

DSM-5[®]

Guía para el DIAGNÓSTICO CLÍNICO

James Morrison



Manual Moderno[®]

DSM-5[®] Guía para el diagnóstico clínico



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
México, D.F.

Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda

Carrera 12-A No. 79-03/05
Bogotá, D.C.



DSM-5[®]

Guía para el diagnóstico clínico

James Morrison

Traductor:

Dra. Gabriela Enríquez Cotera

Revisor técnico:

Dr. José Javier Mendoza Velásquez

Psiquiatra y psiquiatra de Enlace
Profesor y Tutor de Psicofarmacología,
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez,
Diplomado en Investigación clínica,
Harvard Medical School

Editor responsable:

Dr. José Luis Morales Saavedra

Editorial El Manual Moderno



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

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

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



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com
quejas@manualmoderno.com

Para mayor información en:

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

Título original de la obra:

DSM-5® Made Easy

The clinician's Guide to Diagnosis

© 2014 by The Guilford Press

A Division of Guilford Publications, Inc.

72 Spring Street, New York, NY 10012

www.guilford.com

ISBN: 978-1-4625-1442-7

DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico

ISBN: 978-607-448-489-2 versión impresa

ISBN: 978-607-448-490-8 versión electrónica

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 de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopador, registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito del titular de los derechos patrimoniales.

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

DSM-5® es una marca registrada de la American Psychiatric Association. La APA no participó en la realización de este libro.

DSM-5® is a trademark of the American Psychiatric Association. The APA has not participated in the preparation of this book.



Manual Moderno®

es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Morrison, James, autor.

DSM-5 : guía para el diagnóstico clínico / James Morrison ; traductor Gabriela Enríquez Cotera. — 1a edición. — México, D.F. : Editorial El Manual Moderno, 2015.

xiv, 650 páginas ; 23 cm.

Traducción de: DSM-5 : made easy : the clinician's guide to diagnosis

Incluye índice

ISBN 978-607-448-489-2 (versión impresa)

ISBN 978-607-448-490-8 (versión electrónica)

1. Enfermedad mental – Clasificación. 2. Enfermedad mental – Diagnóstico – Estudios de casos. 3. Psiquiatría. I. Enríquez Cotera, Gabriela, traductor. II. Título.

616.89075-scdd21

Biblioteca Nacional de México

Director editorial y de producción:
Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora asociada:
LCC Tania Uriza Gómez

Diseño de portada:
LDP Karina Oropeza Heredia

Para Mary, quien sigue siendo mi sine qua non

Acerca del autor

James Morrison, MD, es *Affiliate Professor of Psychiatry* en la universidad *Oregon Health and Science University* en Portland. Tiene experiencia amplia tanto en el sector privado como en el público.

El Dr. Morrison ha guiado a miles de profesionales y estudiantes de la salud mental en el mundo, a través de la complejidad de la evaluación y el diagnóstico clínicos con sus aclamados libros prácticos que incluyen el más reciente: *La entrevista psicológica, 1ª edición en español de la cuarta en inglés*, próximo a publicarse por Editorial El Manual Moderno.

Agradecimientos

Muchas personas ayudaron para la creación de este libro. Deseo agradecer de manera especial a mi esposa, Mary, quien me ha dado sin cesar consejos excelentes y apoyo continuo. Chris Fesler fue generoso con su asistencia para la organización de mi página electrónica.

Entre quienes dieron lectura a partes de la versión previa de este libro, *DSM-IV Made Easy*, ya fuera en una fase o en otra, se encuentran Richard Maddock, MD, Nicholas Rosenlicht, MD, James Picano, PhD, K. H. Blacker, MD, e Irwin Feinberg, MD. Me siento agradecido con Molly Mullikin, la secretaria perfecta, quien contribuyó con horas de transcripción y años de servicio inteligente para crear la versión previa de este libro. También estoy profundamente en deuda con los revisores anónimos que me dieron retroalimentación; ustedes saben quiénes son, aún cuando yo no lo sé.

Mi editora, Kitty Moore, una aguda y maravillosa crítica, quien ayudó a desarrollar el concepto desde su origen, y ha sido la piedra angular de la iniciativa para esta nueva edición. También siento un aprecio profundo por los muchos otros editores y personas de producción que laboran en The Guilford Press, entre los que resalta Anna Brackett, *Editorial Project Manager*, quien ayudó a dar forma y velocidad a este libro para enviarlo a impresión. Me permito señalar de manera particular a Marie Sprayberry, quien dio el último impulso con su revisión editorial reflexiva y meticulosa. David Mitchell hizo el trabajo del guardia real al leer el manuscrito de portada a contraportada para descubrir los errores. Estoy en deuda con Ashley Ortiz, por su crítica inteligente a mi página electrónica, y con Kyala Shea, quien ayudó a lanzar el sitio.

Distintos clínicos y otros profesionales aportaron consejos útiles durante el proceso de revisión final. Entre ellos se encuentran Alison Beale, Ray Blanchard, PhD, Dan G. Blazer, MD, PhD, William T. Carpenter, MD, Thomas J. Crowley, MD, Darlene Elmore, Jan Fawcett, MD, Mary Ganguli, MD, Bob Krueger, PhD, Kristian E. Markon, PhD, William Narrow, MD, Peter Papallo, MSW, MS, Charles F. Reynolds, MD, Aidan Wright, PhD, y Kenneth J. Zucker, PhD. Con cada uno de ellos, y a los pacientes incontables que constituyen el origen del material clínico de este libro, me siento profundamente agradecido.

Contenido

| | |
|---|-----|
| Cuadros de uso frecuente | X |
| Introducción | 1 |
| Capítulo 1. Trastornos del neurodesarrollo | 17 |
| Capítulo 2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos | 55 |
| Capítulo 3. Trastornos del estado de ánimo | 108 |
| Capítulo 4. Trastornos de ansiedad | 171 |
| Capítulo 5. Trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados | 199 |
| Capítulo 6. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés | 217 |
| Capítulo 7. Trastornos disociativos | 235 |
| Capítulo 8. Trastorno de síntomas somáticos y otros relacionados | 249 |
| Capítulo 9. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos | 276 |
| Capítulo 10. Trastornos de la excreción | 293 |
| Capítulo 11. Trastornos del sueño-vigilia | 296 |
| Capítulo 12. Disfunciones sexuales | 350 |
| Capítulo 13. Disforia de género | 372 |
| Capítulo 14. Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta | 378 |

| | |
|---|-----|
| Capítulo 15. Trastornos relacionados con sustancias y adicciones | 393 |
| Capítulo 16. Trastornos cognitivos | 474 |
| Capítulo 17. Trastornos de la personalidad | 528 |
| Capítulo 18. Trastornos parafilicos | 564 |
| Capítulo 19. Otros factores que pudieran requerir atención clínica | 589 |
| Capítulo 20. Pacientes y diagnósticos | 601 |
| Apéndices | 637 |
| Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) | 638 |
| Trastornos físicos que afectan el diagnóstico de salud mental | 639 |
| Clases (o nombres) de medicamentos capaces de generar trastornos mentales | 643 |
| Índice | 645 |

Cuadros de uso frecuente

| | |
|--|-----|
| Cuadro 3-2. Codificación para los trastornos bipolar I y depresivo mayor | 167 |
| Cuadro 3-3. Descriptores y especificadores que pueden aplicarse a los trastornos del estado de ánimo | 168 |
| Cuadro 15-1. Síntomas de intoxicación y abstinencia de sustancias | 403 |
| Cuadro 15-2. Números de código de la CIE-10-CM para intoxicación por sustancia, abstinencia de sustancia, trastorno por consumo de sustancia y trastornos mentales inducidos por sustancia | 465 |
| Cuadro 16-1. Codificación para los trastornos neurocognitivos mayores y leves: cinco etiologías | 497 |

Introducción

En el verano que siguió a mi primer año en la escuela de Medicina, visité a un amigo en su casa, que estaba cerca de la institución mental en la que trabajaban sus padres. Una tarde, mientras caminábamos alrededor de sus vastas y abiertas instalaciones, entablamos una conversación con un psiquiatra de base, quien nos comentó sobre su último caso más interesante.

Se trataba de una mujer joven que había ingresado unos cuantos días antes. Mientras acudía a una universidad cercana, cayó en un estado de agitación de manera súbita: hablaba con rapidez y pasaba de modo frenético de una actividad a otra. Después de haber vendido de manera impulsiva su Corvette casi nuevo en US\$500 (aproximadamente \$7 500 pesos mexicanos), sus amigos la llevaron para ser valorada.

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

Para entonces, mi amigo y yo habíamos recibido entrenamiento suficiente en psiquiatría para reconocer que los síntomas y la evolución de la enfermedad de esta mujer eran, por mucho, más congruentes con un episodio de manía que con esquizofrenia. Éramos demasiado jóvenes e inexpertos para cuestionar el diagnóstico de un médico experimentado, pero cuando nos retiramos, expresamos nuestra esperanza ferviente de que la atención de esta paciente fuera menos deficiente que su valoración.

Durante años, la memoria de ese diagnóstico erróneo me ha perseguido, en parte, porque por ningún motivo es un caso aislado en los anales de la salud mental. No fue sino hasta muchos años después que se publicó el primer manual diagnóstico que incluía criterios específicos (DSM-III). Ese libro se transformó a partir de entonces en la enorme quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), publicado por la *American Psychiatric Association*.

Quienes valoran y atienden la salud mental de las personas deben comprender la última edición de lo que se ha convertido en el estándar mundial para la valoración y el diagnóstico. Sin embargo, para sacar provecho del DSM-5, se requiere una gran concentración. Redactado por un comité con el objetivo de aportar estándares para la investigación y también para la práctica clínica en distintas disciplinas, cubre casi cualquier tema relacionado con la salud mental. Pero es posible terminar de leerlo sin saber cómo se aplican los criterios diagnósticos a un paciente en la vida real.

Escribí *DSM-5*[®]. *Guía para el diagnóstico clínico* para hacer que el diagnóstico en salud mental fuera más accesible a los clínicos de todas las profesiones relacionadas con ella. En

estas páginas encontrarán descripciones de cada trastorno mental, con énfasis en los que se presentan en adultos. De esta manera se puede aprender cómo se diagnostica cada uno de ellos. Si se utiliza de manera cuidadosa, en la actualidad, nadie podría tomar los síntomas maníacos de la joven estudiante universitaria por esquizofrenia.

Panorama de la obra

Guías rápidas. Cada capítulo inicia con un resumen de los diagnósticos que se analizan en él y otros trastornos que pudieran afectar a los pacientes que refieren problemas similares. También presenta un índice útil del material que contiene el capítulo.

Material introductorio. La sección de cada trastorno inicia con una descripción breve para orientar al lector en torno al diagnóstico. Incluye una discusión sobre los síntomas principales, quizá un poco de información histórica y algunos datos demográficos, como quiénes pueden desarrollar el trastorno y en qué circunstancias. En esta sección, el autor señala lo que desearía saber si estuviera iniciando la formación como estudiante.

Características esenciales. También conocidos como **prototipos**, se han agregado con la intención de hacer más accesibles los criterios del DSM-5. Durante años, quienes trabajamos en clínica hemos sabido que al evaluar a un paciente nuevo no tomamos un listado de los atributos emocionales y conductuales y comenzamos a palomear cuadritos. Comparamos la información que obtuvimos con la imagen que nos hemos formado sobre los distintos trastornos mentales y de conducta. Cuando los datos corresponden con una imagen, tenemos esa sensación de que todo encaja a la perfección e insertamos ese diagnóstico en nuestra lista de diagnósticos diferenciales (a partir de una larga experiencia y de conversaciones con incontables expertos, puedo asegurar que éste es precisamente el modo en que funcionan las cosas).

En fecha reciente, un estudio sobre los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad* encontró que los clínicos que establecen diagnósticos al calificar a sus pacientes a partir de prototipos tienen un desempeño por lo menos bueno, y en ocasiones mejor que otros que se apegan a criterios estrictos. Esto es, se puede demostrar que los prototipos tienen validez incluso mayor que algunos de los criterios diagnósticos del DSM. Además, se informa que los prototipos pueden ser utilizados por clínicos con un nivel básico de entrenamiento y experiencia; no es necesario contar con 20 años de trabajo clínico para tener éxito con los prototipos. Los expertos refieren que los prototipos son menos problemáticos y tienen mayor utilidad clínica (sin embargo, los prototipos utilizados en los estudios que se mencionan se generaron de los criterios diagnósticos inherentes a los criterios del DSM). Conclusión: es claro que se necesitan criterios, pero podemos adaptarlos de modo que nos sean más útiles.

* 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.

Así que, una vez que recolecte los datos y lea los prototipos, le recomiendo elegir un número para indicar qué tanto se ajusta el paciente al ideal de cualquiera de los diagnósticos que se consideren. La convención que se acepta es la siguiente: 1 = escasa o nula coincidencia; 2 = cierto grado de correspondencia (el paciente tiene pocas características del trastorno); 3 = correspondencia moderada (existen características significativas e importantes del trastorno); 4 = correspondencia buena (el paciente cumple con el estándar; el diagnóstico aplica); 5 = correspondencia excelente (un caso clásico). Los casos que se presentan en este libro siempre tendrán una correspondencia de nivel 4 o 5 (de no ser así, ¿por qué los utilizaría como ejemplos ilustrativos?). Sin embargo, es necesario que el lector haga precisamente eso con cada paciente nuevo que entreviste.

Por supuesto, puede haber momentos en que el lector desee retomar los criterios oficiales del DSM-5. Uno de ellos es cuando usted está comenzando, de manera que puede obtener una imagen de los números precisos de cada tipo de criterios que de modo oficial determinan que el paciente está “dentro”. Otro caso sería cuando se lleva a cabo investigación clínica en la que es necesario informar que todos los participantes se seleccionaron de manera congruente mediante criterios reproducibles y analizados con métodos científicos. Incluso como clínico con experiencia, en ocasiones retomo los criterios vigentes de vez en cuando. Quizá tan sólo sea para tener en mente la información completa que me permita comunicarme con otros clínicos; en ocasiones, se relaciona con mis escritos. Pero la mayoría de las ocasiones, ya sea que esté tratando con pacientes o hablando con estudiantes, me apegó al método de los prototipos al igual que casi todos los otros clínicos activos.

Letras pequeñas. A la mayor parte del material diagnóstico incluido en estas secciones lo denominé **machote**. Cada sección escrita en letra pequeña en realidad contiene uno o más pasos importantes en el proceso diagnóstico. Piénsese de esta manera: el prototipo es útil con fines de inclusión, en tanto que el machote lo es en gran medida para la también importante exclusión de otros trastornos y la delimitación de lo normal. El lenguaje que se utiliza en el machote incluye distintos tipos de frases estereotipadas y advertencias que, como ayuda para la memoria, se han denominado **las D**.

Diagnóstico diferencial. Aquí se enumeran todos los trastornos que deben considerarse como alternativos al valorar los síntomas. En casi todos los casos, esta lista comienza con trastornos por uso de sustancias y trastornos médicos generales que, no obstante su baja frecuencia relativa, usted siempre debe colocar en primer lugar en la lista de los trastornos potenciales para tomarlos en consideración. A continuación, se incluyen las afecciones más sensibles de tratamiento que, por ende, deben atenderse de manera temprana. Sólo al final se agregan las afecciones que tienen un pronóstico funesto, o que uno no puede hacer demasiado para controlar. A esto lo llamo el **principio de seguridad** del diagnóstico diferencial.

Discapacidad o malestar. Para la mayor parte de los grupos de criterios diagnósticos del DSM-5, el paciente debe experimentar cierto grado de tensión o algún tipo de disfunción (laboral, en las interacciones sociales, en las relaciones interpersonales o de algún otro tipo). El propósito de esto es asegurar que diferenciamos a las personas que son pacientes de quienes, si bien son normales, quizá tengan vidas con aspectos interesantes.

Lo más que puedo decir es que **tensión** (o ansiedad-malestar) recibe sólo una definición en todo el DSM-5 (el *Diccionario psiquiátrico* de Campbell ni siquiera la menciona). Las secciones del DSM-5 sobre los trastornos por tricotilomanía y excoriación (rascado de la piel) describen que la tensión incluye sentimientos negativos como vergüenza y despojo del control. No obstante, no queda claro si en el resto del documento se utiliza la misma definición, o cuál pudiera ser la idea dominante en todo el manual. Sin embargo, cierto grado de combinación de pérdida de dignidad, vergüenza y control sirve como definición (el DSM-IV no define **tensión** en ningún sitio).

Duración. Para diagnosticar diversos trastornos, es necesario que los síntomas se presenten durante un tiempo mínimo. Esto sirve nuevamente para asegurar que no se establezcan diagnósticos de manera indiscriminada en todas las personas. Por ejemplo, casi cualquier individuo puede sentirse melancólico o triste en algún momento; para hacerse acreedor a un diagnóstico de trastorno depresivo, debe permanecer en esa condición al menos dos semanas.

Datos demográficos. Algunos trastornos se limitan a ciertos grupos de edad o género.

Notas para codificación. Muchos de los listados de **Características esenciales** concluyen con estas notas, las cuales aportan información adicional en torno a factores especificadores, subtipos, gravedad y otros temas pertinentes al trastorno en cuestión.

Aquí encontrará información en cuanto a la especificación de los subtipos y la determinación de la gravedad de los distintos trastornos. En ocasiones, se agrega un señalamiento que hace referencia a una discusión en torno a los principios que usted puede utilizar para determinar si un trastorno se debe al consumo de sustancias.

Texto entre barras. Para resaltar o poner de relieve lo que usted necesita saber, se ha colocado información entre barras en todo el texto (como la que se muestra arriba). Algunas de estas secciones sólo destacan la información que le ayudará a establecer un diagnóstico con rapidez. Varias contienen información histórica y otros datos colaterales acerca de diagnósticos que he encontrado interesantes. Muchas incluyen notas editoriales: mis opiniones sobre los pacientes, procesos diagnósticos y cuestiones clínicas en general.

Casos clínicos. Basé este libro en ese instrumento confiable: el caso clínico. Mientras fui estudiante, descubrí que con frecuencia tenía dificultad para recordar las características del diagnóstico (como se hacía entonces). Pero una vez que evaluaba y trataba a un paciente, siempre tenía una imagen mental que me ayudaba a recordar los puntos importantes acerca de los síntomas y el diagnóstico diferencial. Espero que los más de 130 pacientes que describo en el *DSM-5*[®]. *Guía para el diagnóstico clínico* hagan lo mismo por usted.

Evaluación. Esta sección resume mi análisis de cada paciente sobre el que he escrito. Explico la manera en que el paciente se ajusta a los criterios diagnósticos y la razón por la que pienso que otros diagnósticos son poco probables. En ocasiones, sugiero que se obtengan datos adicionales o pruebas médicas o psicológicas antes de establecer un diagnóstico definitivo. Las conclusiones que aparecen en estas secciones le permiten contrastar sus ideas con las mías. Existen dos

alternativas para hacer esto. Una es identificar en los casos clínicos las Características esenciales que he enumerado para cada diagnóstico. Sin embargo, si usted desea apegarse al pensamiento de quienes escribieron el DSM-5, también he incluido referencias (entre paréntesis) para cada criterio. Si está en desacuerdo con cualquiera de mis interpretaciones, espero que me envíe un correo electrónico (*morrrjame@ohsu.edu*). **Diagnóstico definitivo.** Por lo general se asignan números de código en el área de registro, y no tenemos que preocuparnos demasiado por ellos. Es una fortuna, puesto que en ocasiones no son perfectamente lógicos. Pero para indicar a quienes trabajan en el área de registro cómo deben proceder, necesitamos poner todo el material diagnóstico que parece pertinente en un lenguaje que se ajuste al formato autorizado. Mis diagnósticos definitivos no sólo explican el modo en que seleccioné los códigos para cada paciente, también proveen modelos que pueden utilizarse para redactar los diagnósticos de sus propios pacientes.

Cuadros. A lo largo de la obra se incluyen varios cuadros para tratar de dar al lector una imagen general de distintos temas: la variedad de especificadores que pueden aplicarse en distintos diagnósticos, una lista de trastornos físicos que pueden producir síntomas emocionales y conductuales. Los de mayor utilidad en un capítulo específico se incluyen ahí. Algunos, que pueden aplicarse de manera más general en todo el libro, se encuentran en el Apéndice.

Mi redacción. A lo largo del libro, he tratado de usar un lenguaje lo más sencillo posible. Mi objetivo ha sido que el material suene como si fuera redactado por un clínico para utilizarlo con los pacientes, no por un abogado para usarlo en la corte. Si en algún sitio fallé, espero que usted me envíe un correo electrónico para hacérmelo saber. En algún momento, trataré de corregirlo, ya sea en una edición futura o en mi página electrónica (o ambos).

Estructura del DSM-5®. Guía para el diagnóstico clínico

Los primeros 18 capítulos* de este libro contienen descripciones y criterios para los diagnósticos principales de salud mental y trastornos de personalidad. El capítulo 19 incluye información relativa a otros términos que usted pudiera encontrar útiles. Muchos de éstos son códigos Z (que el CIE-9 denomina códigos V), que corresponden a condiciones que no constituyen trastornos mentales, pero que, de cualquier manera, requieren atención clínica. De mayor relevancia son los problemas que las personas sin un trastorno mental real tienen para relacionarse con otras (en ocasiones, usted puede incluso inscribir un código Z/V como la causa por la que un paciente fue referido para valoración). En esta sección también se describen los códigos que indican los efectos de los medicamentos, la simulación y la necesidad de obtener más información diagnóstica.

El capítulo 20 contiene una descripción muy breve de los principios diagnósticos, seguida de algunos casos clínicos adicionales que, por lo general, son más complicados que los presentados en páginas anteriores del libro. Hice anotaciones sobre estos casos clínicos para facilitarle la

* El DSM-5 tiene 19, pero, para facilitar la descripción, se combinaron los dos capítulos sobre trastornos del estado de ánimo para integrar uno solo (que es la forma en que aparecen en el DSM-IV). Sin embargo, esto no debe generar confusión; de cualquier manera, el DSM-5 no enumera sus capítulos.

revisión de los principios y criterios diagnósticos antes cubiertos. Por supuesto, sólo se incluyó una pequeña fracción de todos los diagnósticos del DSM-5 en esta sección.

A lo largo del libro, he tratado de aportar al lector información clínica pertinente y accesible, redactada en oraciones simples y declarativas que describen lo que usted necesita saber para diagnosticar a un paciente.

Excentricidades

Éstos son algunos comentarios con respecto a mi idiosincrasia.

Abreviaturas. Me adapté al uso de ciertas abreviaturas no estandarizadas, en particular, las de los nombres de trastornos. Por ejemplo, TPB (trastorno psicótico breve) no es algo que pueda encontrarse en otras fuentes; ciertamente no en el DSM-5. Utilicé esta abreviatura y otras para acortar un poco el texto y así, quizá, reducir, aunque de manera casi imperceptible, el tiempo necesario para leer todas estas páginas. Recurrí a estas abreviaturas *ad hoc* sólo en las secciones sobre trastornos específicos, de manera que no es necesario preocuparse por recordarlas más que el tiempo que tome la lectura de estos trastornos. En efecto, puedo pensar en dos trastornos que en ocasiones se abrevian CD y cuatro que se abrevian SAD, así que siempre es necesario observar el contexto.

Mi misión de reducir la extensión del texto también incluyó los títulos de los capítulos. En aras de parecer incluyente, el DSM-5 complica a veces en extremo estos nombres, desde mi punto de vista. Así que el lector encontrará que en ocasiones los abrevié un poco por conveniencia. El lector debe tener dificultades para saber dónde buscar los trastornos del sueño (que el DSM-5 denomina **trastornos sueño-vigilia**), del estado de ánimo (**trastorno bipolar y otros relacionados**, y **trastornos depresivos**), psicóticos (**espectro de esquizofrenia y otros de tipo psicótico**), cognitivos (**neurocognitivos**), por uso de sustancias (**relacionados con sustancias y adicciones**), de la alimentación (**conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos**) y varios más a los que sólo omito **y relaciono** a partir de los títulos oficiales. De manera similar, en ocasiones elimino el elemento **/fármaco** de la frase “[casi cualquier cosa] **inducida por sustancia/fármaco**”.

{Llaves}. He utilizado estos elementos en las Características esenciales y en algunos cuadros para indicar en qué casos existen dos opciones especificadoras que se excluyen de manera mutua, como {con} {sin} características pronósticas buenas. De nuevo, sólo abrevia un poco las cosas.

Especificadores de gravedad. Uno de los problemas del DSM-5 es que utiliza especificadores de gravedad complejos que difieren de un capítulo a otro, y en ocasiones de un trastorno al siguiente. Algunos de éstos son más fáciles de usar que otros.

Por ejemplo, para las psicosis, se nos ofrecen las Dimensiones de la gravedad de los síntomas de psicosis calificadas por el clínico (¿DGSPCC?), las cuales piden al lector calificar sobre una escala de cinco puntos, a partir de los últimos siete días, cada uno de los ocho síntomas (los cinco síntomas de la psicosis propios de la esquizofrenia más las anomalías de la cognición, depresión y manía). No hay una calificación total, sólo ocho componentes independientes que se recomienda calificar de nuevo cada cierto tiempo. Mi mayor desazón en torno a esta escala, además de

su complejidad y el tiempo que requiere, es que no nos aporta ninguna indicación en cuanto al desempeño general; sólo señala el grado al cual el paciente experimenta cada uno de los ocho síntomas. Por fortuna, el DSM-5 nos informa que podemos calificar al paciente “sin utilizar este especificador de gravedad”, propuesta que muchos clínicos, sin duda, se apresurarán a aceptar.

Evaluación de la capacidad de desempeño. ¿Qué ocurrió con la Escala de evaluación de la actividad global (EEAG; también conocida como escala GAF, por *Global Assessment of Functioning*)? En uso a partir del DSM-III-R y hasta el DSM-IV-TR, la EEAG era una escala de 100 puntos que reflejaba el desempeño general laboral, psicológico y social del paciente, mas no las limitaciones físicas o los problemas ambientales. La escala especificaba recomendaciones en torno a síntomas y comportamientos para ayudar al clínico a determinar las calificaciones de la EEAG de sus pacientes. Quizá debido a la subjetividad inherente a esta escala, su mayor utilidad recaía en el seguimiento de los cambios en el nivel de desempeño del paciente a lo largo del tiempo. (Otro problema: era una mezcla de gravedad, discapacidad, tendencia suicida y síntomas).

Sin embargo, ahora la EEAG se eliminó por varias razones (como lo describió en una plática en 2013 el Dr. William Narrow, Director de investigación del DSM-5). El Dr. Narrow señaló (de manera acertada) que la EEAG mezclaba conceptos (p. ej., psicosis con ideas suicidas) y tenía problemas con la confiabilidad entre aplicadores. Además, lo que en realidad se necesita es una calificación de la discapacidad que nos ayude a comprender qué tan bien puede responder un paciente a responsabilidades laborales y sociales, así como participar en general en la sociedad. Para ello, se recomienda el uso del Cuestionario para la evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, Versión 2.0 (conocido como WHODAS 2.0, por *World Health Organization Disability Assessment Schedule*), que se desarrolló para utilizarse en poblaciones tanto clínicas como abiertas y se ha probado en todo el mundo; también puede consultarse en línea en inglés (www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/). Se califica de la manera siguiente: 1 = nula, 2 = leve, 3 = moderada, 4 = intensa y 5 = extrema. Debe señalarse que los sistemas de calificación de las dos medidas son recíprocos; una calificación alta en la EEAG equivale más o menos a una calificación baja en el WHODAS 2.0.

Tras experimentar un poco, determiné que el WHODAS 2.0 se orienta en gran parte a las habilidades físicas y refleja de modo deficiente las cualidades de salud mental en las que los clínicos tienen interés. Algunos pacientes con enfermedad mental más grave sólo reciben una calificación WHODAS 2.0 moderada; por ejemplo, Velma Dean tuvo una calificación de 20 en la EEAG, pero de 1.6 en el WHODAS 2.0. Además, el cálculo de la calificación WHODAS 2.0 depende de las respuestas del paciente (o del clínico) a 36 preguntas, una carga de recolección de datos que muchos profesionales ocupados no podrán soportar. Y, puesto que estas respuestas incluyen condiciones identificadas en el mes previo, la calificación no puede representar de manera precisa a los pacientes con trastornos mentales de evolución rápida. La EEAG, por su parte, es una vía simple (si bien subjetiva) de estimar la gravedad.

Así que, después de pensarlo mucho, decidí no recomendar el WHODAS 2.0 (cualquiera que esté interesado en una discusión más detallada puede escribirme; me alegrará enviar un cuadro que compara la EEAG con el WHODAS 2.0 para cada paciente mencionado en este libro). Ésta es mi posición en relación con la valoración de la función y la gravedad, y es la última excentricidad que mencionaré: hay que seguir utilizando la EEAG. Nada nos dice que no podamos hacerlo, y en ocasiones la encuentro útil para dar seguimiento a la evolución de un paciente durante el

tratamiento. Se aplica con rapidez, facilidad (de acuerdo, también es subjetiva), y es gratuita. Es posible especificar el nivel vigente de desempeño del paciente o el nivel más alto en cualquier momento. La encontrará en el Apéndice de este libro.

Uso de este libro

Existen varias maneras de utilizar el *DSM-5*[®]. *Guía para el diagnóstico clínico*.

Estudio de un diagnóstico. Por supuesto, puede hacerlo de diversas maneras, pero aquí menciono cómo lo hago. Revise la información introductoria para tener ciertos antecedentes; luego, lea el caso clínico. A continuación, compare la información del caso clínico con las Características esenciales, para asegurarse de que tiene la capacidad para identificar los datos con relevancia diagnóstica. Si desea determinar la precisión con la que los casos clínicos coinciden con los criterios vigentes del DSM-5, lea las evaluaciones de los casos; en esas secciones, analice cada uno de los puntos diagnósticos importantes. En cada sección de evaluación, también encontrará un análisis sobre el diagnóstico diferencial, así como algunas otras condiciones que con frecuencia aparecen asociadas al trastorno en cuestión.

Evaluación de un paciente cuyo diagnóstico se cree conocer. Lea la sección de Características esenciales; luego, compare la información que tiene del paciente con el prototipo. Asigne una calificación del 1 a 5 utilizando la clave ya mencionada. Revise las **D** para asegurarse de que consideró toda la información que descartó en el diagnóstico y los diagnósticos pertinentes alternativos. Si todo está bien y logró su cometido, también le recomendaría leer la sección de evaluación del caso pertinente, tan sólo para asegurarse de haber comprendido los criterios. En ese momento, es posible que usted quiera leer el material introductorio para tener un antecedente.

Evaluación de un paciente nuevo. Siga la secuencia precedente con una excepción: después de identificar una de entre varias áreas de interés clínico como posibilidad diagnóstica, por ejemplo, un trastorno de ansiedad, es posible que usted quiera comenzar a aplicar la Guía rápida que se incluye en el capítulo pertinente. Ahí encontrará informes muy cortos (demasiado breves incluso para denominarse resúmenes) que pudieran orientarle a considerar uno o más trastornos con mayor detalle. Algunos pacientes presentan problemas en distintas áreas, de modo que pudiera ser necesario explorar varios capítulos para seleccionar todos los diagnósticos correctos. El capítulo 20 aporta algunos datos clave adicionales sobre la estrategia diagnóstica.

Desarrollo de una visión más amplia. Por último, existen muchos trastornos diferentes. Usted podrá estar familiarizado con muchos de ellos, pero, con otros, puede ser que su información sea un poco superficial. Así, con sólo leer el libro y prestar atención a los puntos principales (quizá mediante un muestreo de los casos clínicos), puede cargar su carcaj con unas cuantas flechas diagnósticas adicionales. Espero que, de manera eventual, lea todo el libro. Además de presentarle muchos trastornos mentales, también debería hacerle intuir la manera en que un profesional que diagnóstica podría abordar una serie de problemas clínicos.

Cualquiera que sea el procedimiento que usted elija, le recomiendo limitar su lectura a segmentos más cortos. He hecho mi mayor esfuerzo para simplificar los criterios y explicar la lógica que los respalda. Sin embargo, si usted valora varios diagnósticos a la vez, es probable que comiencen a confundirse en su mente. También recomiendo otro paso para ayudarle a aprender más rápido: una vez que lea un caso, regrese y trate de seleccionar cada una de las Características esenciales antes de consultar mi evaluación. Retendrá mejor el material si compara de manera activa la información del caso clínico con esas características que si sólo se limita a absorber de modo pasivo lo que he escrito.

Números de código

El DSM-5 se publicó justo antes de que la décima revisión de la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE-10) entrara del todo en acción en EUA (por años se había usado en otros sitios del mundo). Así, cuando se publicó el DSM-5, aún se encontraba en uso la CIE-9*. La transición está programada para el 1 de octubre de 2014. En el DSM-5 se imprimieron entre paréntesis los números de codificación diagnóstica de la CIE-10. Asumo que los lectores usarán el libro durante muchos años, de manera que di prioridad a las versiones CIE-10 e incluí los números antiguos entre corchetes. Éste es un ejemplo:

F40.10 [300.23] Trastorno de ansiedad social

Sin embargo, es probable que en EUA se usen de manera inconstante los códigos de la CIE-9 y la CIE-10 durante otra década más o menos.

Una característica de los códigos de la CIE-10 es que son mucho más completos que los de la CIE-9. Esto es útil para una identificación precisa, recuperación de información destinada a la investigación y para otros propósitos informativos. Sin embargo, aumenta la cantidad de números con los que tenemos que estar familiarizados. En general, traté de incluir lo que usted necesita saber junto con la información diagnóstica relacionada con cada trastorno que analizo. Parte de esta información es tan extensa y compleja que la condensé en uno o dos cuadros. El más notable es el cuadro 15-2 del capítulo 15, el cual presenta los números de codificación de la CIE-10 para los trastornos mentales relacionados con consumo de sustancias.

Uso del sistema de clasificación del DSM-5

Después de décadas de defender los cinco ejes sobre los cuales se registraba la valoración biopsicosocial de nuestros pacientes, el DSM-5 ha dado finalmente el último paso y un giro completo. Ahora, los trastornos mentales, de la personalidad y físicos se registran en el mismo sitio, con el

* Desde la perspectiva técnica, las dos CIE son una versión que se denomina MC (Modificación clínica), de donde deriva el título CIE-9-MC y CIE-10-MC. En este libro, utilizaré las versiones MC. De esta manera, sólo cito CIE-10.

diagnóstico principal en primer lugar. Cuando se hace un diagnóstico “debido a” (como en el caso de un trastorno catatónico debido a esclerosis tuberosa), la regla de la CIE es mencionar primero el proceso patológico físico. A continuación se menciona la causa real que indujo a la consulta y se agrega entre paréntesis el enunciado (**causa de la consulta**) o (**diagnóstico principal**). No estoy seguro de la frecuencia con la que los clínicos se apegarán a esta convención. Sospecho que muchos analizarán que se trata de una cuestión de registro médico y no le prestarán más atención. En cualquier caso, ésta es la forma en que usted puede redactar el diagnóstico.

Resulta evidente que usted necesita registrar cada diagnóstico mental. La mayoría de pacientes cuenta por lo menos con uno, y muchos tendrán dos o más. Por ejemplo, imagine que tiene un paciente con dos diagnósticos: trastorno bipolar I y trastorno por consumo de alcohol (observe, por cierto, que seguí el nuevo estilo refrescante del DSM-5, que consiste en abandonar el sistema previo, práctica un tanto germánica para sacar provecho de los nombres de diagnósticos específicos). Si sigue la regla del DSM-5, mencione primero el diagnóstico que indujo, en mayor medida, a la valoración que se está realizando.

Suponga que, mientras evalúa el trastorno de ansiedad social, descubre que el paciente también ha estado bebiendo suficiente alcohol como para justificar el diagnóstico de trastorno leve por consumo de alcohol. De esta manera, el diagnóstico debe registrarse como:

| | |
|-----------------|--|
| F40.10 [300.23] | Trastorno de ansiedad social |
| F10.10 [305.00] | Trastorno por consumo de alcohol, leve |

En este ejemplo, el primer diagnóstico tendría que ser trastorno de ansiedad social (razón por la que el paciente solicitó tratamiento). Y, por supuesto, si el consumo de alcohol hubiera impulsado la valoración, el orden de estos diagnósticos se invertiría.

El DSM-IV necesitaba una ubicación independiente para los trastornos de la personalidad y lo que se denominaba entonces retraso mental. El propósito era dar un estatus especial a estos atributos de toda la vida y asegurar que no sean ignorados al atender la patología principal, que suele ser más apremiante. Sin embargo, la lógica de la división no siempre era impecable; así, en parte para coordinar este acercamiento con la forma en que el resto del mundo mira ahora los trastornos mentales, el DSM-5 eliminó los ejes. En todo caso, los trastornos de la personalidad y el retraso mental (o discapacidad intelectual, como se le denomina ahora) se incluyen debidamente junto con todos los otros diagnósticos mentales y físicos. Pienso que esto es bueno, no obstante, al igual que con todos los cambios, los clínicos más viejos requeriremos algún tiempo para adaptarnos a ello. Esto también implica que materiales como la calificación de la EEAG del paciente (o la calificación del WHODAS 2.0, en caso de que se decida utilizarla) tendrán que incluirse en el cuerpo del resumen diagnóstico.

Diagnóstico incierto

Si usted no está seguro de que un diagnóstico es correcto, considere el uso de un factor de calificación del DSM-5 (**provisional**). Este término puede ser apropiado si piensa que cierto diagnóstico es correcto, pero carece de antecedentes suficientes para respaldar su impresión. O quizá la enfermedad del paciente aún se encuentre en una fase temprana de evolución y usted espera que,

en breve, se desarrollen más síntomas. O puede estar esperando resultados de laboratorio para confirmar la presencia de otro trastorno médico que se sospecha como causa de la patología del paciente. Cualquiera de estas situaciones podría justificar un diagnóstico provisional. Para un par de diagnósticos del DSM-5, psicosis esquizofreniforme y trastorno psicótico breve, es necesario que usted agregue (**provisional**) si los síntomas aún no se resuelven. Sin embargo, usted podría usar este término en casi cualquier situación en la que parezca que la práctica diagnóstica segura lo justifique.

¿Y qué pasa con un paciente que cubre casi todos los criterios, que ha estado enfermo durante mucho tiempo, que ha respondido al tratamiento apropiado para el diagnóstico y que tiene antecedentes familiares del mismo trastorno? Este paciente merece un diagnóstico definitivo, incluso si los criterios no se cubren por completo. Por ello he preferido el uso de los prototipos. Después de todo, los diagnósticos no los determinan los criterios, sino los clínicos, que utilizan los criterios como guía. Éstos son **recomendaciones** (*guidelines*), como en “ayudarle”, no **grilletes**, como en “encadenarle”.

En efecto, el DSM-5 provee otro mecanismo para enumerar un diagnóstico que parezca incierto: “otro trastorno [denominación] especificado”. Esto le permite registrar el nombre de la categoría junto con la razón específica por la que considera que el paciente no cubre los criterios para el diagnóstico. En el caso de un paciente que tiene un cúmulo masivo de material inútil en casa, pero que no sufre tensión o discapacidad, usted podría registrar “otro trastorno por acumulación especificado, falta de tensión o disfunción”.

Apuesto que ambos estaríamos interesados en saber con cuánta frecuencia se aplica esta opción.

Indicación de la gravedad de un trastorno

El DSM-5 incluye especificadores de gravedad precisos para muchos diagnósticos. Por lo general se explican, en buena medida, por sí mismos, y en casi todos los casos he tratado de acomodarlos sólo un poco más. El DSM-IV recurrió a la EEAG como una alternativa genérica para indicar la intensidad; ya mencioné antes que me gustaría seguir utilizándola.

Otros especificadores

Muchos trastornos incluyen especificadores que indican información diversa: con (o sin) ciertos síntomas acompañantes definidos, grados actuales de remisión y características de evolución, como inicio temprano (o tardío) o recuperación, ya sea parcial o completa. Algunos de estos especificadores necesitan números de código adicionales; en otros sólo es cuestión de agregar palabras. Añada tantos como sea necesario. Cada uno tiene el potencial de ayudar al clínico siguiente a comprender un poco mejor a ese paciente.

Condiciones y trastornos físicos

La enfermedad física puede tener un efecto directo sobre los diagnósticos mentales del paciente; esto es válido, en particular, para los trastornos cognitivos. En otros casos, la enfermedad física puede afectar (o ser afectada por) el tratamiento de un trastorno mental. Un ejemplo sería la hipertensión en un paciente psicótico que piensa que el medicamento ha sido envenenado (parte de este tema se analiza de manera formal en el diagnóstico de los factores psicológicos que afectan otras condiciones mentales; véase el capítulo 8, p. 266). En todo caso, si los trastornos físicos solían tener su propio eje, ya no es así. En el esquema de registro de la CIE-10, es necesario que, cuando un trastorno mental sea causado por una condición física, la condición física se mencione primero.

