiencia de los últimos años hemos estado esperando uno grande. Cuando uno vive en el bosque siempre piensa, desastre en llamas”.

Los dos veranos anteriores, la parte del bosque de KD apenas había escapado a la inmolación, pero este año se acabó la suerte. “La tarde de ese viernes el viento soplabla como loco y uno podía sentir la calamidad en el aire. Mi papá había limpiado un amplio cortafuegos alrededor de nuestra casa, pero no fue suficiente. La maleza en los bosques circundantes era yesca y una vez atrapada, hizo que los árboles altos de hojas perennes parecieran velas romanas. Las brasas ardientes alcanzaron el tejado. Tomamos nuestras bolsas, recogimos al perro y saltamos a nuestros vehículos justo antes de que todo explotara.

El hospital de KD, ubicado en el centro de la ciudad, había salido ileso. Los servicios de todos los estudiantes de enfermería eran muy demandados.

“FEMA nos encontró un albergue seco y seguro; y todos los baños eran unisex y privados, por lo que nadie me molestaba por usar el baño de los hombres o de las mujeres. Otra lágrima. “Todos fueron encantadores y amables, ¿entonces por qué siento tanto miedo y tanta tristeza? Todos estamos en el mismo aprieto, ¿por qué sólo yo siento tanto estrés? ¿y tanto bajoneo? ¡No lo entiendo!”

En realidad, durante la semana anterior, desde que la familia escapó del infierno, KD ha experimentado depresión. “Casi todo el día está ahí, estrujándome. Tengo la sensación de que no hay esperanza para ninguno de nosotros. Lógicamente, sé que nada de esto parece razonable. Además del cortafuegos, mi papá había tomado una póliza de seguros realmente buena para la casa; y tiene un estupendo trabajo en el gobierno estatal, por lo que no vamos a morir de hambre. Y todos mis amigos han sido encantadores, y... y...” Más lágrimas.

El interrogatorio revela que su apetito y peso han permanecido estables. KD niega pensamientos de muerte o suicidio, problemas de concentración o interés, y sentimientos de fatiga o culpa. Tampoco se encontró evidencia de ataques de pánico, pensamiento obsesivo o fobias. Su salud física es “genial”. ¿Alcohol o drogas callejeras? Una negativa desdeñosa.

Y después de una pausa, “Mire, sé que va a preguntar si tengo recuerdos o pesadillas. He leído sobre el TEPT en mis clases de conservación de la salud. Pero duermo como un muerto por la noche y no me sobresalto ni me siento irritable, inquieto o hipervigilante. Y no tengo disociación. Lo recuerdo todo con bastante claridad, con *demasiada* claridad. ¡Me asusta!

“Papá dice que no me preocupe; que reconstruiremos y la vida seguirá adelante. En mi corazón sé que somos realmente afortunados. ¿Entonces por qué no lo siento así?” Y ahora las gotas de lágrimas se convierten en una inundación que rueda por sus mejillas.

Evaluación de KD Riley

Los síntomas de KD fueron detonados por un incendio espantoso que consumió la casa de la familia y, por un tiempo, amenazó sus vidas. Este desastre natural alineó tres diagnósticos relacionados con el estrés que debemos considerar: trastorno de estrés agudo, trastorno de estrés postraumático y trastorno de adaptación.

El trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés agudo se definen por los mismos síntomas; lo que hace la diferencia es la forma en que los síntomas se agrupan y su curso temporal. El factor temporal breve nos permite descartar sin más trámite al trastorno de estrés postraumático, y el reporte de KD (pocos síntomas de intrusión, disociación, activación) da al traste con el trastorno de estrés agudo. No olvidamos considerar el trastorno de depresión mayor (principio F); aparte del estado de ánimo depresivo, esos síntomas se perdieron en acción.

La salud física ha sido buena (principio C) y KD no consume sustancias (principio E), lo que nos lleva al trastorno de adaptación. El factor de estrés se identifica con claridad y ocurrió dentro del periodo de tres meses (criterio A del DSM-5-TR®). El malestar de KD es mayor de lo que las circunstancias nos harían esperar. Demonios, está incluso por arriba de lo que KD esperaba: sus hermanos, padres y amigos experimentaron el mismo

factor de estrés, pero sin los síntomas desgarradores de depresión y ansiedad que han afligido a KD (B1). El funcionamiento personal y social no ha sido afectado (B2), pero sólo se requiere una de las B para el diagnóstico. Nadie murió, por lo que la aflicción y el duelo prolongado no son un problema (D) y no creo que podamos encontrar los síntomas que cumplan los criterios del trastorno de depresión mayor (C). Los síntomas estuvieron presentes poco tiempo, por lo que será apropiado el especificador de “agudo”.

El criterio E dice que los síntomas no deben persistir una vez que haya disminuido el factor de estrés. Es claro que en unos pocos meses tendremos que volver a revisar a KD (cuya puntuación GAF actual es de alrededor de 60) para estar seguros, pero voy a declarar con confianza:

F43.23 Trastorno de adaptación con estado de ánimo mixto con ansiedad y depresión, agudo

Adrian Branscom

Adrian Branscom es un ejecutivo de 49 años que se canalizó a sí mismo al especialista en salud mental de su empresa. “Jamás pensé que estaría hablando con un loquero”, es su primer comentario al entrar al consultorio.

Después de servir dos años como oficial subalterno en el cuerpo de artillería del ejército, a Adrian lo reclutó la subsidiaria de una importante empresa petrolera especializada en el desarrollo de campos petroleros. Brillante y vigoroso, ascendió con rapidez los rangos de la gerencia intermedia y estaba en camino a la vicepresidencia cuando golpeó una recesión. Aunque su participación en la reestructuración resultó en que no le dieran la vicepresidencia y le recortaran el 10% de su paga, Adrian se siente afortunado por tener todavía un empleo. La opinión de su esposa es menos optimista.

Yoshiko era una novia de alquiler japonesa. Se habían casado al final de un romance relámpago en Tokio durante un permiso de dos semanas del servicio militar de Adrian en Asia. Durante los 20 años pasados, desde los nacimientos de su hija y su hijo, ella había permanecido en casa con los niños.

“Ella desearía haber permanecido en casa en Japón”, comenta Adrian con ironía. Casi desde su boda, Yoshiko lo ha acusado de haberla alejado de su gente y de que podría “botarla”. En todos los años que han vivido juntos, nunca ha hecho amigos. Pasa la mayor parte de su tiempo libre adquiriendo una colección de productos japoneses de porcelana. Ahora resiente profundamente la degradación de su esposo y la disminución de su ingreso.

“No nos hemos llevado bien en años, pero en los últimos años las cosas son cada vez peores. Ella dice que si yo fuera un hombre de verdad, proveería mejor para ella”, dice Adrian.

En muchas ocasiones Adrian le ha dicho a Yoshiko que cree que deberían hablar de sus problemas. La respuesta habitual de la mujer es: “¡Entonces, adelante, hablemos!” Cuando él intenta expresar su punto de vista, ella escucha media oración y luego: “Empieza a hablar sobre mí. Después de seis u ocho oraciones, suelo rendirme”. Cada vez que Adrian sugiere que busquen consejo matrimonial, Yoshiko responde con un torrente de invectivas y exige el divorcio. Si él intenta discutir el divorcio, ella llora y dice que está in-

tentando deshacerse de ella y que estarían mejor si ella cometiera suicidio. Esas diatribas lo hacen sentir culpable y desde el mes anterior han empeorado.

Aunque Adrian suele ser “un tipo despreocupado”, durante la mayor parte de las seis semanas anteriores se ha sentido deprimido y ansioso. Si bien no se han dado cambios en su apetito y energía, casi todas las noches tiene problemas para dormir; suele despertarse con el corazón palpitante y la sensación de que está a punto de asfixiarse. Su concentración en el trabajo y su autoestima han caído en picada. Desde la semana anterior ha estado pensando cada vez más en la muerte y la pistola que todavía está en algún lugar del ático. Asustado, finalmente decidió buscar ayuda.

Adrian nació en la región central occidental de Texas, donde su padre era maestro de escuela y tenía una pequeña granja. Él era el menor de los tres hijos, todos los cuales lograron asistir a la universidad y tuvieron éxito en los negocios o en una profesión. “No fue hasta que salí de la universidad que me di cuenta de lo pobres que eran mis padres. Supongo que parecíamos adinerados porque éramos felices”, dice.

La historia familiar es negativa para consumo de sustancias y para cualquier otro trastorno mental. Adrian nunca ha consumido drogas o alcohol; sus estados de ánimo nunca han sido excesivamente elevados o irritables. Dedicó la mayor parte de su tiempo a trabajar y tiene muy pocos amigos; nunca se ha alejado de la cama matrimonial (“camas gemelas”, corrige con rapidez). En casa, disfruta coleccionando rocas y haciendo senderismo con su hijo.

Adrian es un hombre con un ligero sobrepeso que viste de manera conservadora y que parece de la edad declarada. Se sienta tranquilamente en la silla de oficina durante la entrevista. Una o dos veces, alcanza un pañuelo para limpiar sus ojos. Su habla es clara, coherente, relevante y espontánea. Su estado de ánimo es convencionalmente lábil y parece apropiado para el contenido de su pensamiento. Niega tener alucinaciones o delirios. Afirma que siempre ha sido “un reparador”, siente que su trabajo es hacer que las cosas funcionen para todos. Obtuvo una puntuación perfecta en el MMSE. Su introspección y juicio no parecen haber sido dañados. “Creo que estaríamos mejor si vivimos separados. Es la única cosa que no creo poder reparar”, concluye.

Evaluación de Adrian Branscom

Una rápida lectura de la historia de Adrian sugiere tres posibles áreas diagnósticas: trastorno del estado de ánimo; trastorno de ansiedad y problemas de adaptación. Para considerar el trastorno de adaptación primero, sería fácil suponer que las dificultades de Adrian podrían recaer por completo en el umbral de su conflicto matrimonial. Después de todo, no tiene historia de trastorno mental y su matrimonio es extremadamente turbulento. Pero también tiene suficientes síntomas para calificar para un trastorno del estado de ánimo (vea más adelante), y los criterios para el trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo excluyen con mucha claridad todos los otros trastornos mentales.

A partir de la información que tenemos, la estructura de su carácter, aunque quizá un poco ingenua, no revela nada de la dificultad interpersonal que esperaríamos para un trastorno de la personalidad. Sin embargo, en una entrevista posterior el clínico debería obtener información de otras fuentes (principio I); la viñeta sólo ofrece la interpretación de Adrian de su situación marital.

Como sucede con los trastornos de ansiedad, Adrian tiene episodios en que despierta del sueño con un corazón acelerado y falta de aire, y se ha sentido ansioso durante buena parte de las semanas anteriores. Esos síntomas no son suficiente para hacerlo calificar para un ataque de pánico (el cual puede ocurrir durante el sueño); por consiguiente, no diagnosticamos un trastorno de pánico. Ninguno de sus síntomas sugiere fobia específica, trastorno de ansiedad social, agorafobia o trastorno obsesivo-compulsivo. Aunque es veterano de guerra, evidentemente no estuvo expuesto a eventos extremadamente traumáticos (como sería el caso en el trastorno de estrés postraumático). El trastorno de ansiedad generalizada requiere una duración de seis meses y más síntomas. Aunque Adrian tiene sobrepeso, la obesidad no tiene ninguna relación conocida con los síntomas de ansiedad; sin embargo, debería mencionarse en el resumen diagnóstico.

Por último, Adrian tiene algunos síntomas inequívocos del estado de ánimo, y cuando uno escucha golpes de cascos en la calle, debe pensar en caballos, no en cebras (principio N). Sus síntomas incluyen sentirse deprimido la mayor parte del tiempo, insomnio, problemas de concentración, sentimientos de culpa y una preocupación creciente por el suicidio (El DSM-5-TR® no da crédito a la baja autoestima y el llanto como síntomas que califican para la depresión). Sus síntomas han estado constantemente presentes por más de un mes y le causan problemas en su trabajo. No se aplica ninguna de las exclusiones (afección médica general o consumo de sustancias), por lo que cumple los criterios para un solo episodio del trastorno de depresión mayor.

No se aplica ninguno de los especificadores de curso o episodio (Tabla 3.3). Si bien sólo tiene el número mínimo de síntomas, uno de ellos (ideas suicidas) es extremadamente grave, por lo que su clínico (y yo) creemos que merece una calificación de gravedad de, al menos, moderada. Y eso le gana una puntuación GAF de 60. Por fortuna, los pensamientos suicidas de Adrian no incluyen planes ni parecen plantear un grave riesgo inminente, pero alguien debería asegurar esa pistola que sigue en su ático. Su diagnóstico completo sería:

F32.1	Trastorno de depresión mayor, un solo episodio, moderado
E66.9	Obesidad
Z63.0	Discordia marital

¡Espere un minuto! ¿Qué pasa con Yoshiko? Seguramente ella merece algún tipo de diagnóstico. Tal vez podría pensarse en un trastorno de personalidad.

Por supuesto, las características personales de Yoshiko parecen alarmantes, muy posiblemente suficientes para conseguir algún tipo de diagnóstico del DSM-5-TR®. Sólo hay dos problemas: no tenemos información suficiente y ella no es nuestra paciente. Ni siquiera la hemos entrevistado; todo lo que tenemos es información de su marido. Aunque Adrian puede ser un observador agudo, difícilmente es uno desinteresado. Debemos conocer su lado de la historia antes de darle cualquier diagnóstico. Ese no es uno de mis principios diagnósticos, pero, aun así, es uno que todo clínico debería seguir.

Jeff DeMott

Jeff DeMott está sujeto en el asiento trasero de un vehículo eléctrico nuevecito. A su lado se encuentra su esposa, Elaine. Están a punto de iniciar una demostración de conducción con clientes potenciales en la concesionaria donde Jeff trabaja. Los Thompson llegaron gracias a la amistad de Elaine con Marty. Roger Thompson es un poco pedante, pero Jeff supone que pueden tolerarse durante una hora o algo así.