Problemas psicosociales y ambientales

Es posible referir ciertos eventos o condiciones ambientales o psicosociales de otro tipo que pueden afectar el diagnóstico o el manejo de su paciente. Pueden haber sido causados por el trastorno mental o ser eventos independientes. Deben haberse presentado en el transcurso del año previo a su valoración. Si se desarrollaron antes, debieron haber contribuido al desarrollo del trastorno mental o constituir un foco de tratamiento. Para el DSM-5, es necesario que utilicemos códigos Z de la CIE-10 (o códigos V de la CIE-9) para los problemas que identifiquemos. Incluí una lista completa de los disponibles en el capítulo 19. Cuando se registren, es preciso ser tan específico como sea posible. El lector encontrará muchos ejemplos distribuidos en todo el texto.

¿Qué es exactamente un trastorno mental?

Existen muchas definiciones de **trastorno mental**, ninguna de las cuales es precisa y completa. Quizá esto se deba a que nadie ha definido aún de manera adecuada el término **anormal**. (¿Significa que el paciente se siente incómodo? De ser así, muchos pacientes con episodios maníacos no son anormales. ¿Es anormal lo que es inusual? Entonces las personas muy inteligentes son anormales).

Los autores del DSM-5 presentan la definición de trastorno mental que utilizaron para ayudarse a decidir si incluían o no un diagnóstico en su libro.

Un **trastorno mental** es un síndrome con relevancia clínica; esto es, una colección de síntomas (pueden ser conductuales o psicológicos) que causa a la persona discapacidad o malestar en el desempeño social, personal o laboral.

Los síntomas de cualquier trastorno deben ser algo más que una reacción esperada a un evento cotidiano, como la muerte de un pariente. Los comportamientos que reflejan ante todo un conflicto entre el individuo y la sociedad (p. ej., la ideología fanática religiosa o política) no suelen considerarse trastornos mentales.

Varios puntos adicionales sobre los criterios para los trastornos mentales merecen enfatizarse:

1. Los trastornos mentales describen procesos, no personas. Se explica este punto debido a los temores de algunos clínicos de que al utilizar esos criterios de alguna manera están “etique-

tando a la gente”. Los pacientes con el mismo diagnóstico pueden ser diferentes entre sí en muchos aspectos importantes, como síntomas, personalidad y otros diagnósticos que pudieran tener, y en muchos aspectos distintivos de sus vidas personales que no tienen nada que ver con su condición emocional o conductual.

2. En cierto grado, algo de lo anormal, y por supuesto mucho más lo que no lo es, es determinado por la cultura de cada individuo. Cada vez más aprendemos a tomar en consideración la cultura al definir los trastornos y evaluar a los pacientes.
3. No debe asumirse que existen límites definidos entre los trastornos, o entre cualquier trastorno y la denominada “normalidad”. Por ejemplo, los criterios para los trastornos bipolar I y bipolar II diferencian con claridad uno de otro (y a las personas que no los padecen). En realidad, todas las condiciones bipolares (y quizá muchas otras) pueden ubicarse en algún punto del continuo.
4. La diferencia esencial entre una afección física como neumonía o diabetes y un trastorno mental como la esquizofrenia y el trastorno bipolar I es que conocemos las causas de la neumonía o diabetes. Sin embargo, cualquiera de estos trastornos mentales podría tener una base física; quizá aún no la hemos descubierto. En términos operativos, la diferencia entre trastornos físicos y mentales es que los primeros no son tema del DSM-5 o del *DSM-5®. Guía para el diagnóstico clínico*.
5. En términos generales, el DSM-5 sigue el modelo médico de la enfermedad. Con esto no quiero decir que se recomiende la prescripción de medicamentos. Quiero decir que se trata de un trabajo descriptivo derivado (en gran medida) de estudios científicos con grupos de pacientes que parecen tener mucho en común, como síntomas, signos y evolución de su enfermedad. La inclusión se justifica, en mayor medida, por los estudios de seguimiento, los cuales demuestran que las personas que pertenecen a estos grupos tienen una evolución de enfermedad predecible en los meses, o en ocasiones años, por venir.
6. Con pocas excepciones, el DSM-5 no hace conjeturas acerca de la etiología de la mayor parte de estos trastornos. Éste es el famoso “enfoque no teórico” que ha sido tan elogiado y criticado. Por supuesto, casi todos los clínicos estarían de acuerdo sobre la causa de algunos de los trastornos mentales (vienen a mi mente los trastornos neurocognitivos, como el trastorno neurocognitivo por enfermedad de Huntington o con cuerpos de Lewis).

Las descripciones de la mayor parte de los diagnósticos del DSM-5 serán bien aceptadas por los clínicos cuyas perspectivas filosóficas incluyen la teoría social y del aprendizaje, la psicodinámica y la psicofarmacología.

Algunas advertencias

Para definir los trastornos de la salud mental, existen algunas advertencias que, vale la pena repetir:

1. El hecho de que el manual omita un trastorno no implica que éste no exista. Hasta ahora, con cada nueva edición del DSM, el número de trastornos mentales incluidos ha aumentado. Según como mida usted esta situación, el DSM-5 parece ser una excepción. Por un lado, contiene cerca de 600 afecciones codificables, casi el doble del número que incluía su predecesor, el

DSM-IV-TR.* Por otro lado, el DSM-5 contiene 157 diagnósticos principales una reducción general cercana a 9%. Esta proeza se logró al agrupar una buena cantidad de afecciones bajo un mismo título (como ocurrió, p. ej., en el capítulo de los trastornos sueño-vigilia). Sin embargo, es probable que aún existan más afecciones por ahí esperando a ser descubiertas.

2. El diagnóstico no es para aficionados. Contar con una serie de prototipos no constituye un sustituto del entrenamiento profesional en técnicas de entrevista, diagnóstico y las muchas otras habilidades que necesita el clínico de la salud mental. El DSM-5 afirma, y concuerdo con ello, que el diagnóstico consiste en algo más que sólo palomear cuadrillos relacionados con una serie de síntomas. Se requiere educación, entrenamiento, paciencia y, sí, pacientes (es decir, la experiencia de valorar la salud mental de muchos pacientes).
3. Es posible que el DSM-5 no pueda aplicarse de manera uniforme a todas las culturas. Estos criterios derivan en buena parte de estudios realizados en pacientes norteamericanos y europeos. Si bien los DSM han sido muy utilizados con gran éxito en todo el mundo, no puede asegurarse que los trastornos mentales que describen ampliamente clínicos norteamericanos y europeos puedan traducirse a otros lenguajes y otras culturas. Debemos estar concientes de la patología diagnóstica en pacientes que expresan creencias inusuales sustentadas en subculturas étnicas o de otros tipos. Un ejemplo sería la creencia en brujas, que alguna vez prevaleció entre ciertos nativos americanos.
4. El DSM-5 no pretende tener la fuerza de la ley. Sus autores reconocen que las definiciones que utiliza el sistema judicial con frecuencia se oponen a los requisitos científicos. Así, es posible que padecer un trastorno mental mencionado en el DSM-5 no pueda evitar que un paciente reciba castigo o se someta a ciertas restricciones legales en su comportamiento.
5. Por último, el manual diagnóstico es tan bueno como la gente que lo utiliza. Hacia fines de su carrera, George Winokur, uno de mis profesores favoritos en la escuela de Medicina (y mi primer jefe una vez que terminé mi formación), fue coautor de un documento breve[†] que investigaba la precisión con la que el DSM (en ese momento, el DSM-III) aseguraba la congruencia del diagnóstico. Incluso entre clínicos de una misma institución con enfoques diagnósticos similares había problemas. En particular, Winokur *et al.* llamaron la atención en torno a la cantidad de tiempo que se invertía en establecer un diagnóstico de salud mental, las interpretaciones erróneas sistemáticas de los criterios y las lecturas erróneas no sistemáticas de los mismos. Concluyeron que “La Biblia puede decirnos esto, pero los criterios no. Son mejores que lo que teníamos, pero aún distan mucho de ser perfectos”.

Los pacientes

Muchos de los pacientes que describí en los casos clínicos se componen de varias personas que he conocido; en algunos casos, los refiero justo como los conocí. Sin embargo, en todas las ocasiones

* Gran parte de este aumento no se debe a la existencia de trastornos nuevos, sino a que se hicieron rebanadas más delgadas del *pay* original, y se sirvieron con números nuevos que reflejan las distinciones diagnósticas más finas del DSM-5 (y la CIE-10). En particular se encuentran bien representadas ahora las casi 300 formas de decir “[esta u otra cosa] inducida por sustancia/fármaco”.

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

(excepto en las muy pocas en que recurrí a personas conocidas reales), modifiqué la información vital para proteger su identidad, aportar información adicional y, en ocasiones, sólo para hacer más interesantes los casos. Por supuesto, los casos clínicos no incluyen todas las características de los diagnósticos que tratan de ilustrar, pero es difícil que esto ocurra con algún paciente. Mi intención ha sido, transmitir el sabor de cada trastorno.

Si bien incluí más de 130 casos clínicos para cubrir la mayor parte de las condiciones principales mencionadas en el DSM-5, usted podrá identificar algunas omisiones. Por un lado, existen demasiados diagnósticos como para poder ilustrar cada uno de los trastornos relacionados con sustancias, estado de ánimo, psicóticos y ansiedad, lo que haría necesario un libro del doble de tamaño de éste. Para los trastornos que inician en una fase temprana de la vida (capítulo 1), incluí casos y discusiones sólo cuando existe probabilidad de identificar el trastorno en un adulto. De manera específica, se trata de la discapacidad intelectual, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, el trastorno del espectro autista y el trastorno de Tourette. Sin embargo, el lector encontrará prototipos y discusiones introductorias breves para todos los trastornos que inician durante el periodo del neurodesarrollo. Así, el *DSM-5®. Guía para el diagnóstico clínico* contiene material diagnóstico pertinente a todos los trastornos mentales mencionados en el DSM-5.

Trastornos del neurodesarrollo

En las ediciones previas del DSM, el nombre de este capítulo era incluso más largo: “Trastornos que por lo general se diagnostican durante la infancia, la niñez o la adolescencia”. Ahora, el interés se concentra en el individuo durante el periodo formativo, cuando se desarrolla el sistema nervioso, por tanto, y con lógica suficiente, en el neurodesarrollo. Sin embargo, el *DSM-5®. Guía para el diagnóstico clínico* hace hincapié en la valoración de pacientes de mayor edad, en una fase tardía de la adolescencia y la madurez, y más allá.

Por ello, se han ordenado los trastornos que se discuten en este capítulo de la siguiente manera: al inicio se colocaron los trastornos que se revisan a profundidad y se mencionan más adelante sólo los prototipos (con cierto grado de discusión) para otros trastornos.

Muchos de los trastornos que se analizan en capítulos subsecuentes pueden detectarse por primera vez en niños o en adolescentes jóvenes; la anorexia nerviosa y la esquizofrenia son dos ejemplos. Por el contrario, muchos de los trastornos que se analizan en este capítulo pueden seguir causando problemas incluso años después de que el niño crece. Sin embargo, sólo algunos tienen relevancia para los clínicos que atienden a adultos. Para el resto de los trastornos que el DSM-5 incluye en su primer capítulo, se realizó introducción y se presentan las **Características esenciales**, pero no se incluye ningún caso como ejemplo ilustrativo.

Guía rápida para los trastornos del neurodesarrollo

En cada **Guía rápida**, el número de página que sigue a cada elemento siempre alude al punto en el que inicia la discusión. También se mencionan abajo, al igual que en cualquier otro diagnóstico diferencial bien integrado, varias condiciones que surgen en la juventud, las cuales se discuten en otros capítulos.

Autismo y discapacidad intelectual

Discapacidad intelectual. Esta condición suele iniciar en la infancia; las personas que la padecen tienen una inteligencia limitada, lo que les hace requerir ayuda especial para adaptarse a la vida (p. 20).

Desempeño intelectual limítrofe. Este término se refiere a las personas con clasificación nominal en el intervalo de coeficiente intelectual (CI) de 71 a 84 que carecen de los problemas de adaptación relacionados con la discapacidad intelectual (p. 598).

Trastorno del espectro autista. Desde la niñez temprana, el paciente muestra disfunción en la interacción y comunicación social, así como conductas e intereses estereotípicas (p. 26).

Retraso global del desarrollo. Use este diagnóstico cuando un niño menor de 5 años de edad parece quedarse atrás en cuanto al desarrollo, pero usted no puede determinar con certidumbre a qué grado (p. 26).

Discapacidad intelectual no especificada. Utilice esta categoría cuando un niño de 5 años de edad o más no puede ser valorado de modo confiable, quizá por alguna disfunción física o mental (p. 26).

Trastornos de comunicación y aprendizaje

Trastorno del lenguaje. El retraso de un niño en el uso del lenguaje hablado y escrito se caracteriza por vocabulario limitado, oraciones con gramática incorrecta y dificultad para comprender palabras u oraciones (p. 46).

Trastorno de la comunicación social (pragmático). A pesar de contar con un vocabulario adecuado y capacidad para integrar oraciones, estos pacientes tienen dificultad con el uso práctico del lenguaje; sus interacciones en la conversación tienden a ser inapropiadas (p. 49).

Trastorno del sonido del lenguaje. La expresión oral correcta se desarrolla con lentitud respecto de la edad o el dialecto del paciente (p. 47).

Trastorno de fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo). La fluidez normal de la expresión oral se interrumpe con frecuencia (p. 47).

Mutismo selectivo. Un niño decide no hablar, excepto cuando se encuentra solo o con personas cercanas específicas. El DSM-5 enumera esta categoría como un trastorno de ansiedad (p. 187).

Trastorno específico del aprendizaje. Implica problemas con lectura (p. 51), matemáticas (p. 51) o expresión escrita (p. 52).

Problema académico o educativo. Este código Z se utiliza cuando un problema escolar (distinto de un trastorno del aprendizaje) es el punto central del tratamiento (p. 591).

Trastorno de la comunicación no especificado. Use este diagnóstico para los problemas de comunicación en los que no cuenta con información suficiente para establecer un diagnóstico específico (p. 50).

Trastornos de tics y motores

Trastorno del desarrollo de la coordinación. El paciente muestra lentitud para desarrollar la coordinación motriz; en algunos casos, también presenta trastorno por déficit de atención/hiperactividad o trastornos del aprendizaje (p. 43).

Trastorno de movimientos estereotípicos. Los pacientes se mecen de manera repetida, se golpean la cabeza, se muerden o pinchan su propia piel u orificios corporales (p. 44).

Trastorno de Gilles la Tourette. En estos pacientes se presentan con frecuencia tics vocales y motores múltiples durante todo el día (p. 39).

Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico). Un paciente presenta tics motores o vocales, pero no ambos (p. 42).

Trastorno de tics transitorio. Se presentan tics durante no más de un año (p. 42).

Trastorno de tics de otros tipos o no especificado. Use una de estas categorías para los tics que no cubran los criterios para alguno de los trastornos precedentes (p. 43).

Trastornos por déficit de atención y comportamiento disruptivo

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad. En esta condición frecuente (que suele abreviarse TDA/H), los pacientes son hiperactivos, impulsivos o distraídos, y a menudo presentan las tres características (p. 33).

Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado (o no especificado). Use estas categorías cuando haya síntomas de hiperactividad, impulsividad o falta de atención que no cubran los criterios completos para el TDA/H (p. 38).

Trastorno negativista desafiante. Persisten manifestaciones múltiples de comportamiento negativista por al menos seis meses (p. 380).

Trastorno de la conducta. Un niño viola de manera persistente las reglas o los derechos de otros (p. 381).

Trastornos de la ingesta de alimentos, el sueño y la excreción

Pica. El paciente consume material que no es alimento (p. 288).

Trastorno de rumiación. Se observan regurgitación y mascado persistentes de los alimentos que ya se ingerieron (p. 289).

Encopresis. A los 4 años de edad o más, el paciente elimina de manera repetida heces en su ropa o el piso (p. 294).

Enuresis. A los 5 años de edad o más se presenta excreción repetida de orina (puede ser voluntaria o involuntaria) en la cama o la ropa (p. 293).

Trastorno del despertar del sueño no REM, del tipo con terrores nocturnos. Durante la primera parte de la noche, estos pacientes gritan por un miedo manifiesto. A menudo, no despiertan en realidad. Esta conducta se considera patológica sólo en adultos, no en niños (p. 333).

Otros trastornos o condiciones que inician en el periodo del desarrollo

Problema de relación padre-hijo. Este código Z se utiliza cuando no existe un trastorno mental, pero un niño y uno de sus progenitores tienen problemas para relacionarse (p. ej., sobreprotección o disciplina inconsistente; p. 589).

Problema de relación entre hermanos. Este código Z se utiliza cuando existen dificultades entre hermanos (p. 590).

Problemas relacionados con el abuso o negligencia. Es posible utilizar distintos códigos Z para cubrir las dificultades que derivan del abandono o del abuso sexual o físico de niños (p. 594).

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. El estado de ánimo de un niño es negativo de modo persistente entre rabietas intensas (p. 149).

Trastorno de ansiedad por separación. El paciente desarrolla ansiedad cuando se separa del progenitor o del hogar (p. 188).

Trastorno de estrés postraumático en preescolares. Los niños reviven o re-experimentan un evento traumático grave de manera repetida como accidentes vehiculares, desastres naturales o guerras (p. 223).

Disforia de género en niños. Un niño o niña desea ser del género contrario (p. 374).

Trastorno facticio aplicado a otro. Un cuidador adjudica síntomas a otra persona, por lo general un niño, sin intención de obtener alguna ganancia material (p. 269).

Otro trastorno del neurodesarrollo especificado (o no especificado). Estas categorías sirven para los pacientes cuyas dificultades no cubren los criterios para alguno de los trastornos mencionados (p. 54).

Autismo y discapacidad intelectual

Discapacidad intelectual (trastorno intelectual del desarrollo)

Los individuos con discapacidad intelectual (DI), antes denominada retraso mental, tienen dos tipos de problemas, uno de los cuales deriva del otro. En primer lugar, existe una deficiencia fundamental en su capacidad para pensar. Ésta consiste en una combinación de problemas con el pensamiento abstracto, el juicio, la planeación, la resolución de problemas, el razonamiento y el aprendizaje general (ya sea a partir del estudio académico o de la experiencia). Su nivel general de inteligencia, determinado por una prueba estándar individual (no una de las pruebas grupales, que tienden a ser menos precisas), es menor que el promedio. En términos prácticos, por lo general implica un CI menor de 70 (en los lactantes, sólo podemos juzgar de manera subjetiva el desempeño intelectual).

La mayor parte de las personas con una discapacidad de este tipo necesita ayuda especial para adaptarse. Esta necesidad define el otro requisito central para el diagnóstico: la capacidad del paciente para adaptarse a las demandas de la vida ordinaria, en la escuela, en el trabajo y en casa con la familia, debe tener algún compromiso relevante. Es posible desglosar el desempeño adaptativo en tres áreas: (1) conceptual, que depende del lenguaje, las matemáticas, la lectura, la escritura, el razonamiento y la memoria para resolver problemas; (2) social, que incluye la aplicación de habilidades como empatía, comunicación, conciencia en cuanto a las experiencias de otras personas, juicio social y autorregulación; y (3) práctico, que incluye la regulación del comportamiento, organización de tareas, control de las finanzas y manejo del cuidado personal y

recreación. El éxito de estas adaptaciones depende de la educación del paciente, entrenamiento laboral, motivación, personalidad, apoyo que recibe de personas allegadas y, por supuesto, del grado de inteligencia.

Por definición, la DI inicia en el periodo del desarrollo (niñez y adolescencia). Por supuesto, en la mayor parte de los casos, el comienzo se ubica justo al principio de este periodo, por lo general, en el periodo neonatal y la lactancia, incluso a menudo antes del nacimiento. Si este comportamiento comienza a los 18 meses o más, se denomina con frecuencia trastorno neurocognitivo mayor (demencia); por supuesto, la demencia y la DI pueden coexistir. La valoración diagnóstica debe llevarse a cabo con cautela, en particular, en niños más pequeños que pueden tener otros problemas que impidan una evaluación precisa. Algunos de estos pacientes, una vez que se sobreponen, por ejemplo, a disfunciones sensoriales de audición o visión, ya no parecen tener compromiso intelectual.

Distintos problemas del comportamiento suelen relacionarse con la DI, pero no constituyen criterios para el diagnóstico. Entre ellos se encuentran agresividad, dependencia, impulsividad, pasividad, autolesión, terquedad, autoestima baja y escasa tolerancia a la frustración. La credulidad y la inocencia pueden llevar al riesgo de la explotación por otros. Algunos pacientes con DI también padecen trastornos del estado de ánimo (que con frecuencia no se diagnostican), trastornos psicóticos, capacidad limitada para mantener la atención e hiperactividad. Sin embargo, muchos otros son personas serenas, amorosas y agradables con quienes otros encuentran placentero vivir y asociarse.

Si bien muchos pacientes con DI parecen normales, otros cuentan con características físicas que son evidentes, incluso para el observador sin entrenamiento. Incluyen estatura baja, convulsiones, hemangiomas y malformaciones en ojos, oídos y otras partes de la cara. Es probable que se establezca pronto un diagnóstico de DI cuando existen anomalías físicas concomitantes (como las que se asocian al síndrome de Down). La DI afecta a alrededor de 1% de la población general. La prevalencia en varones es superior a la de las mujeres, casi de 3:2.

Entre las muchas causas de la DI se encuentran anomalías genéticas, efectos de sustancias químicas, daño cerebral estructural, errores innatos del metabolismo y enfermedad en la infancia. La DI de un individuo puede tener causas biológicas, sociales o de ambos tipos. Algunas de estas etiologías se mencionan en seguida (con los porcentajes aproximados de todos los pacientes con DI que representan):

Causas genéticas (alrededor de 5%). Anomalías cromosómicas, enfermedad de Tay-Sachs, esclerosis tuberosa.

Factores tempranos del embarazo (alrededor de 30%). Trisomía 21 (síndrome de Down), consumo materno de sustancias, infecciones.

Factores tardíos del embarazo y perinatales (alrededor de 10%). Prematuridad, anoxia, traumatismo durante el parto, desnutrición fetal.

Afecciones físicas adquiridas durante la niñez (alrededor de 5%). Intoxicación con plomo, infecciones, traumatismos.

Factores ambientales y trastornos mentales (alrededor de 20%). Privación cultural, esquizofrenia de inicio temprano.

Sin causa identificable (alrededor de 30%).

Si bien la medición de la inteligencia ya no figura entre los criterios oficiales del DSM-5, en los prototipos que se presentan más adelante se incluyen los intervalos de CI para dar cierta base

de anclaje a los distintos especificadores de gravedad. Sin embargo, recuerde que el desempeño adaptativo, no un número en una página, es lo que determina el diagnóstico definitivo para cualquier individuo.

Incluso las pruebas de CI de aplicación individual tienen algunos errores. Por ello, en los pacientes con CI de, incluso, 75 puede establecerse en ocasiones el diagnóstico de DI: no obstante, tienen problemas en el desempeño adaptativo que ayudan a definir la condición. Por otra parte, de vez en cuando, un individuo con CI por debajo de 70 puede tener un desempeño lo suficientemente bueno para no clasificarse en este diagnóstico. Además, las diferencias culturales, la enfermedad y las características mentales pueden afectar la precisión de la prueba de CI.

La interpretación de las calificaciones de CI también debe considerar la posibilidad de que exista **dispersión** (mejor desempeño en pruebas verbales que en pruebas de desempeño, o viceversa), así como discapacidades físicas, culturales y emocionales. Estos factores no son fáciles de juzgar; algunas baterías de prueba pueden necesitar la ayuda de un psicometrista experimentado. Estos factores se encuentran entre las razones por las que las definiciones de la DI han dejado de depender sólo de los resultados de las pruebas de CI.

Características esenciales de la **discapacidad intelectual**

Desde sus primeros años de vida, las personas con DI se ven envueltas en dificultades cognitivas. En efecto, se trata de problemas de dos tipos. En primer lugar, según lo determinan tanto las pruebas clínicas como las formales, muestran dificultad para realizar tareas cognitivas como razonar, hacer planes, pensar en abstracto, establecer juicios y aprender a partir de los estudios formales o las experiencias de vida. Para valorar el desempeño intelectual, se necesitan tanto el juicio clínico como los resultados de las pruebas de inteligencia realizadas de modo personal al paciente. En segundo lugar, su disfunción cognitiva crea dificultades para adaptar su comportamiento de manera que puedan convertirse en ciudadanos independientes y responsables desde la perspectiva social. Estos problemas se identifican en la comunicación, la interacción social y las habilidades prácticas para la vida. Dependiendo de su intensidad, en mayor o menor medida, afectan al paciente en varias áreas de la vida: familia, escuela, trabajo y relaciones sociales.

F70 [317] Leve. Durante la niñez, estos individuos aprenden con lentitud y se retrasan respecto de sus compañeros de escuela, si bien puede esperarse que alcancen habilidades académicas cercanas a las de sexto grado al llegar a la edad adulta. Cuando maduran, las deficiencias en el juicio y la resolución de problemas hacen que necesiten ayuda adicional para enfrentarse a las situaciones cotidianas, y las relaciones interpersonales pueden dañarse. Suelen necesitar ayuda en actividades como hacer pagos, comprar alimentos y encontrar una vivienda apropiada. Sin embargo, muchos trabajan de manera independiente, aunque en empleos que requieren un desempeño cognitivo escaso. Si bien la memoria y la capacidad para utilizar el lenguaje pueden ser buenas, estos pacientes se

pierden cuando se les confronta con una metáfora o con otros ejemplos de pensamiento abstracto. Por lo general, su CI varía entre 50 y 70. Constituyen 85% de todos los pacientes con DI.

F71 [318.0] Moderada. Cuando son niños pequeños, las diferencias entre estos individuos y sus compañeros no afectados son marcadas y de gran alcance. Si bien pueden aprender a leer, hacer ejercicios matemáticos simples y manejar dinero, el uso del lenguaje se desarrolla con lentitud y es relativamente simple. Mucho más de lo que se observa en los individuos con afectación leve, en la juventud necesitan ayuda para aprender a proveerse cuidado personal y participar en las tareas del hogar. Son posibles las relaciones con otros (incluso las románticas), aunque con frecuencia no reconocen las claves que gobiernan la interacción personal ordinaria. A pesar de que requieren asistencia para la toma de decisiones, pueden ser capaces de trabajar (con ayuda de supervisores y colaboradores) en empleos no muy demandantes, por lo general, en talleres resguardados. Su CI varía entre 36 y 54. Representan alrededor de 10% de todos los pacientes con DI.

F72 [318.1] Grave. Si bien estas personas pueden aprender órdenes o instrucciones simples, sus habilidades para la comunicación son rudimentarias (palabras aisladas, algunas frases). Bajo supervisión, pueden ser capaces de realizar trabajos simples. Pueden mantener relaciones interpersonales con sus parientes, pero requieren supervisión para todas las actividades; incluso necesitan ayuda para vestirse y para la higiene personal. Sus valores de CI se encuentran entre 20 y casi 40. Constituyen cerca de 5% del total de los pacientes con DI.

F73 [318.2] Profunda. Con lenguaje oral limitado y sólo una capacidad rudimentaria para la interacción social, gran parte de lo que estos individuos comunican deriva de gesticulaciones. Dependen por completo de otras personas para cubrir sus necesidades, incluyendo las actividades de la vida diaria; no obstante, pueden ayudar a realizar tareas simples. La DI profunda suele derivar de un trastorno neurológico grave, que con frecuencia se acompaña de discapacidades sensoriales o motoras. Su CI varía entre valores cercanos a 20 y menores. Alrededor de 1 a 2% de todos los pacientes con DI padece afectación de esta intensidad.

La letra pequeña

No olvide las D: • Duración (desde la infancia) • Diagnóstico diferencial (trastorno del espectro autista, trastornos cognitivos, desempeño intelectual límite, trastornos específicos del aprendizaje).

Notas para codificación

Especifique el nivel de gravedad (y los números del código) de acuerdo con las descripciones previas.

Grover Peary

Grover Peary nació cuando su madre sólo tenía 15 años. Era una niña obesa que no se había dado cuenta de que estaba embarazada hasta los seis meses. Incluso entonces no solicitó atención prenatal. Nacido después de 30 h de trabajo de parto difícil, Grover no respiró de inmediato.

Después del nacimiento, su madre perdió el interés en él; fue criado de manera alternada por su abuela y una tía.

Grover caminó a los 20 meses; dijo sus primeras palabras a los 2 años y medio. Un pediatra lo calificó como “un poco lento”, de modo que su abuela lo inscribió en un preescolar para niños con discapacidades de desarrollo. A los 7 años de edad, había tenido un desempeño lo suficientemente bueno para ser canalizado a su escuela primaria local. Durante el resto de su vida escolar, trabajó con una maestra de educación especial 2 h al día; el resto del tiempo acudía a clases regulares. Las pruebas realizadas cuando estaba en 4º grado de primaria y en 1º de preparatoria determinaron un CI de 70 y 72, respectivamente.

A pesar de su discapacidad, Grover amaba la escuela. Aprendió a leer a los 8 años y pasó gran parte de su tiempo libre revisando libros sobre geografía y ciencias naturales (tenía gran cantidad de tiempo libre, en particular a la hora del recreo y el almuerzo. Era torpe y de baja estatura, y los otros niños lo excluían de manera habitual de sus juegos). En un tiempo quiso convertirse en geólogo, pero se le derivó a la currícula de tronco común. Vivía en un condado que proveía educación especial y entrenamiento para individuos con DI, de manera que cuando se graduó, había aprendido algunas habilidades manuales y podía arreglárselas para utilizar el complejo sistema de transporte público local. Un asesor laboral le ayudó a encontrar un empleo como lavatrastes en un restaurante de un hotel del centro y a aprender las habilidades necesarias para mantener el trabajo. El administrador del restaurante le consiguió una habitación en el sótano del hotel.

Las meseras del restaurante con frecuencia daban a Grover algunas monedas de las propinas que ganaban. Puesto que vivía en el hotel, no necesitaba demasiado dinero; su habitación y alimentos estaban cubiertos, y para estar en el pequeño cuarto de lavado de platos donde trabajaba, no necesitaba demasiada ropa. Invertía la mayor parte de su dinero en hacer crecer su colección de discos compactos e ir a juegos de beisbol. Su tía, que lo veía cada semana, le ayudaba con el arreglo personal y le recordaba rasurarse. Ella y su esposo también lo llevaban al estadio; de lo contrario, habría pasado casi todo su tiempo libre en su habitación escuchando música y leyendo revistas.

Cuando tenía 28 años, hubo un terremoto en la ciudad donde vivía. El hotel se dañó a tal grado que fue cerrado sin aviso. Al quedarse sin trabajo, todos los compañeros de Grover estaban demasiado ocupados cuidando de sus propias familias como para pensar en él. Su tía había salido del pueblo de vacaciones; no tenía a dónde ir. Era verano, así que metió sus pocas posesiones que había rescatado en una bolsa de uso rudo para jardinería y caminó por las calles hasta que se cansó; luego tendió algunas sábanas en el parque. Durmió así durante casi dos semanas, y comía lo que podía conseguir de otros campistas. Aunque habían enviado a trabajadores federales para atención de emergencias con el fin de ayudar a los afectados por el terremoto, Grover no solicitó ayuda. Al final, el vigilante del parque se dio cuenta de sus dificultades y lo refirió a la clínica.

Durante esa primera entrevista, el cabello desarreglado y la cara delgada de Grover le daban la apariencia de alguien mucho mayor. Vestido con camisa sucia y pantalones holgados, parecían haber pertenecido a alguien más, se mantenía quieto sentado en su silla y establecía poco contacto visual. Habló primero con vacilación, pero con claridad y coherencia, y finalmente se comunicó bien con el entrevistador (a pesar de esto, gran parte de la información presentada antes se obtuvo después de registros escolares antiguos y de su tía, una vez que regresó de vacaciones).

El estado de ánimo de Grover era sorprendentemente bueno y de calidad casi promedio. Sonreía cuando hablaba de su tía, pero se ponía serio cuando se le preguntaba dónde se iba a quedar. No tenía ideas delirantes, alucinaciones, obsesiones, compulsiones o fobias. Negaba

haber sufrido ataques de pánico, aunque aceptaba que se sentía “algo preocupado” cuando tenía que dormir en el parque.

Grover obtuvo una calificación de 25 de 30 puntos en la *Mini-Mental State Exam*. Estaba orientado, excepto en cuanto al día y mes; hizo un gran esfuerzo para sustraer siete y, por último, tuvo dos respuestas acertadas. Pudo recordar tres objetos después de 5 min y recibió una calificación perfecta en la sección de lenguaje. Reconoció que tenía un problema en cuanto a dónde vivir, pero, además de planear preguntarle a su tía cuando ella regresara, no tenía la menor idea de cómo iba a resolver el problema.

Evaluación de Grover Peary

De haber sido evaluado antes de que cerrara el hotel, es posible que Grover no hubiera cubierto los criterios para DI. En ese momento, tenía un lugar para vivir, comida para consumir y actividades en las cuales ocuparse. Sin embargo, su tía tenía que recordarle que se rasurara y se mantuviera arreglado. A pesar de sus calificaciones bajas en por lo menos dos pruebas de CI (criterio A en el DSM-5), tenía un desempeño bueno, aunque de manera informal, en un ambiente bien estructurado.

Una vez que su sistema de apoyo se colapsó por completo, Grover no pudo literalmente adaptarse al cambio. No utilizó los recursos disponibles para otros que habían perdido sus hogares. Tampoco fue capaz de encontrar trabajo; sólo por la generosidad de otros logró arreglárselas incluso para comer, una deficiencia evidente del desempeño adaptativo (B). Por supuesto, su condición existía desde la niñez temprana (C). Así, no obstante el hecho de que su CI era un poco superior a 70, parecía tener disfunción suficiente para justificar un diagnóstico de DI (observe que, como alternativa, Grover también correspondería con facilidad con el prototipo de la DI leve).

El diagnóstico diferencial de la DI incluye distintos trastornos del aprendizaje y la comunicación, los cuales se presentan más adelante en este capítulo. Se habría diagnosticado **demencia**, o **trastorno neurocognitivo mayor** según el DSM-5, si el problema de Grover en cuanto a la cognición hubiera correspondido a una declinación marcada de su nivel previo de desempeño (en ocasiones, la demencia y la DI coexisten, no obstante pueden ser difíciles de distinguir). Con su nivel de CI, Grover pudo haber recibido el diagnóstico de **desempeño intelectual limítrofe** de no haber tenido dificultades tan evidentes para adaptarse a la vida.

Los jóvenes y adultos con DI cursan muchas veces con trastornos mentales asociados, entre otros, **trastorno por déficit de atención/hiperactividad** y **trastorno del espectro autista**; estas condiciones pueden diagnosticarse de manera concomitante. Con frecuencia existen **trastornos del estado de ánimo** y **trastornos de ansiedad**; no obstante, los clínicos pueden no reconocerlos sin la información colateral adecuada. Los rasgos de la personalidad, como la terquedad, también coinciden en ocasiones. Los pacientes con DI pueden padecer afecciones físicas, como **epilepsia** y **parálisis cerebral**. Los pacientes con síndrome de Down pueden encontrarse en riesgo particular de desarrollar un **trastorno neurocognitivo mayor secundario a enfermedad de Alzheimer** cuando se aproximan a los 40 años. Al agregar su carencia de vivienda (y una calificación de la GAF de 45), el diagnóstico de Grover sería el siguiente:

| | |
|----------------|-------------------------------|
| F70 [317] | Discapacidad intelectual leve |
| Z59.0 [V60.0] | Falta de hogar |
| Z56.9 [V62.29] | Desempleo |

Trastorno intelectual del desarrollo es el nombre que propone la CIE-11 para la DI. Las distintas ediciones del DSM han registrado más de 200 cambios en las denominaciones de los trastornos mentales (una cifra que ni siquiera incluye los trastornos nuevos agregados a lo largo de los años). Sin embargo, el caso de la DI puede ser la única ocasión en que el nombre del trastorno mental se modificó conforme a una legislación del Congreso de EUA.

Durante la sesión legislativa de 2009-2010, el Congreso aprobó, y el presidente Obama firmó, un estatuto que sustituía en la ley el término **retraso mental** por **discapacidad intelectual**. La inspiración para esto fue Rosa Marcellino, una niña de 9 años de edad con síndrome de Down quien, junto con sus progenitores y hermanos, trabajó para eliminar las palabras **retraso mental** de los códigos de salud y educación en Maryland, el estado donde vivía.

Observe además que el término **discapacidad del desarrollo**, como se utiliza en la ley, no se limita a las personas con DI. El término legal puede aplicarse a cualquier persona que al alcanzar los 22 años tiene problemas permanentes en el desempeño en al menos tres áreas debido a la disfunción mental o física.

F88 [315.8] Retraso global del desarrollo

Use la categoría de retraso global del desarrollo para el paciente menor de 5 años de edad que no ha sido evaluado de manera adecuada. Este niño puede tener retraso para alcanzar las metas del desarrollo.

F79 [319] Discapacidad intelectual no especificada

Use la categoría de DI no especificada para un paciente de 5 años de edad o más que presenta discapacidades adicionales (ceguera, trastorno mental grave) demasiado intensas para permitir una evaluación completa de sus capacidades intelectuales.

F84.0 [299.00] Trastorno del espectro autista

El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno heterogéneo del neurodesarrollo con grados y manifestaciones muy variables que tiene causas tanto genéticas como ambientales. Suele reconocerse en una fase temprana de la niñez y persiste hasta la edad adulta; no obstante, sus manifestaciones pueden modificarse en gran medida por la experiencia y la educación. Los síntomas caen dentro de tres categorías amplias (el DSM-5 conjunta las primeras dos).

Comunicación. A pesar de tener una audición normal, el lenguaje oral de los pacientes con TEA puede presentar un retraso de incluso varios años. Sus deficiencias varían en gran medida en alcance e intensidad, desde lo que solíamos denominar trastorno de Asperger (estas personas pueden hablar con claridad y tienen inteligencia normal o incluso superior) hasta los individuos con afectación tan intensa que apenas pueden comunicarse. Otros pueden mostrar patrones de expresión oral inusual y uso idiosincrásico de frases. Pueden hablar con un volumen excesivo o carecer de la prosodia (cadencia) que determina la musicalidad del

lenguaje normal. También es posible que no utilicen el lenguaje corporal u otra conducta no verbal para comunicarse, por ejemplo, las sonrisas o los movimientos de la cabeza con los que casi todos nosotros expresamos aprobación. Suelen no entender la base del sentido del humor (p. ej., el concepto de que las palabras que la gente utiliza pueden tener significados múltiples o abstractos). A menudo, los niños con autismo tienen dificultad para iniciar o sostener una conversación; antes bien, pueden hablar a sí mismos o sostener monólogos sobre temas que les interesan, pero no con otras personas. Tienden a formular preguntas una y otra vez, incluso después de que han obtenido respuestas repetidas.

Socialización. La maduración social de los pacientes con TEA es más lenta que la de los niños normales, y las fases del desarrollo pueden ocurrir fuera de la secuencia esperada. Los progenitores con frecuencia se inquietan durante los primeros 6 meses de vida, cuando su hijo no establece contacto visual, responde con sonrisas o se acurruca; en vez de esto, el bebé se aleja del abrazo del progenitor y se queda mirando el espacio vacío. Los lactantes mayores no señalan los objetos o juegan con otros niños. Pueden no estirar los brazos para ser cargados o mostrar la ansiedad normal al separarse de los progenitores. Quizá como resultado de la frustración por la incapacidad de comunicarse, el TEA tiene como consecuencia frecuente berrinches y agresividad en niños pequeños. Con poca necesidad aparente de cercanía, los niños mayores tienen pocos amigos y no parecen compartir sus alegrías o tristezas con otras personas. En la adolescencia y en los años posteriores, esto puede manifestarse como una falta de necesidad de actividades sexuales.

Conducta motriz. Las metas del desarrollo motor de pacientes con TEA suelen alcanzarse a tiempo; los tipos de conducta que eligen los distinguen de otros. Incluyen acciones compulsivas o rituales, sin un fin determinado (denominadas **estereotipias**), girar, balancearse, aplaudir, golpearse la cabeza y mantener posturas corporales extrañas. Chupan los juguetes o los hacen girar en vez de utilizarlos como símbolos para un juego imaginario. Sus intereses restringidos los conducen a preocuparse por las partes de los objetos. Tienden a resistirse al cambio y prefieren apegarse de manera rígida a la rutina. Pueden parecer indiferentes al dolor o a las temperaturas extremas, así como mostrar inquietud por oler o tocar objetos. Muchos de estos pacientes se lesionan al golpearse la cabeza, pincharse la piel o hacer otros movimientos repetitivos.

Con la excepción del subtipo antes conocido como trastorno de Asperger, el TEA no se había reconocido del todo hasta que Leo Kanner introdujo el término **autismo infantil temprano** en 1943. A partir de entonces, el concepto extendió su campo de acción y desarrolló subdivisiones nuevas (el DSM-IV enumeró cuatro tipos además del muy general **sin otras especificaciones**); no obstante, en la actualidad, volvió a contraerse para constituir el concepto unificado que presenta el DSM-5. Si bien el grado de discapacidad varía mucho, el efecto que tiene sobre la vida de la mayor parte de los pacientes y sus familias es profundo y duradero.

El TEA se relaciona a menudo con discapacidad intelectual; la discriminación de estos dos trastornos puede ser compleja. Se presentan anomalías sensoriales en quizá 90% de los pacientes con TEA; algunos niños detestan las luces brillantes o los ruidos intensos, o incluso la textura rugosa de algunas telas u otras superficies. Una minoría muestra habilidades cognitivas “brillantes”, capacidades especiales en computación, música o memoria por repetición, que en ocasiones alcanzan un nivel prodigioso.

Algunas anomalías físicas relacionadas con el TEA incluyen fenilcetonuria, síndrome de X frágil, esclerosis tuberosa y antecedente de sufrimiento perinatal. Algunas afecciones comórbidas de salud mental incluyen trastornos de ansiedad (particularmente frecuentes) y depresión (2 a 30%), comportamiento obsesivo-compulsivo (en cerca de una tercera parte), trastorno por déficit de atención/hiperactividad (más de la mitad), discapacidad intelectual (alrededor de la mitad) y convulsiones (25 a 50%). Ciertos pacientes refieren insomnio inicial o escasa necesidad de dormir; otros incluso duermen todo el día y permanecen despiertos durante la noche. Algunos investigadores informaron en fecha reciente una asociación entre una variedad de autismo con un gen responsable del cáncer de riñón, mama, colon, cerebro y piel.

Al incorporar los diagnósticos previos de trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno de Asperger y el trastorno desintegrativo infantil, la prevalencia general del TEA se aproxima a 6 por 1000 niños en la población general; algunos estudios refieren incluso cifras más altas. Y las cifras han aumentado en los años recientes, al menos, en parte, por una tendencia mayor al reconocimiento del TEA. El autismo afecta a todos los grupos culturales y socioeconómicos. Si bien los niños son afectados con una frecuencia dos veces mayor que las niñas (quizá hasta cuatro veces), estas últimas pueden presentar afectación más grave (debe mencionarse que el trastorno antes conocido como de Asperger tiende a aparecer con mayor frecuencia en niñas). Los hermanos de los pacientes con TEA tienen un riesgo muy alto de padecer el mismo trastorno.

Observe que la variabilidad impresionante de la gravedad del TEA puede reflejarse en calificaciones independientes para la comunicación social y los componentes de la conducta. Si bien las definiciones del DSM-5 para los niveles de severidad son un tanto estrictas, pueden reducirse a **leve, moderado y grave**. Así los menciono, pero el DSM-5 no refiere una razón práctica: a algunos miembros del Comité que redactó los criterios les inquietaba que la etiqueta **leve** pudiera proveer a alguna compañía de seguros una base para negar los servicios. Por supuesto, ese razonamiento podría aplicarse a cualquier otro trastorno mencionado en el libro.

Características esenciales del trastorno del espectro autista

Desde la niñez temprana, el contacto con otros afecta en cierto grado casi todos los aspectos del desempeño de estos pacientes. Las relaciones sociales varían desde un desajuste leve hasta una carencia casi completa de interacción. Puede existir sólo una disminución de la capacidad para compartir intereses y experiencias, pero algunos pacientes son por completo incapaces de dar pie o responder al acercamiento de otros. Tienden a hablar con pocas señales físicas usuales que la mayor parte de la gente utiliza: contacto visual, ademanes, sonrisas y movimientos de la cabeza. Las relaciones con otras personas zozobran, de manera que los individuos con TEA tienen dificultades para adaptar su comportamiento a las distintas situaciones sociales; pueden carecer de interés general en otros individuos y hacer pocas amistades, si las hay.

La repetición y el enfoque estrecho caracterizan sus actividades e intereses. Resisten incluso a los pequeños cambios en sus rutinas (quizá solicitar exactamente el mismo menú en cada almuerzo o repetir de manera interminable preguntas ya respondidas). Pueden sentirse fascinados con el movimiento (como girar sobre sí mismos) o con partes pequeñas de objetos. La reacción a los estímulos (dolor, ruidos intensos, temperaturas extremas) puede ser débil o excesiva. Algunos muestran preocupación inusual en torno a las experiencias sensoriales: les fascina el movimiento visual o los aromas particulares, o en ocasiones temen o rechazan ciertos sonidos o la sensación que generan algunas telas. Pueden recurrir a un lenguaje peculiar o mostrar estereotipias conductuales, como aplausos, balanceo del cuerpo o ecolalia.

La letra pequeña

Observe que existen grados variables de TEA, algunos de los cuales recibieron diagnósticos y códigos independientes en el DSM-IV, pero ya no. En particular, lo que se denominaba antes trastorno de Asperger tiene un grado más leve; muchas de estas personas se comunican bien por medios verbales, pero carecen de otras habilidades necesarias para establecer vínculos sociales.

Atienda las D: • Duración (desde la niñez temprana, aunque los síntomas pueden aparecer sólo más adelante, en respuesta a las demandas de socialización) • Discapacidad (disfunción laboral/académica, social o personal) • Diagnóstico diferencial (los niños ordinarios pueden tener preferencias intensas y disfrutar la repetición; deben descartarse también discapacidad intelectual, trastornos de movimientos estereotípicos, trastorno obsesivo-compulsivo [TOC], trastorno de ansiedad social, trastorno del lenguaje).

Notas para codificación

Especifique:

{Con}{sin} disfunción intelectual concomitante.

{Con}{sin} disfunción del lenguaje concomitante.

Asociado a una condición médica o genética o factor ambiental conocidos.

Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o conductual.

Con catatonia (p. 100).

Especifique la intensidad (se requieren calificaciones independientes para comunicación social y comportamiento restringido, repetitivo).

Comunicación social

Nivel 1 (leve). El paciente tiene dificultad para iniciar conversaciones o parece menos interesado en ellas que la mayoría de las personas. Codifique como "Requiere apoyo".

Nivel 2 (moderado). Existen deficiencias pronunciadas tanto en comunicación verbal como no verbal. Codifique como "Requiere apoyo sustancial".

Nivel 3 (grave). Respuesta escasa ante la aproximación de otros que limita de manera notable el desempeño. El lenguaje es limitado, quizá a unas cuantas palabras. Codifique como “Requiere apoyo muy sustancial”.

Conductas restrictivas, repetitivas

Nivel 1 (leve). El cambio provoca algunos problemas en al menos un área de actividad. Codifique como “Requiere apoyo”.

Nivel 2 (moderado). Problemas para adaptarse al cambio que se identifican con facilidad e interfieren en el desempeño en distintas áreas de actividad. Codifique como “Requiere apoyo sustancial”.

Nivel 3 (grave). El cambio resulta en extremo difícil; todas las áreas de actividad se encuentran afectadas por la inflexibilidad conductual. Causa ansiedad intensa. Codifique como “Requiere apoyo muy sustancial”.

Temple Grandin

La carrera de Temple Grandin hubiera sido notable incluso si no hubiera nacido con TEA. Su historia de vida sirve de inspiración a los pacientes, sus familias y todos los que podríamos brindarles ayuda. La información que se muestra a continuación no pretende dar una imagen completa de su vida, sino ilustrar las características del TEA, y fue integrada a partir de varios de sus propios libros.

Nacida en 1947, Temple comenzó a caminar poco después de su primer cumpleaños. Incluso cuando daba sus primeros pasos, no le gustaba que la cargaran, y se ponía rígida cuando su madre trataba de sostenerla. En sus autobiografías, ella recuerda que se sentaba y se mecía durante periodos prolongados; balancearse y girar sobre sí misma le ayudaban a calmarse cuando se sentía demasiado estimulada. Mucho más tarde recordaría que el contacto con otras personas le generaba una carga sensorial excesiva de la que trataba de escapar; los abrazos eran “demasiado sobrecogedores”. No podía incluso tolerar sentir los bordes de la ropa, como las costuras de su ropa interior.

Temple se mantenía alerta y tenía buena coordinación, y su audición era normal; no obstante, no habló sino hasta después de su cuarto cumpleaños. Más adelante, recordaría la frustración que sentía al comprender lo que le decían y no poder responder. A partir de entonces y por muchos años, su voz careció de tono e inflexión, así como de armonía o ritmo. Incluso como estudiante universitaria, hablaba con demasiado volumen, sin estar conciente del efecto que su voz tenía sobre otros.

Siendo una niña pequeña, Temple fue llevada al psiquiatra, quien le diagnosticó “esquizofrenia infantil”; se les dijo a sus padres que tal vez fuera necesario internarla en una institución. En vez de eso, se le dio el beneficio de una escuela privada, donde sus maestras enseñaron a otros estudiantes a aceptarla, y a admitir sus excentricidades.

Por ejemplo, era incapaz de sostener la mirada de otros y no percibía los sentimientos que provocaban las relaciones interpersonales. Incluso llegaba a sostener con demasiada fuerza a un gato, sin reconocer las señales de malestar que le transmitía el animal. Sin interés en jugar

con otros niños, se sentaba y giraba objetos, como monedas o tapas de latas o botellas. Tenía un interés intenso en los olores, y le fascinaban los colores brillantes y el movimiento de las puertas corredizas y otros objetos.

La monotonía era un bálsamo para ella. En edad escolar se resistía al cambio en sus rutinas y formulaba una y otra vez las mismas preguntas. Reaccionaba mal ante la Navidad y el Día de Gracias, debido a que implicaban demasiado ruido y confusión. Cuando era una niña un poco mayor, desarrolló una fijación en temas particulares como las elecciones: los botones de campaña y los carteles para gobernador de su Estado eran de interés particular para Temple.

Pero los matices emocionales se le escapaban. Sin una brújula interna para navegar en las relaciones interpersonales, comprender la comunicación social normal era, para ella, como ser “una antropóloga en Marte”. Puesto que carecía de los sentimientos que las personas normales confieren a otros, sus interacciones sociales tenían que ser guiadas por el intelecto, no por la emoción. Para comunicarse, recurría a líneas escritas con antelación, puesto que no contaba con el instinto para sostener una plática social apropiada. Lo que aprendió de la empatía lo logró al visualizarse en el lugar de la otra persona.

Si bien Temple había rechazado siempre el contacto humano, ansiaba el bienestar. Lo encontró un verano que pasó en una granja, después de observar que un aparato que se utilizaba para inmovilizar al ganado con el fin de que pudiera ser vacunado parecía calmarlo. Como resultado, diseñó y construyó una máquina de compresión que aplicaba presión mecánica sobre su propio cuerpo; el resultado fue la tranquilidad que no había encontrado por otros medios. Mejorada a lo largo de los años, su invención la condujo hacia su carrera eventual en la fabricación de equipos destinados a la cría de animales.

Como adulta, Temple aún tenía dificultades para responder ante las situaciones sociales inesperadas y sufría ataques intensos de pánico, a menos que los mantuviera controlados con una dosis baja del antidepresivo imipramina. Sin embargo, se convirtió en la estudiante que dio el discurso de bienvenida en la graduación de su grupo en la Universidad; de manera eventual recibió un PhD y dirigió su propia compañía. Es famosa en el mundo como diseñadora de maquinaria que ayuda a tranquilizar a los animales que van al matadero. Y es una ponente muy solicitada para hablar sobre el autismo. Sin embargo, si un biper o un teléfono celular suenan mientras da una plática, aún le hacen perder el hilo del pensamiento.

Evaluación de Temple Grandin

Los libros de Temple (y la película de la HBO que lleva su nombre) constituyen un tesoro escondido de datos en torno al diagnóstico del TEA. Sin embargo, sería mejor si tuviéramos fuentes diversas de información, para ella como para cualquier paciente. Sólo tocaré el material básico que utilizamos para el diagnóstico.

Al trabajar con los criterios diagnósticos, pienso que, en primer lugar, podemos acordar que tenía problemas persistentes en la interacción social y la comunicación (criterio A). Incluyen la reciprocidad social y emocional (no deseaba/necesitaba ser abrazada, A1), uso de conductas no verbales (contacto visual deficiente, A2) y relaciones interpersonales (carecer de interés en otros niños, A3). Si bien los criterios del DSM-5 no se encuentran redactados de manera cuidadosa, deben existir deficiencias en cada una de estas tres áreas para que una persona reciba el diagnóstico de TEA. Esa interpretación pone al DSM-5 de lleno en línea con los criterios diagnósticos del DSM-IV para el espectro autista.

El comportamiento y los intereses restringidos de Temple incluían ejemplos de los cuatro síntomas mencionados en la categoría del criterio B (sólo se requieren dos para el diagnóstico): giro de monedas y otros objetos de manera estereotípica (incluso ella misma giraba sobre sí misma, B1), rechazo del cambio de rutina (desagrado por las festividades, B2), intereses fijos y restringidos en, por ejemplo, las puertas corredizas y la parafernalia de las campañas políticas (B3) e hiperreactividad a los sonidos y fascinación por los olores (B4). Los síntomas de Temple estaban presentes desde la niñez temprana (C); su biografía y otros libros documentan con riqueza el grado al cual dominaban y comprometían su desempeño cotidiano (D). Sin embargo, con el tiempo, los superó de manera brillante, con lo que elimina la última objeción posible (E) de que los síntomas no deben explicarse mejor a partir de una discapacidad intelectual.

Los pacientes con **trastorno de movimiento estereotípico** muestran conductas motrices que no responden a una función evidente, pero los criterios para ese diagnóstico excluyen de manera específica el TEA. Temple habló de manera tardía y tenía dificultad para comunicarse verbalmente, pero los criterios para **trastorno de comunicación social** también excluyen al TEA. Sus progenitores le dieron apoyo y fueron sensibles a sus necesidades, lo que elimina la **deprivación psicosocial intensa** como etiología potencial. También necesitamos considerar **problemas médicos** generales, como **defectos auditivos**, que Temple misma niega padecer de modo explícito.

Ella tiene el antecedente de ansiedad intensa, bien controlada con medicamento, que quizá calificaría para un diagnóstico comórbido de **trastorno de pánico**; no obstante, no puede explicar la vasta mayoría de sus síntomas previos (dejo los detalles de ese diagnóstico como un ejercicio). Si bien algunos aspectos de su historia recuerdan el **trastorno obsesivo-compulsivo**, tiene muchos otros síntomas que éste no puede explicar tampoco.

Además de los trastornos de pánico y otros de ansiedad, el TEA puede presentarse de modo concomitante con discapacidad intelectual, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno del desarrollo de la coordinación, trastornos del aprendizaje específicos y trastornos del estado de ánimo. A mi parecer, durante la niñez, Temple habría obtenido una calificación en la EEAG cercana a 55. Si bien en la actualidad ella no puede cubrir los estándares diagnósticos del DSM-5, lo hizo sin duda cuando era niña, lo que nos permite integrar su diagnóstico como sigue:

| | |
|----------------|--------------------------------|
| F84.0 [299.00] | Trastorno del espectro autista |
| F41.0 [300.01] | Trastorno de pánico |

Con la eliminación del trastorno de Asperger (y otros diagnósticos de autismo específicos) del DSM-5, los grupos de apoyo a pacientes se levantaron en armas. El trastorno de Asperger, diagnóstico utilizado desde 1944, tiene una historia tan antigua como la del autismo. Pareció definir a un grupo de personas que, si bien cargaron sin duda con sus síntomas, también poseían una inteligencia en ocasiones notoria y un rango de capacidades que incluso podían ser superiores. Resulta tentador considerar el síndrome de Asperger como un tipo de "luz del autismo". Sin embargo, sería un error, puesto que los pacientes con Asperger tienen muchas de las mismas deficiencias que otros individuos con TEA. Quizá al desear amigos pero carecer de la empatía necesaria para una interacción social normal, estos individuos solitarios tengan la posibilidad de cambiar, pero no tienen idea de cómo hacerlo.

Tan útil ha resultado el concepto del síndrome de Asperger, y tanto arraigo ha alcanzado en el uso cotidiano de pacientes y profesionales por igual, que parece poco probable que desaparez-

ca, incluso si no ha recibido la bendición del último DSM. Es una ironía que, debido a su retraso lingüístico, los criterios del DSM-IV hubieran calificado a Temple Grandin como inelegible para el diagnóstico de Asperger; no obstante, ella sigue siendo la persona que mejor representa ese diagnóstico. Se trata de un gran ejemplo que apoya el método de identificación de prototipos de diagnóstico que describí en la Introducción (p. 2). Utilizándolo, yo calificaría a Temple (cuando era una niña) con 4 de 5 puntos para el diagnóstico de trastorno de Asperger. Sin embargo, el DSM-5, en una aceptación de las objeciones vehementes de la comunidad de pacientes con Asperger, indica que quienes fueron diagnosticados con Asperger pueden ahora considerarse como pacientes con TEA, ya sea que cubran o no los criterios actuales. Ésta es la segunda ironía en un solo párrafo.

Trastorno por déficit de atención/hiperactividad

El trastorno por déficit con o sin hiperactividad (TDA/H) ha recibido un gran número de denominaciones desde que se describió por vez primera en 1902. Si bien es uno de los trastornos conductuales más comunes de la niñez, sólo en fecha reciente, unas cuantas décadas a lo sumo, reconocimos la persistencia de los síntomas del TDA/H en la vida adulta.

A pesar de que este trastorno no suele diagnosticarse hasta los 9 años de edad, en general, los síntomas comienzan antes de que el niño ingrese a la escuela (para los criterios del DSM-5, es preciso que algunos de los síntomas se presenten antes de los 12 años). En ocasiones, los progenitores refieren que sus hijos con TDA/H lloraban más que sus otros bebés, que tendían a presentar cólicos o mostrarse irritables, o que dormían menos. Algunas madres juran, incluso, que estos niños pateaban con más frecuencia antes de nacer.

Las metas del desarrollo se alcanzan pronto; se puede decir que estos niños corren antes de poder caminar. “Conducidos por un motor”, tienen dificultad simplemente para sentarse en silencio. También pueden ser descuidados y tener problemas con la coordinación. Por lo menos un estudio encontró que necesitan más atención de urgencia por lesiones y envenenamientos accidentales que los niños sin TDA/H. Con frecuencia no pueden concentrarse en el trabajo escolar; por ende, si bien su inteligencia suele ser normal, tienen un desempeño escolar deficiente. Tienden a ser impulsivos, decir cosas que lastiman los sentimientos de otros, y no ser populares. Pueden ser tan infelices que incluso pueden cumplir los criterios para trastorno depresivo persistente (distimia).

Estos comportamientos suelen disminuir en la adolescencia, cuando muchos pacientes con TDA/H sientan cabeza y se vuelven normalmente estudiantes capaces y activos. Pero algunos consumen sustancias o desarrollan otras variedades de conducta delictiva. Los adultos pueden presentar constantes problemas interpersonales, consumo de alcohol o drogas, o trastornos de la personalidad. Los adultos también pueden referir problemas de concentración, desorganización, impulsividad, labilidad emocional, actividad excesiva, mal genio e intolerancia al estrés.

Recientemente se decía que el TDA/H afecta quizá a 6% de los niños en EUA, con una preponderancia en varones de 2:1 o más. En 2013, un censo (refutado) de los *Centers for Disease Control and Prevention* calculó una tasa cercana a 11% en niños de secundaria. Los criterios del DSM-5 identifican quizá a 2.5% de los adultos de 17 años y más; no obstante, la variación referida en distintos estudios es amplia. La proporción entre varones y mujeres es mucho menor entre adultos; las razones de este fenómeno se desconocen.

La condición tiende a extenderse a las familias: los progenitores y los hermanos tienen más probabilidad de resultar afectados que la población promedio. El alcoholismo y el divorcio, así

como otras causas de desintegración familiar, son comunes en los ámbitos familiares de estas personas. Puede existir una asociación genética con el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno de síntomas somáticos. También los trastornos del aprendizaje se relacionan con el TDA/H, en particular, los problemas de lectura. En los adultos, busque intencionalmente trastornos por consumo de sustancias, del estado de ánimo y de ansiedad.

Es probable que otros trastornos ocurran de modo concomitante con el TDA/H. Éstos incluyen el trastorno desafiante por oposición y el trastorno de la conducta, cada uno de los cuales se presentará en una minoría sustancial de pacientes con TDA/H. Una condición recién integrada, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, puede tener incluso una relación más intensa. Busque también trastornos específicos del aprendizaje, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos de tics. Los adultos pueden padecer algún trastorno de personalidad antisocial o un problema por consumo de sustancias.

Características esenciales del trastorno por déficit de atención/hiperactividad

Los maestros con frecuencia identifican y refieren para valoración a estos niños, que siempre se encuentran en movimiento e interrumpen la clase por su inquietud o jugueteo, por saltar de sus asientos, hablar de modo interminable, interrumpir a otros y ser incapaces de esperar su turno o jugar en silencio.

La hiperactividad es sólo la mitad de la historia. Estos niños también tienen dificultad para prestar atención y mantenerse concentrados en su trabajo o juego, el elemento de falta de atención de la historia. Al distraerse con facilidad (y, por ende, al desagradarles y evitar la realización de esfuerzos mentales sostenidos como las tareas escolares), no atienden a los detalles y, por lo tanto, cometen errores por descuido. Sus deficientes habilidades de organización les hacen olvidar trabajos u otros materiales y ser incapaces de dar seguimiento a los quehaceres o las citas.

Estos comportamientos permean muchos aspectos de sus vidas: la escuela, las relaciones familiares y la vida social fuera del hogar. Si bien las conductas pueden modificarse en cierto grado con la edad, pueden acompañar a estos individuos durante la adolescencia y más allá.

La letra pequeña

Determine las D: • Duración y datos demográficos (6 meses o más; inicio antes de los 12 años de edad) • Discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (discapacidad intelectual, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, trastorno del espectro autista, trastorno de la conducta, trastorno desafiante por oposición, trastorno explosivo intermitente, trastornos del aprendizaje específicos, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastornos psicóticos u otros trastornos mentales o de la personalidad).

Notas para codificación

Especifique (para los últimos 6 meses):

F90.0 [314.00] Presentación con predominio de déficit de atención. Se cubren los criterios para falta de atención, pero no los de hiperactividad/impulsividad.

F90.1 [314.01] Presentación con predominio de hiperactividad/impulsividad. El caso contrario.

F90.2 [314.01] Presentación combinada. Se cumplen ambos criterios.

Especifique si:

En remisión parcial. Cuando la condición persiste (quizá hasta la edad adulta), es posible que se pierdan síntomas suficientes, de manera que los criterios completos ya no se cubren, pero persiste la disfunción.

Especifique la intensidad actual:

Leve. Se identifican síntomas escasos.

Moderada. Intermedia.

Grave. Se experimentan muchos síntomas, mucho más que los que se requieren para establecer el diagnóstico.

Si usted lee con cuidado los criterios actuales del DSM-5, encontrará esta anomalía: el criterio D especifica que los síntomas “interfieren con, o reducen la calidad del” desempeño del paciente (p. 60), en tanto que en casi todos los otros trastornos mencionados en el libro se especifica “disfunción” para el desempeño. El subcomité que redactó los criterios decidió por lo visto que “disfunción” recibía demasiada influencia de la cultura. Esto, por supuesto, sugiere la pregunta: ¿por qué el diagnóstico de TDA/H debe prestarle más atención a las influencias culturales que cualquier otro trastorno del DSM-5?

La respuesta es, por supuesto, que no debe hacerlo, y que nosotros tampoco debemos. Apéguese a las Características esenciales: bien pudieran ayudarle a conservar la cordura.

Denis Tourney

“Creo que tengo lo que tiene mi hijo”.

Denis Tourney era un hombre casado de 37 años de edad que trabajaba como químico investigador. Durante toda su vida, Denis había tenido problemas para concentrar su atención en cualquier tarea que tuviera a la mano. Debido a que era brillante y agradable, había sido capaz de sobreponerse a esta limitante y había tenido éxito en su empleo en un laboratorio farmacéutico importante.

Una noche en casa, la semana previa a su cita, Denis había estado trabajando en los planes para una nueva síntesis química. Su esposa e hijos se encontraban en la cama y todo estaba si-

lencioso, pero él había estado teniendo de manera inusual muchas dificultades para mantenerse concentrado en su trabajo. Todo parecía distraerlo: el sonido del reloj, el gato saltando sobre la mesa. Además, su cabeza había empezado a dolerle, así es que tomó lo que pensaba que eran dos tabletas de aspirina y se las pasó con un vaso de leche.

“Lo que pasó después pareció magia”, le dijo al clínico. “Fue como si alguien hubiera canalizado mis ondas cerebrales a través de un embudo y las hubiera dejado escurrir sobre el documento en el que estaba trabajando. En media hora había eliminado todos los estímulos, excepto mi trabajo. En dos horas terminé lo que de ordinario me habría tomado un día o más. Entonces, empecé a sospechar y fui a ver el frasco de medicamentos. Me había tomado dos de las tabletas que le prescribieron el mes pasado a Randy”.

El hijo de Denis tenía 8 años, y hasta un mes antes había sido considerado el terror del segundo grado. Sin embargo, después de cuatro semanas con metilfenidato, parecía menos impulsivo, sus calificaciones habían mejorado y se había convertido “casi en un encanto”.

Por años, Denis había sospechado que posiblemente él mismo pudo haber sido hiperactivo durante la niñez. Al igual que Randy, durante los primeros años de la primaria había sido incapaz de permanecer sentado en su asiento: se levantaba de un salto para utilizar el sacapuntas o ver a una ambulancia pasar. Una vez, su maestra envió una nota a su casa quejándose de que hablaba de manera constante y de que “se retorció como un insecto en el asador”. Parte de la mitología familiar refería que él había “gateado a los 8 meses, y corrido a los 10 meses”. En el interrogatorio, Denis admitió que cuando era niño siempre estaba en movimiento y le era difícil esperar su turno para cualquier cosa (“Sentía como si me fuera a salir de mi piel en ese instante”).

Era olvidadizo casi hasta la estupidez. “Aún lo soy. En realidad, no puedo recordar mucho más en relación con mi capacidad de prestar atención cuando era un niño, eso fue hace demasiado tiempo”, dijo. “Pero, en general, tengo la impresión de que no escuchaba con demasiado cuidado, justo como ahora. Excepto cuando tomé esas dos pastillas por error”.

El resto de la evaluación de Denis no reveló datos extraordinarios. Su salud física era excelente y no tenía otros problemas de salud mental. Excepto por cierta inquietud mientras permanecía en su asiento, su aspecto no era peculiar. Su expresión oral y afecto eran del todo normales, y logró una calificación perfecta en el *Mini-Mental State Exam*.

Denis nació en Ceilán, donde sus progenitores trabajaban como diplomáticos de carrera en el servicio exterior. Pronto, su padre cavó su propia tumba con alcohol, pero no antes de divorciarse de su madre, cuando su único hijo tenía entre 7 y 8 años. Puesto que le preocupaba, Denis recordaba claramente su última discusión importante. Su madre había suplicado que se valoraran los problemas de Denis, pero su padre había golpeado con el puño y jurado que ningún hijo suyo iba “a ver a un maldito loquero”. No mucho tiempo después, sus progenitores se separaron.

Denis creía haber aprendido mucho del ejemplo de su padre: no bebía, nunca había probado las drogas, nunca discutía con su esposa y había aceptado con rapidez su sugerencia de llevar a Randy a una valoración. “Uno siempre sueña que sus hijos tendrán lo que uno no tuvo”, dijo. “En nuestro caso, es el Ritalin”.

Evaluación de Denis Tourney

Cuando era niño, Denis tuvo sin duda varios síntomas de TDA/H. Era más fácil para él recordar los problemas relacionados con su nivel de actividad (el criterio A2). Éstos incluían los síntomas de la niñez de retorcerse (A2a), incapacidad para permanecer sentado (A2b) o esperar su turno (A2h), siempre estar en movimiento (A2e), correr en exceso (A2c) y hablar en exceso (A2f; para

el DSM-5, es necesario que los niños presenten seis de estos síntomas, pero, debido a que tienden a recordarse de modo deficiente años después, sólo cinco para los pacientes de 17 años o más. Las mismas cifras y lógica son válidas para los síntomas de falta de atención). Denis también pensaba que había tenido problemas con su capacidad para mantener la atención; no obstante, tenía menos claridad en torno a los síntomas precisos.

Estos síntomas estaban presentes cuando Denis era un niño pequeño, y sin duda antes de los 12 años de edad (B); contamos sólo con “evidencia clara” anecdótica de que interferían con la calidad de su trabajo, pero a distancia parecerían ser suficientes. Su clínico debería asegurarse de que había tenido dificultades en más de una situación (como en la escuela y el hogar; C). Sin embargo, incluso tres décadas después, recordaba síntomas suficientes de hiperactividad/impulsividad para justificar el diagnóstico en la niñez. Como adultos, muchos de estos pacientes reconocen su inquietud como síntoma predominante. Sería una buena idea que el clínico verificara lo que Denis creía recordar, quizá solicitando registros escolares antiguos.

En los niños existen otras condiciones que constituyen el diagnóstico diferencial (note que, en el consultorio médico, muchos niños con TDA/H son capaces de sentarse quietos y concentrar bien su atención; el diagnóstico con frecuencia depende de los antecedentes). Los que cursan con **discapacidad intelectual** aprenden con lentitud y pueden ser en extremo activos e impulsivos, pero los pacientes con TDA/H son capaces de aprender con normalidad una vez que se capta su atención. A diferencia de los niños con **trastorno del espectro autista**, los pacientes con TDA/H se comunican con normalidad. Los pacientes con **depresión** pueden estar inquietos o tener una capacidad escasa para mantener la atención, pero no suele durar toda la vida. Muchos pacientes con **trastorno de Gilles la Tourette** también son hiperactivos, pero los que sólo padecen TDA/H carecen de tics motores y vocales.

Los niños que se crían en un **ambiente social caótico** también puede tener problemas por hiperactividad y falta de atención; si bien es posible diagnosticar TDA/H en un niño que vive en un ambiente social inestable, el proceso requiere cuidado y cavilación adicionales. Otros **trastornos de la conducta (trastorno desafiante por oposición, trastorno de la conducta)** pueden incluir comportamientos que les ponen en conflicto con adultos o compañeros, pero parecen intencionales y no se acompañan de sentimientos de remordimiento típicos de la conducta en el TDA/H. A pesar de esto, muchos niños con TDA/H presentan de manera concomitante **trastornos de la conducta, desafiante por oposición o Guilles de la Tourette**.

El diagnóstico diferencial en adultos incluye el **trastorno de personalidad antisocial** y los **trastornos del estado de ánimo** (los pacientes con trastornos del estado de ánimo pueden tener problemas con la concentración y agitación). El diagnóstico no debe establecerse si los síntomas pueden explicarse mejor a partir de la **esquizofrenia**, un **trastorno de ansiedad** o un **trastorno de la personalidad**.

Siendo niño, Denis pudo haber cubierto los criterios de TDA/H de tipo combinado; no obstante, con la información disponible ahora, ésta sería una venta difícil para cualquier codificador con nariz entrenada. Si bien como adulto seguía teniendo problemas intensos para concentrarse, lograba sobreponerse a ellos con un poco de inteligencia pura. Hasta que comparó su concentración usual con el tipo de trabajo que podía hacer utilizando medicamento, no se había dado cuenta de qué tan discapacitado había estado.

Si bien contamos con algunos elementos específicos que constituirían un diagnóstico actual según el DSM-5 (tendía a distraerse, A1b), incluso con más información es posible que no fuéramos capaces de acumular detalles suficientes para establecer un diagnóstico completo para un adulto a partir de los estándares contemporáneos. Como clínico, me siento más cómodo

con el calificador “en remisión parcial”. Quizá una exploración más detallada con información adicional obtenida de su esposa (o su jefe) pudiera justificar un diagnóstico final distinto. Ah, y le daría una calificación EEAG de 70.

F90.2 [314.01] Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, presentación combinada (en remisión parcial)

Es probable que el TDA/H se subdiagnostique en adultos. Aunque algunos autores expresan escepticismo en torno a su validez, la evidencia en cuanto a su legitimidad en este grupo de edad está aumentando. Sin embargo, la minuciosidad de su lenguaje hace que los criterios especificadores parezcan listos para el rechazo.

F90.8 [314.01] Otro trastorno por déficit de atención/hiperactividad especificado

F90.9 [314.01] Trastorno por déficit de atención/hiperactividad no especificado

Utilice otro TDA/H especificado o TDA/H no especificado para pacientes con síntomas notables que no cumplen los criterios precisos para TDA/H. Algunos ejemplos podrían incluir a las personas cuyos síntomas inician después de los 12 años o son escasos. Recuerde que, para justificar el diagnóstico, los síntomas deben asociarse a disfunción. Si usted desea especificar la razón por la cual el diagnóstico de TDA/H no es apropiado para el paciente, elija F90.8 y agregue algo como “síntomas identificados por vez primera a los 13 años”. De lo contrario, elija la segunda opción. Vea la página 11 (texto entre barras).

Trastornos de tics

Un **tic** es una vocalización o movimiento súbito del cuerpo que ocurre de manera repetida, rápida y sin ritmo; tan rápida que puede suceder literalmente en un abrir y cerrar de ojos (y en ocasiones se trata de esto). Los tics complejos, que pueden incluir varios tics simples en sucesión rápida, toman por supuesto más tiempo. Los tics son comunes; pueden presentarse solos o como síntomas del trastorno de Gilles la Tourette.

Los tics van desde la fasciculación ocasional hasta las expresiones repetitivas motrices y vocales que pueden agruparse en series y generar un absoluto (¡!) caos en el salón de clases. Los tics motores aparecen por primera vez durante la niñez temprana, en ocasiones incluso desde los 2 años de edad. Por lo común, afectan la parte superior de la cara (gestos y fasciculaciones de los músculos que circundan los ojos); no obstante, los niños afectados presentan una variedad amplia de síntomas que incluyen tensión abdominal y movimientos rápidos de hombros, cabeza o extremidades. Los tics vocales suelen iniciar un poco después. Los tics vocales simples incluyen vocalizaciones, tosederas, carraspeos, aspiraciones nasales y monosílabos que pueden murmurarse o gritarse.

Los tic hacen que los niños sientan que carecen de control sobre su propio cuerpo y procesos mentales; no obstante, al tiempo que crecen, algunos pacientes desarrollan una acumulación de “tensión y liberación” por la necesidad urgente de tener un tic, que se alivia por medio del tic mismo, lo que no difiere de lo observado en la cleptomanía. Si bien los tics son involuntarios, los pacientes pueden en ocasiones suprimirlos por un tiempo; suelen desaparecer durante el sueño. Aunque los trastornos por tics se describen como persistentes, modifican su intensidad con el tiempo, quizá hasta desaparecer por completo en semanas. Es común que su frecuencia aumente cuando una persona está enferma, cansada o estresada.

En la niñez, los tics son comunes; se presentan en alrededor de 10% de los niños y 5% de las niñas. Casi todos son tics motores que desaparecen cuando el niño madura; por lo general, no causan inquietud suficiente para justificar una valoración. Cuando persisten hasta la edad adulta, la frecuencia es menor; sin embargo, predominan de manera habitual en los varones. Los adultos rara vez desarrollan tics nuevos; cuando esto ocurre, suele ser en respuesta al uso de cocaína u otras drogas ilegales. Los tics de los pacientes adultos tienden a conservarse y a variar su intensidad, aunque ésta es menor que en la niñez. Distintos factores contribuyen a un pronóstico más negativo en un adulto: afecciones mentales o enfermedad física crónica comórbida, falta de apoyo en el hogar y consumo de drogas psicoactivas.

Debido a que los tics son por mucho similares a pesar del diagnóstico, sólo presento un ejemplo en el contexto del trastorno de Gilles la Tourette.

F95.2 [307.23] Trastorno de Gilles la Tourette

El trastorno de la Tourette (TT) fue descrito por primera vez en 1895 por el neurólogo francés Georges Gilles de la Tourette. Incluye muchos tics que afectan distintas partes del cuerpo. Suelen presentarse tics motores de la cabeza (el parpadeo es con frecuencia el primer síntoma en aparecer). Algunos pacientes tienen tics motores complejos (p. ej., hacer sentadillas profundas). La localización y la intensidad de los tics motores en los pacientes con TT se modifican en general al pasar el tiempo.

Sin embargo, la particularidad de este trastorno se debe a los tics vocales, los cuales llevan a los pacientes a solicitar la atención de profesionales, a menudo de clínicos de la salud mental más que de neurólogos. Los tics vocales incluyen una variedad impresionante de vocalizaciones, chasquidos, tosederas, gruñidos y palabras incomprensibles. Una minoría considerable (10 a 30%) de los pacientes también presenta **coprolalia**, que consiste en decir obscenidades o utilizar otro tipo de lenguaje, lo cual puede hacer intolerable la condición para la familia y los conocidos. La coprolalia mental (pensamientos sucios que irrumpen) también puede ocurrir.

Reconocido ahora como algo que está lejos de ser excepcional, el TT afecta a 1% de las personas jóvenes; los varones son afectados dos o tres veces más que las mujeres. Por razones que se desconocen, es menos común en afroamericanos que en otros grupos raciales o étnicos. Los síntomas asociados incluyen autolesión por el movimiento súbito de la cabeza y frotamiento de la piel. El TT tiene gran tendencia familiar, con una concordancia superior a 50% en gemelos monocigóticos y de 10% en gemelos dicigóticos. Con frecuencia existen antecedentes familiares de tics o TOC, de modo que los clínicos sospechan un vínculo genético entre el TT y el TOC de inicio temprano.

Por lo común, el TT inicia antes de los 6 años de edad; la mayoría de los pacientes alcanza la intensidad máxima entre los 10 y los 12 años, después de lo cual se presenta mejoría en quiza

75%. Menos de 25% seguirá presentando tics de intensidad moderada o mayor. Si bien puede haber periodos de remisión, por lo general persisten toda la vida. No obstante, la madurez puede traer consigo una reducción de su intensidad o incluso su desaparición completa. La mayor parte de los pacientes cursa con condiciones comórbidas, en particular TOC y TDA/H.

Características esenciales del trastorno de Gilles la Tourette

A menudo, los primeros tics de los pacientes con TT son parpadeos, que aparecen cuando los niños tienen 6 años o por ahí. Se asocian con tics vocales, que pueden ser al inicio gruñidos o carraspeos. Con el tiempo, los pacientes con TT desarrollan tics motores múltiples y por lo menos un tic vocal. El tic mejor conocido de todos, la coprolalia -maldecir y utilizar otro tipo de lenguaje socialmente inaceptable- es relativamente raro.

La letra pequeña

Indague en torno a las D: • Duración y datos demográficos (1 año de edad o más; inicio antes de los 18 años, aunque por lo general ocurre entre los 4 y 6 años) • Diagnóstico diferencial (TOC, otros trastornos con tics, trastornos por consumo de sustancias y trastornos físicos).

Características esenciales de los trastornos de tics (comparación)

| | Trastorno de Gilles la Tourette (TT) | Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico) | Trastorno de tics transitorio |
|-------------------------|--|--|---|
| Tipo específico de tics | 1 tic vocal o más y 2 tics motores (véase La letra pequeña) | Tics motores o vocales, pero no ambos | Tics motores o vocales, o ambos, en cualquier cantidad |
| Duración | Más de un año | | Menos de un año |
| Diagnóstico diferencial | Ninguna otra afección médica o consumo de sustancias | Ninguna otra afección médica o consumo de sustancias; tampoco TT | Ninguna otra afección médica o consumo de sustancias; tampoco TT ni trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico) |
| Datos demográficos | Debe iniciar a los 18 años de edad | | |
| Especificar si | — | Sólo tics motores o tics vocales | — |
| Definición de tics | Vocalización o movimiento súbito, no rítmico, rápido, recurrente | | |

La letra pequeña

En el TT no es necesario que los tics motores y vocales tengan lugar en un mismo marco temporal.

Gordon Whitmore

Gordon era un estudiante universitario de 20 años de edad que acudió a la clínica con este problema principal: “Dejé de tomar mi medicamento y mi Tourette volvió”.

Producto de un embarazo a término y un parto sin complicaciones, Gordon se había desarrollado de manera normal hasta los 8 y medio años de edad. Fue entonces cuando su madre observó su primer tic. En la mesa del desayuno, lo estaba mirando por encima de una caja de cereal. Al tiempo que Gordon leía lo que estaba escrito en el reverso, cerraba los párpados cada pocos segundos, los apretaba y luego los abría mucho.

“Me preguntó qué me pasaba; dijo que se preguntaba si estaba teniendo una convulsión”, dijo Gordon al clínico de la salud mental. De manera súbita, interrumpió su relato para gritar: “¡Carajo! ¡Carajo!”. Al tiempo que vociferaba cada exclamación, giraba su cabeza con intensidad a la derecha y la agitaba de tal forma que sus dientes chasqueaban en realidad. “Pero nunca me desmayé o algo así. Ése fue sólo el inicio de mi Tourette”.

Sin perturbarse por su crisis súbita, Gordon continuó su relato. De manera gradual, a lo largo de su niñez, acumuló una serie de fasciculaciones faciales y otros movimientos abruptos de su cabeza y la parte superior del cuerpo. Cada tic motor nuevo era centro de nuevas burlas por parte de sus compañeros, pero éstas eran poco comparadas con el abuso que sufrió una vez que comenzaron los tics vocales.