Roger prueba la característica de autoestacionarse, luego se desliza en la carretera estatal alejándose de la ciudad. El regulador de velocidad mantiene una distancia segura del vehículo en frente y la dirección automática mantiene al carro en su carril. Roger conduce a una velocidad por encima del límite publicado, y Jeff está a punto de emitir una de sus advertencias habituales: “Los sensores de evitación de colisiones no lo ven todo, por lo que debe mantenerse alerta”, cuando Roger suelta el volante y voltea. “Mira”, alardea, “¡Ni siquiera necesito mirar el camino! ¡Tengo los ojos completamente cerrados! ¡Y solté el volante!” Con los ojos bien cerrados, ríe con nerviosismo mientras lleva ambas manos hacia el techo.

De repente, Marty levanta la vista de su teléfono y grita.

“¡Roger, cielos! ¡Vas a cho...!”

Su frase se queda sin terminar, mientras el carro se estrella contra un tráiler que acababa de entrar en la carretera. Hay sonidos de vidrios rotos y metal abollado. Después de eso, Jeff perdió la orientación. Primero estaba de lado, luego boca abajo, seguido de... nada.

En la sala de emergencias le sacaron una radiografía del pecho (dos costillas rotas, un hombro dislocado) y dieron tediosamente 18 puntadas en su mentón. Luego enviaron al capellán para informarle, “Lo siento señor, usted fue el único sobreviviente”.

Después de una sola noche en el hospital, con el corazón totalmente roto, Jeff regresa a una casa vacía. El seguro pagó las facturas médicas y su jefe lo mantuvo en la nómina, pero Jeff se pregunta si podrá regresar al trabajo y a los recuerdos agobiantes del peor día de su vida.

En ocasiones ni siquiera está seguro de dónde está, durante días se sienta solo en el sofá y llora. En dos ocasiones ha creído ver a Elaine de pie en la puerta. Trata de bloquear con alcohol los pensamientos recurrentes del choque fatal, pero tres días de jaquecas y vómitos lo persuadieron de no hacerlo. Cada vez que suena el teléfono se sobresalta con furia y responde con un estallido de enojo. Alrededor de medianoche se traslada a la recámara, pero durante horas se queda mirando el techo, incapaz de eliminar el grito que arruina sus sueños.

Con la inminencia de las exequias, durante varios días Jeff intentó escribir sus recuerdos más cariñosos de Elaine, pero el contenido no llegaba, y no tiene la concentración para esta o cualquier otra tarea intelectual. Rechaza las ofertas de sus amigos de ir a visitarlo o de salir con ellos a cualquier parte. Evita su propio carro, la sola idea de su motor eléctrico le produce una náusea tan aguda que debe correr al baño.

Tres semanas después, su experiencia empieza a cambiar. “Y no para mejorar”, le cuenta luego al clínico. Los destellos repentinos de horror enfurecido disminuyen, reemplazados por una tristeza generalizada que, a medida que se arrastran las semanas, se

hacen más oscuros y profundos, llenando su día. “El mundo entero se fue al infierno y yo soy el culpable”, repite a cualquiera que escuche.

Incluso sus sueños han cambiado. Al principio, cuando Elaine se le aparecía por la noche, su imagen era dolorosamente nítida y cercana, casi tangible. Durante las siguientes semanas, con cada sueño subsecuente ella parecía cada vez más distante; al final, sólo una brizna de su esencia toca su sueño. Apenado, se da cuenta de que debe dejarla ir.

Pero la miseria todavía no lo deja. Ahora lucha para poder dormir; ignora las horas de las comidas y su peso va cuesta abajo. Regresa brevemente al trabajo, pero no puede concentrarse. Aunque puede entrar a un carro con un cliente, los hechos y los discursos lo han abandonado. “Es desesperante; yo no tengo esperanza” le cuenta a su jefe. Abatido por la fatiga, quiere que lo dejen ir y a la larga, lo dejan,

Durante buena parte de los siguientes meses trata de eliminar la melancolía con pensamientos tranquilizantes de que podría terminarlo todo. En la semana del aniversario del accidente, viviendo todavía del dinero del seguro y la compasiva generosidad de los vecinos, finalmente visita la clínica de salud mental.

Evaluación de Jeff DeMott

El diagnóstico de Jeff es complicado porque no tiene un trastorno, sino dos. De hecho, más tarde preguntaremos si no tiene un tercero.

Sin embargo, el inicio es relativamente simple ya que empezó con el trauma de perder a su esposa en un accidente espantoso que no sólo atestiguó, sino que experimentó de primera mano. El inicio de sus síntomas (a pocos días, tal vez horas, del accidente) nos dirige no al TEPT sino a su primo de inicio temprano, el trastorno de estrés agudo. Al ser tanto un testigo como una víctima, Jeff cumple de sobra el criterio A para el trastorno de estrés agudo (de hecho cumple dos, A1 y A2, experimentar directamente el evento y atestiguar en persona cómo les ocurre a otros), y el marco temporal se encuentra dentro de los 30 días especificados por el criterio C. La angustia de Jeff es palpable (D) y no están implicadas sustancias (E).

Ahora, ¿cuántos síntomas del criterio B podemos identificar? La viñeta muestra en forma explícita que el horror de ese viaje en auto se inmiscuye en sus pensamientos de vigilia (B1), y que eso influye en el contenido de sus sueños (B2). Incluso su propio vehículo dispara malestar abdominal que cuenta como una reacción fisiológica a una señal externa (B4). El marco mental negativo es demostrado por su incapacidad para expresar pensamientos positivos de Elaine (B5). Al inicio, se siente aturdido e inseguro incluso de su entorno (B6), y recurre brevemente al alcohol en un intento por evitar los recuerdos angustiantes (B8). Evita el resurgimiento de los sentimientos que un viaje en carro podría provocarle (B9). Su sueño ha sido notablemente alterado (B10) y responde a las llamadas telefónicas con irritación (B11) hacia la gente que, después de todo, sólo trata de ayudar. Redondeando su rica paleta de síntomas hay una vigorosa respuesta de sobresalto al sonido de su teléfono (B14). Cuéntelos, tiene uno más del mínimo de nueve síntomas requeridos (y cumple con facilidad las características esenciales) para completar nuestro diagnóstico del trastorno de estrés agudo.

La extensión lógica de ese diagnóstico (lo que podríamos esperar que suceda) sería que Jeff avanzara al TEPT; eso sucede en un porcentaje importante de pacientes con el trastorno de estrés agudo. Pero en el caso de Jeff ocurre otra cosa. Los temas relacionados con el trauma asociados con el accidente desaparecen gradualmente y los reemplaza por temas vinculados con un trastorno del estado de ánimo depresivo. Y cuando encontramos depresión, nuestros esfuerzos diagnósticos iniciales deberían inclinarse a determinar si el paciente califica para un episodio de depresión mayor.

Y aquí tenemos lo que podemos encontrar para Jeff. Los síntomas depresivos de Jeff han estado presentes por más tiempo del mínimo de dos semanas, y ciertamente son un cambio respecto a su funcionamiento previo (criterio A del trastorno de depresión mayor). Los síntomas causan un abrumador malestar clínico (B) y tenemos información de que Jeff no consume drogas ni alcohol (C). Hagamos entonces la debida diligencia y contemos el criterio A. Su tristeza es generalizada (A1), su interés en casi todo se ha ido al diablo (A2). Su interés en la comida es inexistente y su peso se ha desplomado (A3), y cada noche sufre insomnio terminal (A4). Siente una culpa inapropiada (“Yo soy el culpable”, aunque fue Elaine quien organizó el viaje en el carro, A7), no puede concentrarse en el trabajo (A8), está fatigado (A6), y tiene deseos de muerte (A9). En general, no es un conjunto completo de síntomas, pero son considerablemente más de los cinco requeridos para un diagnóstico del trastorno de depresión mayor.

Pero, espere un minuto, casi puedo escuchar que alguien exclama. ¿Qué hay acerca del trastorno de duelo prolongado? ¿No debería entrar en el diagnóstico de Jeff? Está bien, es buena idea dar una revisión al trastorno de duelo prolongado.

No hay duda, Jeff cumple los requisitos de admisión: la muerte de un ser querido hace un año o más (correcto, no tiene que ser alguien querido, sino alguien cercano, criterio A). Pero entonces el paciente debe obsesionarse con pensamientos de la persona muerta o experimentar una intensa añoranza (B1 o B2). Mientras leo la viñeta es evidente que después del primer mes Jeff se despidió de Elaine; todos sus pensamientos depresivos son ahora más generales.

Y así llegamos a la Tabla 6.2 que compara los síntomas de la depresión mayor con los del trastorno de duelo prolongado. Al cabo de un mes, sus pensamientos depresivos ya no están enfocados en la pérdida de Elaine (“el mundo entero... se fue al infierno”). Al parecer no ha buscado recordatorios sensoriales de su esposa y su deseo de morir no es para poder estar con ella, sino para terminar con su miseria general. Expresa desesperanza y en general parece experimentar falta de autoestima. Son varios síntomas de la tabla a favor de la depresión mayor. Su único síntoma que se relaciona con el trastorno de duelo prolongado es la alteración del sueño y se encuentra en ambos trastornos. Por último, el criterio F del trastorno de duelo prolongado requiere específicamente que los síntomas no sean explicados mejor por la depresión mayor. Espero que todos estemos de acuerdo en que los de Jeff lo son.

¡Ah! Creo que ahora podemos justificar dos diagnósticos para Jeff, dados para dos diferentes marcos temporales:

Para el primer mes después del accidente:

F43.0

Trastorno de estrés agudo

Y un año (más o menos) después:

F32.2 Trastorno de depresión mayor, grave

James Chatterton

James Chatterton tenía 18 años cuando se cortó la muñeca con el vidrio de una ventana que acababa de romper; eso le ganó su primera admisión a un hospital mental. Su tía Gertrude, es la principal informante en esta ocasión. “Siempre pareció un poco frío. Más o menos como su prima, mi Betty”, señala.

Incluso de pequeño James era poco convencional. Le importaba tan poco lo que la gente pensara que, en cuarto grado, cuando llamó a la profesora “trasero de cartilago”, ni siquiera reconoció la risa reprimida de los otros niños. “No creo que haya tenido un solo amigo en la escuela. Nunca sonrió, nunca se enojó, ni siquiera cuando dijo que creía que los otros niños hablaban de él. Dijo que muchos, según recuerdo”, dice Gertrude. Y en la adolescencia jamás mostró el menor interés en las chicas o curiosidad por el sexo.

Cuando James tenía 14 años, su madre murió de repente. Su padre, que trabajaba en otro estado, no tenía tiempo para cuidarlo, por lo que lo mandó a vivir con Gertrude. Sin amigos con quien hablar, el chico tenía mucho tiempo para estudiar y le fue bien en los primeros años en la preparatoria.

Le gustaba en especial la ciencia. Pasado el tiempo en que la mayoría de los chicos han dejado ese tipo de cosas, James se seguía entreteniendo con el juego de química que recibió para navidad cuando tenía nueve años. Un día hacia la primavera de su último año en la preparatoria, cuando su prima Betty estaba en casa con su menstruación, se quitó la falda y ofreció dejar que James la tocara. “Él vino y me lo contó todo de inmediato. Dijo que eso lo hizo sentir náuseas” aseguró Gertrude. Toda la familia se sintió aliviada cuando Betty fue hospitalizada al día siguiente, a pesar de su diagnóstico de esquizofrenia.

Durante los siguientes meses, James parecía ir en declive. Cuando sus calificaciones cayeron y su tía le preguntó la razón, el chico sólo se encogió de hombros. No mostró interés en ir a la universidad o conseguir un empleo. Pasaba la mayor parte de su tiempo libre leyendo textos de química, haciendo abundantes notas en los márgenes. Algunas mañanas, cuando su tía despertaba temprano, creía escucharlo caminar en su cuarto. En varias ocasiones lo escuchó riendo para sí mismo. Empezó a dormir hasta tarde, a menudo hasta después del mediodía, gradualmente dejó de asistir a la escuela.

Ese verano Betty regresó del hospital, muy mejorada con los medicamentos antipsicóticos. En una semana le confió a su madre que James le había advertido que no tomara el fármaco. Le dijo que era parte de una conspiración de los mormones para esterilizarla. Varias veces durante los dos meses siguientes le dio un sermón sobre los extraterrestres.

James dejó de comer casi cualquier cosa y perdió por lo menos nueve kilos. La pérdida de peso y la alteración del sueño lo hacían lucir demacrado y mayor. Luego, justo antes de Acción de Gracias, rompió la ventana y se cortó; finalmente ingresó al mismo hospital donde Betty había sido una paciente.

Fuera de su falta de amigos y de su separación de sus padres, la vida temprana de James no había sido notable. Experimentó con marihuana unas cuantas veces, pero nunca consumió otras drogas callejeras o alcohol. Fumaba cerca de un paquete de cigarrillos al día. Su único problema médico había sido una operación por una hernia umbilical cuando tenía cinco años. Además de Betty, la historia familiar era positiva para alcoholismo en su abuelo paterno e hipertiroidismo en su padre y un tío. Su madre había sido “nerviosa”.

Delgado y cetrino, James parece varios años mayor de su edad. Su vestimenta es andrajosa: pantalones de mezclilla recortados y una camiseta. Entra lentamente en la sala de entrevistas, con zapatillas sin agujetas, arrastrando los pies, con la cabeza baja, sin levantar siquiera la mirada. Aunque su expresión facial es vacía, ríe ocasionalmente e inclina el oído hacia un lado. Al principio niega escuchar voces, pero más tarde admite a otro entrevistador que una mujer sigue diciéndole que “se haga una paja”. Niega tener algún delirio, incluyendo el delirio de grandeza o de persecución. Cuando se le pregunta directamente acerca de una conspiración mormona para esterilizar a su prima responde que no tiene la libertad de discutirlo.