No mucho tiempo después de cumplir 13 años, Gordon observó que parecía acumular cierta tensión en la parte posterior de su garganta. No podía describirla, no cosquilleaba ni tenía sabor. No era algo que pudiera tragar. En ocasiones, una tos la aliviaba de modo temporal, pero muy a menudo parecía necesitar alguna forma de vocalización para aliviarla. Una vocalización o un aullido solían funcionar bien. Pero cuando la sensación era más intensa, sólo funcionaba una obscenidad.

“¡Carajo! ¡Carajo!”, gritó de nuevo. Luego, “¡Perra!”. Gordon volvió a agitar su cabeza y ululó dos veces.

A la mitad de su primer año de secundaria, los tics vocales se hicieron tan intensos que Gordon fue “suspendido de modo permanente” hasta que pudiera aprender a quedarse sentado en el salón sin generar un alboroto. El tercer clínico al que sus padres lo llevaron le prescribió haloperidol. Éste alivió sus síntomas por completo, excepto su tendencia a parpadear cuando estaba bajo tensión.

Continuó tomando este medicamento hasta un mes antes de la cita, cuando leyó un artículo acerca de la discinesia tardía y comenzó a preocuparse por los efectos colaterales del medicamento. Una vez que dejó de tomar el fármaco, el espectro completo de tics reincidió con rapidez. En fecha reciente había sido valorado por su médico general, quien lo había encontrado sano. Nunca había abusado de drogas ilegales o alcohol.

Gordon era un joven bien vestido y de aspecto agradable, que se mantuvo sentado en silencio durante la mayor parte del interrogatorio. En realidad, parecía ordinario, excepto por su parpadeo exagerado, que ocurría varias veces por minuto. En ocasiones, acompañaba el parpadeo con la

abertura de la boca y retraía los labios por encima de los dientes. Pero cada pocos minutos presentaba una pequeña explosión de ruidos ululantes, gruñidos, aullidos o vocalizaciones, junto con distintos tics que afectaban su cara, cabeza y hombros. Con irregularidad, pero con cierta frecuencia, sus estallidos incluían las groserías ya mencionadas, expresadas con más volumen que convicción. Después de esto, continuaba con placidez la conversación.

El resto de la condición mental de Gordon carecía de datos relevantes. Cuando no tenía tics, su lenguaje era claro, coherente, pertinente y espontáneo, y obtuvo una calificación perfecta de 30 en la *Mini-Mental State Exam*. Aceptó estar preocupado por sus síntomas, pero negó sentirse deprimido o ansioso en particular. Nunca había tenido alucinaciones o ideas delirantes o suicidas. También negó tener obsesiones y compulsiones, a lo cual agregó: “Usted se refiere a algo como lo que tiene mi tío George. Él hace rituales”.

Evaluación de Gordon Whitmore

Los síntomas de Gordon habían comenzado cuando era un niño pequeño (criterio C) e incluían tanto tics vocales como motores múltiples (A), los cuales se habían presentado con frecuencia y durante mucho tiempo (B) para justificar en él un diagnóstico de TT. Se encontraba saludable en otros sentidos, de modo que alguna **otra afección médica** (en particular algún trastorno neurológico como la distonía) no parecía ser una causa probable de sus síntomas. Otros trastornos mentales relacionados con movimientos anormales incluyen **esquizofrenia e intoxicación con anfetaminas**, pero Gordon no presentó evidencia de alguna de ellas (D). La duración y el espectro completo de los tics vocales y motores múltiples diferenciaban su condición de otros trastornos con tics (trastorno persistente de tics motores o vocales, trastorno de tics transitorio).

También sería necesario que indagásemos en torno a las condiciones que pueden relacionarse con el TT. Éstas incluyen el TOC y el TDA/H de la niñez (el tío de Gordon pudo haber padecido TOC). Por lo tanto, el diagnóstico de Gordon sería (yo le asignaría una calificación EEAG de 55):

F95.2 [307.23] Trastorno de Gilles la Tourette

F95.0 [307.21] Trastorno de tics transitorio

Por definición, los tics en el trastorno de tics transitorio son pasajeros. Suele tratarse de tics motores simples que inician entre los 3 y 10 años de edad, y aparecen y desaparecen en un periodo de semanas a meses; los tics vocales son menos frecuentes que los motores. Un paciente que recibe el diagnóstico de trastorno de tics motores o vocales persistente no puede recibir nunca el de trastorno de tics transitorio.

F95.1 [307.22] Trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico)

Cuando los tics han persistido durante un año, no pueden considerarse transitorios. Los tics motores persistentes también aparecen y desaparecen con diversa intensidad. Sin embargo, los tics

vocales persistentes son raros. Incluso los tics motores persistentes suelen desaparecer en algunos años; no obstante, pueden reincidir en los adultos cuando se sienten cansados o tensos. Aunque los tics persistentes guardan quizá una relación genética con el TT, los que padecen este último no pueden recibir el diagnóstico de tics persistentes.

F95.8 [307.20] Otro trastorno de tics especificado

F95.9 [307.20] Trastorno de tics no especificado

Utilice el diagnóstico de trastorno de tics no especificado para codificar los tics que no cumplen por completo los criterios de alguno de los diagnósticos precedentes. Otra alternativa es que especifique la causa al utilizar el diagnóstico otro trastorno de tics especificado. Un ejemplo serían los tics que en apariencia iniciaron después de los 18 años de edad.

Trastornos motores

F82 [315.4] Trastorno del desarrollo de la coordinación

El trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC) es quizá mejor conocido por su denominación peyorativa: “síndrome del niño torpe”. Más o menos sinónimo de **dispraxia** (que significa dificultad para realizar movimientos ágiles a pesar de una fuerza y sensibilidad normales), el TDC sigue siendo foco de cierta controversia. Y es grande, puesto que afecta quizá a 6% de los niños de 5 a 10 años de edad; una tercera parte de ellos presenta síntomas intensos. Con una proporción aproximada de 4:1, los varones resultan a menudo más afectados que las niñas.

Estos jóvenes tienen dificultad para hacer que sus cuerpos realicen lo que desean. Los niños más pequeños experimentan retraso en el logro de las metas del desarrollo, en particular, gatear, caminar y hablar, incluso vestirse. Los niños mayores, que suelen ser elegidos al final para los deportes en equipo debido a que no son capaces de cazar, correr, brincar o patear bien, pueden tener problemas para hacer amigos. Algunos niños incluso tienen dificultades para dominar las habilidades necesarias en el salón de clases, como colorear, escribir en letra de molde o cursiva y cortar con tijeras.

Si bien los síntomas con frecuencia son aislados, en más de la mitad de los pacientes con TDC se presentan como parte de un problema mayor que incluye deficiencias de la atención o problemas de aprendizaje, como la dislexia. También se vincula con el trastorno del espectro autista.

Después de años de estudio, la causa sigue siendo desconocida. En casos específicos, deben descartarse distintas afecciones físicas: distrofia muscular, miastenia congénita, parálisis cerebral, tumores del sistema nervioso central, epilepsia, ataxia de Friedreich y síndrome de Ehlers-Danlos. Resulta evidente que la instauración tardía de la falta de coordinación motriz tras un desarrollo inicial normal tendría mucho peso contra el diagnóstico de TDC.

Las discapacidades en las habilidades motrices pueden persistir durante la adolescencia y hasta la edad adulta; no obstante, se sabe poco sobre la evolución del TDC en pacientes maduros.

Características esenciales del trastorno del desarrollo de la coordinación

Las habilidades motoras son más deficientes de lo que usted esperaría, dada la edad de un niño, que obstaculizan el avance escolar, los deportes u otras actividades. Los comportamientos motores específicos involucrados incluyen torpeza general, problemas del equilibrio, retraso en el logro de las metas del desarrollo y dominio lento de las habilidades básicas, como brincar, arrojar o cachar una pelota, y la escritura.

La letra pequeña

Las D: • Discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (afecciones físicas como parálisis cerebral, discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista, TDA/H).

F98.4 [307.3] Trastorno de movimientos estereotípicos

Las **estereotipias** son conductas que las personas parecen obligadas a realizar una y otra vez sin alguna meta aparente (movimiento repetitivo por el hecho de moverse). Este comportamiento es por completo normal en bebés y niños pequeños, que se mecen solos, se chupan los pulgares y se llevan a la boca cualquier cosa que le quepa. Pero cuando las estereotipias persisten hasta una fase avanzada de la niñez e incluso después, pueden ser sujeto de atención clínica como un trastorno de movimientos estereotípicos (TME).

Estos comportamientos incluyen mecerse, aplaudir o saludar con las manos, jugar con los dedos, pincharse la piel y girar objetos. Puede generarse alguna lesión grave por morder, golpear la cabeza o los dedos, las estructuras de la boca u otras partes corporales. Por lo común, encontrará estos comportamientos en pacientes con discapacidad intelectual o trastorno del espectro autista; no obstante, quizá también en 3% de niños que padecen TDA/H, tics o TOC, pero que son normales en otros sentidos.

El porcentaje preciso de adultos que pueden encontrarse afectados se desconoce en realidad, aunque es probable que sea bajo, excepto en los individuos con discapacidad intelectual. De 20 adultos con TME incluidos en un estudio, 14 eran mujeres; la regla en estos pacientes era un antecedente de toda una vida con trastornos del estado de ánimo y ansiedad.

Los pacientes que consumen anfetaminas en exceso pueden desarrollar fascinación por la manipulación de dispositivos mecánicos, como relojes o radios, o por el rascado de su propia piel. Algunos clasifican o reacomodan objetos pequeños, como joyería o incluso piedras, *punding* (que proviene de una palabra popularizada por los usuarios de anfetaminas), lo que puede guardar relación con una estimulación excesiva por dopamina.

Los comportamientos en el TME se relacionan con ceguera (en particular cuando es congénita), sordera, síndrome de Lesch-Nyhan, epilepsia del lóbulo temporal y síndrome posencefalítico, así como con casos graves de esquizofrenia y TOC. También se refieren en pacientes aislados con enfermedad de Wilson y accidentes vasculares que afectan el tallo cerebral, varios con el síndrome genético *cri du chat* (“maullido de gato”, denominado así por el sonido característico

que los pacientes hacen durante la infancia). Usted puede encontrar un comportamiento de TME en pacientes ancianos. Quizá 10% de las personas con discapacidad intelectual que viven en una institución padece la variedad autolesiva del TME.

En 1995, *The New Yorker* informó que Bill Gates, el entonces CEO de Microsoft, se mecía mientras trabajaba. “La parte superior de su cuerpo se inclina hacia delante hasta alcanzar un ángulo de 45°, se balancea hacia atrás y luego lo hace hacia delante de nuevo. Con frecuencia junta los codos y los coloca en su entrepierna. Se balancea con grados distintos de intensidad de acuerdo con su estado de ánimo. En ocasiones, las personas que se encuentran en reuniones con él comienzan a balancearse a la par”. Se trata de un remanente de “una edad en extremo temprana”, dijo Gates al reportero, “creo que sólo es un exceso de energía”.

Características esenciales del trastorno de movimientos estereotípicos

Usted puede encontrar otra causa física o mental de los movimientos inútiles y repetidos del paciente, como golpear la cabeza, oscilar, morder (su mismo cuerpo) o aplaudir.

La letra pequeña

Las D: • Datos demográficos (inicia en la niñez temprana) • Discapacidad (disfunción social, laboral o personal; puede presentarse autolesión) • Diagnóstico diferencial (TOC, trastorno del espectro autista, tricotilomanía, trastornos con tics, trastorno por excoriación, discapacidad intelectual, trastornos por consumo de sustancias y trastornos físicos).

Notas para codificación

Especifique:

{Con}{sin} conducta autolesiva.

Especifique la intensidad actual:

Leve. Los síntomas pueden controlarse con facilidad por medios conductuales.

Moderado. Los síntomas requieren la modificación de la conducta y medidas de protección específicas.

Grave. Los síntomas requieren la observación continua para evitar una posible lesión.

Especifique si:

Se relaciona con alguna afección médica o genética conocida, trastorno del neurodesarrollo o factor ambiental (como discapacidad intelectual o síndrome alcohólico fetal).

Trastornos de la comunicación

Los trastornos de la comunicación se encuentran entre las causas más frecuentes por las que los niños son referidos para una valoración especial. En algunos niños, los problemas de la comunicación son manifestaciones de problemas del desarrollo más amplios, como el trastorno del espectro autista y la discapacidad intelectual. Muchos otros niños, sin embargo, tienen trastornos aislados de la expresión oral y del lenguaje.

Entre los trastornos de la expresión oral se encuentran la carencia de fluidez (p. ej., tartamudeo), la imprecisión para la generación o el uso apropiado de los sonidos del lenguaje (como en el trastorno del sonido del lenguaje) y las dispraxias verbales del desarrollo, que derivan de anomalías del control motor y de la coordinación de los órganos de la fonación. Los trastornos de lenguaje comprenden problemas para la formación de palabras (morfología) u oraciones (sintaxis), el significado de lenguaje (semántica) y el uso del contexto (pragmática). Los antiguos trastornos (del DSM-IV) del lenguaje expresivo y receptivo, así como los problemas para la lectura y la escritura, fueron englobados en esta última categoría.

Estos trastornos aún no se comprenden con precisión o (con frecuencia) se reconocen bien. A pesar de que pueden diferenciarse, en muchas ocasiones coinciden.

F80.2 [315.32] Trastorno del lenguaje

El trastorno del lenguaje (TL) es una categoría nueva que pretende abarcar todos los problemas relacionados con el lenguaje, como el lenguaje hablado y escrito (e incluso el lenguaje de señas), que se manifiestan en la habilidad lingüística receptiva y expresiva; no obstante, éstos pueden mostrar grados diversos. Suelen encontrarse afectados el vocabulario y la gramática. Los pacientes con TL comienzan a hablar más tarde y en menor grado que los niños normales, lo que al final compromete su avance académico. Más adelante, puede afectar el éxito laboral.

El diagnóstico debe basarse en el interrogatorio clínico, la observación directa y la realización de pruebas estandarizadas, aunque en los criterios no se especifiquen los resultados de alguna prueba. La condición tiende a persistir, de modo que los adolescentes y adultos afectados probablemente sigan enfrentando dificultades para expresarse. Este trastorno tiene bases genéticas fuertes.

Las anomalías del lenguaje también pueden coexistir con otros trastornos del desarrollo: discapacidad intelectual, TDA/H y trastorno del espectro del autista.

Características esenciales del trastorno del lenguaje

En la niñez temprana, el uso del lenguaje hablado y escrito del paciente muestra un retraso persistente respecto de lo esperado para la edad. En comparación con los compañeros de la misma edad, los pacientes cuentan con un vocabulario reducido, hacen uso inapropiado de las palabras para formar oraciones y tienen capacidad limitada para expresar sus ideas mediante oraciones.

La letra pequeña

Las D: • Duración y datos demográficos (inicia en la niñez temprana; tiende a la cronicidad) • Discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (disfunción sensorial, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, trastorno del aprendizaje; aunque cada uno de estos trastornos puede coexistir con el TL).

F80.0 [315.39] Trastorno del sonido del lenguaje

La sustitución de un sonido por otro o la omisión absoluta de algunos sonidos corresponden al tipo de error que cometen los pacientes con trastorno del sonido del lenguaje (TSL), denominado antes trastorno fonológico. La dificultad puede derivar de un conocimiento inadecuado de los sonidos del lenguaje o de problemas motores que interfieren en la articulación del lenguaje oral. Las consonantes son a menudo las más afectadas, como al cecear. Otros ejemplos incluyen errores en el orden de los sonidos (“gaspetti” en vez de *spaghetti*). Los errores de la expresión oral que se identifican en personas que aprenden inglés como segunda lengua **no** se consideran ejemplos de TSL. Cuando el TSL es leve, sus efectos pueden parecer pintorescos o incluso tiernos, pero el trastorno hace que resulte difícil entender a los individuos con afectación más grave, cuyo lenguaje en ocasiones es ininteligible.

Si bien el TSL afecta a 2 y 3% de los niños en edad preescolar (es más frecuente en varones), la regla es la mejoría espontánea, lo que reduce su prevalencia a casi 1 de cada 200 en la última fase de la adolescencia. La condición es familiar y puede presentarse junto con otros trastornos del lenguaje, trastornos de ansiedad (que incluyen al mutismo selectivo) y TDA/H.

Características esenciales del trastorno del sonido del lenguaje

El paciente tiene problemas para generar los sonidos del lenguaje, lo que compromete la comunicación.

La letra pequeña

Las D: • Duración (inicia en la niñez temprana) • Discapacidad (laboral/educativa o social) • Diagnóstico diferencial (afecciones físicas como paladar hendido o trastornos neurológicos; disfunción sensorial como la auditiva; mutismo selectivo).

F80.81 [315.35] Trastorno de fluidez de inicio en la infancia

Si bien la pérdida de fluidez y ritmo a la que suele denominarse **tartamudeo** (el título se modificó para coincidir con la CIE-10) resulta familiar para toda la gente, el sentido de falta de control agonizante de quien la padece no lo es. El pánico momentáneo que sigue al fenómeno puede hacer

que estas personas tomen medidas extremas para evitar los sonidos o las situaciones difíciles, incluso experiencias tan ordinarias como utilizar el teléfono. Por lo general, refieren ansiedad o frustración, e incluso tensión física. Usted podrá observar a los niños cerrando los puños o parpadeando al esforzarse por recuperar el control, en particular cuando existe una presión adicional para tener éxito (como cuando se habla ante un grupo).

El tartamudeo ocurre en particular con las consonantes, los sonidos iniciales de las palabras, la primera palabra de una oración y las palabras acentuadas, largas o que rara vez se utilizan. Puede provocarse al contar chistes, decir su nombre, hablar con extraños o platicar con una figura de autoridad. Las personas que tartamudean con frecuencia descubren que tienen fluidez al cantar, maldecir o hablar siguiendo el ritmo de un metrónomo.

En promedio, el tartamudeo comienza a los 5 años de edad, pero puede iniciar incluso desde los 2 años. Puesto que los niños pequeños con frecuencia carecen de fluidez en el lenguaje, el tartamudeo temprano muchas veces se pasa por alto. Su inicio súbito puede correlacionarse con una intensidad mayor. No menos de 3% de los niños pequeños tartamudea; el porcentaje es más alto en niños con lesiones cerebrales o discapacidad intelectual. Es más frecuente en los varones que en las niñas, con una proporción de al menos 3:1. Si bien los informes varían, la frecuencia en adultos es de alrededor de 1 de cada 1000, de los cuales los varones constituyen 80%.

El tartamudeo se distribuye en familias, y hay cierta evidencia de que es hereditario. Existen vínculos genéticos (y algunos sintomáticos) con el trastorno de Gilles la Tourette, que es una anomalía relacionada con la dopamina; se han utilizado antagonistas de la dopamina para mejorar los efectos del tartamudeo.

Características esenciales del trastorno de fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)

Estos pacientes tienen problemas para hablar con fluidez, lo que resulta más notorio con sonidos prolongados o repetitivos; puede haber pausas a la mitad de las palabras. Estas personas experimentan una tensión intensa mientras hablan, y repiten palabras enteras o sustituyen con palabras más sencillas aquellas que les son difíciles de pronunciar. Resultado: ansiedad relacionada con el acto de hablar.

La letra pequeña

Las D: • Duración (inicia en la niñez temprana) • Discapacidad (social, académica o laboral) • Diagnóstico diferencial (deficiencias motoras de la expresión oral; afecciones neurológicas como el evento cerebrovascular; otros trastornos mentales).

Nota para codificación

El tartamudeo que inicia a una edad avanzada debe registrarse como trastorno de la fluidez de inicio en el adulto, con código F98.5 [307.0].

F80.89 [315.39] Trastorno de la comunicación social (pragmático)

El trastorno de la comunicación social (pragmático) (TCS) describe a pacientes que, a pesar de contar con vocabulario y habilidad adecuados para construir oraciones, siguen teniendo problemas con el uso práctico del lenguaje. En el mundo de la comunicación esto se denomina **pragmática**, e implica varias habilidades básicas:

- Uso del lenguaje para la realización de distintas tareas, como dar la bienvenida a alguien, comunicar hechos, exigir algo, hacer una promesa o realizar una solicitud.
- Adaptación del lenguaje de acuerdo con las necesidades en una situación específica o aislada, como hablar de diferente manera a niños y adultos, o en una clase y en casa.
- Apegarse a las convenciones de la conversación, como esperar el turno, no salirse del tema, utilizar señales no verbales (contacto visual, expresiones faciales) y también verbales, permitir la distancia adecuada entre quien habla y quien escucha o replantear algo que se ha malinterpretado.
- Entender los mensajes implícitos, como metáforas, expresiones idiomáticas y sentido del humor.

Los pacientes con TCS, ya sea que se trate de niños o adultos, tienen dificultad para entender y utilizar los aspectos pragmáticos de la comunicación social, hasta el punto de que sus conversaciones pueden resultar inapropiadas en el medio social. Sin embargo, sus intereses no son restringidos ni tienen comportamientos repetitivos que los harían aptos para recibir el diagnóstico de trastorno del espectro autista. El TCS puede presentarse de manera aislada o con otros diagnósticos, como otros trastornos de la comunicación, trastornos específicos del aprendizaje o discapacidad intelectual.

Características esenciales del trastorno de la comunicación social (pragmático)

Desde la niñez temprana, el paciente tiene dificultad en cada uno de estos aspectos: utilizar el lenguaje con fines sociales, adaptar su comunicación para ser congruente con el contexto, seguir las convenciones (reglas) de conversación y entender los mensajes implícitos.

La letra pequeña

Las D: • Discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Duración (suele identificarse por primera vez entre los 4 y 5 años de edad) • Diagnóstico diferencial (afecciones físicas o neurológicas, trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, trastorno de ansiedad social, TDA/H).

F80.9 [307.9] Trastorno de la comunicación no especificado

Es posible aplicar el filtro usual: diagnostique el trastorno de comunicación no especificado cuando un problema de la comunicación no cumple los criterios para alguna de las condiciones antes mencionadas, pero genera problemas al paciente.

Trastorno específico del aprendizaje

El trastorno específico del aprendizaje (TA) es un problema particular para la adquisición de información, un problema que no es consistente con la edad del niño y su inteligencia de origen, y que no puede explicarse a partir de factores externos como la cultura o la falta de oportunidad educativa. El TA abarca así una serie de discrepancias (en lectura, matemáticas y expresión escrita, así como en algunas aún no especificadas) entre la habilidad teórica del niño para aprender y su avance académico real.

Antes de establecer el diagnóstico, para los criterios, es necesaria la evidencia de un déficit significativo obtenida de una prueba estandarizada y de aplicación individual que tenga validez psicométrica y sea apropiada desde la perspectiva cultural. Al igual que la gran mayoría de los trastornos del DSM-5, el TA no puede diagnosticarse a menos que afecte la vida escolar, laboral o social. Por supuesto, el nivel intelectual del niño afectará la manifestación, el pronóstico y las medidas para aliviar el TA.

Excepto por el especificador descriptivo “con disfunción en la expresión escrita”, que puede aparecer uno o dos años más tarde que los otros, el TA suele declararse en el momento en que el niño llega al segundo grado de primaria. Se han identificado dos grupos principales de niños afectados. Los más afectados presentan problemas con las habilidades lingüísticas, que incluyen el deletreo y la lectura; éstos derivan de una dificultad básica para el procesamiento de los sonidos y los símbolos del lenguaje (en otras palabras, tienen una discapacidad para el procesamiento fonético). Un número menor tiene dificultades para la resolución de problemas visoespaciales, motores, táctiles-perceptuales que se manifiestan como discalculia.

De una u otra manera, el TA afecta a entre 5 y 10% de los estadounidenses a lo largo de su vida; a menudo, los niños son afectados de dos a cuatro veces más que las niñas. Por supuesto, las consecuencias conductuales y sociales para un niño son proporcionales a la intensidad de la disfunción y al remedio educativo disponible y apoyo social. Sin embargo, en general, no menos de 40% de los niños con diagnóstico formal de TA deja la escuela antes de terminar la secundaria, comparado con un promedio nacional estadounidense cercano a 6%. Es probable que estos trastornos persistan hasta la vida adulta, donde la frecuencia se aproxima a la mitad de la que se observa en niños. De los tipos de TA, los problemas con las matemáticas son los que tienen mayor probabilidad de influir en el desempeño del adulto.

Los niños con TA también tienen mayor riesgo de presentar problemas de conducta o emocionales, de manera específica TDA/H (que agrava el pronóstico de salud mental), trastorno del espectro autista, trastorno del desarrollo de la coordinación y trastornos de la comunicación, así como trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Trastorno específico del aprendizaje con dificultad para la lectura (dislexia)

El trastorno mejor estudiado de este grupo, el tipo de TA con dificultad para la lectura (también conocido como dislexia), se presenta cuando un niño (o adulto, en caso de que persista) no puede leer con la agilidad esperada para su edad e inteligencia. Puede tener varias expresiones: dificultad para la **comprensión** o la **velocidad** cuando la persona lee en silencio; para la **precisión** cuando la persona lee en voz alta; para el deletreo. Con una distribución normal en la población (y con presencia en todos los niveles de inteligencia), la dislexia afecta a alrededor de 4% de los niños en edad escolar, en su mayoría varones.

En la búsqueda de la causa, resulta interesante señalar que los niños tienen menos probabilidad de tener problemas para la lectura cuando su lenguaje materno guarda una correspondencia adecuada entre grafemas y fonemas (es decir, las palabras suelen sonar como se escriben). En ese sentido, el inglés es relativamente problemático, en tanto que el italiano es *facile*.

La dislexia se ha atribuido a distintos factores ambientales (intoxicación por plomo, síndrome alcohólico fetal, estatus socioeconómico bajo) y causas familiares (la herencia puede explicar hasta 30% de los casos). En particular se encuentran en riesgo los niños de condición socioeconómica muy baja, que tienen menos probabilidad de recibir la estimulación temprana que es importante para el desarrollo durante la niñez. Los clínicos deben descartar problemas de visión y audición, trastornos de la conducta y TDA/H (que con frecuencia es comorbido).

El pronóstico para la dislexia depende de distintos factores, en particular, de su intensidad en cada paciente: una lectura con dos desviaciones estándares por debajo de la media poblacional implica un pronóstico en particular malo. Otros factores incluyen el nivel educativo de los progenitores y las capacidades intelectuales generales del niño.

La identificación temprana de la dislexia mejora la evolución. Un estudio demostró que 40% de los niños atendidos cuando tenían 7 años de edad pudo leer con normalidad a los 14 años. Sin embargo, algunas noticias no son buenas: quizá 40 millones de adultos estadounidenses tienen apenas una alfabetización básica. Si bien la precisión para la lectura tiende a mejorar al pasar el tiempo, la fluidez sigue siendo un problema hasta la madurez. Los adultos pueden leer con lentitud, confundir o pronunciar de manera inapropiada nombres o palabras con los que no se encuentran familiarizados, evitar leer en voz alta (por avergonzarse) o deletrear con agilidad (y elegir palabras que son más sencillas de deletrear). Con frecuencia, la lectura es para ellos una tarea tan cansada que prefieren no leer por placer.

Trastorno específico del aprendizaje con dificultad para las matemáticas (discalculia)

¿Qué sabemos acerca de la variante matemática del TA? Es un poco difícil de definir. Estas personas tienen dificultad para realizar operaciones matemáticas: contar, comprender conceptos matemáticos y reconocer símbolos, aprender las tablas de multiplicar, realizar operaciones tan simples como la suma o tan complejas como el planteamiento de problemas, pero desconocemos en realidad la causa. Quizá sea parte de una discapacidad mayor del aprendizaje no verbal, o un problema para establecer una conexión entre el sentido de los números y su representación.

Cualquiera que sea su etiología, alrededor de 5% de los niños en edad escolar es afectado. Por supuesto, usted no lo identificará en niños muy pequeños. Si bien se ha demostrado que incluso los bebés tienen cierto sentido numérico, esta condición no se integra sino hasta la edad en la que se espera que los niños comiencen a aplicar las matemáticas: en ocasiones, en el preescolar, pero las más de las veces al inicio del segundo grado de primaria.

El síndrome de Gerstmann es una colección de síntomas que deriva de un evento cerebrovascular o de algún otro tipo de daño al lóbulo parietal izquierdo del cerebro en la región del giro angular. Comprende cuatro discapacidades principales: problemas para escribir con claridad (**agrafia** o **disgrafía**), comprensión de las reglas para el cálculo (**discalculia**), distinción de la izquierda y la derecha, e identificación de los dedos de la mano (**agnosia digital**). Además, muchos adultos presentan afasia.

En ocasiones, el síndrome se refiere en niños, en quienes se desconoce la causa; algunos de estos pequeños son brillantes en otros aspectos. Suele identificarse cuando el niño comienza a ir a la escuela. Además de los cuatro síntomas principales, muchos niños también presentan dislexia y no pueden copiar dibujos simples, discapacidad denominada **apraxia de construcción**.

Trastorno específico del aprendizaje con dificultad para la expresión escrita

Los pacientes con la variedad de TA con dificultad para la expresión escrita tienen problemas con la gramática, la puntuación, la ortografía y el desarrollo de las ideas por escrito. Los niños tienen problemas para trasladar la información de la forma oral/auditiva a la visual/escrita; lo que escriben puede ser demasiado simple, breve o difícil de entender. Algunos tienen problemas para generar ideas nuevas. Debe señalarse que, si bien la caligrafía pudiera ser indescifrable, usted no integraría este diagnóstico cuando el **único** problema es tener mala letra.

Este problema no suele aparecer sino hasta el segundo grado de primaria o más tarde, mucho después del inicio del TA para la lectura. Las demandas de la escritura aumentan de manera progresiva entre el tercer y el sexto grados. Puede deberse a dificultades en la memoria a corto plazo (existe un problema con la organización de lo que el niño está tratando de decir). En general, el diagnóstico no es apropiado para el paciente con mala coordinación, como en el trastorno del desarrollo de la coordinación.

Características esenciales del trastorno específico del aprendizaje

El paciente tiene problemas importantes de lectura, escritura o aritmética, **a saber:**

La lectura es lenta o requiere un esfuerzo inusual, o el paciente tiene una notable dificultad para captar el significado.

- El paciente tiene dificultad para la redacción del contenido (no con la mecánica de la escritura): hay errores gramaticales, las ideas se expresan de manera confusa o muestran una organización deficiente, o la ortografía es inusualmente "creativa".
- El paciente experimenta dificultad inusual para las operaciones matemáticas, el cálculo o el razonamiento matemático.

Cualquiera que sea la habilidad afectada, las pruebas estandarizadas revelan calificaciones evidentemente menores que las esperadas para la edad.

La letra pequeña

Es posible utilizar los registros escolares de la disfunción en vez de realizar pruebas en personas de 17 años o más.

Las D: • Datos demográficos (inicia en los primeros años de la educación escolar, si bien su manifestación completa puede presentarse sólo cuando las demandas exceden las capacidades del paciente) • Discapacidad (social, académica, laboral) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos como los visuales o auditivos, o del desempeño motor; discapacidad intelectual; TDA/H).

Notas para codificación

F81.0 [315.00] Con dificultad para la lectura. Especifique la precisión, velocidad o fluidez, o comprensión de la lectura.

F81.81 [315.2] Con dificultad para la expresión escrita. Especifique la precisión ortográfica, gramatical y de puntuación, la existencia de letra legible o fluida, o la claridad y organización de la expresión escrita.

F81.2 [315.1] Con dificultad para las matemáticas. Especifique el sentido numérico, la memorización de las operaciones aritméticas, la precisión o la fluidez para el cálculo, o la precisión del razonamiento matemático.

Para cada disciplina afectada (y el subtipo), especifique la intensidad:

Leve. Existen algunos problemas, pero el paciente (a menudo con apoyo) es capaz de compensarlos bien y resolverlos.

Moderada. Existen dificultades notables que requerirán medidas considerables para desarrollar la competencia. Pueden requerirse ciertas adaptaciones.

Grave. Problemas críticos que serán difíciles de resolver sin una intervención intensiva. Incluso los servicios de apoyo integrales no pueden promover una compensación apropiada.

F88 [315.8] Otro trastorno del neurodesarrollo especificado

F89 [315.9] Trastorno del neurodesarrollo no especificado

Utilice estas categorías para los pacientes que tienen algún trastorno que parece haber comenzado antes de la edad adulta y no puede definirse mejor con otro diagnóstico. Para los que pertenecen al primer grupo, especifique una causa, como “trastorno del neurodesarrollo asociado a ingestión de plomo”. Esta última categoría se utiliza en particular cuando se carece de información suficiente.

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Guía rápida para el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Cuando la psicosis es la razón principal de una valoración de salud mental, el diagnóstico será uno de los trastornos o categorías enumeradas más adelante. El número de página que se menciona después de cada elemento indica el sitio en que inicia una discusión más detallada (para facilitar el análisis, no me apegué al orden en que el DSM-5 presenta estas condiciones).

Esquizofrenia y trastornos similares

Esquizofrenia. Al menos durante seis meses, estos pacientes han presentado dos o más de estos cinco tipos de síntomas psicóticos: ideas delirantes, lenguaje desorganizado, alucinaciones, síntomas negativos y catatonía u otro comportamiento anormal. Se deben descartar como causas de los síntomas psicóticos trastornos relevantes del estado de ánimo, por consumo de sustancias, y afecciones médicas generales (p. 64).

Catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de la catatonía). Estos pacientes tienen dos o más características conductuales graves (que se definen en la p. 100). El especificador puede aplicarse a los trastornos que incluyen psicosis, trastornos del estado de ánimo, trastorno del espectro autista y otras afecciones médicas (p. 100).

Trastorno esquizofreniforme. Esta categoría corresponde a los pacientes que cursan con los síntomas básicos de la esquizofrenia, pero sólo han estado enfermos de 1 a 6 meses, menos tiempo del especificado para el diagnóstico de la esquizofrenia (p. 75).

Trastorno esquizoafectivo. Al menos un mes, estos pacientes han mostrado los síntomas básicos de la esquizofrenia; al mismo tiempo, padecen síntomas prominentes de manía o depresión (p. 88).

Trastorno psicótico breve. Estos pacientes deben haber padecido como mínimo uno de los síntomas psicóticos básicos al menos un mes (p. 80).

Otros trastornos psicóticos

Trastorno delirante. Estos pacientes desarrollan ideas delirantes, pero carecen de otros síntomas de esquizofrenia (p. 82).

Trastorno psicótico debido a otra afección médica. Múltiples enfermedades médicas y neurológicas pueden producir síntomas psicóticos que pueden no cumplir los criterios para alguna de las condiciones antes mencionadas (p. 97).

Trastorno psicótico inducido por sustancia/medicamento. El alcohol y otras sustancias (por intoxicación o abstinencia) son capaces de producir síntomas psicóticos que pudieran no cumplir los criterios para alguna de las condiciones antes mencionadas (p. 93).

Otro trastorno del espectro de la esquizofrenia o psicótico, especificado o no especificado. Utilice una de estas categorías para los pacientes con psicosis que no parecen pertenecer a ninguna de las categorías antes mencionadas (p. 106).

Catatonía no especificada. Utilice este diagnóstico cuando el paciente tiene síntomas de catatonía pero no existe información suficiente para justificar un diagnóstico más definitivo (p. 107).

Trastornos con psicosis como síntoma

Algunos pacientes desarrollan psicosis como un síntoma de ciertos trastornos mentales que se tratan en otros capítulos. Entre estos trastornos pueden mencionarse los siguientes:

Trastorno del estado de ánimo con psicosis. Los pacientes con un episodio depresivo mayor grave (p. 111) o episodio maníaco (p. 116) pueden presentar alucinaciones e ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo.

Trastornos cognitivos con psicosis. Muchos pacientes con delirium (p. 477) o trastorno neurocognitivo mayor (p. 492) tienen alucinaciones o ideas delirantes.

Trastornos de la personalidad. Los pacientes con trastorno de la personalidad límite pueden presentar periodos transitorios (minutos u horas) en que parecen delirantes (p. 545). Los pacientes con esquizofrenia quizá padezcan un trastorno esquizoide premórbido o (en particular) trastorno de la personalidad esquizotípica (pp. 535, 538).

Trastornos que se confunden con psicosis

Los síntomas de algunos trastornos parecen ser psicóticos, pero no lo son. Entre estos trastornos se encuentran los siguientes:

Fobia específica. Algunas conductas de evitación derivadas de las fobias pueden parecer extrañas sin ser psicóticas (p. 182).

Discapacidad intelectual. Los pacientes con discapacidad intelectual pueden en ocasiones hablar o actuar de modo extravagante (p. 20).

Trastorno de síntomas somáticos. A veces, estos pacientes refieren pseudoalucinaciones o ideas pseudodelirantes (p. 251).

Trastorno facticio aplicado a uno. Estos pacientes pueden simular ideas delirantes o alucinaciones con el objetivo de obtener atención hospitalaria o médica de otro tipo (p. 268).

Simulación. Estas personas pueden simular ideas delirantes o alucinaciones para obtener dinero (pagos de seguro o discapacidad), no trabajar (como entre los militares) o evitar un **castigo** (p. 599).

¿Qué sucedió con la *folie à deux* (“locura de dos”)? Por generaciones, esta afección rara vez identificada era un elemento básico de los esquemas diagnósticos de la salud mental. En los DSM recientes se le denominaba trastorno psicótico compartido, porque se refería a personas que desarrollaban ideas delirantes similares a las de algún pariente o compañero cercano. Con frecuencia, las ideas delirantes del segundo individuo se resolvían una vez que se cortaba la relación con el primero. Hay varias razones por las cuales esta condición se excluyó del DSM-5.

Durante décadas se ha realizado muy poca investigación que pudiera ayudarnos a comprender el trastorno psicótico compartido. Contamos con informes de caso, algunos de los cuales describen a varios pacientes secundarios que dependen de una fuente primaria (*folie à trois*, *à quatre*, *à famille*), pero no mucho en materia de datos.

Si bien la mayor parte de estos pacientes vive con alguien que padece esquizofrenia o trastorno delirante, el fenómeno también se ha vinculado al trastorno de síntomas somáticos, al trastorno obsesivo-compulsivo y a los trastornos disociativos. En otras palabras, la *folie à deux* puede conceptualizarse con más precisión como un síndrome descriptivo similar al fenómeno de Capgras (en el que los pacientes creen que sus compañeros cercanos fueron sustituidos por dobles idénticos).

La mayoría de los pacientes que habrían recibido antes el diagnóstico de *folie à deux* (trastorno psicótico compartido) cubrirá los criterios para el trastorno delirante, que es la categoría en la que deben catalogarse ahora. De lo contrario, usted tendría que diagnosticarlos con otro trastorno psicótico especificado y explicar por qué.

Introducción

Durante la segunda mitad del siglo XX, uno de los grandes avances en la salud mental fue reconocer que la psicosis puede tener muchas causas. Por lo menos en parte, este avance puede atribuirse al DSM-III y a sus precursores y sucesores, los cuales establecieron y popularizaron los criterios para muchas variedades de psicosis.

Por lo general, la psicosis no es difícil de detectar. Ideas delirantes, alucinaciones y lenguaje o conducta desorganizados suelen ser evidentes; representan a menudo un cambio dramático del comportamiento normal del individuo. Sin embargo, diferenciar las causas de la psicosis puede ser complejo. Incluso los clínicos experimentados no pueden diagnosticar de manera definitiva a algunos pacientes, aun quizá después de varias entrevistas.

Síntomas de la psicosis

Un paciente psicótico carece de contacto con la realidad. Este estado mental puede manifestarse mediante uno o más de los cinco tipos básicos de síntomas. Los requisitos de los criterios de inclusión A del DSM-5 para el diagnóstico de esquizofrenia son los siguientes.

Ideas delirantes

Una **idea delirante** es una creencia falsa que no puede explicarse por medio de la cultura o la educación del paciente; no es posible persuadir al paciente de que la idea es incorrecta, a pesar de la evidencia de lo contrario o del peso de la opinión de otras personas. Las ideas delirantes pueden ser de muchos tipos:

Erotomaníacas. Una persona (con frecuencia de posición social superior) está enamorada del paciente.

De grandeza. Un paciente es una persona de posición exaltada, como un dios o una estrella de cine.

De culpa. Un paciente cometió un pecado imperdonable o un error grave.

Celotípicas. Un cónyuge o una pareja ha sido infiel.

Pasivas. Un paciente es controlado o manipulado por una fuerza externa, como las ondas de radio.

De persecución. Un paciente es cazado, perseguido o interferido por algún otro mecanismo.

De pobreza. En contra de la evidencia (un empleo y dinero suficiente en el banco), un paciente enfrenta la destitución.

De referencia. Se habla de un paciente, quizá en la prensa o la televisión.

Somáticas. Los pacientes sufren alteración de sus funciones corporales, tienen mal olor o padecen una enfermedad terrible.

De control. Otros individuos introducen ideas en la mente de los pacientes.

Las ideas delirantes deben distinguirse de las **ideas sobrevaluadas**, las cuales son creencias que no son claramente falsas, pero siguen sosteniéndose a pesar de la falta de pruebas de que son correctas. Algunos ejemplos son la creencia en la superioridad de la propia raza o de un partido político.