James asegura no sentirse deprimido o suicida; dice que rompió la ventana y se cortó el brazo porque estaba “molesto”. Obtiene 28 de 30 puntos en el MMSE (no pudo dar el nombre del hospital y falló en la fecha por varios días). Aunque acepta que necesita atención médica para su brazo, no tiene introspección acerca de su condición mental.

Evaluación de James Chatterton

James tiene síntomas en tres áreas de interés clínico: pensamiento psicótico, síntomas somáticos y problemas sociales y de personalidad. Los síntomas somáticos (que incluyen pérdida de apetito y de peso) aunados a la historia familiar de hipertiroidismo deberían llevar a su clínico a considerar una afección médica general como causa posible de su psicosis (principio C). En la admisión deberían practicarle un examen físico completo y las pruebas de laboratorio relevantes, lo que incluiría pruebas de tiroides. Sin embargo, para los fines de esta discusión vamos a suponer que no presenta enfermedad tiroidea.

En esta discusión del pensamiento psicótico de James, seguiré el bosquejo de la sección del Capítulo 2 llamada “F20.9 Esquizofrenia”. Primero, debemos considerar la extensión de los síntomas, ¿James tiene síntomas suficientes para cumplir el criterio A de la esquizofrenia? Sus síntomas psicóticos activos incluyen delirios persecutorios (la conspiración mormona, los extraterrestres) y la voz alucinada de la mujer dándole órdenes. Esos dos síntomas por sí mismos serían suficientes, pero también presenta el síntoma negativo de la pérdida de volición (sus calificaciones bajaron y él no mostró interés en el trabajo o la universidad).

Aunque su conducta sugiere otra cosa, al principio James niega escuchar voces, lo que demuestra el valor del principio J (los signos vencen a los síntomas), lo que más tarde se confirma cuando James admite que en efecto tiene alucinaciones auditivas. Reír para sí mismo (¿quizá en respuesta a algo divertido que dijeron sus voces alucinadas?) y tener un familiar con esquizofrenia (principio B) también señalan con fuerza a un diagnóstico de esquizofrenia.

El curso de un trastorno psicótico es de extrema importancia para determinar el diagnóstico. El trastorno de James empezó gradualmente, sin factores precipitantes conocidos como el consumo de drogas o un evento traumático, y progresó de manera constante, sin remisión ni recuperación. Eso no constituye un criterio, pero suena como una historia típica de la esquizofrenia. Tenemos aquí los criterios (en realidad, el criterio C para la esquizofrenia del DSM-5-TR®): incluyendo el periodo prodrómico cuando empezó a alejarse y a mostrar falta de volición, ha estado enfermo durante más de seis meses, aproximadamente de abril a noviembre. Más adelante se discute la personalidad premórbida.

Las consecuencias también son lo bastante graves para un diagnóstico de esquizofrenia; interfieren marcadamente con la vida social de James y su asistencia a la escuela (criterio B). Con tantos síntomas típicos de la esquizofrenia, nos convencemos cada vez más de que este debería ser el diagnóstico (principio Q).

El resto de nuestro trabajo cara a cara con los criterios de la esquizofrenia es descartar otros diagnósticos. Ya se discutió y se desestimó la posibilidad de que otra afección médica fuera la causa de los síntomas psicóticos (criterio E para la esquizofrenia del DSM-5-TR®). James probó la marihuana unas cuantas veces, pero no ha consumido sustancias suficientes para explicar su marcado deterioro (también criterio E). En el MMSE quedó a dos puntos de una puntuación perfecta, muy por arriba del rango esperado para un trastorno cognitivo. James ha perdido peso, duerme mal y se cortó la muñeca con un vidrio, todo lo cual suena como un trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, niega sentirse deprimido, su afecto a veces es inapropiado y afirma que el corte de su muñeca no fue un intento suicida. De modo que desestimé los trastornos del estado de ánimo, aun cuando, por razones de seguridad, deberían aparecer siempre en la parte superior de un diagnóstico diferencial (principio A).

Por último, debemos considerar los problemas sociales y de la personalidad. De acuerdo con su tía, desde que era pequeño James ha sido identificado por otros como “diferente”. Es emocionalmente distante (criterio A del trastorno de la personalidad esquizoide), no le interesa lo que piensen los demás (A6), no tiene amigos cercanos (A5), muestra pocas expresiones de emoción (A7) y prefiere las actividades solitarias (A2). Tenemos sólo la perspectiva de Gertrude sobre su falta de interés en el sexo, pero incluso así, tiene un síntoma más de los cuatro requeridos para el trastorno de la personalidad esquizoide. También ha tenido algunas ideas de referencia (los otros niños podrían estar hablando de él), un síntoma del trastorno de la personalidad esquizotípica, pero su tía no reporta otras creencias extrañas o peculiaridades en el habla o el comportamiento; en general James es más distante que peculiar. La ausencia de otros síntomas de suspicacia también descarta el trastorno de la personalidad paranoide.

James todavía no cumple un año con los síntomas de la enfermedad en fase activa, por lo que no podemos tener un especificador de curso. Ya anoté su trastorno de la personalidad, al que debería agregarse el calificador (*pre mórbido*) porque se presentó mucho antes de que su esquizofrenia se hiciera manifiesta.

James tiene un notable problema con el sueño, pero ¿debería recibir un diagnóstico independiente? Él cumple la mayoría de los criterios para el trastorno de insomnio sin comorbilidad con un trastorno del sueño (¡vaya bocado!), pero esa no fue la queja principal ni el tema más importante para el tratamiento. Este tipo de insomnio persistente

tiende a normalizarse una vez que la psicosis subyacente se ha tratado con éxito, por lo que no requiere atención clínica especial y no recibe un diagnóstico independiente. Con una puntuación GAF de 20, el diagnóstico completo de James es:

F20.9	Esquizofrenia
F60.1	Trastorno de la personalidad esquizoide (premórbido)
S61.519A	Laceración de la muñeca

Tal vez haya notado que al inicio de mi evaluación de James mencioné “áreas de interés clínico”. Bien, ¿qué es eso?

Hace muchos años, pensé que dividir en grupos todos los síntomas encontrados en los pacientes ayudaría a la explicación. Terminé con siete grupos, tres de los cuales eran *pensamiento psicótico, síntomas somáticos y problemas sociales y de la personalidad*. Aquí está el resto: *síntomas del estado de ánimo, síntomas de ansiedad, problemas cognitivos y consumo de sustancias*. Escribí mucho, muchísimo más acerca de ellos en mi libro *The First Interview*, ahora en su cuarta edición (The Guilford Press).

Gail Downey

“¡Siga adelante, corte!” Gail Downey está acostada en su cama de hospital, mirando al techo. Su cabello está cuidadosamente lavado y peinado, pero su expresión es rígida. “Quiero la lobotomía. Firmaré los papeles. No puedo seguir con esto”.

Divorciada y madre de tres niños, Gail parece mayor de sus 34 años. Desde hace ya cinco de esos años ha tenido depresiones, pero no manías o hipomanías. El curso de su enfermedad se ha visto marcado por frecuentes intentos suicidas y hospitalizaciones. En el episodio actual, que ha durado poco más de un mes, se ha sentido sumamente deprimida casi todos los días. Se queja de que cada noche permanece despierta hasta las primeras horas; no tiene energía, interés o apetito. Lloro con frecuencia y está tan distraída por su turbulencia emocional que su jefe, con renuencia, la despidió.

A Gail le han recetado por lo menos seis antidepresivos, a menudo en combinación. Al principio, la mayoría de ellos parecía ayudar, elevando su estado de ánimo lo suficiente para permitirle al menos ser dada de alta en el hospital. También dio una respuesta positiva a cada uno de varios cursos de terapia electroconvulsiva. Pero a los pocos meses de cada nuevo tratamiento recae y debe regresar al hospital, a menudo con una nueva serie de puntadas en la muñeca. Mientras estaba en un breve permiso de la hospitalización actual, tragó una sobredosis casi fatal de clorhidrato.

Los padres de Gail se divorciaron cuando tenía nueve años; después de lo cual vivió con su madre. Describe su niñez como “tensa”. A partir de los 13 años, la arrestaron tres o cuatro veces por tomar pequeños objetos, como unas pantimedias o un lápiz labial, de tiendas departamentales. Cada incidente ocurrió en momentos en que se sentía especialmente estresada, quizá por problemas en casa, en un empleo o en una relación personal

que se iba a pique. Siempre advirtió una tensión creciente antes de tomar esos objetos y una “alegría casi explosiva” cada vez que salía de una tienda con su trofeo en el bolsillo de su abrigo. Cuando era menor de edad, tenía que quedar bajo la custodia de su madre cada vez que era atrapada. Como adulta, ha sido astuta, y rara vez la han atrapado. Sólo una vez tuvo que pagar una multa. El episodio más reciente ocurrió justo antes de la hospitalización actual, lo que pudo ayudar a persuadir al comerciante de levantar los cargos.

La historia médica de Gail es un catálogo de síntomas. Incluye retención urinaria, un bulto en la garganta que a veces parece a punto de estrangularla, dolores de pecho, calambres menstruales intensos, episodios de vómito, diarrea crónica, palpitaciones, migrañas (un neurólogo las consideró “atípicas”) e incluso un breve episodio de ceguera del que se recuperó luego de unos días sin tratamiento especial. En el momento del divorcio, su marido confió que era “frígida” y que solía quejarse de dolor durante las relaciones sexuales. Desde la adolescencia ha tomado medicamentos o consultado con un médico por más de 30 de esos síntomas. Los doctores nunca han encontrado muchos problemas físicos; le han dado tranquilizantes o la han canalizado con una sucesión de psiquiatras.

Después de varios años, Gail fue desalojada de su departamento y su marido obtuvo la custodia de sus tres hijos. La única persona no médica con la que ha hablado es con su madre. Ahora está pidiendo una operación que cortará de manera permanente algunas de las conexiones de su cerebro.

Evaluación de Gail Downey

Gail tiene síntomas del estado de ánimo más que suficientes (bajo estado de ánimo, pérdida del placer, insomnio, anorexia, ideas suicidas, pérdida de energía, problemas de pensamiento) para calificar su episodio actual como un episodio de depresión mayor. Cualquier paciente que presente una depresión tan grave debería ser evaluada por un trastorno de depresión mayor (principio F), que puede implicar una amenaza para la vida y a menudo responde con rapidez a la terapia apropiada.

Gail ha tenido numerosos episodios de depresión, pero no manías ni hipomanías ni tampoco síntomas psicóticos; al parecer también se ha recuperado durante al menos dos meses entre episodios. Por lo tanto, califica para un diagnóstico del trastorno de depresión mayor, recurrente. Los persistentes intentos suicidas lo marcan como grave sin características psicóticas. La viñeta no brinda información suficiente para apoyar otros especificadores, pero el hecho de que la depresión de Gail haya sido tratada tan a menudo con tan poco éxito es un acertijo. La respuesta al tratamiento típico para un trastorno apunta en su favor (principio S), pero ¿podemos decir lo contrario? No hay principio diagnóstico para tal efecto, pero quizá debería haberlo: “El fracaso repetido en la respuesta al tratamiento típico debería motivar la consideración de alguna otra condición”.

En efecto, desde su adolescencia Gail también ha tenido una variedad de síntomas somáticos, algunos de los cuales (como las migrañas) eran atípicos; lo que hace necesario considerar el trastorno de síntomas somáticos (principio D). Vamos a evaluar dos veces sus síntomas somáticos; primero con los criterios oficiales del DSM-5-TR® y luego con las

directrices del antiguo DSM-IV para el trastorno de somatización. Gail cumple adecuadamente los primeros: por lo menos un síntoma somático que causa un malestar considerable y la hace invertir mucho tiempo en sus preocupaciones. Gail ha sido sintomática durante un tiempo mucho mayor de los seis meses requeridos y ha experimentado un alto grado de ansiedad, relevante para sus síntomas.

También cumple los criterios del DSM-IV para el trastorno de somatización, que considero de mayor utilidad para identificar la patología actual. Los síntomas de Gail se distribuyen apropiadamente entre los cuatro grupos para ese diagnóstico. Entre las afecciones médicas y neurológicas a considerar están la esclerosis múltiple, tumores de la médula espinal y enfermedades cardíacas y pulmonares. El hecho de que haya sido tratada sin éxito por tantos médicos disminuye la probabilidad de que tenga otras afecciones médicas (principio C). La viñeta no ofrece evidencia de que Gail finja de manera consciente sus síntomas por alguna ganancia (simulación) o por motivos menos concretos (trastorno facticio).

No se necesita un diagnóstico adicional para la anorexia de Gail (principio M); cualquier problema para mantener el peso corporal no se debe a un rechazo a la comida, sino a su falta de apetito. Su insomnio podría recibir un diagnóstico separado (trastorno de insomnio sin comorbilidad mental con un trastorno del sueño) de ser lo bastante grave para justificar una evaluación clínica independiente, no lo es. De igual modo, su disfunción sexual no se codifica de manera independiente (incluso si la viñeta diera detalles suficientes sobre su naturaleza exacta) porque puede ser fácilmente explicado como un síntoma del trastorno de síntomas somáticos. Ah, y Gail tampoco abusa de sustancias, por lo que podemos eliminar de nuestra lista otro diagnóstico potencial.

Por último, la historia de Gail revela un patrón de robos repetidos en tiendas (*vea* cleptomanía) que se caracteriza por tensión y liberación. Esas características no pueden ser explicadas por el enojo, la venganza o algún otro trastorno mental. Por consiguiente, también debemos darle un diagnóstico de cleptomanía (principio V).

Entonces, Gail tiene tres diagnósticos mentales codificables. ¿Cómo deberíamos registrarlos? Su trastorno de depresión mayor es lo bastante grave para haber sido la razón del tratamiento durante al menos cinco años; es probable que esa estrategia resultara sensata al principio de su tratamiento (principio X). Sin embargo, el mismo principio X sugiere ahora algo muy diferente: si enfocamos el tratamiento en el trastorno de somatización (Está bien, podemos llamarlo trastorno de síntomas somáticos en aras del DSM-5-TR®), eso sugerirá una aproximación común a varios de sus problemas. Con tantos síntomas somáticos que la llevaron a tomar medicamentos, a experimentar consecuencias sociales (divorcio, pérdida de la custodia, desempleo) y a sufrir una depresión que culmina en múltiples intentos suicidas (una gama completa de complicaciones biopsicosociales que han durado más del mínimo de seis meses) el clínico de Gail califica su trastorno de síntomas somáticos como grave y persistente.

La viñeta da poca información sobre su personalidad; por lo que debe agregarse una nota a su resumen diagnóstico que indique la necesidad de una exploración más detallada. Además, es mejor evitar el diagnóstico de un trastorno de personalidad mientras la

depresión y otras cuestiones son tan agudas (principio W). Considerando toda su historia reciente, obtendrá una baja puntuación GAF de 40.

F45.1	Trastorno de síntomas somáticos, persistente, grave
F33.2	Trastorno de depresión mayor, recurrente, grave sin características psicóticas
F63.2	Cleptomanía
Z56.9	Desempleada
Z65.3	Pérdida de la custodia de los hijos
Z59.0	Desalojo

Reggie Ansnes

A los 35 años, Reggie Ansnes fue admitido en un hospital mental a 4828 kilómetros de casa. La nota de admisión reporta que se mostraba agitado, algo grandioso y que ni siquiera sabía en qué ciudad se encuentra. Aunque hablaba mucho, nada de lo que decía tenía mucho sentido. “Tengo esquizofrenia”, es una de sus pocas afirmaciones inequívocas.

“Debe ser su esquizofrenia. Me dijo que la había tenido antes una vez. Sólo hemos estado casados por tres años”, le dijo Faye, su esposa, por teléfono al clínico que lo admitió.

Cinco años antes, Reggie fue admitido con psicosis en un hospital mental en Boston. Faye piensa que en ese momento él aseguraba ser el hijo de Jesús, pero no sabe nada más acerca de sus síntomas. El doctor que le dio el alta dijo que tenía esquizofrenia paranoide. Ha sido tratado con clorpromazina; Faye lo sabe porque todavía la tomaba cuando empezaron a salir.

Durante unos dos años después de la hospitalización Reggie estuvo algo deprimido. Solía quejarse de problemas de concentración en el trabajo, y Faye piensa que poco después de salir del hospital, pudo haber tenido algunas ideas suicidas. Sin embargo, la depresión remitió gradualmente, dejándole problemas relativamente leves con el apetito y el sueño. Incluso esos se resolvieron para el momento en que se casaron y desde entonces había estado bien. Ahora han pasado varios años desde que tomó algún medicamento.

Durante varios días antes del reciente viaje de negocios de Reggie, había estado inusualmente alegre. Hablaba mucho, tenía mucha energía y se levantaba temprano para abordar el trabajo que quedaría pendiente mientras estuviera fuera.

Faye dice que su esposo tiene buena salud física excepto por una “ligera afección de la tiroides” por la que debe tomar una dosis baja de medicamento para la tiroides. Cree que lo checkaron durante su última visita a su médico hace tres meses. Está segura de que no bebe ni consume drogas.

Durante las primeras 24 horas en el hospital, Reggie muestra hiperactividad extrema y no duerme en absoluto. Su estado de ánimo es notoriamente elevado y habla tan rápido que a menudo no se le entiende. Las afirmaciones que pueden entenderse incluyen: “Soy el hijo de Dios”, y comparte algunas ideas para mejorar la operación de la instalación de salud. Presta poca atención a cualquier tarea que tenga a la mano, por lo que no pudo terminar el MMSE.

Evaluación de Reggie Ansnes

La enfermedad tiroidea es una afección médica general que puede causar síntomas del estado de ánimo; sin embargo, el médico de Reggie evaluó dicha condición recientemente, y esta nunca había producido síntomas parecidos a su condición actual. En cualquier caso, sería razonable hacer una revaloración de las pruebas de la función tiroidea (principio C).

En cuanto al consumo de sustancias, la información de Faye se opone a un trastorno psicótico inducido por sustancias con inicio en la abstinencia. No obstante, pruebas de toxicidad sanguínea deberían descartar cualquier posibilidad de dicha psicosis con inicio durante la intoxicación (como la intoxicación con fenciclidina). Todo lo cual parece sumamente improbable con la información disponible. Es mucho más común que los pacientes tomen alcohol para atenuar el incómodo sentimiento causado por la manía o por una psicosis.

Un trastorno del estado de ánimo es un candidato mucho más fuerte. Cinco años atrás Reggie tuvo delirios de grandeza; después de lo cual estuvo deprimido por meses. Después de un periodo de dos años en que parecía estar del todo bien, una vez más se volvió psicótico, con un estado de ánimo elevado, hiperactividad, insomnio (menor necesidad de sueño) y propensión a la distracción. Asumiendo que las pruebas de función tiroidea y detección de toxicidad resulten normales, Reggie cumpliría por completo las características esenciales de un episodio maníaco y por ende del trastorno bipolar I, episodio actual maníaco. Si lo desea, puede verificar esos criterios en el DSM-5-TR®, aunque tedioso, es un excelente ejercicio.

La historia previa de esquizofrenia parecería proporcionar un diagnóstico conveniente para un paciente evidentemente psicótico. Si la enfermedad anterior de Reggie en realidad era esquizofrenia, habría estado en remisión completa hasta el episodio actual. Eso sería sumamente inusual, y con síntomas del estado de ánimo tan destacados entonces como ahora, su nueva historia exige una seria reflexión (principio H). Además, sin importar lo psicótico que Reggie pueda parecer en este momento, su historia de enfermedad episódica con recuperación completa prácticamente nos obliga (principio G) a diagnosticar el trastorno bipolar I. Un aparente trastorno del estado de ánimo ahora y esquizofrenia años atrás también violaría la regla de parsimonia (principio M), para no mencionar los criterios básicos de la esquizofrenia.

Los actuales síntomas maníacos de Reggie son claramente discapacitantes; el único nivel apropiado para él es grave. Sus características psicóticas son del todo congruentes con los temas maníacos (cree que es el hijo de Dios), lo que dicta los números del código presentados abajo. Los otros especificadores posibles (Tabla 3.3) no se aplican. Su diagnóstico previo de esquizofrenia era simplemente erróneo y debería ser suprimido (hasta donde sea posible) de sus registros. En la admisión, su puntuación GAF fue de apenas 30; al recibir el alta, dicha puntuación se elevó a 90.

- F31.2 Trastorno bipolar I, episodio actual maníaco, grave con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo
- E03.9 Hipotiroidismo adquirido

Reena Walters

Reena Walters se siente más que feliz de contar su historia al puñado de estudiantes que se reunieron alrededor de ella. En los cuatro días que ha estado hospitalizada (en esta ocasión), ha estado de brazos cruzados, esperando por muchas pruebas.

—Es un aneurisma. Tengo miedo —le dice al grupo con una sonrisa burlona—. Tuve una convulsión el día de navidad, justo cuando estábamos a punto de trincar el pavo y en lugar de eso terminé aquí. Como pediatra, tengo cosas más importantes que hacer.

—Pero ¿cómo llegó aquí, a la unidad cerrada? —Quiere saber el estudiante que hace la entrevista.

Reena se acomoda en su silla. “Es el único pabellón del hospital que no tiene televisores en los cuartos”. Los estudiantes la miran perplejos. “Les preocupa que mis convulsiones sean exacerbadas por el titilar de la televisión”, explica con paciencia. “Ustedes están familiarizados con el fenómeno de las convulsiones inducidas, ¿verdad? Bueno. A lo largo de los años, he tenido como pacientes a un par de niños con el mismo problema. Nunca soñé que algún día yo sería la afectada”. Reena está ahora muy bien controlada con medicamentos cuyo nombre no puede recordar en este momento.

Reena continúa con su historia. Creció cerca de Modesto, hija de trabajadores agrícolas itinerantes que se ganaban la vida con la recolección de frutas y la cosecha de tomates. Como la familia se mudaba con mucha frecuencia, para los 18 años había asistido “literalmente a docenas de escuelas diferentes”, pero en su última preparatoria un comité de becas la sacó de los campos para enviarla a la universidad. A partir de ahí, su inteligencia y su determinación para escapar del estilo de vida de sus padres la llevaron a la escuela de medicina en el sur de California y a una carrera dedicada al cuidado de los niños. Comenta con evidente orgullo que fue una parte fundamental en el desarrollo de una de las pruebas definitivas para la detección de la fibrosis quística en neonatos. “Creo que ese fue mi mejor momento”, casi susurra. Ahora con 59 años, su principal arrepentimiento es que nunca tuvo hijos propios.

Pero ahora, el estudiante encargado de la entrevista parece abrumado, inseguro de qué preguntar a continuación. “Quizá te gustaría escuchar sobre mi familia”, apunta Reena con una sonrisa amable. Habla acerca de su padre (un hombre gentil, tranquilo, que nunca dijo un insulto) y de su madre (aún viva a los 97 años, una santa entre las mujeres que todavía conduce su propio carro). Reena se casó dos veces, primero con un compañero de estudios que años después murió en una misión médica en Uganda. Unos 10 años más tarde volvió a casarse, esta vez con un psiquiatra que todavía tiene su consultorio en la ciudad donde viven. Por su carga de trabajo todavía no ha podido visitarla.

“¿Podría contarnos cómo llegó al hospital? Quiero decir, ¿qué la trajo aquí?”

Reena explica que cuando tiene una de sus convulsiones suele comportarse de manera automática. “Se llama una convulsión parcial compleja, ¿saben? Bueno, pierdo la pista de dónde estoy, pero mi cuerpo sigue adelante. Puedo caminar y caminar, en ocasiones kilómetros. En esta ocasión me encontraron fuera de la casa de un actor al que solía conocer. El policía dijo que lo estaba “acechando”. Su risa es contagiosa y después de un momento los estudiantes se unen.

Unos minutos más tarde, con Reena ahora fuera de la habitación, el instructor pregunta a los estudiantes cómo la evaluarían. A varios de ellos les parecen muy convincentes su comportamiento tranquilo y agradable, lo mismo que su presentación lógica. “Entonces quizá deberíamos aceptar su historia sin cuestionarla” sugirió el instructor. Eso la convertiría en uno de los casos rara vez encontrados (en los pabellones de salud mental) que no reciben un diagnóstico mental (principio U).

Por otro lado, un estudiante señala la cuestión del medicamento cuyo nombre no pudo recordar a pesar de ser una profesional de la medicina. Por supuesto, podría haber sido sólo una laguna, pero ¿podría ser más bien el tipo de evidencia contradictoria (principio O) que nos anima a reconsiderar toda su historia? Ahora que lo piensan, ¿no sería posible apagar la televisión en un cuarto o en cualquier pabellón médico del hospital? Los estudiantes acuerdan considerarla como sin diagnóstico (principio T) hasta tener más datos.

Durante la evaluación una estudiante ha estado sentada atrás sonriendo tranquilamente para sí misma. Ha participado en otras discusiones con el equipo que atiende a Reena; ahora ofrece contexto.

¡Uf! Casi la única afirmación totalmente exacta que hizo Reena durante esta entrevista fue su nombre. Ninguno de sus maridos fue médico, ahora está de nuevo divorciada, y sus dos padres murieron hace años. Reena nunca fue a la escuela de medicina, ni siquiera se graduó del colegio. Trabajó una vez como recepcionista médica; ahí aprendió la jerga que despliega de manera tan efectiva.

La creencia de Reena de que tiene un trastorno convulsivo parece genuina (de tiempo en tiempo se le ha examinado de cerca sobre este tema). Puede describir la sensación inicial de un olor a tomates (“de los campos de mi niñez, supongo”), seguida por la sensación de deja vu que casi siempre precede a los periodos prolongados de inconsciencia durante los cuales suele vagar por vecindarios desconocidos. A lo largo de los años, en varias ocasiones le han practicado pruebas para descartar un trastorno convulsivo, pero no se ha encontrado patología en ninguna de sus resonancias magnéticas o de sus electroencefalogramas (algunos con guías faríngeas) han revelado patología. En realidad, nadie la ha visto tener una convulsión (¿entonces tiene el trastorno facticio? pregunta alguien. Pero ella sólo ha sido tratada en una ciudad y en un hospital y no ha sido observada fabricando síntomas. ¿Estaba simulando? De ser así, ¿cuál es la ganancia?).

Por otro lado, Reena tiene una hoja bastante larga de antecedentes con la policía de la ciudad. Cada contacto ha estado relacionado con su fascinación con un actor local que ha tenido éxito ocasional en la televisión. Durante años Reena ha seguido su carrera, su deseo de estar cerca de él ha dado lugar a media docena de órdenes de restricción y a repetidos arrestos por acoso. La estudiante termina con, “Y si le preguntan, estará feliz de contarles que está embarazada. No importan su edad ni su histerectomía”.

Evaluación de Reena Walters

La presencia de múltiples delirios durante muchos años (criterio A del trastorno delirante) sin haber cumplido nunca el criterio A de la esquizofrenia (criterio B del trastorno delirante) coloca a esta condición a la vanguardia del diagnóstico diferencial. (Está bien,

Reena mencionó las alucinaciones olfativas de los tomates, pero esto se asocia estrechamente con su delirio de las convulsiones; este tipo de alucinaciones en realidad no cuenta para el cumplimiento del criterio A para la esquizofrenia y a menudo se encuentra en el trastorno delirante). Fuera del contexto de sus delirios específicos, su conducta y afecto parecen más bien comunes (C) y no hay evidencia de trastornos asociados del estado de ánimo (D).