Alucinaciones

Una **alucinación** es una percepción sensorial falsa que tiene lugar en ausencia de un estímulo sensorial relacionado. Las alucinaciones son casi siempre anormales y pueden afectar a cualquiera de los cinco sentidos, si bien las de tipo auditivo y visual son las más comunes. Sin embargo, no siempre implican que la persona que las experimenta es psicótica.

Para considerarse síntomas psicóticos, las alucinaciones deben presentarse cuando un individuo está despierto y en completo estado de alerta. Esto significa que las alucinaciones que se presentan sólo durante un periodo de delirio no pueden considerarse evidencia de alguno de los trastornos psicóticos que se analizan en este capítulo. Lo mismo puede decirse de las experiencias alucinatorias que ocurren cuando un individuo se está quedando dormido (**hipnagógicas**) o despertando (**hipnopómpicas**). Estas experiencias frecuentes (que no constituyen alucinaciones verdaderas) son normales; se describen mejor como **imágenes**.

Otro requisito para considerar que un síntoma es psicótico es que la persona carezca de discernimiento de su irrealidad. Es posible que usted piense que esto podría ser válido para casi cualquier persona, pero estaría en un error. Considere, por ejemplo, el síndrome de Charles Bonnet, en el cual las personas que tienen una pérdida significativa de la visión perciben imágenes visuales complejas, pero se dan cuenta cabal de que la experiencia es irreal.

Las alucinaciones deben diferenciarse de las **ilusiones**, que sólo son interpretaciones erróneas de los estímulos sensoriales reales. Suelen ocurrir cuando existe disminución de la estimulación sensorial, como en la noche (p. ej., una persona despierta con la impresión de que un ladrón está inclinado sobre la cama; cuando enciende la luz, el “ladrón” es sólo una pila de ropa en una silla). Las ilusiones son frecuentes y, en general, normales.

Lenguaje desorganizado

Incluso sin ideas delirantes o alucinaciones, un paciente psicótico puede presentar **lenguaje desorganizado** (en ocasiones también se denomina **asociaciones laxas**). En este caso, la vinculación mental se encuentra gobernada no por la lógica, sino por rimas, juegos de palabras y otras reglas que no son evidentes para el observador, o por ninguna regla evidente en absoluto.

Un poco de desorganización del lenguaje es común (p. ej., trate de leer una transcripción exacta de los comentarios improvisados de un político). Pero de manera general, cuando las palabras se pronunciaron, el auditorio comprendió a la perfección lo que querían decir. Para considerar que sufre una desorganización psicótica, el lenguaje debe estar tan comprometido que interfiera la comunicación.

Comportamiento anómalo (como la catatonia)

El **comportamiento desorganizado**, es decir, las acciones físicas que parecen carecer de un objetivo, como desvestirse en público (sin un fin teatral o, quizá, político), repetir el signo de la cruz, asumir y mantener posturas peculiares y con frecuencia incómodas, puede revelar psicosis. De nuevo, observe lo difícil que puede ser calificar un comportamiento como desorganizado. Existen muchas personas que hacen cosas extrañas; muchas de ellas no son psicóticas. La mayor

parte de los pacientes cuya conducta se califica como psicótica tendrá síntomas reales de catatonía, cada uno de los cuales se ha definido de manera cuidadosa (véase p. 101).

Síntomas negativos

Los **síntomas negativos** incluyen una variedad limitada de expresiones de emoción (afecto aplanado o limitado), reducción notable de la cantidad o la fluidez del lenguaje y pérdida del deseo de hacer cosas (**abulia**). Se denominan **negativos** debido a que dan la impresión de que algo ha sido sustraído del paciente, no agregado, como sería el caso de las alucinaciones e ideas delirantes. Los síntomas negativos reducen la riqueza de texturas evidente de la personalidad de un paciente. Sin embargo, pueden ser difíciles de diferenciar de la actitud insulsa de la depresión, del consumo de drogas o de la falta de interés ordinaria.

Diferenciación de la esquizofrenia de otros trastornos

El DSM-5 usa cuatro clases de datos para distinguir los distintos tipos de psicosis: tipo de síntoma psicótico, evolución de la enfermedad, complicaciones de la enfermedad y criterios de exclusión. Cada una de estas categorías (además de algunas otras particularidades) puede ayudarle a distinguir la esquizofrenia, el trastorno psicótico más frecuente, de otros trastornos que incluyen a la psicosis entre sus síntomas. La razón de este énfasis es que el diagnóstico diferencial de la psicosis se reduce con demasiada frecuencia a esquizofrenia frente a no esquizofrenia. Desde la perspectiva del número de pacientes afectados y la gravedad de las implicaciones para el tratamiento y pronóstico, se trata de la etiología aislada más importante de los síntomas psicóticos.

Síntomas psicóticos

Cualquier forma de psicosis debe incluir por lo menos uno de los cinco tipos de síntomas psicóticos descritos, pero para establecer el diagnóstico de esquizofrenia, un paciente debe tener dos o más. Por ende, la primera tarea para el diagnóstico de cualquier psicosis es determinar el alcance de los síntomas psicóticos.

Cuando dos o más de estos tipos de síntomas psicóticos han estado presentes al menos un mes, y por lo menos uno de ellos corresponde a alucinaciones, ideas delirantes o lenguaje desorganizado, se dice que se cumple con el criterio A para la esquizofrenia. El DSM-5 especifica que estos dos o más tipos de síntomas psicóticos deben identificarse por una “porción significativa del tiempo” durante ese mes. Pero, ¿qué quiere decir **significativo** en este contexto? Podría interpretarse como que (1) estos síntomas han estado presentes más de la mitad de los días del mes; (2) varias personas han observado de manera independiente a lo largo de varios días que el paciente presenta síntomas; o (3) que los síntomas se presentan a veces cuando es probable, en particular, que afecten al paciente o el ambiente, como, por ejemplo, con un paciente que interrumpe de manera repetida una reunión social al gritar. Por último, observe que se permite una duración de menos de un mes si el tratamiento indujo la remisión de los síntomas.

Para que un comportamiento sea psicótico, debe ser sin duda anormal, y el paciente debe carecer de conciencia en torno a su naturaleza. Algunos ejemplos de comportamiento psicótico incluirían síntomas de catatonía: mutismo, negativismo, manierismos o estereotipias, sin reconocimiento evidente de que las conductas en cuestión son anormales (para consultar las definiciones de estos síntomas, véase el texto entre barras de la p. 101). Un ejemplo de conducta bizarra que **no** es psicótica serían los rituales obsesivo-compulsivos, que los pacientes suelen reconocer como excesivos o irracionales.

Las ideas delirantes y las alucinaciones son los síntomas más comunes de la psicosis. Como se mencionó antes, las ideas delirantes deben diferenciarse de las ideas sobrevaloradas, y las alucinaciones de las ilusiones.

El lenguaje desorganizado va más allá de lo circunstancial, debe mostrar una laxitud marcada de sus asociaciones. Ejemplos: “Él me dice algo una mañana y la siguiente otra distinta”, “Tener medio pan es mejor que toda la enchilada”. O, en respuesta a la pregunta, “¿Cuánto tiempo vivió en Wichita?”: “Incluso a los osos hormigueros les gusta el beso francés”.

Los síntomas negativos pueden ser difíciles de identificar, a menos que se interroge a un informante en torno a los cambios en la labilidad afectiva, voluntad o grado de expresión oral. Los síntomas negativos también pueden confundirse con la rigidez afectiva que en ocasiones generan los medicamentos neurolépticos.

Para establecer el diagnóstico de esquizofrenia, las versiones previas del DSM sólo ponían como requisito un tipo de síntoma psicótico si se trataba de una idea delirante bizarra o de la alucinación de voces que hablan entre sí. Podemos sentirnos seguros en cuanto a la alucinación de voces, pero, en todo caso, ¿qué significa exactamente **bizarro**? Por desgracia, la definición no es precisa ni constante en los distintos estudios. Incluso ni siquiera es consistente con las distintas versiones del DSM, que hacen referencia al término con grados decrecientes de certidumbre: “sin una base posible en los hechos” (DSM-III), “en absoluto plausible” (DSM-III-R) y “claramente no plausible” (DSM-IV-TR). El DSM-5 casi se alejó por completo del conflicto, excepto en cuanto al trastorno delirante, donde el contenido bizarro constituye un especificador. En este caso, se considera que **bizarro** significa no sólo “claramente no plausible”, también incomprensible o sin concordancia con la experiencia usual de la vida.

Así, es posible que adoptemos también el sentido original que nos llegó hace varios cientos de años del francés: **extraño** o **fantástico**. Algunos ejemplos de ideas delirantes que podríamos denominar bizarras son caer por una conejera hasta llegar al País de las Maravillas, ser controlado (en pensamiento o acción) por alienígenas provenientes del cometa Halley o haber sufrido la sustitución del cerebro propio por un chip de computadora. Algunos ejemplos de ideas delirantes no bizarras incluyen ser espiado por los vecinos o traicionado por el cónyuge (la determinación de lo que es y no es bizarro puede variar con base en nuestra distancia de aquellos que pretendemos juzgar: “Yo soy único, usted es extraño, ellos son bizarros”).

El peso de las opiniones recientes indica que el grado de extravagancia tiene poca importancia en el diagnóstico o el pronóstico. Así, en el DSM-5 todos los pacientes con esquizofrenia deben tener dos o más tipos de síntomas psicóticos, no importa cuán fantástico pudiera ser cualquiera de ellos.

Evolución de la enfermedad

Los síntomas transversales son menos importantes para el diagnóstico diferencial de la psicosis que la evolución de la enfermedad. Esto es, el tipo de psicosis se determina en gran medida por los patrones longitudinales y las características asociadas del trastorno. Varios de estos factores se señalan aquí:

Duración. ¿Cuánto tiempo ha estado enfermo el paciente? Según el DSM-5, una duración de por lo menos seis meses es requisito para establecer el diagnóstico de esquizofrenia. Esta regla se formuló hace décadas, en respuesta a la observación de que los pacientes psicóticos que se han mantenido enfermos durante mucho tiempo tienden a cursar con esquizofrenia en el proceso de seguimiento. Los pacientes con una psicosis de menor duración quizá tengan otro diagnóstico. Durante años, hemos definido operacionalmente que el tiempo que se requiere es de seis meses o más.

Factores precipitantes. El estrés emocional intenso en ocasiones produce un periodo breve de psicosis. Por ejemplo, el estrés del parto a veces causa lo que denominamos psicosis posparto. Es menos probable que se presente una evolución crónica si existen factores precipitantes, incluyendo a éste.

Evolución previa de la enfermedad. El antecedente de recuperación completa (sin síntomas residuales) de una psicosis sugiere que se trata de un trastorno distinto a la esquizofrenia.

Personalidad premórbida. Un desempeño social y laboral apropiado antes del inicio de los síntomas psicóticos aleja nuestro diagnóstico de la esquizofrenia y lo dirige hacia otro trastorno psicótico, como la depresión psicótica o la psicosis debida a alguna afección médica o al consumo de sustancias.

Síntomas residuales. Una vez que se han tratado los síntomas psicóticos agudos (por lo general con medicamentos), pueden persistir síntomas residuales. Con frecuencia, son manifestaciones más leves de las ideas delirantes de la persona o de otros síntomas psicóticos activos: creencias extrañas, lenguaje vago que pierde el punto de enfoque, disminución discreta del interés en la compañía de otros. Auguran la subsiguiente reaparición de la psicosis.

Complicaciones debidas a la enfermedad

La psicosis puede afectar de manera seria el desempeño del paciente y la familia. La intensidad de este efecto puede ayudar a diferenciar la esquizofrenia de otras causas de psicosis. Para diagnosticar esquizofrenia en un paciente, éste debe tener una disfunción evidente del desempeño social o laboral. Por ejemplo, gran parte de los pacientes con esquizofrenia nunca se casa ni trabaja en absoluto, o realiza trabajos que requieren un nivel menor de desempeño del que se esperaría con base en su grado de educación y entrenamiento. Los otros trastornos psicóticos no requieren este criterio para el diagnóstico. Los criterios para delirium especifican incluso que el desempeño no se encuentra comprometido de manera importante, excepto en lo que se refiere a las ideas delirantes.

Criterios de exclusión

Una vez que se determina que existe psicosis, ¿puede atribuirse a algún trastorno mental distinto de la esquizofrenia? Es necesario tener en cuenta al menos tres series de posibilidades.

Antes que nada, el primer lugar en cualquier diagnóstico diferencial pertenece a los trastornos causados por enfermedades físicas. Anamnesis, exploración física y pruebas de laboratorio deben ser revisadas en busca de evidencia. Vea el cuadro “Trastornos físicos que afectan el diagnóstico mental”, en el Apéndice, que presenta una lista de algunas de estas afecciones.

A continuación, descarte los trastornos relacionados con consumo de sustancias. ¿El paciente tiene antecedentes de consumo excesivo de alcohol o drogas ilegales? Algunas de estas sustancias (cocaína, alcohol, psicoestimulantes y psicomiméticos) pueden provocar síntomas psicóticos que se parecen mucho a la esquizofrenia. El uso de medicamentos (como los corticosteroides) también puede producir síntomas de psicosis. Vea el cuadro “Clases (o nombres) de medicamentos que pueden causar trastornos mentales”, en el Apéndice, para conocer más detalles.

Por último, considere los trastornos del estado de ánimo. ¿Existen síntomas prominentes de manía o depresión? La historia de la terapéutica de la salud mental está repleta de pacientes cuyos trastornos del estado de ánimo han sido considerados por años como esquizofrenia. Los trastornos del estado de ánimo deben incluirse en una fase inicial en el diagnóstico diferencial de cualquier paciente con psicosis.

Otras características

Usted debe pensar también acerca de ciertas características de la psicosis que no se mencionan en los criterios del DSM-5. Algunas de éstas pueden ayudar a predecir la evolución, como las siguientes:

Antecedentes familiares de enfermedad. Un pariente cercano con esquizofrenia aumenta el riesgo de que su paciente padezca también ese trastorno. El trastorno bipolar I con características psicóticas también viene de familia. Investigue siempre tanto como le sea posible en torno a los antecedentes familiares, de manera que pueda formarse su propio juicio; aceptar la opinión de otro clínico en cuanto al diagnóstico puede resultar riesgoso.

Respuesta a los medicamentos. Sin considerar qué tan psicótico parezca un individuo, el antecedente de respuesta previa, p. ej. al tratamiento con litio, sugiere un diagnóstico relacionado con el estado de ánimo.

Edad al inicio. La esquizofrenia suele iniciar alrededor de los 25 años de edad. El inicio de la enfermedad después de los 40 años sugiere algún otro diagnóstico. Podría tratarse de un trastorno delirante, pero es necesario descartar un trastorno del estado de ánimo. Sin embargo, un inicio tardío no descarta por completo el diagnóstico de esquizofrenia, en particular aquella que se denominaba paranoide.

Redacté de manera intencional el material que se incluye a continuación en un orden distinto del que adoptó el DSM-5. La intención manifiesta de ese manual es ordenar sus materiales siguiendo

un “gradiente de psicopatología” que los clínicos por lo general deben seguir, de manera que consideren en primer lugar las condiciones que no alcanzan un estatus completo como trastornos psicóticos o que afectan un número relativamente menor de aspectos de la vida del paciente. Así, el DSM-5 comienza con el trastorno de la personalidad esquizotípico y luego sigue con el trastorno delirante y la catatonia.

Éste es el razonamiento de mi acercamiento. De manera general, concuerdo en que debemos evaluar a nuestros pacientes en conformidad con un continuo de seguridad y comenzar con los trastornos que pueden manejarse con mayor facilidad (como un trastorno psicótico inducido por sustancia) o los que tienen un pronóstico un tanto mejor (como los trastornos del estado de ánimo con psicosis). Sin embargo, desde un punto de vista educativo, esto me ayuda a describir primero una condición (esquizofrenia) que incluye todos los síntomas concebibles y luego a jugar con las variaciones. Considero que mi acercamiento tiene más probabilidad de facilitarle el aprendizaje de las características básicas de la psicosis.

Espectro de la esquizofrenia

F20.9 [295.90] Esquizofrenia

En un esfuerzo por alcanzar la precisión, los criterios del DSM para la esquizofrenia se han vuelto más complicados con los años. A pesar de esto, el patrón básico del diagnóstico sigue siendo tan directo que puede definirse brevemente.

1. Antes de desarrollar la enfermedad, es posible que el paciente presente una personalidad retraída o peculiar diferente.
2. Durante algún tiempo (quizá de 3 a 6 años), antes de desarrollar enfermedad clínica, el paciente puede tener experiencias que, si bien no son psicóticas, predicen el inicio posterior de psicosis. Este periodo **prodrómico** se caracteriza por anomalías en el pensamiento, lenguaje, percepción y conducta motriz.
3. La enfermedad en sí inicia de manera gradual, con frecuencia de modo imperceptible. Por lo menos seis meses antes de que se establezca el diagnóstico, el comportamiento empieza a cambiar. Justo desde el inicio, puede incluir ideas delirantes o alucinaciones; o puede ser anunciado por síntomas más leves, como creencias peculiares pero no psicóticas.
4. El paciente se ha mostrado abiertamente psicótico durante al menos 1 de esos 6 meses. Se han presentado dos o más de los cinco tipos de síntomas básicos descritos al inicio de este capítulo; uno de los dos debe corresponder a alucinaciones, ideas delirantes o lenguaje desorganizado.
5. La enfermedad genera problemas importantes en el trabajo y en el desempeño social.
6. El clínico puede excluir otros trastornos médicos, consumo de sustancias y trastornos del estado de ánimo como causas probables.
7. Si bien la mayoría de los pacientes mejora con el tratamiento, pocos se recuperan al grado de volver completamente a su condición premórbida.

Existen varias razones por las cuales es importante diagnosticar con precisión la esquizofrenia:

Frecuencia. Se trata de una condición común: hasta 1% de la población general adulta presenta este trastorno. Por causas desconocidas, los varones desarrollan sintomatología varios años antes que las mujeres.

Cronicidad. La mayoría de los individuos que desarrolla esquizofrenia presenta síntomas durante toda su vida.

Intensidad. Si bien casi ningún paciente requiere meses o años de hospitalización, como ocurría antes del advenimiento de los medicamentos neurolépticos, la incapacidad para el desempeño social y laboral puede ser profunda. Los síntomas psicóticos pueden variar en grado de intensidad (véase el texto entre barras de la p. 74).

Manejo. El tratamiento adecuado casi siempre implica el uso de fármacos antipsicóticos, los cuales, a pesar del riesgo de efectos colaterales, con frecuencia deben tomarse de por vida.

Si bien casi todo el mundo lo hace, es probable que resulte incorrecto hablar de la esquizofrenia como si se tratara de un solo trastorno. Es casi seguro que corresponda a una agrupación de etiologías subyacentes diversas a las que se aplican los mismos criterios diagnósticos básicos. También es importante señalar que, además de los criterios formales, es común encontrar en los pacientes con esquizofrenia otros síntomas. Aquí menciono algunos:

Disfunción cognitiva. Con frecuencia se observan tendencia a la distracción, desorientación y otros problemas cognitivos, si aun cuando los síntomas de la esquizofrenia se describen característicamente en integridad sensorial.

Disforia. Ira, ansiedad y depresión son algunas de las reacciones emocionales comunes que resultan de la psicosis. Otros pacientes muestran afecto inapropiado (como reír cuando nada parece chistoso). Las crisis y los trastornos de ansiedad se identifican con mayor frecuencia.

Ausencia de introspección. Muchos pacientes se niegan a tomar sus medicamentos por creer equivocadamente que no están enfermos.

Trastorno del sueño. Algunos enfermos permanecen despiertos hasta avanzada la noche y se levantan tarde cuando tratan de hacer frente al inicio de las alucinaciones o las ideas delirantes.

Consumo de sustancias. El consumo de tabaco es particularmente común; afecta a 80% de todos los pacientes con esquizofrenia.

Suicidio. Hasta 10% de estos pacientes (en particular, los varones jóvenes con diagnóstico reciente) se quita la vida.

Ya que la esquizofrenia puede presentarse de muchas formas distintas, y puesto que es tan importante (para los individuos, la sociedad y la historia de los trastornos mentales), la ilustraré con las historias de cuatro pacientes.

Características esenciales de la **esquizofrenia**

La **imagen clásica** de un paciente con esquizofrenia es la de una persona joven (al final de la adolescencia o alrededor de los 20 años) que ha tenido (1) ideas delirantes (en particular, de persecución) y (2) alucinaciones (en particular, auditivas). Sin embargo, algunos pacientes cursan con (3) lenguaje incoherente o desorganizado, (4) conducta psicomotriz con anomalías intensas (síntomas de catatonía) o (5) síntomas negativos, como limitación del afecto o abulia (no se sienten motivados para trabajar o mantener una vida familiar). Para el diagnóstico, son necesarios al menos dos de estos cinco tipos de síntomas psicóticos, uno de los cuales debe corresponder a ideas delirantes, alucinaciones o lenguaje desorganizado (criterio A). Es probable que el paciente presente algunos síntomas del estado de ánimo, pero serán relativamente breves. La enfermedad suele aparecer de manera gradual, quizá casi imperceptible, y establecerse en al menos seis meses en un *crescendo* de miseria y caos.

La letra pequeña

No desestime las D: • Duración (seis meses o más, con síntomas del criterio A por lo menos un mes) • Discapacidad (disfunción social, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (otros trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo o cognitivos, trastornos psicóticos por afecciones físicas o consumo de sustancias, ideas peculiares, con frecuencia, políticas o religiosas, compartidas por una comunidad).

Notas para codificación

Especifique:

Con catatonía (véase p. 100).

Si el trastorno ha durado al menos un año, especifique la evolución:

Primer episodio, cuadro agudo activo.

Primer episodio, en remisión parcial.

Primer episodio, en remisión total.

Episodios múltiples, cuadro agudo activo.

Episodios múltiples, en remisión parcial.

Episodios múltiples, en remisión total.

Persistente.

No especificado.

Usted puede especificar la gravedad; no obstante, no tiene que hacerlo (véase p. 74).

Mientras que el DSM-IV (y cada uno de sus predecesores) mencionaba varios tipos de esquizofrenia, el DSM-5 las ha eliminado en gran medida. ¿A qué se debe? ¿Y por qué estaban ahí en primer lugar?

Tristemente, las categorías venerables de hebefrénica (desorganizada), catatónica y paranoide, cada una de las cuales tiene raíces profundas en el siglo XIX, simplemente no predijeron mucho, no lo suficiente, en todo caso, para justificar su existencia. Además, no siempre se mantuvieron, como era de esperarse, de un episodio de psicosis al siguiente. La catatonía, siempre identificada con más frecuencia en afecciones distintas de la esquizofrenia, fue ahora degradada a un especificador que hace referencia a conductas que no sólo ocurren en la esquizofrenia, sino en los trastornos del estado de ánimo y en las enfermedades físicas. Y las otras categorías antiguas, si bien interesantes para la discusión (al menos para los clínicos con edad suficiente para haber sido criados utilizando estos conceptos), fueron relegadas al cajón empolvado de la historia, junto con la terapia febril y el empaquetamiento con sábanas mojadas.

Lyonel Childs

Cuando era joven, Lyonel Childs siempre se mantuvo un tanto aislado, incluso de sus dos hermanos y su hermana. Durante los primeros años de escuela, adquirió una actitud de sospecha si otros niños le hablaban. Rara vez parecía sentirse cómodo, incluso con quienes lo habían conocido desde el preescolar. Nunca sonreía o mostraba demasiada emoción, de modo que, cuando cumplió 10 años, incluso sus hermanos pensaban que era extraño. Los adultos decían que era “nervioso”. Durante algunos meses de su adolescencia, se interesó en la magia y en lo oculto; leía mucho sobre brujería y formulación de hechizos. Más tarde, decidió que le gustaría ser pastor. Pasaba muchas horas en su habitación aprendiéndose de memoria los pasajes de la Biblia.

Lyonel nunca había estado demasiado interesado en el sexo, pero a los 24 años, cuando aún acudía a la Universidad, se sintió atraído por una chica en su clase de poesía. Mary era rubia y tenía ojos azul oscuro, y él se dio cuenta de que su corazón dejó de latir momentáneamente cuando la vio por primera vez. Ella siempre le decía “Hola” y sonreía cuando se encontraban. Él no quería demostrar demasiado interés, así que esperó una tarde, varias semanas después, para invitarla a una fiesta de Año nuevo. Ella rechazó su invitación, de manera educada pero firme.

Como le mencionó Lyonel a un entrevistador meses después, pensó que esto era extraño. Durante el día, Mary era amistosa y abierta con él, pero cuando se la encontraba por la noche, se mostraba reservada. Él sabía que en esto había algún mensaje que se le escapaba, y lo hacía sentirse muy tímido e indeciso. También observó que sus pensamientos se habían acelerado tanto que no podía ordenarlos.

“Observé que mi energía mental se había reducido”, le dijo al entrevistador, “así es que fui a ver al médico. Le dije que se me estaba formando gas en los intestinos, y yo pensaba que eso me producía erecciones. Y todos mis músculos parecían flácidos. Me preguntó si utilizaba drogas o si me estaba sintiendo deprimido. Le dije que ninguna de las dos. Me prescribió unos tranquilizantes, pero yo tiré la receta”.

Lyonel era anormalmente delgado, incluso para una persona de constitución tan ligera, y su piel tenía un color blanco pastoso. Vestido en forma casual, se sentaba en silencio y sin moverse

durante la entrevista. Su lenguaje era del todo ordinario; un pensamiento desembocaba de manera lógica en el siguiente, y no existían palabras inventadas.

Para el verano, se había convencido de que Mary pensaba en él. Había resuelto que algo debía estarlos manteniendo separados. Cada vez que tenía esta sensación, sus pensamientos parecían alcanzar un volumen tan alto que se sentía seguro de que otras personas eran capaces de escucharlos. Se negó a buscar un trabajo de verano ese año y volvió a mudarse a la casa de sus padres, donde se mantuvo en su habitación, pensativo. Le escribió largas cartas a Mary, la mayor parte de las cuales destruyó.

En el otoño, Lyonel se dio cuenta de que sus parientes estaban tratando de ayudarlo. Si bien le guiñaban un ojo o le daban golpecitos con un dedo para hacerle saber cuando ella estaba cerca, esto no ayudaba. Ella seguía eludiéndolo, en ocasiones sólo por algunos minutos. A veces, escuchaba un zumbido en su oído derecho, que le hacía preguntarse si se estaba quedando sordo. Su sospecha pareció confirmarse por lo que llamó en privado “un signo claro”. Un día, mientras conducía, observó, como si fuera por primera vez, el botón de encendido del desempañante del medallón del auto. Decía “rear def”, que para él significaba en inglés “right-ear deafness” (sordera del oído derecho).

Cuando avanzó el invierno y se aproximaron las vacaciones, Lyonel supo que tendría que entrar en acción. Condujo hasta la casa de Mary para definir las cosas con ella. Mientras iba cruzando el pueblo, las personas que dejaba atrás inclinaban la cabeza en señal de consentimiento y le guiñaban el ojo como señal de que entendían y le daban su aprobación. La voz de una mujer, que hablaba con claridad justo detrás de él en el asiento trasero, dijo: “¡Da vuelta a la derecha!” y “¡Bien hecho, chico!”

Evaluación de Lyonel Childs

Para el diagnóstico de esquizofrenia, deben existir dos de los cinco síntomas enumerados en el criterio A del DSM-5, y Lyonel tuvo dos: ideas delirantes (criterio A1) y alucinaciones (A2). Observe este elemento nuevo del DSM-5: para el diagnóstico de esquizofrenia, es necesario que entre los síntomas psicóticos de un paciente exista al menos uno de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones y lenguaje desorganizado.

En el caso de Lyonel, las alucinaciones de la **esquizofrenia** suelen ser auditivas. Las alucinaciones visuales con frecuencia revelan un **trastorno psicótico inducido por sustancia** o **trastorno psicótico debido a otra afección médica**; también pueden presentarse en el **trastorno neurocognitivo mayor (demencia)** y en el **delirium**. Las alucinaciones del sentido del olfato son más comunes entre las personas cuya psicosis deriva de alguna **otra afección médica**, pero su presencia no descarta la esquizofrenia.

Asimismo, en Lyonel, las alucinaciones auditivas son, por lo general, claras y fuertes; los afectados con frecuencia responden afirmativamente cuando el examinador les pregunta: “¿Tienen el mismo volumen que mi voz ahora?” Si bien pudiera parecer que las voces provienen de la cabeza del paciente, la fuente puede localizarse en cualquier sitio: el pasillo, un aparato doméstico, el gato de la familia.

Los mensajes especiales que Lyonel recibía (golpecitos con el dedo, guiños) se denominan **ideas delirantes de referencia**. Los pacientes con esquizofrenia también pueden experimentar otros tipos de ideas delirantes; se incluye una lista de éstas en la p. 58. A menudo, las ideas delirantes

son hasta cierto punto **persecutorias** (esto es, el paciente se siente de alguna manera perseguido o interferido). Ninguna de las ideas delirantes de Lyonel se alejaba tanto de la experiencia humana normal que pudiera yo denominarla **bizarra**.

Lyonel no presentó desorganización del lenguaje, comportamiento catatónico o síntomas negativos, pero otros pacientes con esquizofrenia pueden tenerlos. Su enfermedad interfería de modo significativo en su trabajo (no consiguió empleo durante el verano) y en sus relaciones con otros (permanecía en su habitación pensativo). Podemos inferir que en cada una de estas áreas tuvo un desempeño mucho menor del que tenía antes de su enfermedad (B).

Si bien Lyonel había escuchado voces sólo durante un periodo corto, había tenido ideas delirantes durante varios meses. Los síntomas prodrómicos (sus inquietudes en torno al gas intestinal y la sensación de disminución de la energía mental) habían comenzado uno o más años antes. Como consecuencia, cubría con facilidad el requisito de la duración total (pródromo, síntomas activos y periodo residual) de al menos seis meses (C).

El médico que consultó Lyonel no encontró evidencia de algún otro trastorno médico (E). En el **trastorno psicótico inducido por alcohol** pueden observarse alucinaciones auditivas que quizá imiten con precisión las que se encuentran en la esquizofrenia. Las personas que han suspendido el consumo de **anfetaminas** pueden lesionarse cuando intentan escapar de ideas delirantes de persecución terroríficas. Podríamos sospechar cualquiera de estos trastornos si Lyonel hubiera utilizado sustancias recientemente.

Lyonel también negaba sentirse deprimido. El **trastorno depresivo mayor con características psicóticas** puede producir ideas delirantes o alucinaciones, pero con frecuencia éstas son congruentes con el estado de ánimo (giran en torno a sentimientos de culpa o a un castigo merecido). El **trastorno esquizoafectivo** podría descartarse, puesto que el paciente carecía de síntomas prominentes del estado de ánimo (depresivos o maníacos, D). Por la duración de sus síntomas, sabemos que no debemos diagnosticar **trastorno esquizofreniforme**.

Muchos pacientes con esquizofrenia también presentan una personalidad premórbida anómala. A menudo, ésta se manifiesta por un **trastorno de la personalidad esquizoide** o, en particular, **esquizotípico**. Cuando era niño, Lyonel tenía por lo menos cinco características del trastorno de personalidad esquizotípico (véase p. 538): limitación del afecto, carencia de amigos cercanos, creencias extrañas (interés en lo oculto), aspecto peculiar (según los compañeros) y desconfianza de otros niños. Sin embargo, no tenía antecedentes que nos hicieran considerar la presencia de trastorno del espectro autista (F).

Con dos síntomas psicóticos y una duración mayor de seis meses, la enfermedad de Lyonel corresponde fácilmente al prototipo de la esquizofrenia típica. Observe que (como ocurre con la mayor parte de los trastornos del DSM-5) deben descartarse las causas médicas y por consumo de sustancias, y considerarse menos probables otras etiologías mentales más sensibles al tratamiento.

Durante el episodio actual, Lyonel no había presentado ninguna modificación de los síntomas que pudiera sugerir algo distinto a una evolución persistente. Había estado enfermo durante casi un año. Yo fijaría su calificación en la EEAG actual en 30, y su diagnóstico general sería el siguiente:

| | |
|----------------|---|
| F20.9 [295.90] | Esquizofrenia, primer episodio, cuadro agudo activo |
| F21 [301.22] | Trastorno de la personalidad esquizotípico (premórbido) |
| Z56.9 [V62.29] | Desempleo |

Al valorar a pacientes que muestran ideas delirantes o alucinaciones, asegúrese de tomar en cuenta los trastornos cognitivos. Esto es en particular válido en un individuo mayor cuya psicosis se ha desarrollado con rapidez. Y a los pacientes con esquizofrenia que tienen alucinaciones o ideas delirantes activas se les debe interrogar en torno a los síntomas de disforia. Es probable que padezcan depresión o ansiedad (o ambos) que podría requerir un tratamiento adicional.

Bob Naples

Como dijo su hermana, Bob Naples siempre estaba en silencio cuando era niño, pero no de alguna manera que pudiera calificarse como peculiar o extraña. En su familia nunca había ocurrido algo como esto.

Bob estaba sentado dentro de un consultorio diminuto en una parte alejada del pasillo. Musitaba y mecía la pierna descubierta que tenía recargada sobre el brazo de la silla. La única prenda que llevaba era el saco de una pijama de rayas rojas y blancas. Un auxiliar trató de cubrirle las piernas con una sábana verde, pero él se rió y la tiró al piso.

Resultó difícil para su hermana Sharon decir en qué momento había comenzado a cambiar Bob. Nunca había sido muy sociable, dijo; “incluso pudieras llamarlo un solitario”. Rara vez reía y siempre parecía un poco distante, casi frío; nunca pareció disfrutar mucho lo que hacía. Cinco años después de que terminara la secundaria, había vivido en su casa mientras trabajaba en la tienda de maquinaria de su esposo, pero en realidad nunca vivió **con** ellos. Nunca había tenido una novia, o un novio, en realidad, aunque en ocasiones hablaba con un par de compañeros de la secundaria si llegaban por ahí. Alrededor de un año y medio antes, Bob había dejado de salir por completo y ni siquiera regresaba las llamadas telefónicas. Cuando Sharon le preguntó por qué, él le dijo que tenía mejores cosas que hacer. Pero lo único que hacía cuando no estaba trabajando era permanecer en su habitación.

El esposo de Sharon le había dicho que, en el trabajo, Bob permanecía en su turno durante los descansos y hablaba incluso menos que antes. “A veces, Dave solía escuchar a Bob reírse solo. Cuando le preguntaba qué era lo gracioso, Bob levantaba los hombros y se volteaba, y regresaba a su trabajo”.

Durante más de un año las cosas no cambiaron mucho. Luego, cerca de dos meses antes, Bob había comenzado a permanecer despierto toda la noche. La familia solía escucharlo golpear en su cuarto, azotar cajones y de vez en cuando arrojar objetos. A veces se escuchaba como si estuviera hablando con alguien, pero su habitación estaba en el segundo piso y no tenía teléfono.

Dejó de ir a trabajar. “Por supuesto, Dave nunca lo despidió”, continuó Sharon. “Pero estaba somnoliento por no dormir durante la noche, y cabeceaba constantemente mientras trabajaba con el torno. En ocasiones, simplemente lo dejaba girando y se dirigía hacia la ventana para asomarse. Dave se sintió aliviado cuando dejó de ir”.

En las últimas semanas, lo único que Bob decía era “Gilgamesh”. En una ocasión, Sharon le preguntó lo que significaba y él respondió: “No es un zapato rojo mueble sobre una tecla de retroceso”. Esto la impresionó tanto que lo escribió. Después de eso, renunció a tratar de pedirle explicaciones.

Sharon sólo podía especular cómo Bob había ido a dar al hospital. Cuando regresó a casa de la tienda de abarrotes unas horas antes, él se había ido. Entonces, sonó el teléfono y era la policía,

que le informaba que lo llevarían al hospital. Un guardia de seguridad en el centro comercial lo había detenido. Estaba balbuceando algo acerca de Gilgamesh y no llevaba nada de ropa, excepto el saco de la pijama. Sharon se limpió el rabillo del ojo con la manga de su blusa. “Ni siquiera es su pijama, es de mi hija”.

Evaluación de Bob Naples

Tome algunos minutos para revisar la historia de Bob e identificar los elementos del prototipo de la esquizofrenia típica. Ésta es la imagen que debe llevar en su cabeza, contra la cual comparará a sus pacientes en el futuro.

Con distintos síntomas psicóticos, Bob cubría por completo los criterios básicos para la esquizofrenia. Además de su lenguaje tan desorganizado (criterio A3) y su comportamiento (salir desnudo, A4), tenía los síntomas negativos de ausencia de expresión oral y abulia (dejó de ir a trabajar, A5). Si bien había tenido síntomas activos por quizá sólo algunos meses, su disminución de sociabilidad (incluso para él) había comenzado más de un año antes, lo que prolongaba la duración total de su enfermedad (C) más allá del umbral de seis meses. El caso clínico deja claro el efecto devastador de los síntomas sobre su trabajo y vida social (B). Sin embargo, incluso con estos rasgos característicos, hay varias exclusiones que deben descartarse.

Bob decía sólo una palabra cuando ingresó, de modo que no pudo determinarse si tenía deficiencias cognitivas, como ocurriría en caso de **delirium** o en un **trastorno psicótico inducido por anfetaminas o fenilciclidina**. Sólo después de iniciado el tratamiento es posible que pueda conocerse con seguridad su condición cognitiva. Podría buscarse más evidencia de **patología cerebral macroscópica** (E) mediante rayos X de cráneo, resonancia magnética nuclear (RMN) y pruebas de sangre apropiadas.

Los pacientes con **trastorno bipolar I** pueden mostrar un defecto general del juicio al rehusarse a permanecer vestidos, pero Bob carecía de los otros rasgos característicos de la manía, como el estado de ánimo eufórico o la hiperactividad, sin duda no presentaba verborrea. La ausencia de síntomas prominentes del estado de ánimo descartaría un **episodio depresivo mayor** y un **trastorno esquizoaectivo** (D). Durante más de un año, Bob había sido encontrado en su torno riéndose solo, de modo que las manifestaciones tempranas de su enfermedad habían estado presentes por más de los seis meses requeridos para la esquizofrenia; así, podemos descartar el **trastorno esquizofreniforme**.

Varios de los síntomas de Bob son típicos de lo que solía denominarse esquizofrenia desorganizada. Su afecto era inapropiado (reía sin causa aparente); no obstante, la disminución de la labilidad (denominada **aplanamiento o limitación**) también podría considerarse un síntoma negativo. En el momento de su valoración, su lenguaje se había reducido a una sola palabra, pero antes había sido incoherente (y tan peculiar que su hermana incluso había escrito algunas citas). Por último, existía abulia (la voluntad de hacer cosas): había dejado de ir a trabajar y pasaba la mayor parte de su tiempo en su habitación, al parecer sin hacer nada.

A partir de la información provista por Sharon, parecería justificarse un diagnóstico premórbido de algún tipo de trastorno de la personalidad. Los síntomas específicos de Bob incluyen los siguientes: carencia de amigos cercanos, falta de deseo de establecer relaciones interpersonales, elección de actividades en solitario, falta de disfrute de las actividades y carencia de experiencias

sexuales. Se trata de un patrón, a menudo identificado en pacientes con esquizofrenia, que se denomina trastorno de la personalidad esquizoide (p. 535).

Si bien el diagnóstico eventual de Bob parecería evidente, debemos esperar los resultados de laboratorio para descartar causas de psicosis distintas a la esquizofrenia. Así, agregaremos el calificador (**provisional**) a este diagnóstico. Yo le asignaría una calificación en la EEAG de sólo 15.

| | |
|----------------|---|
| F20.9 [295.90] | Esquizofrenia, primer episodio, cuadro agudo activo (provisional) |
| F60.1 [301.20] | Trastorno de la personalidad esquizoide (premórbido) |

La esquizofrenia desorganizada fue reconocida por primera vez hace aproximadamente 150 años. En su origen se denominó **hebefrénica**, puesto que comenzaba en una fase temprana de la vida (en griego, *hebe* significa juventud). Los pacientes con esquizofrenia desorganizada pueden parecer los más psicóticos de todos. Con frecuencia se deterioran con rapidez, hablan sin sentido y descuidan su higiene y aspecto. Sin embargo, la investigación más reciente determinó que el patrón de síntomas no predice lo suficiente para convertir a la esquizofrenia desorganizada en una subcategoría diagnóstica útil, excepto para la descripción de los síntomas existentes.

Natasha Oblamov

“Ella no está para nada tan mal como Iván”. El Sr. Oblamov hablaba acerca de sus dos hijos mayores. A los 30 años de edad, Iván tenía esquizofrenia desorganizada tan intensa (como se conocía entonces) que, no obstante la aplicación de neurolépticos y un ensayo con terapia electroconvulsiva, era incapaz de poner 10 palabras juntas de modo que tuvieran sentido. Ahora Natasha, tres años menor que su hermano, había sido llevada a la clínica por problemas similares.

Natasha era artista. Se especializaba en hacer copias al óleo de las fotografías que tomaba en el campo cerca de su hogar. Aunque había tenido una exhibición personal en una galería de arte local dos años antes, nunca había ganado un solo dólar por su trabajo artístico. Tenía una habitación en el departamento de su padre, donde los dos vivían de su pensión de retiro. Su hermano vivía en una sala para pacientes mentales con mal pronóstico en un hospital estatal.