Por supuesto, su historia personal presenta cualquier cantidad de confusiones posibles que debemos eliminar antes de hacer un diagnóstico definitivo. Necesitaremos saber si consume sustancias (F) y, considerando la falsedad de sus otras afirmaciones, esa información debería venir de alguna fuente más confiable que ella. No hay información que sugiera una condición mental diferente, específicamente el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo (D). En cuanto al tipo de delirios, diré que en gran medida eran somáticos (ella cree que tiene epilepsia del lóbulo temporal). Sólo hay indicios de sus ideas posiblemente grandiosas de tener una relación con el actor. Si prefiere una clasificación más completa (pero vaga), hable de delirios de tipo mixto. Su puntuación GAF aproximada es de 35, aunque estaría feliz de discutirlo. Y ciertamente creo que debe agregarse en su resumen una nota que apunte a una evaluación completa de la estructura de su personalidad, pero más tarde.

F22	Trastorno delirante, tipo somático
Z65.3	Órdenes de restricción por acoso

Sara Winkler

Antes de sentarse, Sara Winkler se santigua tres veces.

Ella y su marido (ambos de 25 años) han estado casados durante cuatro años. “La conozco desde que teníamos 16”, dice Loren Winkler, “y siempre ha sido muy cuidadosa. Usted sabe, verificar la estufa para ver si está apagada, o las puertas para asegurarse de que están cerradas antes de salir. Sólo que en el último par de años se ha vuelto mucho peor”.

Sara es una universitaria graduada que trabajó brevemente como asistente legal antes de hacer una pausa para formar una familia. Es una mujer sana sin historia de consumo de drogas o alcohol. Cuando su hijo, Jonathan, tenía apenas seis meses de edad, Sara tuvo un sueño aterrador en que clavaba un cuchillo de mondar en el pecho de una muñeca colocada sobre la mesa de la cocina. Pero mientras el cuchillo penetraba en el cuerpo de plástico, sus diminutos brazos y piernas empezaron a moverse y vio que se trataba de un niño real. En la pared de la cocina, la palabra MATAR parecía desplazarse hacia arriba ante sus ojos y despertó gritando. Loren tardó más de una hora en calmarla lo suficiente para reanudar el sueño.

La noche siguiente, mientras rebanaba zanahorias para una ensalada, de repente pensó: “¿Alguna vez podría herir a Jonathan?” Aunque la idea parecía absurda, la acompañó la misma ansiedad que había sentido la noche anterior. Le llevó el bebé a Loren mientras terminaba de preparar la cena.

Después de eso, los pensamientos de cuchillos y de acuchillar a alguien más pequeño y más débil se arrastraban hasta su conciencia. Incluso si su atención estaba concentrada

en la lectura o en la televisión, de repente veía que la palabra MATAR aparecía ante sus ojos en letras gigantes.

Aunque la idea de que podría lastimar a Jonathan le parece irracional, cada día se siente atormentada por la molesta duda y la ansiedad. Ya no confía en estar en la cocina con él. En ocasiones casi puede sentir que los músculos de su antebrazo empiezan a contraerse para alcanzar un cuchillo. Aunque nunca cedió a ninguno de esos impulsos, el pensamiento de que *podría* hacerlo la aterra hasta el punto de negarse incluso a abrir la gaveta de los cuchillos; cualquier corte debería involucrar tijeras, el procesador de alimentos o a Loren.

No mucho después de su sueño, Sara empezó a tratar de conjurar los pensamientos e impulsos que la inquietaban. Católica desertora, volvió a algunas de las prácticas que había conocido en su niñez. Cuando tenía alguno de sus pensamientos aterradoros, al principio se tranquilizaba si se santiguaba o murmuraba un Ave María, pero el poder de esas medidas sencillas pareció debilitarse con el tiempo. Luego, Sara descubrió que se sentía mejor si se santiguaba tres veces o rezaba tres Aves Marías (o cualquier combinación en tríos). Sin embargo, eventualmente terminó por necesitar nueve de esas conductas antes de sentir que su hijo y ella misma estaban protegidos. Cuando está en público, se santigua una vez y completa el ritual murmurando en voz baja las Aves Marías.

Ahora que Jonathan tiene casi un año de edad, los pensamientos y actividades repetitivos de Sara consumen horas cada día; Loren cocina casi todas las comidas. Durante varias semanas Sara se ha sentido cada vez más deprimida; admite que su estado de ánimo es bajo casi todo el tiempo, aunque no tiene ideas suicidas o deseos de muerte. Nada le interesa mucho y siempre está cansada. Ha perdido poco más de 4.5 kilos y tiene insomnio; cuando consigue dormir, lo que puede ocurrir o no, despierta gritando. Cuando Loren la descubrió haciendo penitencia 27 veces seguidas, insistió en que buscara ayuda.

“Sé que parece una locura, pero no puedo sacar de mi cabeza esas estúpidas ideas”, dice Sara llorosa.

Evaluación de Sara Winkler

Sara ha estado deprimida la mayor parte del tiempo desde hace mucho más de dos semanas. También ha tenido insomnio, fatiga, disminución del interés y pérdida de peso, síntomas que son todos congruentes con un episodio de depresión mayor. Es una mujer físicamente sana (principio C) sin historia de consumo de sustancias (principio E). Es difícil estar seguro de si está siendo afectada por la depresión o por los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC); “ambos” parecen una conclusión razonable. Sin episodios previos de depresión mayor, manía o hipomanía, su diagnóstico sería el trastorno de depresión mayor, un solo episodio. Calificaré el especificador de gravedad como moderado (relativamente pocos síntomas, sin ideas suicidas pero con considerable malestar). El riesgo de que en realidad lastime a su hijo es muy pequeño.

En cuanto a la ansiedad, Sara no tiene ataques de pánico ni el trastorno de ansiedad generalizada. Sus obsesiones y compulsiones cumplen más bien los criterios del trastorno obsesivo-compulsivo. (Aunque no tiene otro trastorno mental, sus obsesiones no se limitan a rumiaciones culpables relacionadas con su depresión mayor). Sus síntomas

del trastorno obsesivo-compulsivo ocupan más de una hora al día (criterios A y B), y está gravemente afectada. Ningún otro trastorno mental o afección física podría explicar sus síntomas (D, C). Es claro que las preocupaciones de Sara no son sólo una exageración de un problema real, por lo que el tema de su preocupación es patológico. Sara reconoce que sus temores son injustificados; calificaremos su introspección como bastante buena.

Al registrar los diagnósticos de Sara, la depresión aparece primero para indicar que su clínico considera que es el aspecto que más requiere atención clínica. (Otros podrían estar en desacuerdo). La gravedad de sus rituales justifica una puntuación GAF de 45.

- | | |
|-------|--|
| F32.1 | Trastorno de depresión mayor, un solo episodio, moderado |
| F42.2 | Trastorno obsesivo-compulsivo, con buena introspección |

Gemma Livingstone

“Como, luego vomito”. Así es como Gemma Livingstone describe su problema en la primera entrevista. Esta conducta, que empezó cuando tenía 23 años, había sido casi continua durante cuatro años.

Incluso en la adolescencia, Gemma se preocupaba por su apariencia. Cuando estaba en la preparatoria, de vez en cuando hacía dietas junto con sus compañeras. Pero su peso rara vez se apartaba mucho de los 52 kilos. Con una estatura de 1.67 metros, era una chica esbelta, pero no flaca. A lo largo de su adolescencia y adultez temprana, sentía que si no controlaba estrictamente sus hábitos alimenticios, muy pronto subiría de peso. “hinchada como un sapo”, dice.

Al lidiar con las antiguas secuelas de un embarazo no deseado y el subsecuente aborto, Gemma tuvo la oportunidad de poner a prueba su teoría. Comiendo lo que deseaba, pronto pasó de una talla 8 a una 14 en menos de medio año. Una vez que logró recuperar el control, juró que no volvería a perderlo. Durante tres años no ha comprado nada mayor de una talla 4.

De regreso a la adolescencia de Gemma, ella y sus amigas simplemente no comían. Cuando cenaba en un restaurante o con amigos, simplemente movía la comida de un lado a otro en su plato para ocultar lo poco que comía. Pero cuando llegaba a casa a menudo se zampaba una comida completa para luego retirarse al baño y vomitar. Para lograrlo, al principio tenía que tocar la parte posterior de la garganta con el mango de una cuchara que mantenía en el baño con ese propósito. Pero con la práctica aprendió a regurgitar a voluntad. “Es tan fácil como sonarse la nariz”, informa.

El miedo de Gemma a la obesidad se ha convertido en el principio organizador de su vida. En la puerta del refrigerador tiene una fotografía suya durante su época de “sapo”. Dice que cada vez que la mira, pierde el apetito. Aunque en el pasado sólo usaba laxantes cuando estaba constipada, recientemente empezó a usarlos como otro medio de purgar su sistema. “Si no tengo movimiento intestinal cada día, siento que estoy a punto de estallar. Hasta mis ojos se hinchan”.

Probó con diuréticos, pero los eliminó cuando sus periodos se detuvieron. No está

segura de la conexión, pero recientemente empezó a menstruar de nuevo. Si hay algo a lo que teme más que a engordar es a embarazarse. Nunca ha sido muy activa sexualmente, pero ahora ella y su marido rara vez tienen relaciones más de una vez al mes. Incluso entonces, ella insiste en que deben usar diafragma y condón.

Aparte de su peso, que ha caído a 40.8 kilos, Gemma parece gozar de buena salud. Una revisión de sus sistemas sólo fue positiva para inflamación abdominal. Aunque en ocasiones tiene uno o dos días en que siente tristeza y pena por sí misma, se lo toma en broma, llamándolo “síndrome premenstrual”, y agrega que ciertamente eso ya no la molesta. Nunca ha tenido episodios maníacos, alucinaciones, obsesiones, compulsiones, fobias, ataques de pánico o pensamientos suicidas.

Gemma fue hija única, nacida en Virginia Beach, donde su padre estaba destinado en la Marina. Más tarde el padre adquirió su propia empresa de calefacción y aire acondicionado y la familia se volvió razonablemente adinerada. Mientras estaba en la escuela, Gemma no presentó ningún tipo de dificultad de aprendizaje o de conducta. Se casó cuando tenía 21 años, después de haber trabajado tres años como cajera en un banco. Tienen dos hijos, un niño de siete años y una niña de cinco.

El único problema de Gemma con la ley ocurrió hace dos años. Falsificó una receta para obtener anfetaminas para hacer dieta, pero se declaró culpable y recibió una sentencia de un año en libertad condicional. Desde entonces, ha evitado las anfetaminas escrupulosamente. Al salir de la preparatoria, probó la marihuana una o dos veces, pero nunca ha consumido alcohol o tabaco. Su único procedimiento quirúrgico fue un aumento bilateral de senos (usando grasa autóloga, no silicón).

En una entrevista separada, el esposo de Gemma afirma que piensa que su esposa se siente inadecuada e insegura. A menudo usa ropa reveladora, incluso seductora, aunque su apariencia es menos tentadora ahora que ha perdido tanto peso. Cuando no obtiene lo que quiere, en ocasiones se enfada por horas, aunque no cree que haya mucho sentimiento real detrás de esta expresión de emoción. “Le encanta ser el centro de atención, pero su acto ya no convence a mucha gente. Creo que eso la frustra”, apunta.

Gemma es una mujer de cabello oscuro, de estructura delgada, que sonríe con facilidad y con algo de timidez. Lleva una blusa de cuello en V y una falda muy corta que no trata de bajarse cuando cruza las piernas. Habla con muchas miradas de exasperación e inflexiones vocales; sus respuestas a las preguntas del examinador tienden a ser vagas y a menudo discursivas. Niega sentirse deprimida o desear estar muerta; nunca ha tenido delirios o alucinaciones, pero afirma que todavía está “gorda como un cerdo”. Para ilustrarlo pellizca un pliegue de piel que cae de su brazo. Obtiene una puntuación perfecta de 30 en el MMSE.

Evaluación de Gemma Livingstone

La historia de la alteración alimentaria de Gemma se remonta a sus años en la preparatoria. Presenta las siguientes características de la anorexia nerviosa: aunque es flaca, tiene miedo de aumentar de peso (criterio B de la anorexia nerviosa), y se percibe como gorda (C). A lo largo de los años ha tomado varias medidas para restringir su consumo de comida (A). Su subtipo actual debería ser el tipo de atracones y purgas: en la adoles-

cencia era del tipo restrictivo. ¿Cuál debería ser la calificación de la gravedad de su anorexia? Los criterios de calificación del DSM-5-TR® se basan únicamente en el índice de masa corporal, lo que en mi opinión es un error; seguramente el tipo de conducta debería contar para algo. El peso de Gemma es cercano a los 40 kilos (digamos que es de 40.3 kilos), de modo que para una estatura de 1.67 metros su índice de masa corporal resulta ser de 14.4, lo que la coloca en la categoría de gravedad extrema.

Si sólo nos basamos en la información proporcionada por Gemma no podríamos diagnosticarle un trastorno de la personalidad, una experiencia clínica que suele ser común cuando únicamente nos basamos en los reportes del paciente. Pero con la información del marido (principio I) y de la evaluación de su condición mental (principio L), pueden identificarse los siguientes criterios para el trastorno de la personalidad histriónica: necesidad de ser el centro de atención (1), emociones cambiantes y superficiales (3), atraer la atención con la apariencia física (4), hablar con vaguedad (5), y expresarse en forma dramática (6). El trastorno de la personalidad histriónica suele asociarse con el trastorno de somatización o de síntomas somáticos, pero una revisión de los sistemas revela síntomas mínimos y ella no expresa la preocupación desmesurada por la salud que a menudo se vincula con un diagnóstico de síntomas somáticos.

Por supuesto, falsificar prescripciones y consumir drogas es ilegal, pero Gemma no ha mostrado ninguna de esas conductas desde su libertad condicional, por lo que no las considero como evidencia de una patología actual diagnosticable. Con una puntuación GAF de 45, su diagnóstico completo sería:

F50.02	Anorexia nerviosa, tipo atracones/purgas, extrema
F60.4	Trastorno de la personalidad histriónica

Edith Roman

Edith Roman, de 76 años, entra al hospital con esta queja de Sylvia, su hija, “Ha estado deprimida desde su accidente cerebrovascular”. Desde hace un año se ha vuelto olvidadiza, lo que se hizo evidente cuando durante tres semanas de cuatro omitió su llamada del viernes por la noche a Sylvia, quien para ese momento vivía a varios cientos de kilómetros de distancia. Cada vez que Sylvia la llamaba, Edith parecía sorprendida de escucharla.

Cuando por fin se tomó una semana libre en el trabajo para visitar a su madre, Sylvia descubrió que Edith también había descuidado la compra de víveres y las tareas domésticas. El fregadero estaba lleno, el refrigerador casi vacío y el polvo lo cubría todo. Aunque el habla y la apariencia física de Edith permanecían casi iguales, era claro que algo estaba mal. Para el final de la semana, Sylvia tenía la respuesta de un neurólogo: inicio de la enfermedad de Alzheimer; se quedó una semana más para mudar a Edith por el estado a su propia casa. Se contrató a una acompañante que estuviera con Edith mientras Sylvia trabajaba.

Este arreglo funcionó bien durante varios meses. El deterioro de Edith era gradual y mínimo hasta que el derrame la dejó con una cojera e incapaz de recordar palabras. Luego su memoria empeoró más que nunca y después empezó su depresión. Ahora, cuando

Edith llega a hablar, se queja con su acompañante sobre lo inútil y solitaria que se siente. Duerme mal, come muy poco, llora a menudo y dice que es una carga.

Edith nació en St. Louis, donde sus padres administraban una pequeña tintorería hasta que ella cumplió 12 años. Luego su padre murió y su madre pronto se casó con el tío paterno de Edith, quien llegó equipado con dos adolescentes propios. Todos se llevaban bastante bien.

Edith se graduó de la preparatoria, se casó y tuvo a su única hija. Durante toda su vida fue una mujer agradable y valerosa, interesada en las manualidades y en muchos otros aspectos de las tareas del hogar. Después de la muerte de su esposo, Edith mantuvo su vida social y su participación en los clubs de bridge. Hasta un año atrás, su salud física había sido buena, nunca consumió alcohol ni tabaco.

Edith, una anciana vestida con un camisón de algodón y un chal acolchado, se sienta erguida en el borde de su cama, con la mano izquierda que descansa inútil sobre su regazo. Hace buen contacto ocular con el examinador; aunque no dice mucho de manera espontánea, responde a todas las preguntas. Su habla es clara, aunque en ocasiones batalla para encontrar las palabras que desea. Cuando se le pide identificar una revista, piensa por un momento, luego la llama “estos papeles”. Admite que se siente deprimida, dice que no ve futuro para ella y espera que pueda morir pronto. Niega haber experimentado nunca alucinaciones o delirios. En el MMSE obtiene sólo 16 de 30 puntos posibles.

Evaluación de Edith Roman

Los síntomas del trastorno neurocognitivo mayor de Edith incluyen el deterioro de la memoria y la disminución de la capacidad para cuidar de sí misma. Esos síntomas, que empezaron gradualmente y empeoraron poco a poco, agregados al hecho de que en ese momento no había otra causa para su trastorno neurocognitivo, cumplen los criterios de una probable enfermedad de Alzheimer. Pero entonces tuvo un accidente cerebrovascular. En ese punto, de forma abrupta, su memoria se deterioró todavía más y Edith desarrolló afasia (no podía pensar en ciertas palabras que quería usar). Mantenía contacto visual y parecía enfocar su atención en el examinador, evidencia en contra del delirio. Un examen neurológico al principio no encontró evidencia de otras afecciones médicas que pudieran explicar mejor sus síntomas.

Durante un tiempo mucho mayor de las dos semanas, Edith también había tenido síntomas de depresión que incluyen un estado de ánimo constantemente deprimido, pérdida de apetito y sueño, deseos de muerte y el sentimiento de ser una carga (lo que equivale más o menos a un sentido de inutilidad). Podría parecer que sus síntomas califican para un episodio de depresión mayor, que deberíamos diagnosticar siempre que fuera relevante, a pesar de la presencia de otros trastornos (principios F, V). Sin embargo, debido a la supuesta etiología (enfermedad de Alzheimer y enfermedad neurovascular), codificaremos que su depresión se debe a otra afección médica (a saber, el trastorno neurocognitivo).

El trastorno neurocognitivo de Edith tiene dos causas, cada una de las cuales provoca dificultades en la comunicación y el funcionamiento cotidiano, para Edith y para

Sylvia. Debido a las peculiaridades del sistema de calificación (CIE-10), tenemos que registrar por separado las etiologías del Alzheimer y vascular, cada una de las cuales obtiene una calificación de gravedad moderada. (Si pensó “gravemente” afectada, no discutiría con usted por eso). Sus síntomas depresivos califican para el especificador *con alteración conductual*. Su puntuación GAF sería 31.

Algo gracioso sucedió durante el diagnóstico, quedó enredado en una contradicción del DSM-5-TR®. Los criterios para una probable demencia por Alzheimer del DSM-5-TR® afirman que debe haber evidencia clara de declive, progresión estable y que no debe haber evidencia de etiología mixta, usando la enfermedad cerebrovascular como ejemplo. Pero los criterios para el trastorno neurocognitivo debido a etiologías múltiples del DSM-5-TR® presentan como ejemplo ¡al trastorno neurocognitivo vascular con el Alzheimer! Ahora que Edith tuvo un accidente cerebrovascular que contribuye a su trastorno neurocognitivo, ¿debemos reducir su diagnóstico de Alzheimer a “posible”? No se preocupe, haremos lo que sea mejor para la paciente y le daremos ambos diagnósticos. ¿Alguien desea quejarse? Véame después de clase.

G30.9	Enfermedad de Alzheimer
F02.B3	Trastorno neurocognitivo mayor debido a una probable enfermedad de Alzheimer, moderado, con depresión
F01.B3	Trastorno neurocognitivo vascular, moderado, con depresión

Clara Widdicombe

Clara Widdicombe ha tenido sobrepeso durante mucho tiempo, pero ahora, a los 14 años tiene la cara redonda e hinchada. A pesar de eso, parecía estar progresando (en la escuela y la pubertad) hasta una noche en que, según el informe de su madre, de repente empezó a hablar en “una retahíla”. Clara insistió en que sus padres se quedaran despiertos con ella para hablar sobre “mi agenda”. Al principio, su estado de ánimo era elevado, pero se enojó cuando su padre dijo que quería ir a la cama. En horas, Clara se agitó tanto que requirió ser hospitalizada en un pabellón cerrado para adultos.

Clara mide 1.59 metros y pesa 95.7 kilos, lo que le da un índice de masa muscular de 37, muy por arriba del nivel considerado obeso. Su presión sanguínea está consistentemente por arriba de 230/110. Cuando se desnuda, el personal del hospital puede ver en la piel de su abdomen marcas rojas alargadas a las que se refieren como estrías.

En los siguientes días, Clara exhibe un estado de ánimo elevado y poca necesidad de sueño. Incluso cuando es interrumpida, no deja de hablar más de unos cuantos momentos. Una y otra vez, afirma que es la madre de Jesús y que descubrió la solución a muchos problemas (el SIDA, el pecado y el cambio climático). Tiene fuga de ideas y admite que sus pensamientos corren. Es imposible interrumpirla durante más de un momento y es difícil obtener su atención. En cierto punto empieza a desnudarse frente a visitantes, un comportamiento impúdico completamente impropio de ella.

Clara no tiene antecedentes de depresión o manía, y la historia de su familia es negativa para los trastornos del estado de ánimo. Lo que ella tiene es un nivel anormal de cortisol sérico. Un endocrinólogo recomienda una resonancia magnética, que revela un adenoma hipofisario.

Después de la remoción quirúrgica del adenoma ya no necesita medicamentos psicotrópicos. Clara se vuelve eutímica y regresa a la escuela.

Evaluación de Clara Widdicombe

Por supuesto, después de una operación exitosa que arrojó el resultado deseado, es fácil atribuir los síntomas del estado de ánimo a un tumor. El truco es hacer la conexión antes de la cirugía y antes de que hayan transcurrido demasiados meses o años. La edad de Clara al inicio (joven para el trastorno bipolar), su apariencia (típica cara de “luna”, sobrepeso marcado, estrías abdominales clásicas) son obsequios diagnósticos. Otros pacientes han sido menos afortunados.

Durante la semana de sus síntomas mentales, Clara oscilaba entre la euforia y la irritación y mostraba una mayor actividad dirigida a metas, dos condiciones requeridas para un episodio maniaco debido a otra afección médica (criterio A). La chica presenta numerosos síntomas de manía (habla con rapidez, necesita poco sueño, es grandiosa, e incluso delirante al pensar que es la madre de Jesús), pero no se requiere una lista completa de síntomas para este diagnóstico. Aunque podríamos inferir de su incapacidad para conectar con otra gente que tiende a la distracción, no hay detalle suficiente para diagnosticar delirium (D). Hasta donde concierne a la gravedad de sus síntomas, sufre las tres consecuencias mencionadas (E): psicosis, hospitalización y deterioro del funcionamiento.

Por último, no veo evidencia de otro trastorno mental (C) ¿y usted? El trastorno bipolar I ocuparía un lugar alto en el diagnóstico diferencial, pero para eso es necesario descartar primero otras afecciones médicas y otros trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias, lo que nos regresa al tumor hipofisario y al síndrome de Cushing, que son bien conocidos por producir síntomas maniacos (B). En la admisión, le di una puntuación GAF de 25.

Una vez que se hace el diagnóstico final, sus clínicos deben determinar cuál de los posibles especificadores tiene (si acaso lo tiene). Su episodio reproduce la manía completa, por lo que voy con...

D35.2	Adenoma hipofisario
E24.9	Síndrome de Cushing
F06.33	Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido al síndrome de Cushing, con episodio similar a la manía

Un puñado de otras afecciones médicas pueden producir síntomas de manía (vea el historial en el Apéndice A).

La presentación de Clara es tal vez inusual porque cumple los requisitos sintomáticos del DSM-5-TR® para el episodio maníaco. ¿Eso es inusual? Probablemente, ya que los pacientes que tienen euforia y actividad excesiva a menudo carecen de otros síntomas calificadores (grandiosidad, menor necesidad de sueño, habla presionada, fuga de ideas y tendencia a la distracción). Conociendo esta necesidad de discriminación, la CIE-10 nos permite elegir un especificador que refleje la presencia (con un episodio, al parecer, maníaco) o su ausencia (con características maniacas) de los criterios diagnósticos completos. Esto no era posible en el DSM-IV, lo que representa otra ventaja cortesía de la comunidad internacional.

Jeremy Dowling

“Me siento miserable”, es la queja principal de Jeremy Dowling, un estudiante graduado de 24 años. Para este perfeccionista de siempre, las cosas no mejoran con la inminencia de la fecha de entrega de su tesis en una quincena. Lleva un retraso de semanas, en parte porque necesita editar cada párrafo hasta un estado de perfección antes de empezar a escribir el siguiente.

Desde su adolescencia, ha pensado que “no es lo bastante bueno” y se ha sentido algo deprimido casi todo el tiempo. Nunca ha tenido un episodio maníaco; es socialmente retraído y afirma que no obtiene mucho placer de las cosas. “Soy un pesimista, más o menos”, dice.

Jeremy asegura que su apetito está bien y que nunca ha tenido ideas suicidas. Sin embargo, su sueño es otra cosa. Con la cercanía de la fecha de entrega de su tesis, siente que para completar el trabajo debe mantenerse despierto casi todas las noches. Para ese fin, bebe café. Mucho café. “Si duermo menos de ocho horas por noche, tomo una taza cada dos o tres horas. Cuando me mantengo despierto toda la noche, son cuatro o cinco tazas. Café fuerte”. Aparte de la cafeína, niega haber abusado nunca de sustancias como el alcohol o las drogas callejeras.

Las últimas tres noches, Jeremy ha permanecido despierto toda la noche, por lo que es comprensible que siempre se sienta cansado. También admite los sentimientos crónicos de culpa e irritabilidad. Nunca ha tenido episodios de llanto, pero su concentración es “un problema permanente”. Por ejemplo, mientras trabaja en la computadora, se inmiscuyen otros pensamientos y preocupaciones, hasta el punto de que ha tenido dificultades para terminar el trabajo.

Jeremy también se queja de ansiedad. Por ejemplo, hacia el final de la cena empieza a preocuparse por la cantidad de trabajo que necesita hacer. Un nudo le aprieta el estómago y parece que el mundo se le viene encima. La hora del día afecta poco la manera en que se siente, pero por lo general mejora brevemente una vez que entrega un trabajo u otra tarea importante. Niega haber tenido nunca problemas de disnea, contracciones musculares o palpitaciones, a menos que hubiera tomado una cantidad extraordinariamente grande de café. En ese caso nota que se siente nervioso y, a menudo, tiene malestar estomacal. En ocasiones, esos síntomas le impiden asistir a clase. Pero no tiene sentimientos de fatalidad o desastre inminente.

Aunque Jeremy siempre ha elaborado listas, no describe ningún pensamiento obsesivo o conducta compulsiva. (“En ocasiones ordeno el cajón de mis calcetines”, señala de manera puntillosa). Se describe como una persona a la que siempre le ha resultado difícil tomar decisiones, incluso hasta el punto de que no puede descartar cosas sin valor que ya no necesita, incluso una canasta de pascua de cuando tenía 10 años.