“Supongo que esto ha estado ocurriendo desde hace tiempo”, dijo el Sr. Oblamov. “Debí haber hecho algo antes, pero no quería creer que le estaba pasando a ella también”.

Los signos habían aparecido por primera vez hace alrededor de 10 meses, cuando Natasha dejó de acudir a su clase en el instituto de arte y dejó de atender a sus dos o tres estudiantes de dibujo. La mayor parte del tiempo permanecía en su habitación, incluso a la hora de las comidas; pasaba gran parte de su tiempo haciendo esbozos.

Finalmente, su padre llevó a Natasha para ser evaluada debido a que insistía en abrir la puerta. Cerca de seis semanas antes había comenzado a salir de su habitación varias veces todas las tardes, se quedaba parada con incertidumbre en el pasillo un momento y luego abría la puerta principal. Después de asomarse de un lado a otro del pasillo, regresaba a su habitación. En la última semana, había realizado este ritual una docena de veces cada tarde. Una o dos veces su

padre creyó haberla escuchado murmurar algo sobre “Jason”. Cuando le preguntó quién era Jason, ella sólo lo vio inexpresiva, se dio la vuelta y se fue.

Natasha era una mujer delgada con cara redonda y ojos azul agua que parecían nunca enfocarse. Si bien casi no aportó información por sí misma, respondió cada pregunta con claridad y lógica, aunque con brevedad. Se encontraba del todo orientada y no tenía ideas suicidas u otros problemas para el control de los impulsos. Su afecto estaba tan aplanado como uno de sus lienzos. Habría descrito sus experiencias más atemorizantes sin más emoción que la que le habría generado hacer una cama.

Jason era instructor en el instituto de arte. Meses antes, una tarde en que su padre estaba fuera, había ido al departamento para ayudarla con “algunas técnicas de retoque especiales”, según ella lo indicó (refiriéndose a su pincel). Aunque habían terminado juntos y desnudos en el piso de la cocina, ella había pasado la mayor parte de ese tiempo explicando por qué pensaba que debía ponerse de nuevo la ropa. Él se fue sin ser correspondido y ella nunca volvió al instituto de arte.

No mucho tiempo después, Natasha “se dio cuenta” de que Jason andaba por ahí, tratando de verla de nuevo. Sentía su presencia justo afuera de su puerta, pero cada vez que la abría, él se había desvanecido. Esto la intrigaba, pero no podía decir que se sintiera deprimida, enojada o ansiosa. En el transcurso de algunas semanas, comenzó a escuchar una voz que se parecía un poco a la de Jason, que parecía hablarle desde un amplificador fotográfico que había instalado en el diminuto segundo baño.

“Por lo general, sólo decía la ‘palabra con C’”, explicó en respuesta a una pregunta.

“¿La ‘palabra con C’?”

“Ya sabe, el sitio del cuerpo de la mujer en el que hace la ‘palabra F’”. Sin parpadear y en calma, Natasha se mantenía sentada con las manos juntas sobre su regazo.

En las últimas semanas, Jason se había deslizado varias veces por su ventana durante la noche y se había metido en su cama mientras ella dormía. Ella despertaba al sentir la presión de su cuerpo sobre ella; era en particular intensa en la ingle. Cuando despertaba por completo, él se había ido. La semana anterior, cuando entró al baño para utilizarlo, la cabeza de una anguila, o quizá de una víbora larga, salió de la taza del baño y se lanzó contra ella. Ella bajó la tapa del baño sobre el cuello del animal y éste desapareció. Desde entonces, sólo había utilizado el baño principal.

Evaluación de Natasha Oblamov

Natasha tenía distintos síntomas psicóticos; incluían alucinaciones visuales (la anguila en el excusado, criterio A2) y una idea delirante no bizarra sobre Jason (A1). También tenía el síntoma negativo de aplanamiento afectivo (hablaba sobre las anguilas y su anatomía privada sin un tinte de emoción, A5). Aunque sus síntomas activos sólo habían sido evidentes algunos meses, los síntomas prodrómicos de permanecer en su habitación habían prevalecido cerca de 10 meses (C). No puedo identificar algún dato en el caso clínico que pudiera denominar abulia, pero su trastorno de manera evidente interfería en su capacidad para terminar una pintura (B).

No existe dato alguno en la historia clínica de Natasha que sugiera **otra afección médica** (E) que pudiera explicar sus síntomas. Sin embargo, podrían solicitarse primero algunas pruebas de laboratorio de rutina: biometría hemática completa, química sanguínea, examen general de

orina. No hay evidencia en el caso clínico que sugiera que cursaba con algún **trastorno psicótico inducido por sustancias**, y su afecto, si bien aplanado, era agradable, ni con mucho el estado de ánimo con depresión intensa del **trastorno depresivo mayor con características psicóticas** (D). Por otra parte, nunca había tenido ideas suicidas, y nada sugería un **episodio maniaco**. La duración de la enfermedad superior a seis meses descarta el **trastorno esquizofreniforme** y el **trastorno psicótico breve**. Por último, su hermano padecía esquizofrenia. Alrededor de 10% de los parientes en primer grado (progenitores, hermanos e hijos) de los pacientes con esquizofrenia también desarrolla esa condición. Por supuesto, no es un criterio para establecer el diagnóstico, pero ayuda a orientarlo.

Natasha presentaba todos los elementos del prototipo: síntomas psicóticos, duración y ausencia de otras causas (en particular, trastornos médicos y por uso de sustancias). Si bien la edad de inicio no se incluye en los criterios del DSM-5, la mencioné en el prototipo. Cualquiera que desarrolle psicosis después de, por ejemplo, los 35 años, requiere una evaluación incluso más cuidadosa que la usual, para descartar otras etiologías que pudieran ser sensibles de tratamiento.

En alguna época anterior (DSM-IV), los síntomas de Natasha le hubieran merecido pertenecer al subtipo diagnóstico de la esquizofrenia **indiferenciada**; ahora, el diagnóstico de todos es indiferenciado. Puesto que había estado enferma menos de un año (si bien más de los seis meses como mínimo), no habría un especificador de evolución. Le asignaría una calificación en la EEAG de 30. Su diagnóstico sería sólo el siguiente:

F20.9 [295.90] Esquizofrenia, primer episodio, agudo

El DSM-5 nos recomienda calificar los síntomas psicóticos de cada paciente en una escala de cinco puntos. Cada uno de los cinco síntomas del criterio A se califica como 0 = ausente, 1 = equívoco (sin intensidad o duración suficientes para considerarse psicótico), 2 = leve, 3 = moderado o 4 = grave. Además, el manual señala que se debería utilizar un esquema de calificación similar para la cognición dañada, la depresión y la manía, puesto que cada una de estas características es importante para el diagnóstico diferencial de los pacientes psicóticos. Estas calificaciones pueden agregarse a varios de los trastornos psicóticos que se analizan en este capítulo. Sin embargo, el uso de este sistema de calificación de la intensidad es (por fortuna, a mi juicio) opcional.

Ramona Kelt

Cuando tenía 20 años y sólo había estado casada algunos meses, Ramona Kelt fue hospitalizada por primera vez debido a lo que se describió entonces como “esquizofrenia hebefrénica”. De acuerdo con sus registros, su estado de ánimo había sido alocado e inapropiado, y su lenguaje era desarticulado y difícil de seguir. Había sido llevada para valoración después de ponerse posos de café y cáscaras de naranja en la cabeza. Le contó al personal acerca de las cámaras de televisión que había en su clóset y que la espían cada vez que tenía relaciones sexuales.

Desde entonces, había tenido varios cuadros adicionales, separados, a lo largo de 25 años. Cada vez que se enfermaba, sus síntomas eran los mismos. En cada ocasión se recuperaba lo suficiente para regresar a casa con su esposo.

Todas las mañanas, el esposo de Ramona tenía que preparar una lista en donde le indicaba sus actividades del día, incluso contenía la planeación de las comidas y las actividades de la cocina. Sin la lista, podía descubrir, al llegar a casa, que ella no había hecho nada en todo el día. La pareja no tenía hijos y sus amigos eran escasos.

La valoración más reciente de Ramona se generó a partir de un cambio en sus planes de atención médica. Su nuevo médico observó que ella aún tomaba neurolépticos; cada mañana, su esposo los contaba de manera cuidadosa para ponerlos en su plato y la observaba deglutirlos. Durante la entrevista, ella guiñaba los ojos y sonreía cuando no era apropiado. Dijo que ya habían pasado varios años desde que las cámaras de televisión la habían molestado, pero se preguntaba si su clóset quizá “estuviera embrujado”.

Evaluación de Ramona Kelt

Ramona había estado enferma durante muchos años con síntomas que incluían comportamiento desorganizado (criterio A4) y una idea delirante en torno a cámaras de televisión (A1). El diagnóstico de esquizofrenia desorganizada (hebefrénica) se habría justificado en otro tiempo con base en su afecto inapropiado y su bizarro discurso (A3) y comportamiento. Cuando presentaba un cuadro agudo, también cumplía los criterios del DSM-5 para la esquizofrenia.

Durante esta valoración se encontraba en un periodo interepisódico, pero mostraba ciertas peculiaridades del afecto (guiños) y las ideas (el clóset pudiera estar embrujado) que sugerían síntomas psicóticos atenuados. Presentaba un síntoma negativo intenso persistente (A5), la abulia: si su esposo no planeaba su día, ella casi no hacía nada (esto le haría merecedora de una calificación en la EEAG de 51). Sin embargo, con sólo un síntoma psicótico activo, parecía haberse recuperado de manera parcial de su último episodio de esquizofrenia.

Por supuesto, para recibir el diagnóstico de esquizofrenia, Ramona tendría que carecer de todos los criterios de exclusión (**afecciones médicas generales, trastorno psicótico inducido por sustancia, trastornos del estado de ánimo, trastorno esquizoafectivo**). Pienso que estaríamos seguros de asumir que éste sigue siendo el caso, de modo que su diagnóstico actual sería el que se indica más adelante. También observe que, incluso, la información imprecisa que se aporta en el caso clínico corresponde de manera apropiada a nuestro prototipo de esquizofrenia típica. El especificador de evolución es idéntico esencialmente al del antiguo diagnóstico de esquizofrenia de tipo residual.

F20.9 [295.90] Esquizofrenia, episodios múltiples, en remisión parcial

Trastornos psicóticos distintos de la esquizofrenia

F20.81 [295.40] Trastorno esquizofreniforme

Su nombre suena como si tuviera que relacionarse con la esquizofrenia, pero el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme (TE) surgió a fines de la década de 1930 para tratar a los pacientes

que quizá tuvieran algún padecimiento un poco distinto. Estas personas parecen tener esquizofrenia, pero algunas de ellas se recuperan por completo más adelante sin tener efectos residuales. El diagnóstico de TE es valioso debido a que previene el cierre: alerta a todos los clínicos en torno a que la naturaleza subyacente de la psicosis del paciente aún no se ha comprobado (el sufijo *forme* significa que los síntomas se parecen a la esquizofrenia, la cual puede resultar el diagnóstico). Sin embargo, con información limitada, el clínico cuidadoso se siente incómodo al apresurarse a integrar un diagnóstico que implica una discapacidad y un tratamiento de por vida).

Los síntomas y las exclusiones para diagnosticar TE son idénticos a los de la esquizofrenia básica; ambos diagnósticos difieren en términos de duración y disfunción. Para el DSM-5, no es preciso contar con evidencia de que el TE ha interferido en la vida del paciente. Sin embargo, si usted lo analiza, la mayoría de las personas que han presentado ideas delirantes y alucinaciones durante un mes o más quizá ha enfrentado ciertos inconvenientes sociales o en el sitio de trabajo.

El punto de divergencia real es la duración de la sintomatología del paciente: el periodo requerido es de 1 a 6 meses. La importancia práctica del intervalo es la siguiente: numerosos estudios han demostrado que los pacientes psicóticos que han estado enfermos por corto tiempo tienen mayor probabilidad de alcanzar una recuperación completa que los que se han mantenido enfermos durante seis meses o más. No obstante, en más de la mitad de quienes reciben primero el diagnóstico de TE se confirma a la larga esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo.

El TE no es en realidad un trastorno discreto en absoluto; es un elemento que llena un espacio y se aplica casi en proporción idéntica en varones y mujeres que tienen una edad cercana a la de los pacientes con esquizofrenia cuando reciben el diagnóstico por primera vez. El diagnóstico se establece con una frecuencia de sólo una quinta parte de la correspondiente a la esquizofrenia, en particular en EUA y en otros países occidentales.

A fines de la década de 1930, el psiquiatra noruego Gabriel Langfeldt acuñó el término **psicosis esquizofreniforme**. En EUA quizá era más pertinente en esa época, cuando el diagnóstico de esquizofrenia era muy frecuente en pacientes que habían tenido síntomas psicóticos pero no la evolución longitudinal típica de la esquizofrenia. Como lo dejó claro Langfeldt en una carta publicada en 1982 en el *American Journal of Psychiatry*, cuando integró el concepto, tenía la intención de incluir no sólo las psicosis que se veían como la esquizofrenia excepto por la duración de los síntomas, sino otras presentaciones también. Entre éstas se encuentran lo que ahora llamaríamos psicosis breve, trastornos esquizoafectivos e incluso algunos trastornos bipolares. El tiempo y la costumbre han limitado el significado de su término, a tal punto que rara vez se utiliza. Considero que es una lástima; se trata de un recurso útil que ayuda a mantener a los clínicos prevenidos y a los pacientes libres de la dosificación crónica de medicamentos.

Características esenciales del trastorno **esquizofreniforme**

El TE se caracteriza por la instauración y la compensación relativamente rápidas. El término suele referirse a una persona joven (adolescencia tardía o tercera década de vida) que de 30 días a seis meses ha presentado (1) ideas delirantes (en particular, de persecución) y (2) alucinaciones (en particular, auditivas). Sin embargo, algunos individuos presentan (3) lenguaje incoherente o desorganizado, (4) comportamiento psicomotor con anomalías intensas (síntomas de catatonia) o (5) síntomas negativos como restricción del afecto o abulia (no se sienten motivados para trabajar o mantener una vida familiar). Para el diagnóstico se requieren al menos dos de estos cinco tipos de síntomas psicóticos, y por lo menos uno de ellos debe corresponder a ideas delirantes, alucinaciones o lenguaje desorganizado. El paciente se recupera por completo en el transcurso de seis meses.

La letra pequeña

Las D: • Duración (de 30 días a seis meses) • Diagnóstico diferencial (trastornos psicóticos de origen físico o inducidos por sustancia, esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo o trastornos cognitivos).

Notas para codificación

Especifique:

{Con} {sin} características de buen pronóstico, las cuales incluyen: (1) síntomas psicóticos de inicio temprano (en el primer mes de la enfermedad), (2) confusión o perplejidad en el punto máximo de la psicosis, (3) desempeño premórbido adecuado, (4) afecto sin aplanamiento. De 2 a 4 de éstos = con características de buen pronóstico; ninguno o sólo uno = sin características de buen pronóstico.

Con catatonia (véase p. 100).

Si se encuentra dentro de los seis meses y el paciente sigue enfermo, utilice el especificador (**provisional**). Una vez que el paciente se recupere por completo, retire el especificador.

Si el paciente sigue enfermo después de seis meses, ya no es posible utilizar el diagnóstico de TE. Cambie el diagnóstico por el de esquizofrenia o algún otro trastorno.

Usted puede especificar la intensidad, aunque no tiene que hacerlo (véase p. 74).

Arnold Wilson

Cuando tenía tres años, la familia de Arnold Wilson había entrado a un programa de protección de testigos. Por lo menos eso fue lo que le dijo al entrevistador de salud mental.

Arnold era delgado, de estatura mediana y bien afeitado. Llevaba un gafete que indicaba que era estudiante de Medicina. Su contacto visual era directo y estable, y permanecía sentado

tranquilamente mientras describía sus experiencias. “Eso se debió a mi padre”, explicó. “Cuando vivíamos en el Este, él pertenecía a la mafia”.

El padre de Arnold, el informante principal, indicó más adelante, “OK, soy un banquero dedicado a las inversiones. Usted puede pensar que eso es muy malo, pero no es la mafia. Bueno, en todo caso, no es **esa** mafia”.

Las ideas de Arnold le habían llegado como una revelación dos meses antes. Estaba en su escritorio, estudiando para un examen de fisiología, cuando escuchó una voz justo detrás de él. “Brinqué, y pensé que debía haber dejado abierta mi puerta, pero no había nadie en el cuarto conmigo. Revisé la radio y mi iPod, pero todo estaba pagado. Luego volví a oírla”.

La voz le era conocida. “Pero no puedo decirle de quién era. Ella me dijo que no lo hiciera”. La voz de la mujer le hablaba con mucha claridad y parecía desplazarse mucho. “En ocasiones parecía que estaba justo detrás de mí. En otras, se paraba afuera de cualquier habitación en la que yo estuviera”. Él aceptaba que ella hablaba utilizando oraciones completas. “En ocasiones, párrafos completos. ¡Qué persona tan parlanchina!”, señaló con una risa.

Al principio, la voz le decía que “necesitaba cubrir mis huellas, lo que fuera que eso significara”. Cuando trató de ignorarla, ella se puso “muy enojada, me dijo que le creyera o...”. Arnold no terminó la oración. La voz señaló que su apellido, antes de tener 3 años, era italiano. “Ya sabe, estaba comenzando a tener sentido”.

“La parte del cambio del nombre es real”, explicó su padre. “Cuando me casé con su madre, Arnold fue parte del acuerdo. Su padre biológico había muerto de cáncer renal. Los dos pensamos que sería mejor si yo lo adoptaba”. Eso había ocurrido hace 20 años.

Arnold había tenido dificultades en la secundaria. Su atención vagaba, y también él. Por ello pasaba mucho tiempo en la oficina del director. Aunque varios maestros se desesperaban por su actitud, en la preparatoria le fue muy bien. Ahí tuvo calificaciones excelentes, ingresó a una buena Universidad y luego fue aceptado en una mejor escuela de Medicina. Ese otoño, justo antes de comenzar su primer año, su exploración física (y una serie de pruebas en sangre) había sido del todo normal. Dijo que su compañero de habitación podía atestiguar que no había utilizado drogas o alcohol.

“Al principio fue confuso; me refiero a la voz. Me preguntaba si estaba volviéndome loco. Pero luego lo hablamos, ella y yo. Ahora parece claro”.

Cuando Arnold hablaba sobre la voz, se animaba, y hacía gestos apropiados con las manos e inflexiones orales. Todo el tiempo prestó atención al entrevistador, excepto en una ocasión en que giró su cabeza, como si estuviera escuchando algo. O a alguien.

Evaluación de Arnold Wilson

Los dos síntomas psicóticos de Arnold, ideas delirantes y alucinaciones auditivas, son suficientes para cubrir los requisitos del criterio A, los cuales son los mismos para el TE y para la esquizofrenia. El caso clínico no describe el grado al cual se había comprometido su desempeño social o escolar, pero los criterios del TE no señalan como requisito contar con esta información.

Las características clínicas de la psicosis de Arnold se asemejan en gran medida a las de la **esquizofrenia**. Por supuesto, éste es en general el objetivo del TE: en el momento en que usted establece el diagnóstico, no sabe si la evolución será la recuperación completa o la enfermedad a largo plazo. Los síntomas de Arnold habían estado presentes por mucho tiempo para corresponder

a un **trastorno psicótico breve**, que dura menos de un mes, y por corto tiempo para ser **esquizofrenia**. No consumía alcohol en exceso, y según la evidencia de su compañero de habitación (de acuerdo, un compañero), no utilizaba drogas; eso descartaría un **trastorno psicótico inducido por sustancias**. Las **causas médicas generales** usuales de la psicosis tendrían que investigarse, pero su exploración física reciente había sido normal. Sin síntomas de manía o depresión, el **trastorno bipolar I** parecería muy poco probable.

Siempre que sea posible en los pacientes con TE, debe integrarse una nota en torno al pronóstico. En el caso de Arnold, el médico tratante señaló la siguiente evidencia de buen pronóstico: (1) hasta donde se sabía, su enfermedad había comenzado de manera abrupta con síntomas psicóticos prominentes (alucinaciones auditivas). (2) Su desempeño premórbido (tanto en su vida laboral como social) había sido bueno. (3) Sin aplanamiento o características inapropiadas, su afecto se encontraba intacto durante esta evaluación. La cuarta característica de buen pronóstico que especifica el DSM-5 es la perplejidad o la confusión. Arnold indicó que al principio estaba confundido, pero en el momento de su evaluación, en el pico máximo de su enfermedad, sus procesos cognitivos parecían intactos. Así, contaba con tres de las características que sugieren un buen pronóstico; sólo se requieren dos.

Los criterios necesitan que se agregue un calificador (**provisional**) si el diagnóstico de TE se establece antes de la recuperación del paciente, como en el caso de Arnold. Si se recuperara por completo en el transcurso de seis meses, este calificador se retiraría. Sin embargo, si el trastorno persistiera más de seis meses e interfiriera en la vida laboral o social de Arnold, el diagnóstico podría necesitar un cambio, quizá por esquizofrenia.

En este momento, el diagnóstico de Arnold debería quedar como se indica abajo. Yo le daría una calificación en la EEAG de 60. Si bien sus síntomas psicóticos son intensos, su comportamiento no ha sido afectado notablemente. Aún.

F20.81 [295.40] Trastorno esquizofreniforme (provisional), con características de buen pronóstico

¿Necesita un sitio para acomodar a su paciente mientras consigue más evidencia? Incluso en el DSM-5 siguen existiendo un par de “bahías” diagnósticas que usted puede utilizar para indicar que algo está mal, pero que está esperando más información antes de integrar un diagnóstico. Por supuesto, siempre hay el “otro _____ especificado” y el “_____ no especificado”, pero además de esas locuciones útiles (e imprecisas, y en ocasiones utilizadas de manera indiscriminada), contamos con algunos otros términos que nos confieren en gran medida la misma ventaja.

El TE es uno de ellos; puede avanzar en cualquier sentido, hacia la cronicidad o hacia la recuperación. Y luego se acuñó el trastorno psicótico breve para cubrir el mes de psicosis que precede a la posibilidad de integrar el diagnóstico de TE. En el capítulo 6, veremos que el trastorno de estrés agudo se conformó para cubrir el mes anterior al que permite el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. Pero ése es más o menos el resumen. El problema es que nosotros, los clínicos de la salud mental, todavía dependemos de la apariencia de nuestros pacientes para informar qué vemos en ellos. Otras disciplinas médicas recurren a pruebas de laboratorio, y así pueden evitar el cambio de diagnóstico frecuente.

F23 [298.8] Trastorno psicótico breve

Los pacientes con trastorno psicótico breve (TPB) se mantienen en estado de psicosis al menos un día y regresan a la normalidad durante un mes. No importa el número de síntomas que han presentado o si han tenido dificultad para el desempeño social o en el trabajo (al igual que en el trastorno esquizofreniforme, cualquier paciente que se mantenga sintomático más de un mes debe recibir un diagnóstico distinto).

El TPB no es un diagnóstico estable en particular; muchos pacientes con el tiempo recibirán otro diagnóstico psicótico (esto difícilmente sorprende si se trata de un diagnóstico que sólo puede mantenerse durante 30 días). Sólo 7% de los pacientes de primera vez con trastornos psicóticos reciben este diagnóstico inicial. Ciertas pacientes que experimentan alguna psicosis cerca del periodo del parto pueden recibir este diagnóstico. No obstante, se trata de una condición rara: la incidencia de psicosis posparto es de sólo una o dos por 1000 mujeres que dan a luz. El TPB es en general dos veces más común en mujeres que en varones.

Los clínicos europeos tienen mayor probabilidad de diagnosticar TPB (esto no significa que la afección sea más frecuente en Europa, sólo que los clínicos europeos, por lo visto, se encuentran más concientes de ella, o tienen mayor probabilidad de sobrediagnosticarla). El TPB es más común entre pacientes jóvenes (adolescentes y adultos jóvenes) y entre personas de estratos socioeconómicos bajos o que tienen trastornos de la personalidad preexistentes. Los pacientes con ciertos trastornos de la personalidad (como el límite) que tienen síntomas psicóticos muy breves causados por el estrés no necesitan recibir un diagnóstico independiente de TPB.

Hace más de dos décadas, en el DSM-III-R, esta categoría se denominaba **psicosis reactiva breve**. Ese nombre y sus criterios reflejaban la noción de que puede presentarse en respuesta a un evento en extremo estresante, como la muerte de un pariente. En los criterios del DSM-5, este concepto se conserva sólo a manera de especificadores.

La decisión en torno al diagnóstico de TPB es relativamente directa. Para compensar, enfrentamos decisiones tensas acerca de los especificadores. Debemos determinar si un factor de estrés pudo haber provocado la psicosis. Por supuesto, cualquier cosa podría preceder al inicio, y para descubrir qué podría ser, es necesario entrevistar al cónyuge, pariente o amigo. Desearíamos obtener información sobre eventos traumáticos potenciales, pero también acerca del ajuste premórbido del paciente, sus antecedentes de reacciones similares ante el estrés y la relación cronológica entre el factor estresante y el inicio de los síntomas. Incluso con todo esto, seguimos atascados en la decisión de si es probable que el evento cause la psicosis. El DSM-5 sólo nos dice que el (los) evento(s) debe(n) tener intensidad suficiente para generar estrés en cualquier individuo en la situación y la cultura del enfermo. Pero en nada nos ayuda a decidir si la psicosis ocurrió **en respuesta** al estrés. Mi solución: ignore las palabras **en respuesta**; si existe un estrés intenso, indíquelo y siga adelante.

Características esenciales del **trastorno psicótico breve**

En el transcurso de un solo mes, el paciente desarrolla un episodio de psicosis, que incluye ideas delirantes, alucinaciones o lenguaje desorganizado (también puede existir comportamiento desorganizado), y luego se recupera **por completo**. El episodio dura al menos un día pero menos de un mes.

La letra pequeña

Las D: • Duración (de un día a un mes) • Diagnóstico diferencial (trastornos del estado de ánimo o cognitivos, psicosis inducidas por afecciones médicas o consumo de sustancias, esquizofrenia).

Notas para codificación

Si integra el diagnóstico sin esperar la recuperación, tendrá que agregar el término (**provisional**).

Usted puede especificar:

Con inicio tras el parto. Los síntomas inician en el transcurso de cuatro semanas luego del parto.

{Con}{sin} factores de estrés importantes. Los factores de estrés deben parecer causantes de los síntomas, deben ocurrir poco antes de su instauración y deben tener intensidad suficiente para producir tensión marcada en cualquier persona de la misma cultura.

Con catatonia (véase p. 100).

Usted puede especificar la intensidad, aunque no necesita hacerlo (véase p. 74).

Melanie Grayson

Era el primer embarazo de Melanie Grayson y se había estado sintiendo aprehensiva por eso. Había aumentado 15 kg y su presión arterial había estado un poco alta. Pero sólo había necesitado un bloqueo anestésico; su esposo estaba en la habitación con ella cuando dio a luz a una niña sana.

Esa noche durmió tranquila; al día siguiente estaba irritable. Pero amamantó a su bebé y parecía escuchar con atención cuando la enfermera fue a darle instrucciones sobre el baño y otros cuidados tras el parto.

A la mañana siguiente, mientras Melanie estaba desayunando, su esposo llegó para llevarlas a ella y a la bebé a casa. Cuando ella le ordenó que apagara el radio, él miró a su alrededor y dijo que no escuchaba ninguno. “Sabes muy bien qué radio”, le gritó ella, y le aventó una bolsita de té.

El médico de salud mental observó que Melanie se encontraba alerta, bien orientada y su cognición estaba intacta. Se mostraba irritable, pero no deprimida. Seguía insistiendo en que oía un radio: “Creo que está escondido en mi almohada”. Bajó del cierre de la funda y palpó el

interior. “Es algún tipo de noticiero. Están hablando de lo que está ocurriendo en el hospital. Creo que acabo de oír mencionar mi nombre”.

El flujo del lenguaje de Melanie era coherente y pertinente. Excepto por haber arrojado la bolsita del té y buscado el radio, su conducta no llamaba la atención. Negaba tener alucinaciones que afectaran algún otro de sus sentidos. Insistía en que las voces que escuchaba no eran imaginarias y no creía que alguien estuviera tratando de engañarla. Nunca había consumido drogas o alcohol, y su obstetra consideraba que ella tenía una excelente salud general. Después de mucha discusión, aceptó permanecer en el hospital uno o dos días más para tratar de llegar al fondo del misterio.

Evaluación de Melanie Grayson

No obstante su psicosis evidente (alucinaciones e ideas delirantes), la brevedad de sus síntomas impedían que Melanie cubriera los requisitos del criterio A para **esquizofrenia**, **trastorno esquizofreniforme** o **trastorno esquizoafectivo**. ¿Qué queda?

Si bien Melanie estaba alerta y su cognición se encontraba intacta, cualquier paciente con inicio abrupto de síntomas psicóticos debe ser valorado de manera cuidadosa para descartar un **delirium** potencial (estos pacientes a menudo están confundidos, lo que puede ocurrir también en los pacientes con TPB. Sea cuidadoso en su valoración). Muchas **afecciones médicas generales** también pueden inducir síntomas psicóticos. Cualquiera que desarrolle psicosis poco después de ingresar al hospital debe ser valorado para descartar un **trastorno psicótico inducido por sustancia con inicio durante la abstinencia**. Melanie carecía de síntomas prominentes del estado de ánimo; si hubiera tenido alguno, podría haberse considerado un diagnóstico de **trastorno del estado de ánimo con características psicóticas**.

Vale la pena señalar que muchas mujeres que desarrollan psicosis posparto pueden presentar una mezcla de síntomas que incluyen euforia, psicosis y cambios cognitivos. Muchas de estas pacientes tienen alguna variedad de trastorno del estado de ánimo (con frecuencia **trastorno bipolar I**). El diagnóstico de psicosis posparto debe establecerse con sumo cuidado en todos los casos; el diagnóstico de esquizofrenia nunca debe establecerse, excepto en circunstancias más evidentes y certeras.

Con una duración muy breve de la psicosis y ningún criterio de exclusión, Melanie habría cubierto los criterios algo laxos para el TPB. Hasta su recuperación, el diagnóstico tendría que ser provisional. Le asignaría una calificación en la EEAG de 40. Su diagnóstico completo en este momento sería el siguiente:

| | |
|-------------|---|
| F23 [298.8] | Trastorno psicótico breve, con inicio tras el parto (provisional) |
| O80 [650] | Parto normal |

F22 [297.1] Trastorno delirante

Las ideas delirantes persistentes son la característica principal del trastorno delirante. Por lo general, pueden parecer del todo creíbles; sin embargo, para el DSM-IV, ya no es necesario que no sean bizarras. No obstante, los pacientes tienden a parecer normales, siempre y cuando no toque alguna de sus ideas delirantes. Hay media docena de temas posibles, los cuales describo en breve en las Notas para codificación.

Si bien los síntomas pueden ser similares a los de la esquizofrenia, existen varias razones para mencionar el trastorno delirante por separado:

- La edad de inicio corresponde con frecuencia a una fase tardía de la vida (entre los 35 y los 39 años), en comparación con la esquizofrenia.
- Los antecedentes familiares en las dos enfermedades son diferentes.
- En el seguimiento, rara vez se modifica el diagnóstico por el de esquizofrenia en estos pacientes.
- Las alucinaciones infrecuentes ocupan un lugar secundario respecto de las ideas delirantes, y son comprensibles en el contexto de esas ideas.

Más importante todavía, en comparación con la esquizofrenia, la evolución del trastorno delirante se encuentra menos cargada de deterioro intelectual y laboral. El comportamiento no se modifica en gran medida, excepto por las respuestas a las ideas delirantes: por ejemplo, llamar a la policía para solicitar protección, o hacer campañas de envío de cartas para quejarse de diversos agravios o infracciones imaginarias. Como es posible suponer, los problemas domésticos que derivan son frecuentes, y, dependiendo de su subtipo, estos pacientes pueden llegar al litigio o recurrir a pruebas médicas interminables.

El trastorno delirante es raro (según ciertos cálculos, la esquizofrenia es 30 veces más frecuente). La reducción crónica de los estímulos sensoriales (sordera o ceguera) pueden contribuir a su desarrollo, al igual que el aislamiento social (como al ser un inmigrante en un país extraño). El trastorno delirante también puede relacionarse con rasgos familiares que incluyen actitudes de sospecha, celos y conductas secretas. La variedad de persecución es por mucho el subtipo más frecuente; la variedad celotípica ocupa un distante segundo lugar.

Un problema que surge con frecuencia es la presencia de síntomas del estado de ánimo en los pacientes con trastorno delirante. Puede tratarse de respuestas sombrías poco sorprendentes a la percepción de que otros no concuerdan con creencias arraigadas. El estado de ánimo depresivo puede generar interrogantes complejas en torno al diagnóstico diferencial: resalta la duda de si el paciente padece un trastorno primario del estado de ánimo. Los criterios del DSM-5 no señalan una línea clara de separación entre los dos conceptos; el tiempo de evolución de las dos series de síntomas, del estado de ánimo y psicóticos, pudiera facilitar la diferenciación. Por supuesto, en caso de existir una duda es preferible considerar inicialmente el trastorno del estado de ánimo, no obstante, el trastorno delirante puede ser con el tiempo una mejor opción diagnóstica.

Ideas delirantes compartidas

Si bien estas situaciones son en extremo raras, los casos en que una o más personas desarrollan ideas delirantes como consecuencia de una asociación estrecha con otro individuo delirante son dramáticos e interesantes de modo inherente. El DSM-IV denominaba a esta condición trastorno psicótico compartido; hace 150 años se conocía como *folie à deux*, que significa “locura doble”. Por lo general se involucran dos personas, pero en la idea delirante pueden quedar atrapadas tres, cuatro o más individuos. Las ideas delirantes compartidas afectan con más frecuencia a mujeres que a varones, y suelen ocurrir al interior de las familias. El aislamiento social puede desempeñar un papel en el desarrollo de este raro trastorno.

Una de las personas afectadas cursa con psicosis de manera independiente; debido a una asociación estrecha (y a menudo dependiente), el segundo individuo llega a creer en las ideas delirantes y otras experiencias de la primera. Aunque en ocasiones es bizarro, el contenido de las ideas delirantes suele ser creíble, si bien muchas veces poco convincente. El aislamiento del paciente con psicosis independiente puede curar al otro (s), pero este remedio no siempre funciona. Por un lado, las partes involucradas muchas veces tienen una relación estrecha e insisten en el reforzamiento mutuo de su psicopatología.

Unos pocos pacientes cuyas ideas delirantes imitan las de personas con quienes tienen un vínculo estrecho no cubren los requisitos, por una razón u otra, para el diagnóstico de trastorno delirante. Para ellos, usted tendrá que utilizar la categoría de otro trastorno especificado (o no especificado) del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico, como se describe al final de este capítulo.

Características esenciales del **trastorno delirante**

Por lo menos un mes, el paciente ha presentado ideas delirantes pero no otros síntomas psicóticos, y cualquier síntoma del estado de ánimo es relativamente breve. El comportamiento no resulta muy afectado, excepto por las consecuencias de las ideas delirantes.

La letra pequeña

De acuerdo, podría haber algunas alucinaciones táctiles u olfatorias, pero sólo en relación con las ideas delirantes. Y no serán notables.

Las D: • Duración (un mes o más) • Discapacidad (ninguna, excepto en relación con el contenido delirante) • Diagnóstico diferencial (trastornos psicóticos de origen físico o inducidos por sustancias, trastornos del estado de ánimo o cognitivos, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo).

Notas para codificación

Usted puede especificar el tipo de idea delirante: **erotomaniaca, de grandeza, celotípica, de persecución, somática, mixta o no especificada.**

Especifique si:

Con contenido bizarro. Esto denota las ideas delirantes que son francamente improbables (véase el texto entre barras de la p. 61).

Si el trastorno delirante ha durado por lo menos un año, especifique su evolución:

Primer episodio, cuadro agudo activo

Primer episodio, en remisión parcial

Primer episodio, en remisión total

Episodios múltiples, cuadro agudo activo

Episodios múltiples, en remisión parcial
Episodios múltiples, en remisión total
Persistente
No especificado

Usted puede especificar la intensidad, pero no necesita hacerlo (véase p. 74).

Molly McConegal

Molly McConegal, una pequeña mujer parecida a un gorrión, estaba sentada sobre el borde de su silla en la sala de espera. En su regazo sostenía con fuerza una bolsa de mano negra desgastada; su cabello negro estaba atrapado en un pequeño chongo detrás de su cabeza. A través de unos anteojos tan gruesos como los vasos de licor, echaba miradas miopes y desconfiadas a la habitación. Ya había pasado 45 min con el médico a puerta cerrada. Ahora estaba esperando mientras era el turno de su esposo Michael.

Michael confirmó gran parte de lo que Molly había dicho. La pareja había estado casada durante más de 40 años, tenían dos hijos y habían vivido en la misma colonia (la misma casa) durante casi toda su vida de casados. Los dos estaban retirados de una compañía telefónica y compartían su interés en la jardinería.

“Fue ahí donde todo comenzó, en el jardín”, dijo Michael. “Fue el verano pasado, cuando estaba podando los rosales en el jardín del frente. Molly dijo que me había sorprendido mirando la casa que está al otro lado de la calle. La viuda que vive ahí es más joven que nosotros, quizá tenga 50. Nos saludamos con la cabeza y nos decimos ‘Hola’, pero en 10 años nunca he entrado por la puerta principal. Sin embargo, Molly dice que me estaba tardando demasiado con las rosas, que estaba esperando que nuestra vecina, su nombre es Sra. Jessup, saliera de su casa. Por supuesto, lo negué, pero ella insistió. Siguió hablando sobre eso durante varios días”.

En los meses siguientes, Molly siguió la idea de la relación extramarital supuesta de Michael. Al principio sólo sugería que había estado tratando de convencer a la Sra. Jessup para encontrarse con ella. En el transcurso de algunas semanas, ella “sabía” que habían estado juntos. Pronto esto se había transformado en una orgía.

Molly había hablado de pocas cosas más y había comenzado a incorporar muchas observaciones cotidianas a sus sospechas. Un botón abierto en la camisa de Michael significaba que acababa de regresar de una visita a “la mujer”. El ajuste de las persianas de la sala le decía si él había tratado de enviar mensajes por medio de señales la noche anterior. Un detective privado que había contratado Molly para vigilar sólo se detuvo a platicar con Michael, envió un recibo por \$500 y renunció.

Molly siguió cocinando y lavando para sí misma, pero ahora Michael tenía que hacerse cargo de sus propias comidas y de lavar. Ella dormía con normalidad, comía bien y, cuando no estaba con él, parecía estar de buen humor. Michael, por su parte, se estaba volviendo un manojo de nervios. Molly escuchaba sus llamadas telefónicas y abría su correspondencia con vapor. Una vez le dijo que solicitaría el divorcio, pero que “no quería que los niños se enteraran”. Él había despertado un par de veces durante la noche y la había encontrado envuelta en su bata de baño y parada junto a su cama mirándolo, “esperando a que yo entrara en acción”, dijo. La semana

anterior había esparcido tachuelas en el pasillo exterior de su habitación, de manera que él gritara y la despertara cuando se escurriera para ir a su cita sexual ya avanzada la noche.

Michael sonrió y dijo con tristeza: “Sabe, no he tenido relaciones sexuales con nadie durante casi 15 años. Desde que me operaron la próstata, ya no puedo hacerlo”.

Evaluación de Molly McConegal

Si usted compara las características del trastorno delirante con las de la esquizofrenia, observará muchas diferencias.

En primer lugar, analice los síntomas. Las ideas delirantes son el único síntoma psicótico que se identifica con cierta importancia en el trastorno delirante. La idea delirante podría ser de cualquiera de los tipos mencionados en las Notas para codificación. En el caso de Molly, eran celotípicas, pero también son frecuentes las de persecución y grandeza. Observe que excepto por las alucinaciones olfatorias o táctiles ocasionales que respaldan el contenido de las ideas delirantes, los pacientes con trastorno delirante nunca cubren el criterio A de la esquizofrenia (esta falta de coincidencia constituye el criterio B del trastorno delirante).

Las ideas delirantes sólo necesitan persistir un mes; sin embargo, cuando llegan a la atención del profesional, casi todos los pacientes, como Molly, han estado enfermos mucho más tiempo (A). La edad promedio de los pacientes puede ser de alrededor de 55 años. Las complicaciones del trastorno delirante suelen ser relativamente leves. En realidad, excepto por los efectos directos de la idea delirante (en el caso de Molly, su armonía marital), la vida laboral y social no se altera mucho (C).

Sin embargo, las exclusiones son muy similares a las de la esquizofrenia. Siempre debe descartarse **otra afección médica** o un **trastorno cognitivo**, en particular alguna **demencia con ideas delirantes**, cuando se valora a los pacientes con ideas delirantes (D). Esto reviste más importancia en pacientes mayores, que pueden ser muy creativos para ocultar el hecho de que cursan con una disfunción cognitiva. Los **trastornos psicóticos inducidos por sustancias** pueden imitar exactamente el trastorno delirante. Esto es en particular válido para el **trastorno psicótico inducido por amfetaminas con inicio durante la abstinencia**, en el que los pacientes bien orientados pueden describir cómo están siendo atacados por bandas de perseguidores (E).