Jeremy nació en Brasil, donde su padre había estado estudiando insectos del bosque tropical. Cuando tenía cuatro años, la familia regresó a vivir al sur de California. Su madre es una arpista profesional que ha estado en terapia con un consejero u otro durante 25 años. Siempre había sido algo taciturna, sin obtener nunca mucho placer de la vida. Obtuvo el divorcio cuando Jeremy tenía 16 años porque dijo que su esposo no se comprometió nunca con su relación. Aún más tarde, un medicamento antidepresivo “dio un vuelco a su vida” y por primera vez parece feliz. En parte es por ella que Jeremy busca ahora tratamiento.

Varios familiares maternos eran depresivos, incluyendo un primo que se quitó la vida bebiendo anticongelante. Otro familiar también cometió suicidio, pero Jeremy no conoce los detalles.

Desde que estaba en la preparatoria Jeremy ha sido “cristiano renacido” y desde entonces asiste a una iglesia fundamentalista. Condena con tanta fuerza a su padre por vivir con otra mujer sin casarse que no habló con él durante dos años. Jeremy afirma que su único problema físico es que se muerde las uñas. Nunca ha tenido problemas legales. Tiene una novia seria y “se están esforzando mucho” para no comprometerse sexualmente hasta que puedan casarse.

Jeremy es un hombre alto, más bien larguirucho, cuyo rostro demacrado y ojeras lo hacen lucir casi viejo. Aunque se mueve con normalidad y sonríe con facilidad, en su frente están surgiendo líneas prominentes de preocupación. Su habla es clara, coherente y relevante. La mayor parte de su habla espontánea concierne a su tesis no terminada; niega cualquier deseo de muerte o idea suicida. Está completamente orientado, tiene una excelente reserva de información, y puede calcular con rapidez. No presenta daño en su memoria reciente y remota, y su introspección y juicio son excelentes. “La vida es demasiado significativa”, ofrece a manera de resumen, “y la estoy desperdiciando”.

Evaluación de Jeremy Dowling

Al evaluar los síntomas del estado de ánimo, la primera tarea es determinar si han estado presentes un episodio de depresión mayor o un episodio maníaco. Jeremy está cerca de satisfacer los criterios del primero ya que ha estado “algo deprimido” durante mucho tiempo, quizá la mayor parte de su vida adulta. Esta depresión está presente la mayor parte del tiempo, por lo que nunca obtiene mucho placer de las cosas. Se siente crónicamente culpable, su concentración es mala y su autoestima baja. Sin embargo, a partir de la historia y la observación directa no ha tenido problemas con el apetito ni el peso, ni ideas suicidas y su nivel de actividad psicomotora nunca ha estado en duda. Aunque se queja de fatiga, este síntoma parece relacionado con su consumo de café. Su historia familiar es fuertemente positiva para un trastorno del estado de ánimo (su madre había estado deprimida, pero mejoró con tratamiento, y dos familiares cometieron suicidio).

Jeremy tiene cuatro síntomas (se requieren cinco) del episodio de depresión mayor, y dos síntomas (se requieren dos) del trastorno depresivo persistente (TDP). Por lo que debemos preguntar si es razonable insistir en que un paciente cumpla exactamente los criterios. Después de todo, Jeremy casi cumple los criterios del episodio de depresión mayor y su historial familiar es fuertemente positivo. Un diagnóstico del trastorno de depresión mayor señalaría el camino al tratamiento y alertaría a los clínicos ante el posible empeoramiento de los síntomas (como las ideas suicidas). Pero quizá es más importante enfatizar el curso prolongado de los síntomas de Jeremy, que podría confundirse con un trastorno de la personalidad (vea más adelante). El trastorno depresivo persistente a menudo establece el escenario para un trastorno posterior de depresión mayor, y de cualquier manera los criterios del DSM-5-TR® los mezclaron, al afirmar explícitamente que incluso un trastorno de depresión mayor completo puede ser diagnosticado como especificador para el trastorno depresivo persistente.

No invertiría mucho tiempo en esta discusión en la que dos excelentes especialistas en diagnóstico podrían discrepar para siempre y en la que pueden verse los beneficios de juzgar a un paciente no mediante el conteo (obsesivo) de síntomas sino por medio de la igualación con el prototipo de un paciente idealizado. Sigamos con un diagnóstico que promueva un tratamiento efectivo.

También está la cuestión de los síntomas de ansiedad de Jeremy. Nunca tuvo ataques de ansiedad, fobias, obsesiones o compulsiones reales. Pero ciertamente ha estado ansioso. Le preocupan muchos temas (la escuela, su personalidad, la intensidad de su relación con su novia). Se queja de fatiga, de problemas de sueño y concentración, lo que parecería (apenas) suficiente para calificar para un diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, esos síntomas han ocurrido durante un trastorno del estado de ánimo, lo que lleva a su clínico a sentir que no se necesita un diagnóstico concurrente de ansiedad. (Jeremy ni siquiera cumple los requisitos del especificador del estado de ánimo *con ansiedad*; p. 158). Además, sus síntomas de ansiedad podrían estar ligados con su cafeinismo, por lo que no agregó ese trozo adicional de jerga diagnóstica.

En lo que concierne al consumo de sustancias, aunque Jeremy nunca ha consumido alcohol o drogas callejeras, su elevada dosis de café (criterio A de la intoxicación por cafeína) en muchas ocasiones produce nerviosismo (B2), malestar estomacal (B7), palpitaciones (B10), contracciones musculares (B6) e insomnio (B4). Esos síntomas a veces son lo bastante graves para impedirle asistir a la escuela (C). Si podemos aceptar que en otros aspectos está bien (D), esos síntomas le permiten calificar para una intoxicación por cafeína. Puede preguntarse acerca de un diagnóstico de un trastorno por consumo de cafeína, pero eso implicaría ir un paso más allá de lo que el DSM-5-TR® permite en la actualidad. Sin embargo, su consumo nos hace querer saber.

Por último, además de describirse como un perfeccionista pesimista que crónicamente siente que no es lo bastante bueno, Jeremy también es un elaborador de listas, y un organizador de cajones que tiene problemas para tomar decisiones y es incapaz de descartar cosas. Esas características, además de su condena moralista de su padre, son características del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva. Les dejaré el (obsesivo) conteo de sus síntomas como un ejercicio.

El trastorno depresivo persistente de Jeremy parece haber empezado hace años, quizá cuando todavía era un adolescente. Su hipersomnia y su mayor apetito lo harían calificar para el especificador *con características atípicas*, excepto que no podemos identificar en la viñeta ninguna evidencia de reactividad del estado de ánimo. Usaremos un código Z para hacer notar un problema psicosocial/ambiental, porque podría afectar el manejo, al menos durante las próximas dos semanas. La puntuación GAF de 65 que le asignamos se basa en la combinación de sus trastornos.

F34.1	Trastorno depresivo persistente, inicio temprano, con episodios intermitentes de depresión mayor, con un episodio actual
F15.920	Intoxicación por cafeína
F60.5	Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva
Z55.9	Problemas académicos (fecha de entrega de la tesis)

Cookie Coates

Cuando Cookie Coates, una mujer soltera de 23 años, fue admitida en la unidad de salud mental, dijo que “veía arañas”.

De acuerdo con viejos registros, el médico llegó tarde para el nacimiento de Cookie, por lo que la enfermera intentó contenerla presionando su cabeza. Supuestamente la madre le dijo a una trabajadora social “de cualquier modo, no sé si eso habría hecho alguna diferencia porque tuve sarampión durante mi embarazo”.

Cualquiera que fuese la causa, el desarrollo de Cookie fue lento. Caminó a los 18 meses, dijo palabras a los dos años y formó oraciones a los tres. Una niña aislada, asustada, se aferraba a su madre con tanta fuerza que su madre ni siquiera podía dejarla con una niñera. No empezó la escuela hasta que tenía casi siete años. Con un CI en los 70 bajos, asistió a clases especiales durante sus primeros dos años. Luego, en su distrito se redujeron los fondos para la educación especial y empezó a asistir a una escuela regular.

Durante sus primeros años escolares, Cookie desarrolló una reputación de morder y patear a otros niños. Cuando tenía 11 años, la disciplinaron en repetidas ocasiones por robar (y comer) el almuerzo de otros niños. Aproximadamente al mismo tiempo, empezó a arrancarse el cabello; por lo general unas pocas hebras de la parte frontal de la cabeza. Pero lo seguía haciendo durante la clase, por lo que al final del día escolar había pequeñas acumulaciones de cabello alrededor de su pupitre.

Sin embargo, lo que al principio llevó a la niña a una institución de salud mental fue su persistente tendencia a robar y mutilarse. A los nueve años, se mordió los labios hasta hacerlos sangrar. Al año siguiente, fue cayendo gradualmente en el hábito de golpear sus antebrazos contra el borde de una mesa; lo que le produjo inflamación y moretones crónicos y, a la larga, una úlcera que supuraba constantemente. Cuando tenía 13 años, se hizo largas cortaduras en la cara con una navaja y luego frotó las heridas con suciedad, provocando cicatrices hipertróficas permanentes.

Varios de esos episodios le ganaron la admisión a una serie de instituciones de salud mental. Eran sobre todo estancias cortas —su conducta, por lo general, mejoraba cuando era observada de cerca— pero una vez, cuando tenía 16 años y prendió fuego a sus

pantimedias, estuvo internada durante cuatro meses. Durante esta admisión salió a la luz que desde los siete años Cookie había sufrido abuso sexual casi cada semana por parte de su padre y dos hermanos mayores. Mas tarde ingresó al primero de una serie de hogares grupales para personas con discapacidades del desarrollo.

El patrón de Cookie en cada una de esas instalaciones era formar de inmediato una estrecha relación con uno o más miembros del personal, en especial hombres; a uno de los cuales solía llamar “papi”. Cuando un miembro del personal la decepcionaba (lo que inevitablemente sucede) proclamaba su odio por esa persona. Su animadversión podía durar semanas, tiempo durante el cual solía enfadarse y afirmar que estaba deprimida; en otras ocasiones, se encolerizaba y lanzaba cosas en su habitación. O podía acusar a sus consejeros de conspirar para volverla loca y así poder regresarla al hospital. A medida que se familiarizaba con una instalación, solicitaba privilegios especiales (más comida en la cena, permanecer despierta hasta tarde) y cuando no obtenía esos favores se lastimaba de alguna forma dramática.

A la larga, el mal comportamiento de Cookie adquirió un giro sexual. En las fiestas u otras actividades con pacientes del hogar grupal para hombres, colocaba la cabeza sobre el regazo de casi cualquier paciente masculino o pasaba su mano entre los muslos del hombre. Las repetidas advertencias de sus consejeros no lograron eliminar este comportamiento; sólo la volvieron más cauta acerca de dónde y cuándo lo realizaba. Los hombres, en su mayor parte, no se quejaban.

En los distintos hogares grupales, Cookie también comía a veces en atracones. Siendo por lo regular una gran comedora, en ocasiones comía las sobras de los platos de otros una vez que habían terminado; a menudo se ofrecía a limpiar la mesa, incluso cuando no era su turno. Ningún miembro del personal que proporcionó la información al clínico de admisión tiene conciencia de que se haya inducido el vómito o utilizado laxantes. Y describen su nivel habitual de actividad como “teledicto”.

Cuando ingresó a la unidad, Cookie era una mujer obesa que vestía sudadera y pantalón deportivo y no usaba maquillaje. Jugueteaba con mechones de su cabello, aunque no los arrancó durante la entrevista, en su cuero cabelludo pueden verse pequeñas zonas de calvicie. Niega tener una sensación de tensión o alivio en relación con arrancarse el cabello y no muestra malestar al respecto. Sin exhibir movimientos físicos inusuales, se sienta tranquilamente y coopera con el examinador. Dice que se siente “sin esperanza”, su afecto es, en general, apropiado para el contenido de esos pensamientos. Habla lentamente y no ofrece información, pero siempre responde a las preguntas. Su pensamiento es secuencial y orientado a metas, sin evidencia de asociaciones imprecisas.

Cookie reporta que ocasionalmente ve “lluvias de arañas” que caen del ducto del ventilador en el techo de su cuarto. Por varios años ha escuchado voces de manera intermitente que le indican que se lastime. Tiende a notar las voces cuando se siente infeliz. Son claramente audibles, no son las voces de alguien que conozca y se localizan dentro de su cabeza. Luego de un interrogatorio, acepta que podrían ser sus propios pensamientos. No cree que nadie más pueda escucharlas. Habla libremente acerca del abuso sexual que sufrió por parte de su padre y hermanos y lo describe con un detalle gráfico (y al parecer exacto). Sin embargo, no ofrece evidencia de revivir o reprimir esas experiencias.

Cookie obtuvo 28 de 30 puntos en el MMSE (a los cinco minutos sólo recuerda dos de tres objetos y falla en la fecha correcta por varios días). Aunque mantiene buena atención, sólo puede realizar cálculos muy sencillos. Reconoce que hay algo mal con ella, pero lo atribuye a otros: sus padres y un empleado de su residencia anterior que la “humilló” al reírse cuando ella dijo que escuchaba voces. No cree que necesite estar en el hospital y dice que le gustaría conseguir su propio apartamento y un trabajo atendiendo mesas.

Evaluación de Cookie Coates

Cookie presenta una gran variedad de problemas y síntomas clínicos, que potencialmente abarcan los trastornos psicóticos, del estado de ánimo, de ansiedad, del control de los impulsos, alimentarios y de la personalidad, así como un bajo funcionamiento intelectual. Consideremos primero ese último factor.

Las puntuaciones de CI de Cookie se encuentran sistemáticamente en los 70 bajos. Se desempeña bien en el MMSE y no tiene problemas de atención, por lo que no califica para el delirium o para un trastorno neurocognitivo mayor o leve. A juicio de su clínico, la extensión de sus déficits (problemas con el autocuidado, vivienda, habilidades sociales e interpersonales, automanejo y seguridad) justifican un diagnóstico del trastorno del desarrollo intelectual leve.

Cookie reporta también sentirse desesperanzada y deprimida, pero esos síntomas parecen ser transitorios, reactivos a sus circunstancias inmediatas; en cierto grado, parecen manipuladores. Sus síntomas psicóticos (ver arañas, escuchar voces) no tienen la convicción de las alucinaciones verdaderas, a menudo ocurren cuando se siente infeliz (principio K), y Cookie acepta que las voces pudieran ser sus pensamientos. No tiene asociaciones vagas, conducta catatónica o síntomas negativos típicos de la esquizofrenia. De hecho, no parece justificarse ningún diagnóstico de psicosis. Aunque su conducta alimentaria es anormal, eso no la angustia y no tiene historia de vómitos o uso inapropiado de laxantes o diuréticos; su autoevaluación no hace demasiado énfasis en su peso o forma corporal. Un clínico que revisó el caso sintió que su historia tenía algunas de las características del trastorno de estrés postraumático, pero Cookie no presenta datos de revivir el abuso sexual que sufrió en su niñez.

El mal comportamiento de Cookie (morder, patear, arrancarse el cabello y robar) no parece ser parte de un problema mayor con la violación de las normas sociales o los derechos de los demás, lo que descarta el trastorno de la conducta. Su conducta de arrancarse el cabello no se asocia con el estrés y no hay información de que haya intentado dejar de hacerlo, por lo que no diagnosticamos tricotilomanía. La autolesión puede encontrarse en el trastorno de movimientos estereotipados, pero la conducta de Cookie no parece ser repetitiva ni estereotipada. De pequeña, podría haber calificado para un diagnóstico del trastorno de relación social desinhibida (por su excesiva disposición a acercarse a desconocidos) pero no tenemos información suficiente para ese diagnóstico, ni siquiera en retrospectiva, y ya no es un problema.

Y así, una vez que descartamos trastornos mentales mayores como la causa de esas conductas, podemos ahora considerar un trastorno de la personalidad (principio W). De hecho, la mayor parte de su conducta autodestructiva parece ser bien explicada por el trastorno de la personalidad límite (TPL). Los síntomas relevantes, que empezaron en su

adolescencia y afectan muchas áreas de su vida, incluyen autolesión, relaciones interpersonales intensas (las que establece con varios miembros del personal), impulsividad (en la alimentación y la mala conducta sexual), estado de ánimo reactivo (rabietas) e ideación paranoide. Es un modelo de inestabilidad y sugiere la sabiduría del término usado en otras partes del mundo, *trastorno de la personalidad emocionalmente inestable*. Aunque Cookie de ninguna manera presenta cada síntoma del trastorno de la personalidad límite, yo calificaría de graves los que reporta. Su puntuación GAF de 30 refleja una amalgama de sus dificultades.

F70	Trastorno del desarrollo intelectual, leve
F60.3	Trastorno de la personalidad límite, grave
E66.9	Obesidad

Dean Wannamaker

“Sigo escuchando voces que no puedo callar”, se queja Dean Wannamaker. Lo molestan cada día y no está seguro de cuánto tiempo más pueda soportarlo. Dean tiene 54 años, pero empezó a escuchar las voces a principios de sus 40. De hecho, ha estado hospitalizado en tres ocasiones distintas, cada vez ha sido tratado con éxito con medicamentos. Ahora han pasado más de seis años desde la última vez que fue hospitalizado.

“Están en mi cabeza, pero suenan tan fuertes y tan claras como una radio”, dice Dean. Las voces son principalmente masculinas, pero también hay algunas femeninas; ninguna de ellas le parece familiar. Sólo dicen frases, no oraciones, y luego tratan de darle órdenes. Le dicen que es hora de ir a casa o que está bien si toma otro trago. “Sobre todo, parecen estar pendientes de mí”. Cree que esta vez han estado hablando cerca de tres semanas.

Dean admite que es un bebedor. Empezó con vino dulce a los 12 años. En el ejército tuvo algunas peleas provocadas por la cerveza, y una vez lo amenazaron con una corte marcial. Al final, se las arregló para “escapar con un alta honorable”. En el curso de los años, ha sido arrestado en varias ocasiones por conducir bajo la influencia del alcohol; el arresto más reciente ocurrió hace dos semanas.

El patrón habitual de Dean es beber en exceso durante varios meses, luego se detiene de repente y se mantiene sobrio por años. Sus tres borracheras previas ocurrieron tres, cinco y 11 años antes. La que ocurrió 11 años atrás culminó con el abandono definitivo de su esposa; estaba cansada de pagar sus multas de tránsito y de soportarlo cuando era despedido por faltar al trabajo. Pero en ese tiempo tenía una novia, Annie, la misma mujer con la que está ahora, por lo que no le importó mucho el abandono de su esposa. Lo que recuerda más vívidamente es la vez en que escuchó voces durante casi tres meses. “Eso era suficiente para llevar a un hombre a beber”, comenta, sin una gota de ironía.

En esta ocasión, el fisco es quien le proporcionó el impulso. Gana buen dinero en su oficio (es carnicero) y, mientras estaba en la espiral de su última borrachera tres años antes, al parecer omitió reportar parte de su ingreso. Ahora le están requiriendo el pago de impuestos atrasados con intereses y multas, y no tiene un solo registro o recibo en que apoyarse.

“No pretendía empezar a beber. Sólo quería tomar un trago”, dice de su borrachera actual. Ahora ha estado bebiendo más de litro y pico de bourbon al día desde hace dos

meses. Annie agrega que nunca parece estar borracho y confirma que sólo tiene esas alucinaciones después de haber estado bebiendo mucho “por un rato”.

Dean, el mediano de tres hijos, nació en Chicago, donde trabajaba su padre como vendedor de carne. Sus padres se divorciaron cuando tenía nueve años; su madre volvió a casarse dos veces. Durante una depresión sufrida cuatro años atrás, su hermano mayor se quitó la vida de un tiro. Su hermana es enfermera y en una ocasión la hospitalizaron por abusar de los barbitúricos.

Después del ejército, Dean asistió dos años a una universidad comunitaria, pero no cree que le haya servido de mucho. “Nunca he sido otra cosa que un ciudadano grande y estúpido que se gana la vida cortando animales muertos”, menciona.

Annie reporta que Dean ha estado deprimido la mayor parte del tiempo desde el último mes y medio, no tanto tiempo como el que ha estado bebiendo. Lloro un poco y duerme mal, a menudo se despierta muy temprano y es incapaz de volver a dormir. Su apetito ha disminuido y ha perdido unos nueve kilos. Parece crónicamente cansado, y su interés sexual ha disminuido, excepto cuando está borracho, que es la mayor parte del tiempo.

Dean parece mucho mayor de 60 años y es claro que ha perdido peso. Aunque mide casi 1.83 metros, parece de menor estatura por su ropa demasiado grande. Se desploma tranquilamente en su silla y sólo habla cuando le dirigen la palabra, murmurando con una voz monótona. Completamente alerta, presta mucha atención a la conversación y su habla es relevante y, en su mayor parte, coherente. Hay muy poca variación en su afecto y admite que se siente deprimido. Muestra una completa orientación de tiempo, lugar y persona; obtiene 29 de 30 puntos en el MMSE, fallando sólo en recordar la dirección de una calle después de cinco minutos. Dice que nunca ha tenido delirios, pero tampoco tiene mucha introspección sobre el hecho de que las voces que escucha no son reales.

Dean tiene algunos pensamientos acerca de morir. Empezaron con la depresión y ahora las voces se han sumado a la idea. “No me están ordenando que lo haga o que haga algo así. Sólo creen que podría estar mucho mejor lejos”, asevera.

Evaluación de Dean Wannamaker

Para evaluar esta compleja historia, la abordaremos en pequeños trozos.

Para empezar, ¿cuáles son las conductas de Dean relacionadas con la bebida que podrían diagnosticarse? Por supuesto, tiene una serie de indicadores del trastorno por consumo de alcohol: hay síntomas sociales (divorcio, arrestos). Durante el episodio actual de bebida, demuestra tolerancia (no parece borracho con litro y pico de licor fuerte al día), sigue bebiendo a pesar de las alucinaciones (un problema de salud) y consume más alcohol de lo que pretende (“Sólo quería tomar un trago”). Incluso si no consideramos los síntomas de abstinencia, califica para un diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol. Estuvo bebiendo activamente durante el mes pasado, por lo que no puede aplicarse un especificador de curso.

Las quejas somáticas de Dean incluyen pérdida de apetito y de peso, disminución de la libido e insomnio. Estos representan tres capítulos separados del DSM-5-TR® (trastornos alimentarios, del sueño-vigilia y sexuales) y deberíamos elaborar un diagnóstico diferencial para cada uno. Sin embargo, desde un punto de vista tanto estadístico como

lógico, sería sumamente improbable encontrar en un paciente la colección resultante de diagnósticos mentales mayores independientes (principio M, mantenga las cosas simples). De hecho, todas esas quejas somáticas pueden encontrarse en pacientes que tienen depresión, psicosis o trastornos relacionados con el alcohol. Siempre deben considerarse los trastornos del estado de ánimo debidos a otras afecciones médicas, en especial en alguien que ha estado ignorando sus necesidades de salud (principio F). Aunque necesitamos un examen físico y pruebas de laboratorio para tener mayor confianza, ninguna información proporcionada en la viñeta sugiere que Dean tiene dicha afección médica.

A lo largo de su vida adulta tardía, Dean ha escuchado voces de manera intermitente. Determinar la probabilidad de esquizofrenia es una preocupación importante para cualquier paciente con psicosis. Aunque Dean escucha voces, es su único síntoma psicótico. (Está bien, su afecto es restringido, pero yo me apuntaría con la depresión). Por consiguiente, Dean carece de la parte “A” de esos criterios básicos, sacando de la competencia a la esquizofrenia y a los trastornos esquizofreniforme y esquizoafectivo. Los resultados del MMSE descartan el delirium y un trastorno neurocognitivo mayor o leve; la historia excluye un trastorno psicótico debido a otra afección médica. Además, Annie señala que sólo alucina cuando ha estado bebiendo. Por supuesto, casi todos los trastornos psicóticos requieren que los síntomas no tengan una relación directa con el consumo de una sustancia, lo que pone fin a cualquier consideración del trastorno psicótico breve.

Veamos ahora los criterios del trastorno psicótico inducido por medicamentos o sustancias. Éstos requieren alucinaciones o delirios destacados. En vista de que las alucinaciones no aparecen a menos que Dean beba y que cuando se suspende el consumo nunca duran más de unas cuantas semanas, esta historia cumple los criterios del trastorno psicótico inducido por alcohol, con alucinaciones. Si esto se convierte en nuestro diagnóstico de trabajo, agregaremos el especificador *con inicio durante la abstinencia*.

En lo que respecta al trastorno del estado de ánimo, Dean cumple los criterios de inclusión de un episodio de depresión mayor, ya que ha tenido más de dos semanas con un bajo estado de ánimo persistente, fatiga, pérdida de peso, insomnio y pensamientos de suicidio. Sus síntomas no se deben a una afección médica, representan un cambio respecto a su yo usual y ciertamente lo angustian. Sin embargo, estos síntomas ocurrieron después de que empezó a beber y, por ende, podría relacionarse con el alcohol, descartando un trastorno de depresión mayor.

Los criterios para un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias son simples, y Dean parece cumplirlos: ha estado persistentemente deprimido y cumple todos los criterios de un episodio de depresión mayor; también ha estado bebiendo durante varios meses y sabemos que el alcohol puede inducir depresión grave. Aunque su hermano se disparó mientras estaba deprimido, no sabemos si también era un bebedor; una hermana había consumido drogas. Está bien, la información de la historia familiar no es un criterio, pero una y otra vez he mencionado que puede ser un indicador útil (principio B).

El trastorno de depresión mayor es tratable, y puede ser letal, por lo que debería tener alta prioridad en la investigación y posible tratamiento (principio F). No obstante, no debería diagnosticarse automáticamente en cada paciente consumidor de sustancias que informa sentirse deprimido; en muchos casos, los síntomas del estado de ánimo mejoran cuando el paciente deja de consumir la sustancia.

¿Cómo deberíamos considerar entonces las relaciones de los diversos diagnósticos de Dean? Como seguramente el consumo de sustancias fue el primero de esos grupos de síntomas en aparecer (principio X) —Dean empezó a beber a los 12 años, lo que le provocó algunos problemas conductuales incluso cuando de joven estuvo en el ejército—, por lo que es razonable considerarlo primero. Analicemos dos escenarios posibles: (1) El consumo de alcohol induce psicosis y Dean tiene un trastorno independiente de depresión mayor; o (2) el consumo de alcohol induce una psicosis y un trastorno del estado de ánimo. La simplicidad de la segunda formulación, además de nuestro deseo de no apresurarnos a un tratamiento posiblemente innecesario antes de que se necesite, nos empuja al trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, por lo menos hasta que Dean pueda abstenerse por completo del alcohol, y a eso sigue el principio M.

Según la CIE-10, donde codificamos el trastorno por consumo al mismo tiempo que la psicosis o la depresión, registro primero la psicosis; parece requerir tratamiento con más urgencia. Pero estaré feliz de escuchar argumentos. La puntuación GAF de Dean sería de alrededor de 40.

- | | |
|---------|---|
| F10.259 | Trastorno por consumo de alcohol grave, con trastorno psicótico inducido por alcohol, con inicio durante la abstinencia |
| F10.24 | Trastorno depresivo inducido por alcohol, con inicio durante la intoxicación |



CAPÍTULOS MUESTRA