Molly McConegal carecía tanto de antecedentes como de síntomas que pudieran respaldar alguno de los trastornos antes mencionados; sin embargo, pueden requerirse estudios de laboratorio y de toxicología en muchos pacientes. Además de la irritabilidad que mostraba en la compañía de su esposo, no tenía síntomas de **trastorno del estado de ánimo**. Incluso entonces, su afecto era el apropiado en relación con el contenido de su pensamiento. Sin embargo, muchos de estos pacientes pueden desarrollar síndromes del estado de ánimo secundarios a las ideas delirantes. En esos casos, el diagnóstico depende de la relación temporal y la intensidad de los síntomas. Con frecuencia se requiere información de parientes o terceras personas para determinar lo que ocurrió primero. De igual manera, los síntomas del estado de ánimo deben ser leves y breves para sostener un diagnóstico de trastorno delirante.

Si bien estos pacientes pueden tener otras afecciones concomitantes, entre las que se encuentran el **trastorno de dismorfia corporal**, el **trastorno obsesivo-compulsivo** o los **trastornos de la personalidad por evitación, paranoide** o **esquizoide**, no existía evidencia de alguno de ellos en Molly McConegal.

Molly había estado enferma poco menos de un año, de manera que no era posible especificar la evolución de la enfermedad. Su calificación en la EEAG sería de 55 (con el nivel más alto en el año previo). Su diagnóstico quedaría como sigue:

F22 [297.1] Trastorno delirante, variedad celotípica

Miriam Phillips

Miriam Phillips tenía 23 años cuando fue hospitalizada. Había pasado casi toda su vida en Ozarks, donde en ocasiones acudía a clases en una escuela de tres aulas. Aunque era lo suficientemente inteligente, tenía poco interés en sus estudios y con frecuencia se ofrecía como voluntaria para permanecer en casa y cuidar de su madre, que estaba enferma. Dejó la escuela en tercero de secundaria para quedarse en casa de tiempo completo.

Era triste vivir en el monte. El padre de Miriam, conductor de camiones que recorría grandes distancias, se encontraba fuera casi todo el tiempo. Ella nunca había aprendido a conducir, y no había vecinos cerca. Su televisión casi no tenía recepción, recibían poco correo y no tenían visitantes. De manera que se sorprendió un lunes en la tarde, cuando dos hombres tocaron a su puerta.

Después de identificarse como agentes del FBI, le preguntaron si ella era Miriam Phillips, quien tres semanas antes había escrito una carta al Presidente. Cuando ella preguntó cómo lo sabían, le mostraron una copia faxeada de la carta que había escrito:

Querido señor Presidente, ¿qué planea hacer respecto a los cubanos? Han estado trabajando sobre mi madre. No quieren nada bueno. He hablado con la policía, pero dicen que los cubanos son trabajo de usted, y creo que están en lo correcto. Usted tiene que hacer su trabajo o tendré que hacer un trabajo sucio. Miriam Phillips.

Cuando Miriam finalmente se dio cuenta de que los agentes del FBI pensaban que había amenazado al Presidente, se relajó. No había querido decir eso en absoluto. Quería decir que si nadie más actuaba, ella tendría que meterse debajo de la casa para sacar las máquinas de gravedad.

“¿Máquinas de gravedad?” Los dos agentes se voltearon a ver.

Ella les explicó. Habían sido instaladas debajo de la casa por agentes cubanos de Fidel Castro después de la invasión de Bahía de Cochinos en la década de 1960. Las máquinas jalaban los fluidos corporales hacia los pies. Todavía no le afectaban, pero habían estado molestando a su madre durante años. Miriam había visto el espantoso edema en los tobillos de su madre. Algunos días subía casi hasta sus rodillas.

Los dos agentes la escucharon cortésmente y luego se fueron. Cuando pasaron por el pueblo de camino al aeropuerto, llamaron a la clínica de salud mental de la comunidad. Algunos días después, un trabajador de salud mental acudió a entrevistar a Miriam, quien aceptó ingresar al hospital de manera voluntaria para una “revisión”.

En el momento del ingreso, Miriam parecía íntegra. Su afecto era del todo apropiado, y sus habilidades cognitivas y orientación, normales. Su capacidad para el razonamiento parecía buena, excepto la historia relacionada con las máquinas de gravedad. Años antes, durante su adolescencia, su madre le había dicho cómo habían sido instaladas las máquinas en el espacio angosto

debajo de su casa. La madre había sido enfermera y Miriam siempre había aceptado su palabra en cuestiones médicas. Por algún acuerdo tácito, ellas nunca habían discutido el asunto con el padre de Miriam.

Después de que Miriam había permanecido en el servicio durante tres días, su médico le preguntó si ella pensaba que existía alguna otra explicación posible para el edema de su madre. Miriam lo pensó. Ella nunca había percibido los efectos de la gravedad en carne propia. Había creído que su madre le decía la verdad, pero ahora suponía que incluso ella podría haber estado equivocada.

Si bien no se le dieron medicamentos a Miriam, después de una semana dejó de hablar acerca de las máquinas de gravedad y solicitó ser dada de alta. Esa tarde, al terminar su turno, dos empleados le dieron un aventón a su casa. Al encaminarla hasta la puerta de su casa, una mujer baja y un tanto robusta, con el cabello entrecano, la abrió. Sus piernas estaban bien envueltas con vendas elásticas. Con la puerta entreabierta hecho un vistazo los dos hombres.

“¡Hmmm!”, dijo. “Ustedes parecen cubanos”.

Evaluación de Miriam Phillips

Si bien no sabemos con precisión por cuánto tiempo, Miriam había tenido ideas delirantes durante más de un mes (criterio A) sin alucinaciones o síntomas negativos, y sin anomalías del comportamiento o el afecto. Así, la **esquizofrenia** podría descartarse sólo sobre la base de insuficiente variedad de síntomas (B). No estaba deprimida ni maníaca (D), y no había antecedentes o evidencia que respaldaran un **trastorno psicótico inducido por sustancia** o un **trastorno psicótico debido a otra afección médica** (E). Sus ideas delirantes no le habían generado disfunción laboral o social; su propio aislamiento parecía haber iniciado por lo menos hace cinco años, antes del desarrollo de su idea delirante compartida (C).

Con una calificación en la EEAG de 40 al ingresar, las ideas delirantes de Miriam se volvieron menos notables sólo unos cuantos días después de separarse de su madre (si hubieran persistido por un periodo prolongado, habría sido necesario considerar el diagnóstico de alguna otra psicosis independiente). Al trabajar un poco más con ella, un terapeuta también habría querido descartar la posibilidad de algún trastorno de la personalidad, como el **trastorno de la personalidad dependiente**. Su idea delirante, y la de su madre, era bizarra, pero no estoy seguro de que ella hubiera estado enferma más de un año, de manera que no agregaría otros especificadores.

F22 [297.1] Trastorno delirante, de la variedad de persecución, con contenido bizarro

Trastorno esquizoafectivo

El trastorno esquizoafectivo (TEA) es sólo una simple confusión (William Carpenter, moderador del grupo de estudio de psicosis del DSM-5, afirmó lo siguiente durante una presentación realizada en 2013 acerca del trabajo de su Comité: “Ni siquiera sabemos si existe en absoluto”). A lo largo de los años, ha significado muchas cosas distintas para los clínicos. Debido en parte a que existían tantas interpretaciones en uso, el DSM-III no incluyó criterios en 1980. El DSM-III-R fue el primero que intentó especificar criterios en 1987. Éstos fueron válidos durante siete años, hasta

que se reescribieron de modo sustancial para el DSM-IV. En una muestra de control admirable, el DSM-5 hizo relativamente pocos cambios a esos criterios. Incluso con la modificación (mínima) de los criterios, en mi opinión el valor de este diagnóstico sigue siendo muy bajo.

La mayor parte de las interpretaciones sugiere que el TEA es algún tipo de cruza entre un trastorno del estado de ánimo y la esquizofrenia. Algunos autores lo consideran una variedad de trastorno bipolar, puesto que ciertos pacientes parecen responder bien al litio. Otros críticos consideran que está más cercano a la esquizofrenia. Otros más sostienen que es un tipo separado por completo de la psicosis, o sólo una colección de síntomas confusos, en ocasiones contradictorios.

Con su porcentaje variado y sus requisitos temporales mínimos, el TEA podría evolucionar de distintas formas: primero manía, primero depresión, primero psicosis. Por supuesto, existen las exclusiones usuales para el consumo de sustancias y las afecciones médicas generales. Si usted analiza los distintos requisitos temporales, puede determinar que todo el cuadro debe durar al menos poco más de un mes; no obstante, muchos pacientes se mantendrán enfermos mucho más tiempo.

Nadie sabe en realidad demasiado acerca de las características demográficas del TEA. Es probable que sea menos frecuente que la esquizofrenia; su pronóstico se ubica entre el de la esquizofrenia y el de los trastornos del estado de ánimo. Estudios recientes indican que los pacientes con TEA en quienes predominan los síntomas maníacos (el tipo bipolar) tienen un pronóstico mejor que aquellos con la variedad depresiva de esta condición.

Encuentro que es más fácil recordar los requisitos para el diagnóstico del TEA si pienso en ellos de la manera siguiente:

Los síntomas del estado de ánimo son importantes porque deben estar presentes durante la mitad o más de la duración total de la enfermedad.

Los síntomas de psicosis son importantes porque deben estar presentes en forma **aislada** al menos dos semanas (observe que los criterios guardan silencio en cuanto a si deben considerarse los síntomas de psicosis presentes durante el periodo en que desaparecen los síntomas del estado de ánimo gracias al tratamiento).

En esta representación gráfica de los requisitos temporales mínimos posibles, dados los criterios, la longitud total del rectángulo corresponde a la duración total de la enfermedad del individuo, no sólo a un episodio. Por supuesto, será imposible para cualquier clínico saber si los criterios para un episodio del estado de ánimo se cubren durante el proceso de enfermedad; será necesario que confiemos en los prototipos para determinar la configuración general.



Dos semanas (psicosis)

Dos o más semanas (episodio del estado de ánimo)

Observe que el episodio psicótico que se presenta “en solitario” (criterio A) podría tener lugar en cualquier punto del cuadro: al inicio, al final, en alguna parte intermedia. Desafortunadamente, el DSM-5 guarda silencio sobre la cuestión de si pueden existir síntomas del estado de ánimo que no califiquen del todo para un episodio de manía, hipomanía o depresión en el periodo de psicosis (el DSM-IV era más directo; decía “en ausencia de síntomas del estado de ánimo notables”).

Características esenciales del **trastorno esquizoafectivo**

Un paciente tiene un periodo de enfermedad durante el cual un episodio maníaco o depresivo mayor dura la mitad o más del periodo total afectado. Durante al menos dos semanas de este mismo periodo continuo, el paciente cubre los requisitos del criterio A para la esquizofrenia **sin** padecer un episodio del estado de ánimo.

La letra pequeña

Si el paciente tiene una depresión mayor, uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido; la “mera” pérdida del interés no es suficiente.

Las D: • Duración (un mes o más) • Diagnóstico diferencial (trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos, consumo de sustancias y trastornos físicos).

Notas para codificación

Especifique:

F25.0 [295.70] **De tipo bipolar** (si ocurre durante un episodio maníaco)
F25.1 [295.70] **De tipo depresivo**

Especifique:

Con catatonia (véase p. 100).

Si el trastorno ha durado al menos un año, especifique la evolución:

Primer episodio, cuadro agudo activo
Primer episodio, en remisión parcial
Primer episodio, en remisión total
Episodios múltiples, cuadro agudo activo
Episodios múltiples, en remisión parcial
Episodios múltiples, en remisión total
Persistente
No especificado

Usted puede especificar la intensidad, pero no tiene que hacerlo (véase p. 74).

Velma Dean

Los labios de Velma Dean se torcieron hacia arriba, pero la sonrisa no tocó sus ojos. “Realmente lo siento”, dijo a su terapeuta, “pero me imagino; bueno, no lo sé”. Estiró el brazo para alcanzar

la bolsa grande de compras que había llevado a la oficina y sacó un cuchillo de cocina de 15 cm de longitud. Primero, lo tomó con su mano y pasó el dedo pulgar sobre el filo. Luego, trató de apretarlo con el puño. El terapeuta alcanzó el botón de alarma ubicado bajo el escritorio, tristemente conciente de otro cambio en la evolución de la historia multifacética de esta paciente.

Un mes antes de su cumpleaños 18, Velma Dean se había unido al Ejército. Su padre, un coronel de artillería, había querido un hijo, pero Velma era su única hija. A pesar de las débiles protestas de su madre, la crianza de Velma había sido estricta y casi militar. Después de trabajar tres años en el centro de vehículos motorizados, Velma acababa de ser ascendida a sargento cuando enfermó.

Su padecimiento comenzó con dos días en la enfermería por lo que parecía ser una bronquitis, pero al tiempo que la penicilina comenzó a hacer efecto y la fiebre disminuía, empezó a escuchar voces. Al principio, parecían ubicarse detrás de su cabeza. Pocos días después se habían desplazado al vaso de agua que se encontraba al lado de su cama. En la medida en que ella podía decirlo, el tono de las voces dependía del contenido del vaso: si el vaso estaba casi vacío, las voces eran femeninas; si estaba lleno hasta el borde, hablaban como un rico barítono. Eran discretas y educadas. Con frecuencia le hacían recomendaciones acerca de su comportamiento, pero en ocasiones decía “casi me vuelven loca” por los constantes comentarios sobre lo que ella hacía.

Un psiquiatra le diagnosticó esquizofrenia y le prescribió neurolepticos. Las voces disminuyeron, pero nunca desaparecieron del todo. Ella ocultaba el hecho de que “había descubierto” que su enfermedad le había sido generada por su sargento primero, quien durante meses había tratado de llevarla a la cama sin éxito. También escondía el hecho de que durante varias semanas había estado bebiendo casi medio litro de Southern Comfort todas las noches. El Ejército la dio de baja como no apta para el servicio, 100% inhabilitada. Cuando se encontró lo suficientemente bien para viajar, su padre condujo casi 1000 km para llevarla de regreso a casa.

Para recibir tratamiento, Velma se dio de alta en la clínica de atención externa local del Department of Veterans Affairs (VA). Ahí, su nuevo terapeuta verificó (1) la persistencia (en ese momento de casi ocho meses) de sus alucinaciones apenas audibles y (2) sus síntomas cada vez más intensos de depresión: baja autoestima y desesperanza (mucho mayor en la mañana que en la noche), pérdida del apetito, pérdida ponderal de 5 kg en las últimas ocho semanas, insomnio que le hacía despertar temprano la mayor parte de las mañanas y la convicción culposa de que había decepcionado a su padre al “desertar” del Ejército antes de que su servicio terminara. Ella negaba pensar en lesionarse o lesionar a otros.

El clínico VA de Velma aplazó primeramente el establecimiento de un diagnóstico al observar que ella había estado enferma demasiado tiempo para tener un trastorno esquizofreniforme y que sus síntomas del estado de ánimo parecían oponerse a la esquizofrenia. La exploración física y las pruebas de laboratorio descartaron afecciones médicas generales. Si bien Alcohólicos Anónimos le ayudó a dejar de beber, sus síntomas depresivos y psicóticos continuaron.

Puesto que los síntomas depresivos de Velma posiblemente se debieran a una psicosis tratada de manera parcial, se aumentó su dosis de neurolepticos. Esto eliminó por completo las alucinaciones y las ideas delirantes, pero los síntomas depresivos continuaron casi sin cambios. El antidepresivo imipramina en dosis de 200 mg/día sólo generó efectos colaterales; después de cuatro semanas se le agregó litio. Una vez que se alcanzó el nivel terapéutico del fármaco en sangre, sus síntomas depresivos desaparecieron por completo. Durante seis meses se mantuvo con buen estado de ánimo y libre de psicosis; no obstante, nunca consiguió un empleo o hizo mucho con su tiempo.

Ahora parecía que Velma pudiera estar sufriendo, en efecto, un trastorno depresivo mayor con características psicóticas. En ese momento, su clínico se sintió inquieto por la posibilidad de que el neuroléptico pudiera generarle efectos colaterales como la discinesia tardía. Con el consentimiento de Velma, se redujo de manera gradual la dosis del neuroléptico a cerca de 20% por semana. Después de tres semanas, ella comenzó a escuchar de nuevo voces que le ordenaban escapar de casa. Durante este periodo, su estado de ánimo siguió siendo bueno; a excepción de cierta dificultad para dormir en la noche, no desarrolló los síntomas vegetativos que había presentado antes con la depresión. Con rapidez se le restituyó la dosis previa del fármaco neuroléptico.

Después de varios meses de estabilidad renovada, Velma y su terapeuta decidieron intentarlo de nuevo. Esta vez comenzaron de manera cautelosa a reducir la imipramina, 25 mg cada semana. Todas las semanas se reunían para valorar su estado de ánimo y verificar los síntomas de psicosis. Para diciembre había estado sin el antidepresivo durante dos meses y había permanecido asintomática (excepto por su afecto sonriente e insulso). Entonces, su terapeuta tomó aire y le redujo la dosis de litio a una tableta por día. La semana siguiente, Velma regresó al consultorio alucinando y preguntándose si debía sostener un cuchillo de cocina en su mano o empuñarlo.

Evaluación de Velma Dean

Con la historia de Velma podemos ilustrar el concepto que existe en torno al TEA. Su condición en realidad parecía ser una mezcla de síntomas del estado de ánimo y psicóticos; no obstante, estos últimos habían iniciado primero. Había cursado con lo que parecía ser un solo periodo de enfermedad (sus únicos periodos de “bienestar” eran cuando tomaba medicamentos; incluso entonces tenía una falta de iniciativa residual), con síntomas psicóticos (alucinaciones auditivas y una idea delirante de que el sargento le había causado la enfermedad) y un episodio depresivo mayor (criterio A). Durante este periodo, sus síntomas del estado de ánimo, que se presentaban tanto con síntomas psicóticos como sin ellos, habían durado más de la mitad del periodo total de enfermedad (C). Si bien había consumido alcohol en exceso en algún momento durante su evolución, la situación parecía ser consecuencia del padecimiento y no la causa; tanto sus síntomas del estado de ánimo como los psicóticos continuaron mucho tiempo después de que ella dejara de beber (D). La psicosis había iniciado primero y durado por lo menos dos semanas antes de que aparecieran los síntomas del estado de ánimo (B). También se cubren los síntomas del nivel 4 del prototipo, e implican más o menos lo mismo.

Si bien podemos recitar de un tirón estos criterios con relativa facilidad, la historia clínica de Velma ilustra qué tan difícil puede ser aplicarlos. El terapeuta, cuyas ideas ya se describieron en el caso clínico, fue inteligente primeramente al posponer el diagnóstico; esto debe recordar a todos los clínicos que tienen que seguir cavilando en torno al diagnóstico y rechazar cualquier etiqueta capaz de cerrar su mente a otros planes terapéuticos. A ella no se le podía diagnosticar **esquizofrenia**, puesto que excluye los episodios notables y duraderos del estado de ánimo. Un **trastorno del estado de ánimo con psicosis** podría descartarse debido a que había cursado con síntomas psicóticos incluso cuando no estaba deprimida. Después de muchos meses de recibir atención, no mostraba evidencia de **alguna otra condición médica**.

La duración proporcional de los síntomas de psicosis y del estado de ánimo es muy importante en el TEA. El DSM-5 establece que los síntomas del estado de ánimo deben estar activos durante

la mayor parte de la evolución general de la enfermedad. Los síntomas depresivos de Velma duraron al menos dos meses; existen todas las razones necesarias para sospechar que hubieran persistido mucho más de no habersele aplicado un tratamiento efectivo. Sus síntomas del criterio A para la esquizofrenia habían estado presentes durante dos semanas sin que existieran síntomas del estado de ánimo. No importa con cuánto cuidado los criterios tratan de hacer operativa la duración de distintos síntomas, la cuestión sigue quedando, en cierto grado, al juicio del clínico (el DSM-5 guarda silencio sobre la cuestión de la depresión que recibe tratamiento y el TEA; estoy reclamando la prerrogativa de los clínicos y declaro que debido a que el tratamiento antidepresivo parece haber determinado la diferencia, su diagnóstico debe ser TEA).

Con el tiempo, muchos pacientes con síntomas tanto del estado de ánimo como psicóticos cumplen los criterios para la esquizofrenia o algún trastorno del estado de ánimo. Si se les diera un seguimiento prolongado, quizá la mayoría de los individuos con TEA podrían ser rediagnosticados. Dada la naturaleza tan restrictiva de la definición actual, es probable que este diagnóstico rara vez se utilice. Si usted alguna vez establece el diagnóstico, pregúntese: “¿He pasado por alto algo que sea más razonable?” El TEA es un diagnóstico que es preferible utilizar en personas con antecedentes prolongados de ambos tipos de síntomas. Para la mayor parte de los clínicos, los diagnósticos **otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado (o no especificado)** y **otro trastorno psicótico** pueden ser mucho más útiles. Los síntomas del estado de ánimo de Velma eran depresivos, lo que definía su subtipo diagnóstico. En el momento en que ella blandía su cuchillo, considero que su calificación en la EEAG había bajado a cerca de 20.

F25.1 [295.70] Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo

Trastorno psicótico inducido por sustancia/ medicamento

Esta categoría incluye todas las psicosis producidas por sustancias que alteran la función mental. Los síntomas predominantes suelen ser alucinaciones o ideas delirantes; de acuerdo con la sustancia, pueden presentarse durante la abstinencia o la intoxicación aguda. Por lo general, la evolución es breve; no obstante, pueden persistir el tiempo suficiente para confundirse con las psicosis endógenas.

Si bien casi todas las psicosis son autolimitadas, su reconocimiento temprano es crucial. Han muerto pacientes mientras experimentaban algún trastorno psicótico inducido por sustancia, que en varios casos puede parecerse mucho a la esquizofrenia. Si incluimos todas las combinaciones posibles de las distintas sustancias con el tipo y la duración de las psicosis y su relación con la intoxicación o la abstinencia, muchos diagnósticos son posibles. La incidencia se desconoce, aunque una minoría sustancial de primeros episodios de psicosis puede pertenecer a esta clase, lo suficiente como para que debamos mantenernos alerta. Vea en el cuadro “Clases (o nombres) de medicamentos...”, en el Apéndice, una lista de fármacos relacionados con la psicosis.

Características esenciales del trastorno psicótico inducido por sustancia/medicamento

El consumo de alguna sustancia parece haber inducido las alucinaciones o las ideas delirantes (o ambas).

La letra pequeña

Se muestran algunos *tips* para identificar la relación con sustancias en el texto entre barras de la p. 95.

Las D: • Discapacidad (disfunción laboral/académica, social o personal) • Diagnóstico diferencial (esquizofrenia, trastorno delirante, intoxicación o abstinencia ordinaria de sustancias, delirium).

Usted sólo integraría este diagnóstico cuando los síntomas tienen la gravedad suficiente para justificar la atención clínica **y** son más intensos de lo que usted esperaría por una intoxicación o abstinencia ordinaria.

Notas para codificación

Al redactar el diagnóstico, utilice el nombre preciso de la sustancia en el título: por ejemplo, trastorno psicótico inducido por metanfetamina.

En la CIE-9, la codificación era simple: 291.9 para alcohol, 292.9 para el resto de sustancias. La codificación de la CIE-10 depende de la sustancia consumida y de si existen síntomas suficientes para diagnosticar un trastorno por consumo de sustancias, así como de la gravedad del diagnóstico. Consulte el cuadro 15-2 en el capítulo 15.

Especifique si:

Con inicio durante la {intoxicación} {abstinencia}. Esto se agrega al final de su frase. También modifica el número CIE-10.

Con inicio tras el uso de medicamento. Usted puede recurrir a esta frase además de otros especificadores (véase el texto entre barras que se presenta en seguida).

Usted puede especificar la gravedad, pero no tiene que hacerlo (véase la p. 74).

En efecto, el DSM-5 menciona la frase **con inicio tras el uso de medicamento** como un especificador opcional para el trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicamento, el trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados, y las disfunciones sexuales, pero no para los trastornos

psicóticos, del estado de ánimo o del sueño (no obstante que los títulos de estos trastornos incluso comienzan de manera uniforme con “[esto o aquello” inducido por sustancia/medicamento”).

Me contaron que no hubo comunicación suficiente entre los distintos subcomités, de modo que incongruencias como ésta se colaron en la versión final. Puesto que los medicamentos que prescribimos pueden generar múltiples tipos de problemas emocionales o conductuales.

Danny Finch

Danny Finch hizo caso omiso del problema auditivo durante tres días antes de llamar finalmente para solicitar una cita. El médico lo interrogó sobre esto y aquello, y se preocupó un poco por su temblor.

“¿Usted no bebe, o sí?”

“Un poco. ¿Pero qué pasa con mi oído?”

“Es perfectamente normal”.

“Pero oigo algo. Es como alguien cantando. Casi puedo comprender lo que está diciendo. ¿Está usted seguro de que nadie puso algo allí dentro, un auxiliar auditivo?” Se buscó en el oído con el dedo meñique.

“No, está limpio como un silbato. Oiga, ¡no haga eso!” El médico escribió con rapidez una referencia a la clínica de salud mental que se encontraba más adelante en el pasillo. Eso ocurrió ya avanzada la tarde de un viernes, de modo que, por supuesto, la clínica estaba cerrada.

En la tarde del lunes, cuando por fin consiguió su cita, Danny pudo escribir de nuevo su nombre de modo legible y consumir alimentos sólidos. Pero las voces estaban a todo volumen. Al platicar con el entrevistador, le era difícil concentrarse por los gritos: “¡No digas nada sobre la bebida!” y “¿Por qué no sólo te matas?” Estaba tan aterrorizado que aceptó con alivio un ingreso voluntario al servicio de salud mental, donde se hospitalizó con diagnóstico de esquizofrenia. Dos veces al día se le aplicaba un neuroléptico potente, el cual se ponía debajo la lengua y desechaba en el pañuelo cuando pretendía sonarse la nariz.

Dormía bien por la noche y dejaba su plato vacío en cada comida mientras las voces seguían gritando. Al final de la semana, lo visitó un médico que descubrió que las voces surgían a unos 60 cm detrás de él y hablaban por medio de oraciones. Con renuencia, aceptó que le decían que no hablara de su consumo de alcohol.

Una revisión rápida del expediente de Danny no reveló nada de su consumo de alcohol, pero un poco de coacción pronto logró destrabar la historia completa. A partir de los 20 años, había bebido en exceso, perdido dos empleos (mantenía su empleo actual con dificultad) y un divorcio, todos relacionados con su amor por el *bourbon*. Recientemente, había estado bebiendo más de medio litro todas las noches, con frecuencia 750 ml los fines de semana. Por lo general, lograba disminuir progresivamente su consumo; en esta ocasión, había dejado de beber en forma abrupta después de lo que denominó “un cuadro estomacal”.

Repetidamente, el DSM-5 hace referencia a clases de síntomas que pueden parecer causados por alguna sustancia. Depende de usted evaluar a su paciente para identificar evidencia de que

éste pudiera **no** ser el caso. Aquí hay varios hallazgos, basados en su mayoría en una relación cronológica, que quizá puedan constituir evidencia de este tipo:

1. Su paciente tuvo un episodio previo con síntomas idénticos, o muy similares, que **no** se presentó en el contexto del consumo de sustancias.
2. El trastorno persiste mucho tiempo después del consumo (o abstinencia) de la sustancia.
3. Algo obvio: un trastorno que inicia antes de que comience el consumo de una sustancia no podría deberse a ella.
4. Los síntomas son más graves de lo que usted esperaría, si considera la cantidad y la duración del uso inapropiado de la sustancia.

Ninguno de estos elementos está precisamente blindado. Por ejemplo, el antecedente de un trastorno depresivo mayor no confiere inmunidad subsecuente contra la depresión que se origina con una botella de *whisky* escocés. Aún así, ahí están los indicios, para que usted los analice de manera detallada.

Aquí están algunas de las razones por las cuales usted **debe** considerar como causa el uso de una sustancia:

1. Los síntomas comienzan poco después (o durante) el consumo o abstinencia de una sustancia.
 2. Inician una vez que el paciente comienza a utilizar un medicamento.
 3. Se reconoce que la droga o el medicamento son capaces de inducir los síntomas en cuestión.
 4. Por supuesto, si su paciente tuvo un episodio previo con la misma sintomatología que se presentó tras el uso de la misma sustancia, esa quizá sea la mejor evidencia de todas.
-

Evaluación de Danny Finch

Danny tenía alucinaciones auditivas (criterio A) que habían estado presentes durante un periodo muy breve para corresponder a la **esquizofrenia**, si bien las describía en términos similares (C). Pudiera ser posible un **trastorno psicótico breve**, excepto por el requisito de que un **trastorno psicótico inducido por sustancia** no debe explicar mejor los síntomas. Acababa de ser valorado por un médico, quien lo había encontrado saludable; no existía evidencia de alguna **otra afección médica general**. El hecho de que pareciera del todo orientado y mantuviera su atención descartaría el **delirium** y **otros trastornos cognitivos** (D). Si bien parecía espantado (de manera apropiada) por lo que estaba experimentando, carecía de evidencia de un **trastorno del estado de ánimo**.

La psicosis de Danny, que en el pasado distante se denominaba **alucinosis auditiva alcohólica**, es un trastorno por abstinencia que suele presentarse sólo después de semanas o meses de consumo abundante (B). Con una proporción de alrededor de 4:1, afecta con mucha mayor frecuencia a varones que a mujeres, lo que se aproxima a la distribución del trastorno por consumo de alcohol en ambos sexos. La alucinosis auditiva en ocasiones se confunde con el **delirium por abstinencia de alcohol**; no obstante, los problemas relativos a la orientación y la atención que caracterizan a este último evidencian las diferencias (véase la p. 483).

La abstinencia de otras drogas también puede causar psicosis. Los **barbitúricos**, que desencadenan muchos de los mismos efectos que el alcohol, son los que más resaltan. Algunos individuos que consumen **fenciclidina** y **otros alucinógenos** como el LSD experimentan psicosis prolongada, de la que pudieran tener mayor riesgo las personas con **trastornos de la personalidad**.

Los síntomas de Danny eran sin duda más intensos de lo que esperaríamos por la **abstinencia de alcohol con trastornos perceptuales** (que se diagnosticaría si él hubiera tenido conciencia de que sus experiencias no eran “reales”). Su calificación en la EEAG era de sólo 35 en el momento del ingreso; su diagnóstico (a partir del cuadro 15-2 en el capítulo 15) sería el siguiente:

F10.259 [291.9] Trastorno grave por consumo de alcohol, con trastorno psicótico inducido por alcohol, con inicio durante la abstinencia

Trastorno psicótico debido a otra afección médica

Una psicosis que surge en un paciente con otra enfermedad médica no debería ser en particular extraña. Muchos trastornos pueden inducir psicosis, y varios de ellos son relativamente comunes. Pero pocos estudios, si los hay, hacen referencia a los aspectos de la epidemiología. Cuando estos pacientes aparecen, con demasiada frecuencia se les diagnostica de manera errónea esquizofrenia o alguna otra psicosis. Esto puede generar una verdadera tragedia: un paciente que no recibe pronto un tratamiento apropiado puede experimentar (o causar) daño grave. Las tasas de prevalencia no se conocen con exactitud, pero quizá sean bajas; como usted puede imaginar, la frecuencia aumenta con la edad.

Observe que un paciente con un comportamiento desorganizado principalmente recibiría el diagnóstico de trastorno catatónico debido a otra afección médica.

En muchas ocasiones es difícil determinar que una enfermedad física o afección médica cause algún trastorno mental. Aquí presento algunos indicios de algo que pueden ayudar.

- Momento de inicio: los síntomas mentales o conductuales que inician poco después del cuadro físico aportan una clave etiológica muy evidente.
- Remisión tras el tratamiento del problema físico.
- Proporcionalidad de los síntomas: al tiempo que el trastorno físico se agrava, también lo hacen los síntomas conductuales o emocionales.
- Sobre todo, debe existir una conexión fisiológica conocida entre la condición física y el síntoma en cuestión. Esto es, el trastorno físico debe reconocerse como capaz de inducir el síntoma (p. ej., por la síntesis de sustancias químicas, por compresión de las estructuras cerebrales). No se trata simplemente de que la expectativa de padecer una enfermedad grave evoque psicosis, depresión, ansiedad y así sucesivamente.

De acuerdo, estos elementos clave no están exactamente blindados. Recuerde, son indicios, no acero.

Características esenciales del trastorno psicótico debido a otra afección médica

Afección física que causa alucinaciones o ideas delirantes.

La letra pequeña

En cuanto a las claves que ayudan a decidir cuando una enfermedad física pudiera haber provocado un trastorno mental, consulte el texto entre barras que se incluye justo arriba.

Las D: • Discapacidad (disfunción laboral/académica, social o personal) • Diagnóstico diferencial (delirium, trastorno psicótico inducido por sustancia, esquizofrenia y sus primos, trastorno delirante).

Notas para codificación

Para registrar el diagnóstico, utilice el nombre de la afección médica responsable y señale **primero** la condición médica, con su número de código.

Código, basado en los síntomas predominantes:

F06.2 [293.81] Con ideas delirantes

F06.0 [293.82] Con alucinaciones

Usted puede especificar la gravedad, pero no necesita hacerlo (véase p. 74).

Rodrigo Chávez

Después de retirarse de la enseñanza a la edad de 65 años, Rodrigo Chávez pasaba la mayor parte de su tiempo solo, en su habitación. En ocasiones, tocaba la guitarra acústica; una o dos veces disparó a blancos en el campo de tiro. Congruente con su hábito de toda la vida, nunca bebió. Excepto por su familia inmediata, tenía pocos contactos sociales. “Mis cigarrillos son mis mejores amigos”, explicó en la investigación forense.

Cuando Rodrigo tenía casi 70 años, se le diagnosticó un carcinoma inoperable en el pulmón. Después de un ciclo de radioterapia paliativa, renunció al tratamiento adicional y se estableció en su departamento para morir. Cuatro meses después, notó la aparición de cefaleas unilaterales derechas, que en ocasiones lo despertaban a la mitad de la noche. Debido a que los médicos le habían dicho que tenía enfermedad terminal, no buscó atención médica adicional. Comenzó a relacionar sus cefaleas con gas natural, el cual podía percibir que entraba por el conducto de ventilación en su baño. Cuando llamó para informar sobre problema a la Sra. Riordan, su casera, ella envió al encargado del mantenimiento del edificio, que no pudo encontrar nada mal.

Cuando sus cefaleas y los olores aumentaron, Rodrigo recordó que algunas semanas antes la Sra. Riordan había salido algunas veces para observar mientras los trabajadores de la compañía eléctrica cavaban en la calle, afuera del edificio de departamentos. La conclusión lógica irrumpió claramente en él: su casera estaba tratando de envenenarlo.

Su ira crecía al tiempo que el olor se intensificaba. Había comenzado a afectar su voz, que se había vuelto rasposa y estridente. Tuvo varias discusiones a gritos con la Sra. Riordan. Una de ellas la habían mantenido a través de la puerta de su departamento a las dos de la mañana, varias semanas después de que él se hubiera dado cuenta del gas. La amenazó con reportarla a las autoridades de vivienda; ella lo había llamado “viejo loco”. Después de que la amenazara (“¡Si yo no estoy a salvo, su vida no vale más de 15 centavos!”), los dos llamaron al 911. La policía no pudo encontrar nada para levantar cargos contra alguien y les ordenó que se comportaran.

La noche que fue arrestado, Rodrigo se había sentado justo en la entrada de su departamento, e insultaba a gritos a la Sra. Riordan. Cuando ella llegó con pesadez hasta la parte alta de las escaleras para investigar, él le disparó una vez, justo detrás del oído izquierdo. Los oficiales que lo arrestaron observaron que él parecía “extrañamente indiferente” al asesinato de su casera. Uno de ellos escribió esta declaración: “No me importaría, si sólo fuera por mí. Pero no puedo soportar que le esté echando gas a todas las otras personas de la casa”.

El forense observó que Rodrigo Chávez era un hombre anciano de constitución delgada, bien rasurado y arreglado. Estaba demacrado, y parecía haber perdido un peso considerable. Su lenguaje era claro, coherente, pertinente y espontáneo, pero su voz era estridente y rasposa. Parecía tranquilo, y describió su estado de ánimo como “intermedio”, pero se enojó al describir los intentos de su casera para envenenarlo. Estaba orientado en persona, lugar y tiempo, y logró una calificación perfecta en el *Mini-Mental State Exam*. Estaba totalmente conciente de que padecía cáncer pulmonar. Su introspección en torno a su psicosis era nula, y su juicio había sido en extremo pobre, como lo evidenciaba la historia reciente.

Una radiografía del tórax reveló que el tumor se había extendido a todo el pulmón derecho; en comparación con una serie previa, las radiografías de cráneo sugerían una lesión metastásica ubicada en su lóbulo frontal derecho.

Evaluación de Rodrigo Chávez

Rodrigo Chávez cursaba sin duda con psicosis: tenía alucinaciones olfatorias notables y una idea delirante elaborada de estar siendo envenenado. Estas anomalías habían estado presentes durante varios meses (criterio A; si la persona está conciente de que las alucinaciones y las ideas delirantes son producto de su propia mente, por lo general no se diagnosticaría un trastorno psicótico. También observe que, si bien los síntomas de Rodrigo cubrían sin duda los requisitos de inclusión del criterio A para esquizofrenia, no tenían que hacerlo: una persona puede ser candidata a este diagnóstico con el sólo hecho de presentar alucinaciones o ideas delirantes).

Excepto por su psicosis, el pensamiento de Rodrigo era claro. Estaba orientado y logró una buena calificación en el *Mini-Mental State Exam*, de modo que carecía de evidencia de **delirium** o **demencia** (D). No tenía antecedentes de beber o consumir drogas, lo que descartaba un **trastorno psicótico inducido por sustancia**. Su estado de ánimo había sido iracundo en ocasiones, pero de manera apropiada, dado el contexto de su idea delirante y alucinación, de manera que un **trastorno del estado de ánimo con características psicóticas** parecería poco probable. No existe antecedente de cambio de conducta o personalidad que le permitiera calificar para un diagnóstico

de **esquizofrenia** (C). Otras características atípicas de la esquizofrenia incluían la edad tardía de inicio y la duración relativamente breve. El **trastorno esquizofreniforme** podría descartarse, puesto que era más probable otro diagnóstico. El triste fin de la Sra. Riordan constituye un testimonio mudo de la importancia clínica de su enfermedad (E).

Rodrigo tenía el antecedente de un cáncer que era reconocido por producir metástasis cerebrales; sus cefaleas sugerían que ya lo había hecho. Los hallazgos en la radiografía de tórax y la RMN confirmaron el diagnóstico (B). Su voz rasposa y estridente podía derivar del crecimiento del tumor primario o de alguna metástasis en el tórax o el cuello (**otras afecciones médicas** que pueden causar psicosis incluyen epilepsia del lóbulo temporal, tumores cerebrales primarios [es decir, no metastásicos], trastornos endocrinos como la enfermedad tiroidea y la suprarrenal, estados de deficiencia vitamínica, sífilis del sistema nervioso central, esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Wilson y traumatismo craneoencefálico).

Si bien Rodrigo tenía **tanto** alucinaciones **como** ideas delirantes, las alucinaciones olfatorias que habían aparecido primero parecían predominar, lo que da lugar al diagnóstico que se registra a continuación. A mi parecer, su calificación en la EEAG era de 15.

| | |
|----------------|---|
| C79.31 [198.3] | Cáncer pulmonar, con metástasis al cerebro |
| F06.0 [293.82] | Trastorno psicótico debido a carcinoma metastásico, con alucinaciones |
| Z65.3 [V62.5] | Arresto por homicidio |

F06.1 [293.89] Catatonia relacionada con otro trastorno mental (especificador de la catatonia)

La catatonia, en la que siempre hemos pensado como un subtipo de la esquizofrenia clásica, fue descrita por primera vez por Karl Kahlbaum en 1874; en 1896, Emil Kraepelin la incluyó en los tipos desorganizado (llamado entonces hebefrénico) y paranoide como un subgrupo importante de lo que él denominaba **demencia precoz**. En los primeros años del siglo XX, cada uno de estos subtipos dio origen a alrededor de una tercera parte de todos los ingresos hospitalarios por esquizofrenia en EUA. Desde esa época, la frecuencia del tipo catatónico ha declinado de manera notable, de modo que en la actualidad es inusual ver a un paciente de este tipo en algún servicio de hospitalización para atención aguda. Cuando ocurre, la denominamos catatonia asociada a la esquizofrenia.

F60.1 [293.89] Trastorno catatónico debido a otra afección médica

En décadas recientes, nos dimos cuenta de que la catatonia se asocia más a menudo con otros trastornos médicos diversos. La mayor parte de las publicaciones tiende a describir sólo a un puñado de pacientes, pero entre las enfermedades responsables se encuentran encefalitis viral, hemorragia subaracnoidea, rotura de un aneurisma en cereza en el cerebro, hematoma subdural, hiperparatiroidismo, malformación arteriovenosa, tumores del lóbulo temporal, mutismo acinético

y heridas penetrantes en cabeza. Incluso hay una descripción de un paciente con una reacción a los fluoruros. Un neurólogo o un clínico de la salud mental que da muchas consultas en un centro médico con gran demanda puede en ocasiones encontrar algún caso.

Los síntomas de la catatonía (véase el texto entre barras más adelante) son en esencia los mismos, ya sea que ocurran en pacientes con trastorno del estado de ánimo, esquizofrenia o trastorno físico. Un paciente con otra afección médica tiene mayor probabilidad de desarrollar los síntomas característicos de lo que se denomina **catatonía estuporosa (lenta)**, como adopción de posturas, catalepsia y flexibilidad cérica. Estos pacientes también pueden presentar sialorrea, dejar de comer o desarrollar mutismo. Las características catatónicas que suelen vincularse a la manía incluyen hiperactividad, impulsividad y combatividad. Estos pacientes también pueden rechazar mantenerse vestidos. Los pacientes deprimidos pueden mostrar reducción intensa de la movilidad (incluso hasta el punto del estupor), mutismo, negatividad, manierismos y este reotipias.

En parte para ahorrar espacio, omití las definiciones de los síntomas de la catatonía en mis Características esenciales de estos dos trastornos y las reuní en un sitio conveniente: justo aquí. Cada una de estas conductas tiende a repetirse.

Agitación. Actividad motriz excesiva que parece no tener propósito o causa externa. El **estupor** sería más o menos el polo opuesto.

Catalepsia. Conservación de una postura incómoda, incluso cuando se indica que no es necesaria.

Ecolalia. Repetición de las palabras de alguien más cuando se requiere una respuesta distinta.

Ecopraxia. Imitación del comportamiento físico de otro individuo, incluso cuando se pide no hacerla.

Exageración del movimiento pasivo. Ante el toque más ligero, desplazarse en la dirección indicada por otra persona (el término alemán antiguo es *mitgehen*, acompañamiento).

Gesticulaciones. Contorsiones faciales que ocurren en respuesta a algún estímulo nocivo.

Manierismos. Movimientos repetidos que parecen tener un objetivo, pero que son excesivos en ese sentido.

Mutismo. Ausencia de expresión oral a pesar de la capacidad física aparente para hablar.

Negativismo. Sin motivo aparente, el paciente ofrece resistencia al movimiento pasivo o gira de manera repetida alejándose del examinador.

Adopción de posturas. Adopción voluntaria de una pose no natural o incómoda.

Estereotipia. Movimiento repetido que corresponde a una parte secundaria de una conducta que tiene una meta.

Flexibilidad cérica. Mantenimiento de una posición, incluso si es incómoda, durante varios minutos o más, incluso si se solicita su cambio.

Características esenciales de la catatonía asociada a otro trastorno mental (especificador de la catatonía)

El paciente muestra síntomas notables de catatonía, como catalepsia, negativismo, adopción de posturas, estupor, estereotipias, gesticulación, ecolalia y otros (véase las definiciones en el texto entre barras previo).

La letra pequeña

Relájese, sólo es un especificador. No hay letras pequeñas.

Notas para codificación

Usted puede aplicar el especificador de la catatonía a los episodios maníacos, hipomaníacos o depresivos mayores; a la esquizofrenia; y a los trastornos esquizofreniforme, esquizoafectivo, psicótico breve y psicótico inducido por sustancia. Incluso puede utilizarse para el trastorno del espectro autista.

Mencione primero el otro trastorno mental, luego **F06.1 [293.89]**, y a continuación **catatonía asociada a [otro trastorno mental]**.

Edward Clapham

Edward Clapham, hombre soltero de 43 años de edad, ingresó al servicio de salud mental del hospital universitario. No presentaba ningún problema principal; se mantenía en un mutismo absoluto. Había sido transferido del hospital psiquiátrico del Estado, donde su diagnóstico había sido esquizofrenia, tipo catatónico. Durante los últimos ocho años no se había comunicado mediante el habla o la escritura.

Según la nota de transferencia, Edward había sido manejado de manera intensiva con neurólépticos durante toda su hospitalización; no obstante, ninguno de estos medicamentos había aliviado sus síntomas básicos. Se refería que pasaba todo el día acostado sobre su espalda, con los dedos de los pies apuntando hacia la piecera de la cama, los puños cerrados y girados hacia dentro. Debido a los años que había mantenido esta posición, había desarrollado contracturas musculares graves en ambos tobillos y muñecas. La mayor parte del tiempo podía ser alimentado con una cuchara, pero en ocasiones se negaba a deglutir y tenía que ser alimentado mediante sonda nasogástrica. Esto había ocurrido con frecuencia durante los últimos seis meses; no obstante la alimentación mediante sonda, había perdido alrededor de 15 kg.

Diez días antes, Edward había tenido fiebre elevada (40.3 °C) y se le había transferido al servicio médico, donde el personal lo trató con tetraciclina debido a una neumonía causada por *Klebsiella*. Luego se le transfirió al servicio de salud mental, donde fue valorado.

Se sabía muy poco acerca de los antecedentes de Edward. Había sido criado en el medio oeste y era el segundo hijo de una familia de granjeros. Es posible que hubiera acudido a alguna universidad; había trabajado alrededor de 10 años como vendedor de tractores. La nota de ingreso refería su estado mental en los términos siguientes:

El Sr. Clapham está en su cama acostado sobre su espalda. Presenta mutismo total, de manera que no es posible saber nada acerca del contenido de su pensamiento o el flujo de ideas. De manera similar, sus procesos cognitivos, introspección y juicio no pueden valorarse. Los dedos de sus pies apuntan hacia abajo y sus puños muestran rotación interna. Existe un temblor observable en sus pies y manos; contrae los músculos de sus brazos y piernas con tanta fuerza que tiemblan.

Además de presentar mutismo, muestra otros signos de catatonía. **Negativismo:** cuando alguien se acerca por un lado, él gira su cabeza de manera gradual de modo que mira en dirección opuesta. **Catalepsia:** cuando se coloca alguna de sus extremidades en cualquier posición (p. ej., si se eleva por encima de su cabeza), mantiene esa posición durante varios minutos, incluso si se le dice que puede bajar el brazo. **Flexibilidad cérea:** cualquier esfuerzo por flexionar su brazo al nivel del codo, sitio donde no existen contracturas, encuentra resistencia. Es evidente que el bíceps y el tríceps se contraen juntos, lo cual hace que el movimiento en esa articulación se sienta como si se doblara un cilindro hecho de cera o de alguna otra sustancia rígida. **Gesticulaciones:** cada 4 o 5 min arruga la nariz y aprieta los labios. Esta expresión persiste de 10 a 15 s, luego se relaja. Estos movimientos no parecen tener un propósito aparente y no se acompañan de algún movimiento de lengua u otros indicadores de discinesia tardía.

Evaluación de Edward Clapham

Al tomar en consideración sus síntomas negativos (ausencia de expresión oral y afecto) y su comportamiento motor con anomalías visibles, Edward cumplía los requisitos del criterio A para la **esquizofrenia**. Su enfermedad había durado mucho más tiempo que el mínimo de seis meses (criterio C de la esquizofrenia); es difícil imaginar cómo podría haber tenido un efecto mayor sobre cada aspecto de su vida (B). Sin embargo, en el momento del ingreso a la unidad de salud mental se le asignó un diagnóstico de trastorno no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico. Este diagnóstico provisional se integró debido a que el clínico no pudo estar seguro, a partir de la presentación inicial, de si los síntomas eran producto de los efectos de su deshidratación y pérdida ponderal (otra afección médica), esquizofrenia u otra afección, como algún trastorno del estado de ánimo, que quizá sea la etiología más frecuente de los síntomas catatónicos.

La lista de **afecciones médicas** que pueden generar conducta catatónica incluye hepatopatía, eventos vasculares cerebrales, epilepsia y trastornos poco frecuentes, como la enfermedad de Wilson (un defecto del metabolismo del cobre) y el trastorno hereditario esclerosis tuberosa (autosómico dominante). Estas posibilidades deben seguirse de manera rigurosa mediante valoraciones neurológicas y médicas, así como con estudios de laboratorio y radiográficos apropiados. Los perfiles para detección de sustancias tóxicas o drogas en orina o sangre deben considerarse parte de la valoración médica de cualquier paciente de este tipo. Cualquier persona que presenta

un primer cuadro de catatonia quizá deba someterse a una RMN. Cuando se integró el diagnóstico de Edward Clapham, no existía la RMN; tendremos que aceptar sin dudar el criterio E.

Muchos pacientes a los que se diagnostica esquizofrenia, de tipo catatónico, en realidad padecen **trastorno bipolar I** en fase maniaca (D). Por otra parte, en un paciente con lentitud psicomotora intensa debe descartarse un **trastorno depresivo mayor con características melancólicas**. Si bien los individuos con trastorno de síntomas somáticos en ocasiones muestran mutismo o presentan actividad motriz anómala, estos episodios suelen ser de corta duración y persisten sólo algunas horas o días, no años. Edward había estado enfermo durante años; un trastorno del estado de ánimo crónico, psicótico y con catatonia parece poco probable.

Los síntomas de Edward eran clásicos de la catatonia asociada a la esquizofrenia. Mostraba gesticulación (criterio A10 especificador de la catatonia), mutismo (A4), flexibilidad cética (A3) y catalepsia (A2). No podía calificársele como estuporoso porque su estado de alerta era suficiente para dar la espalda a un estímulo que se aproximaba (negativismo, A5). Su rango de comportamiento era insuficiente para demostrar otras conductas catatónicas típicas.

Puesto que ya había recibido tratamiento amplio (y fallido) con neurolépticos, a Edwards se le aplicó un ciclo de terapia electroconvulsiva. Si bien los primeros tres tratamientos bilaterales no generaron ningún efecto notorio, después del cuarto solicitó un vaso de agua. Después de un total de 10 terapias, estaba conversando con otros en el servicio, alimentándose solo y caminando, siempre de puntas debido a las contracturas graves que tenía en los tobillos. Aunque seguía mostrando síntomas residuales de su enfermedad, sus síntomas catatónicos desaparecieron. Finalmente, salió del hospital, después de lo cual se perdió para el seguimiento.

La enfermedad de ocho años de evolución de Edward había sido continua; yo le asigno al egreso una calificación en la EEAG de 60 (en el momento del ingreso, habría estado muy cercana a 1). Tras realizar estudios médicos apropiados y un interrogatorio adicional para descartar otras causas posibles de su comportamiento anómalo, su diagnóstico revisado se presenta más adelante.

Por cierto, sin referencia a los criterios de gravedad oficiales del DSM-5 para la psicosis (p. 74), en el momento del ingreso yo le asignaría a Edwards una calificación de **grave**, pero sigo teniendo la sensación de que la valoración global general de la EEAG funciona mejor. En el momento del egreso:

| | |
|------------------|---|
| F20.9 [295.90] | Esquizofrenia, primer episodio, en remisión parcial |
| F06.1 [293.89] | Catatonia asociada a esquizofrenia |
| M24.573 [718.47] | Contracturas en tobillos |
| M24.539 [718.43] | Contracturas en muñecas |

Características esenciales del trastorno catatónico debido a otra afección médica

Una enfermedad física parece haber generado síntomas de catatonia, como catalepsia, negativismo, adopción de posturas, estupor, estereotipia, gesticulación, ecolalia y otros (véase las definiciones en el texto entre barras previo).

La letra pequeña

En el texto entre barras de la p. 97 se presentan algunas claves para decidir si una afección física puede causar un trastorno mental.

Las D: • Diagnóstico diferencial (delirium u otro trastorno cognitivo, esquizofrenia y sus primos, trastorno del estado de ánimo con características psicóticas, trastorno obsesivo-compulsivo).

Notas para codificación

Una vez codificada la enfermedad médica existente, utilice este nombre en el registro del diagnóstico mental.

Marion Wright

Desde su graduación de la secundaria 12 años antes, Marion Wright había trabajado como pintor de letreros. En la escuela había mostrado cierta aptitud por el arte, aunque no suficiente como para mirarse como el próximo Pablo Picasso. Tampoco le gustaba tanto la escuela como para estudiar una carrera de arte comercial. Sin embargo, pintar letreros en los edificios y los anuncios no era muy demandante, se pagaba bien, tenía disposición inmediata y se realizaba en su mayoría al aire libre. En pocos años estaba casado, tenía dos hijos y una casa pequeña en un fraccionamiento, y aún pintaba letreros. Pensaba que tenía la vida resuelta.

Una tarde, no mucho después de su trigésimo cumpleaños, su capataz llegó al lugar en su auto para inspeccionar el anuncio que Marion acababa de terminar. “Pintaste el logo en letra de molde. El proyecto indica que se utilicen mayúsculas compactas”, señaló el capataz. Marion dijo que pensaba que la letra de molde se veía mejor, pero la cambió sin demasiadas quejas. Una semana después, terminó un anuncio de una cerveza local de gran calidad; la modelo que sostenía la botella estaba desnuda de la cintura para arriba. Al día siguiente se quedó sin trabajo.

Hizo algunos esfuerzos para encontrar un nuevo empleo, pero después de una semana se quedó en casa viendo los programas diurnos de la televisión. Su esposa observó que parecía hablar cada vez menos, pero él ignoró su sugerencia de ir a ver al médico. Aunque siguió comiendo y durmiendo con normalidad, su interés en el sexo se había extinguido. A la cuarta semana después de perder su trabajo, no hablaba de manera espontánea y sólo respondía alguna pregunta si se le hacía de manera directa. Persuadida además por el hermano de Marion, su esposa finalmente lo llevó a la clínica. Se le hospitalizó de inmediato.

Al ingresar, Marion podía responder preguntas de manera apropiada, aunque breve. Se encontraba bien orientado, negaba haberse sentido deprimido o tener ideas suicidas. Carecía de ideas delirantes, alucinaciones, obsesiones y compulsiones. Logró una calificación perfecta en el *Mini-Mental State Exam*, si bien el examinador observó que seguía las instrucciones con lentitud.

A la mañana siguiente, de manera deliberada se giró para darle la espalda a la enfermera que se colocó al lado de su cama. Si bien acompañó voluntariamente a la enfermera a la mesa en el comedor, se negó a comer y permaneció mudo. El médico que lo examinó más tarde esa mañana encontró que Marion se movía de inmediato en cualquier dirección tras el toque más ligero de la mano del examinador. En la tarde pareció mejorar e incluso dijo algunas palabras.

Sin embargo, al día siguiente permaneció en su cama recostado sobre la espalda, de nuevo en silencio y renuente a cooperar. Cuando se le retiró la almohada, su cabeza permaneció elevada

alrededor de 5 cm por arriba del colchón. Más tarde, quien lo exploraba observó que cuando se giraba el brazo de Marion para colocarlo en una posición extraña (elevado con cierto ángulo por arriba del nivel de la cama), él mantenía esa posición incluso si se le decía que podía relajarse.

Los médicos que atendían a Marion consideraron el diagnóstico de esquizofrenia, pero observaron que había estado enfermo durante un periodo breve y carecía de antecedentes familiares de psicosis. Su esposa les aseguró que él nunca había consumido drogas o alcohol. A pesar del hecho de que su exploración neurológica seguía siendo normal, se solicitó una RMN de cráneo. Reveló un tumor del tamaño de una pelota de golf ubicado en la convexidad del lóbulo frontal derecho. Una vez que se retiró por vía quirúrgica, él recuperó con rapidez el estado de conciencia. Dos meses después estaba de vuelta en su escalera pintando letreros y siguiendo las instrucciones al pie de la letra.

Evaluación de Marion Wright

Marion tenía varios síntomas (se requieren tres) que son clásicos de la catatonía (criterio A), como negativismo y mutismo (A5, A4), desplazamiento exagerado (si bien éste no es uno de los criterios que menciona el DSM-5), una “almohada psicológica” (una forma de postura en la que mantenía su cabeza sin apoyo por encima de la cama, A6) y catalepsia (A2).

Marion no tenía la concentración errática propia del **delirium** (D). El comportamiento catatónico puede identificarse en la **esquizofrenia**, que sus médicos rechazaron de manera correcta debido a que había estado enfermo un periodo demasiado breve (C). Los síntomas muy escasos (y mejores opciones) permitieron descartar el **trastorno esquizofreniforme**. El mutismo y la lentitud motriz intensa, incluso al punto de la inmovilidad, pueden detectarse en un **episodio depresivo mayor**, pero Marion de manera específica negaba síntomas del estado de ánimo. El mutismo puede en ocasiones identificarse en el **trastorno de síntomas somáticos**, así como en la **simulación** y el **trastorno facticio**, pero sería inusual encontrar un síndrome catatónico completo y persistente en alguno de estos trastornos.

Observe que el comportamiento catatónico puede incluir actividad motriz excesiva o incluso frenética. En esos casos, el diagnóstico diferencial debe incluir **episodio maníaco** e **intoxicación por uso de sustancia**. Por supuesto, ninguno de éstos resulta apropiado en el caso de Marion.

En el estudio de patología del espécimen quirúrgico se encontró que Marion tenía un tumor cerebral (benigno) capaz de inducir de manera directa síntomas catatónicos (B) y disfunción manifiesta (E). En el momento del ingreso, yo calificaría su EEAG con 21; su calificación en la EEAG era de 90 en el momento del alta.

| | |
|----------------|---|
| D32.9 [225.2] | Meningioma cerebral, benigno |
| F06.1 [293.89] | Trastorno catatónico debido a meningioma cerebral |

F28 [298.8] Otro trastorno específico del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico

Utilice esta categoría cuando quiera asentar por escrito la razón específica por la que su paciente no puede recibir un diagnóstico más definido de trastorno psicótico. Aquí hay un ejemplo: “otro

trastorno específico del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico, alucinaciones auditivas persistentes”.

Síndrome de Charles Bonnet. En este trastorno (que no se menciona de manera específica en el DSM-5, pero que fue descrito por primera vez en 1790), las personas ancianas refieren alucinaciones visuales complejas (escenas, gente), pero no otro tipo de alucinaciones o ideas delirantes. También pueden tener conciencia de que lo que “ven” es irreal. Como tal, no se trata de condiciones en realidad psicóticas, pero es posible argumentar que pertenecen al espectro de los trastornos psicóticos.

Síndrome de psicosis atenuada. Un paciente tiene síntomas psicóticos que no cumplen los criterios completos de algún trastorno psicótico (síntomas menos discapacitantes, introspección en cierto grado buena, etc.).

Alucinaciones auditivas persistentes. El paciente experimenta alucinaciones auditivas repetidas sin otros síntomas.

Síntomas delirantes en compañero de individuo con trastorno delirante. La mayoría de las personas que desarrollan ideas delirantes en respuesta a un vínculo estrecho con alguien que presenta psicosis independiente puede recibir el diagnóstico de trastorno delirante. Sin embargo, quienes no llenan los criterios completos del trastorno delirante pueden clasificarse aquí.

Otro. El paciente parece tener un trastorno psicótico, pero la información se encuentra en conflicto o es demasiado inadecuada para permitir un diagnóstico más específico.

F29 [298.9] Trastorno no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico

Esta categoría es apropiada para los síntomas o los síndromes que no se apegan a las recomendaciones de cualquiera de los trastornos antes descritos y usted no desea especificar una razón.

Catatonia no especificada

El DSM-5 menciona la catatonia no especificada como una posibilidad cuando el contexto no está claro o existe detalle insuficiente para integrar un diagnóstico más preciso. Sin embargo, la codificación misma es clara: primero se codifica **R29.818 [781.99] Otros síntomas que afectan los sistemas nervioso y musculoesquelético**; luego se codifica **F06.1 [293.89] Catatonia no especificada**.

Trastornos del estado de ánimo

El DSM-5 señala que las cuestiones relacionadas con la genética y la sintomatología convierten a los trastornos bipolares en una especie de puente entre los trastornos del estado de ánimo y la esquizofrenia. Por ello el DSM-5 separó los capítulos que entrelazaban (o interrelacionaban) los trastornos bipolares y los depresivos. Sin embargo, para explicar los trastornos del estado de ánimo de la manera más clara y concisa posible, los volví a unir.

Guía rápida para los trastornos del estado de ánimo

El DSM-5 usa tres series de criterios para diagnosticar los problemas mentales relacionados con el estado de ánimo: (1) episodios afectivos, (2) trastornos del estado de ánimo y (3) especificadores que describen el episodio más reciente y la evolución recurrente. Analizaré cada uno de éstos en esta guía rápida. Como de costumbre, el número de página que sigue a cada elemento se refiere al sitio donde comienza una discusión más detallada.

Episodios del estado de ánimo

Dicho con sencillez, un **episodio afectivo** alude a cualquier periodo en que un paciente se siente feliz o triste en un grado anormal. Los episodios del estado de ánimo son los bloques de construcción a partir de los cuales se integran muchos de los trastornos del estado de ánimo codificables. La mayoría de los pacientes con trastornos del estado de ánimo (si bien **no** la mayor parte de los tipos de trastorno del estado de ánimo) padece uno o más de estos tres episodios: depresivo mayor, maníaco e hipomaníaco. Sin información adicional, ninguno de estos episodios del estado de ánimo da origen a un diagnóstico codificable.

Episodio depresivo mayor. Por lo menos dos semanas, el individuo se siente deprimido (o no puede disfrutar la vida) y tiene problemas para comer y dormir, sentimientos de culpa, poca energía, dificultad para concentrarse y pensamientos en torno a la muerte (p. 112).

Episodio maníaco. Al menos una semana, la persona se siente eufórica (o en ocasiones sólo irritable), y puede tener ideas de grandeza, hablar en exceso, mostrarse hiperactiva y tender a la distracción. El mal juicio conduce a una disfunción social o laboral marcada; con frecuencia, los pacientes deben ser hospitalizados (p. 116).

Episodio hipomaniaco. Es muy similar a un episodio maniaco, pero más breve y menos intenso. No se requiere hospitalización (p. 120).

Trastornos del estado de ánimo

Un trastorno del estado de ánimo es un patrón de enfermedad que deriva de un estado de ánimo alterado. Casi todos los individuos que tienen un trastorno del estado de ánimo experimentan depresión en algún momento, pero algunos también tienen exaltaciones del estado de ánimo. Muchos trastornos del estado de ánimo, mas no todos, se diagnostican con base en un episodio del estado de ánimo. La mayoría de los pacientes con trastornos del estado de ánimo encaja en una de las categorías codificables que se señalan a continuación.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Trastorno depresivo mayor. Estas personas no han cursado con episodios maniacos o hipomaniacos, pero han padecido uno o más episodios depresivos mayores. El trastorno depresivo mayor puede ser recurrente o un episodio único (p. 122).

Trastorno depresivo persistente (distimia). No existen fases de exaltación, y dura mucho más que el trastorno depresivo mayor típico. Esta variedad de depresión no suele tener gravedad suficiente para considerarse un episodio de depresión mayor (no obstante, ahora se incluye bajo este rubro a la depresión mayor crónica; p. 138).

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. El estado de ánimo de un niño se mantiene negativo entre explosiones temperamentales frecuentes e intensas (p. 149).

Trastorno disfórico premenstrual. Algunos días antes de la menstruación, una mujer experimenta síntomas de depresión y ansiedad (p. 146).

Trastorno depresivo debido a otra afección médica. Distintas condiciones médicas y neurológicas pueden causar síntomas depresivos; no necesitan cubrir los criterios para alguno de los trastornos mencionados (p. 154).

Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento. El alcohol y otras sustancias (intoxicación o abstinencia) pueden inducir síntomas depresivos; no necesitan cubrir los criterios para alguno de los trastornos mencionados (p. 151).

Otro trastorno depresivo especificado o no especificado. Utilice una de estas categorías cuando un paciente muestre síntomas depresivos que no cumplen los criterios para los diagnósticos depresivos previos o algún otro diagnóstico del que la depresión sea un componente (pp. 169 y 170).

TRASTORNO BIPOLAR Y TRASTORNOS RELACIONADOS

Alrededor de 25% de los pacientes con trastornos del estado de ánimo experimenta episodios maniacos o hipomaniacos. Casi todos ellos cursan también con episodios de depresión. La intensidad y la duración de los altibajos determinan el trastorno bipolar específico.

Trastorno bipolar I. Debe presentarse por lo menos un episodio maníaco; la mayor parte de los enfermos con trastorno bipolar I también ha tenido un episodio depresivo mayor (p. 129).

Trastorno bipolar II. Este diagnóstico requiere de por lo menos un episodio hipomaniaco y un episodio depresivo mayor (p. 135).

Trastorno ciclotímico. Estos pacientes muestran oscilaciones repetidas del estado de ánimo, pero ninguna con gravedad suficiente para considerarse un episodio depresivo mayor o maníaco (p. 143).

Trastorno bipolar inducido por sustancias/medicamentos. El alcohol u otras sustancias (intoxicación o abstinencia) pueden provocar síntomas maníacos o hipomaniacos; no necesitan cubrir los criterios para alguna de las condiciones mencionadas (p. 151).

Trastorno bipolar debido a otra afección médica. Diversas condiciones médicas y neurológicas pueden producir síntomas maníacos o hipomaniacos; no necesitan cubrir los criterios para alguna de las afecciones mencionadas (p. 153).

Otro trastorno bipolar especificado o no especificado. Utilice una de estas categorías cuando un paciente muestre síntomas bipolares que no se ajustan a los criterios para los diagnósticos bipolares mencionados (pp. 167 y 169).

Otras causas de síntomas depresivos y maníacos

Trastorno esquizoafectivo. En estos pacientes coexisten síntomas sugestivos de esquizofrenia con un episodio depresivo mayor o maníaco (p. 88).

Trastorno neurocognitivo mayor o leve con alteración del comportamiento. El calificador **con alteración del comportamiento** puede codificarse en el diagnóstico del trastorno neurocognitivo mayor o leve (p. 492). De acuerdo, los síntomas del estado de ánimo no parecen tan conductuales, pero ésa es la forma en que el DSM-5 decidió señalar los trastornos cognitivos con depresión.

Trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido. Este término codifica una estrategia de adaptación al estrés de la vida (p. 228).

Trastornos de la personalidad. El estado de ánimo disfórico se menciona de manera específica en los criterios para el trastorno de la personalidad límite (p. 545), pero el estado de ánimo deprimido con frecuencia acompaña a los trastornos de la personalidad por evitación, dependientes e histriónicos.

Duelo no complicado. La tristeza por la muerte de un pariente o amigo es una experiencia común. Puesto que el duelo **no complicado** es una reacción normal ante un tipo particular de factor que genera estrés, se registra no como un trastorno, sino como un código Z [código V]. Vea la p. 590.

Otros trastornos. La depresión puede acompañar a muchos otros trastornos mentales, entre ellos, esquizofrenia, trastornos de la alimentación, trastorno de síntomas somáticos,

disfunciones sexuales y disforias de género. Los síntomas del estado de ánimo probablemente aparezcan en individuos con algún trastorno de ansiedad (en particular, trastorno de pánico y trastornos de fobias), trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés postraumático.

Especificadores

Se pueden aplicar dos series especiales de descripciones a distintos episodios y trastornos del estado de ánimo.

ESPECIFICADORES QUE DESCRIBEN EL EPISODIO EN CURSO O MÁS RECIENTE

Estos elementos descriptivos ayudan a caracterizar al episodio depresivo mayor más reciente; todos, excepto los dos primeros, también pueden aplicarse a un episodio maníaco (observe que los especificadores de gravedad y remisión se describen en la p. 158).

Con características atípicas. Estos pacientes con depresión comen mucho y aumentan de peso, duermen en exceso y tienen la sensación de ser lentos o estar paralizados. A menudo, son en extremo sensibles al rechazo (p. 160).

Con características melancólicas. Este término se aplica a los episodios depresivos mayores que se caracterizan por algunos de los síntomas “clásicos” de la depresión mayor. Estos pacientes despiertan temprano y se sienten peor que durante el resto del día. Pierden apetito y peso, se sienten culpables, pueden mostrarse lentos o agitados y no se sienten mejor cuando sucede algo que por lo general les agradaría (p. 161).

Con síntomas de ansiedad. Un paciente muestra síntomas de ansiedad, tensión, inquietud, preocupación o temor a la par de un episodio del estado de ánimo (p. 159).

Con características catatónicas. Existen características de hiperactividad o inactividad motriz. Las características catatónicas pueden describirse en episodios depresivos mayores y episodios maníacos (p. 100).

Con características mixtas. Los episodios maníacos, hipomaníacos y depresivos mayores pueden contar con una mezcla de síntomas maníacos y depresivos (p. 161).

Con inicio en torno al parto. Es posible que se desarrolle un episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor (o un trastorno psicótico breve) en una mujer durante el embarazo o en el mes después del parto (p. 163).

Con características psicóticas. Los episodios maníacos y depresivos mayores pueden acompañarse de ideas delirantes, las cuales son o no congruentes con el estado de ánimo (p. 164).

ESPECIFICADORES QUE DESCRIBEN LA EVOLUCIÓN DE LOS EPISODIOS RECURRENTES

Estos especificadores describen la evolución general de un trastorno del estado de ánimo, no sólo las características de un episodio independiente.

Con ciclado rápido. En el transcurso de un año, el paciente ha presentado por lo menos cuatro episodios (en cualquier combinación) que cumplen los criterios para los episodios depresivos mayores, maníacos o hipomaníacos (p. 165).

Con patrón estacional. Regularmente, los individuos desarrollan la enfermedad en cierta época del año, como en otoño o invierno (p. 165).

Introducción

El **estado de ánimo** se refiere a una emoción sostenida que da color a la manera en que percibimos la vida. El reconocimiento de las anomalías del estado de ánimo es de suma importancia, puesto que no menos de 20% de mujeres adultas y 10% de varones adultos pueden experimentarlas en algún momento de su vida. La frecuencia de los trastornos del estado de ánimo parece ir en aumento en ambos sexos, y genera la mitad o más de las consultas de salud mental. Los trastornos del estado de ánimo pueden ocurrir en individuos de cualquier raza o condición socioeconómica, pero son más comunes entre los solteros y los que carecen de “una persona cercana”. Un trastorno del estado de ánimo también es más factible en una persona que tiene parientes con problemas similares.

Los trastornos del estado de ánimo abarcan muchos diagnósticos, calificadores y niveles de intensidad. Si bien quizá parezcan complicados, pueden reducirse a unos cuantos principios básicos.

Hace años, los trastornos del estado de ánimo se denominaban **trastornos afectivos**; muchos clínicos aún utilizan el término antiguo, el cual también está anclado en la denominación **trastorno afectivo estacional**. Observe, por cierto, que el término **afecto** abarca más que sólo una manifestación de emoción de un paciente. También implica el modo en que el individuo parece estar sintiendo, según lo revelan los indicios físicos, como su expresión facial, postura, contacto visual y tendencia al llanto. El énfasis en la experiencia real del estado de ánimo del paciente, más que el a veces vago concepto de **afecto**, obliga al uso actual del concepto **estado de ánimo**.

En esta sección, describiré tres tipos de episodios del estado de ánimo. Usted encontrará casos clínicos que ilustran cada uno de ellos en las secciones sobre los trastornos del estado de ánimo, que se presentan después.

Episodio depresivo mayor

El episodio depresivo mayor es una de las bases de los trastornos del estado de ánimo, pero no es un diagnóstico codificable. Usted lo utilizará a menudo, ya que es uno de los problemas más frecuentes por los que los individuos solicitan ayuda. Aplíquelo con cuidado después de considerar la historia clínica completa del paciente y su examen de la condición mental (por supuesto, debemos ser cuidadosos al utilizar cualquier etiqueta y diagnóstico). Mencione esta precaución aquí debido a que algunos clínicos tienden a utilizar la etiqueta de episodio depresivo mayor casi como un reflejo, sin analizar realmente la evidencia. Una vez que se aplica, con demasiada frecuencia se activa el reflejo de búsqueda del recetario.

Un episodio depresivo mayor debe cubrir cinco requisitos principales. Debe presentar (1) una calidad depresiva del estado de ánimo depresivo (o pérdida del interés o el placer) (2) durante un periodo mínimo, (3) acompañada de cierto número de síntomas, (4) que genere malestar o discapacidad y (5) no transgreda ninguno de los criterios de exclusión que se mencionan.

Calidad del estado de ánimo

La depresión suele experimentarse como un abatimiento del estado de ánimo normal; los pacientes pueden describir que se sienten “infelices”, “descorazonados”, “desalentados”, “melancólicos”, o muchos otros términos que expresan tristeza. Varias situaciones pueden interferir en el reconocimiento de la depresión:

- No todos los pacientes pueden reconocer o describir con precisión cómo se sienten.
- Los clínicos y los individuos con orígenes culturales distintos pueden tener dificultad para llegar a un acuerdo de que el problema es la depresión.
- Los síntomas de presentación de la depresión pueden variar mucho de un individuo a otro. Una persona puede sentirse lenta y llorosa; otra sonríe y niega que algo está mal. Algunos duermen y comen demasiado; otros se quejan insomnio y anorexia.
- Algunos pacientes en realidad no se sienten deprimidos; experimentan la depresión como pérdida del placer o disminución del interés en sus actividades usuales, incluso el sexo.
- Un elemento crucial para el diagnóstico es que el episodio debe representar un cambio evidente del nivel usual de desempeño de la persona. Si el paciente no lo identifica (algunos están demasiado enfermos para prestar atención o demasiado apáticos para preocuparse), la familia o los amigos pueden informar si han percibido ese cambio.

Duración

El paciente debe haberse sentido mal la mayor parte del día, casi todo el día, por lo menos dos semanas. Este requisito se incluye para asegurar que los episodios depresivos mayores se diferencian de los cuadros transitorios de “abatimiento” que casi todos desarrollamos en ocasiones.

Síntomas

Durante las dos semanas mencionadas, el paciente debe presentar al menos cinco de los síntomas que se señalan a continuación en **negritas**. Estos cinco deben incluir depresión del estado de ánimo o anhedonia, y las manifestaciones en general deben indicar que el individuo tiene un desempeño más bajo que antes. El **estado de ánimo deprimido** se explica por sí mismo; la **anhedonia** es casi universal entre los pacientes deprimidos. Estos síntomas pueden considerarse si el paciente los refiere o si otros observan que suceden.

Muchos pacientes pierden **apetito y peso**. Más de tres cuartas partes refieren problemas para **dormir**. Por lo general, despiertan temprano en la mañana, mucho antes de que deban levantarse. Sin embargo, algunas personas comen y duermen más de lo usual; casi todos estos pacientes se catalogarán bajo el especificador de características atípicas (p. 160).

Los pacientes deprimidos suelen acusar **fatiga**, que refieren como cansancio o disminución de la energía. Su expresión oral o movimientos físicos pueden mostrar lentitud; en ocasiones se identifica una pausa marcada antes de responder a una pregunta o iniciar una acción. Esto se denomina **enlentecimiento psicomotor**. El lenguaje puede mostrar un volumen muy bajo, en ocasiones inaudible. Algunos pacientes sólo dejan de hablar, excepto en respuesta a una pregunta directa. En un extremo, puede haber mutismo total; en el otro, algunos pacientes deprimidos se sienten tan ansiosos que desarrollan **agitación**. La agitación puede expresarse mediante sudoración de las manos, caminar de un lado a otro de modo constante o incapacidad para mantenerse quieto al estar sentado. La capacidad de los pacientes deprimidos para evaluarse de manera objetiva se desploma; esto se revela como una **autoestima baja o culpa**. Algunos individuos desarrollan dificultad para la **concentración** (real o percibida) tan intensa que en ocasiones pudiera diagnosticarse de manera errónea como demencia. Los síntomas depresivos más graves de todos son las ideas de muerte, los **deseos de muerte** y las **ideas suicidas**, puesto que existe un riesgo real de que la persona actúe con éxito.

Para considerarse como un síntoma de un episodio depresivo mayor según el DSM-5, los comportamientos que se mencionan deben ocurrir casi a diario. Sin embargo, las ideas de muerte o suicidio sólo necesitan ser “recurrentes”. Un solo intento de suicidio o un plan de suicidio específico también califican.

En general, mientras más cercano esté el enfermo a esta definición, más confiable será el diagnóstico de episodio depresivo mayor. Sin embargo, debemos señalar que los pacientes deprimidos pueden tener muchos síntomas además de los mencionados en los criterios del DSM-5. Pueden incluir crisis de llanto, fobias, obsesiones y compulsiones. Los pacientes pueden aceptar sentir desesperanza, indefensión o poca valía. Los síntomas de ansiedad, en particular los ataques de pánico (véase p. 173), pueden ser tan notables que cieguen a los clínicos y les impidan identificar la depresión subyacente.

Muchos pacientes beben más (en ocasiones, menos) alcohol cuando se deprimen. Esto puede generar dificultad para el diagnóstico diferencial: ¿qué debe tratarse primero, la depresión o el consumo de alcohol? (Pista: por lo general, ambos a la vez).

Una minoría de pacientes pierde el contacto con la realidad y desarrolla ideas delirantes o alucinaciones. Estas características psicóticas pueden ser **congruentes con el estado de ánimo** (p. ej., un varón deprimido se siente tan culpable que imagina que cometió un pecado terrible) o **incongruentes con el estado de ánimo** (una persona con depresión que imagina ser perseguida por el FBI no experimenta un tema representativo de la depresión). Los síntomas psicóticos se señalan con el indicador de gravedad (es una frase que usted agrega al diagnóstico, y al final el número de código de la CIE-9 o la CIE-10, como se discute más adelante en este capítulo). Se incluye un ejemplo en el caso clínico de Brian Murphy (p. 124).

Existen tres situaciones en las que usted no debe contabilizar un síntoma para el diagnóstico de episodio depresivo mayor:

1. Un síntoma es explicado completamente por otra afección médica. Por ejemplo, usted no tomaría en cuenta la fatiga en un paciente que está recuperándose de una cirugía mayor; en esa situación, usted espera la presencia de fatiga.

2. Un síntoma deriva de ideas delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo. Por ejemplo, no cuente el insomnio que ocurre en respuesta a la alucinación de voces que mantienen al paciente despierto durante toda la noche.
3. Sentimientos de culpa o falta de valía que se desarrollan debido a que el paciente se encuentra demasiado deprimido para cumplir sus responsabilidades. Este tipo de sentimientos son demasiado comunes en la depresión para tener algún peso diagnóstico. De preferencia, busque sentimientos de culpa que se encuentren muy alejados de los límites de lo que es razonable. Un ejemplo extremo: una mujer piensa que su maldad causó las tragedias del 9/11.

Disfunción

El episodio debe tener intensidad suficiente para provocar tensión física o comprometer el desempeño laboral (o escolar) del paciente, su vida social (retraimiento o discordia) o alguna otra área de desempeño, incluso la vida sexual. Entre las distintas complicaciones de la enfermedad mental, el efecto sobre el trabajo puede ser el más difícil de detectar. Quizá esto se deba a que ganarse la vida es tan importante que la mayoría de los individuos hace todo lo posible por ocultar síntomas que pudieran amenazar su empleo.

Criterios de exclusión

A pesar de la intensidad o la duración de los síntomas, el episodio depresivo mayor no suele diagnosticarse cuando hay uso de sustancias con relevancia clínica o alguna afección médica general que pudiera inducir la sintomatología.

Características esenciales del episodio depresivo mayor

Estas personas se sienten miserables. Casi todas ellas se sienten tristes, abatidas, deprimidas o con algún sentimiento similar; sin embargo, algunas insisten en que sólo perdieron el interés en casi todas las actividades que antes amaban. Todas aceptan distintos síntomas más, como fatiga, incapacidad para concentrarse, sentimientos de poca valía o culpabilidad y deseos de muerte o pensamientos de suicidio. Además, tres áreas sintomáticas pueden mostrar aumento o disminución respecto de lo normal: sueño, apetito/peso y actividad psicomotriz (para cada una de ellas, la imagen clásica es la disminución a partir de lo normal, en apetito, por ejemplo, aunque algunos pacientes "atípicos" refieren aumento).

La letra pequeña

De igual manera, los niños o los adolescentes pueden sentirse o parecer irritables, no deprimidos.

No olvide las D: • Duración (casi todo el tiempo a diario, dos semanas o más) • Tensión o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (consumo de sustancias y trastornos físicos).

Notas para codificación

Alerta por inexistencia de código: el episodio depresivo mayor no es un diagnóstico; es una base para los trastornos depresivo mayor, bipolar I y bipolar II. También puede identificarse en el trastorno depresivo persistente (distimia). Sin embargo, es posible aplicar algunos códigos especificadores a los episodios depresivos mayores, aunque usted debe agregarlos sólo después de elegir el diagnóstico definitivo del trastorno del estado de ánimo. Relájese; todo esto se aclarará conforme avancemos.

La exclusión por duelo que se usó hasta el DSM-IV no se encuentra en el DSM-5, puesto que la investigación reciente determinó que las depresiones precedidas de cerca por la muerte o la pérdida de un ser querido no difieren en grado sustancial de las depresiones precedidas por otros factores que generan estrés (o quizá ninguno). Esta modificación, o eliminación, ha dado origen a muchas taquicardias. Algunos sostienen que coloca a los pacientes en riesgo de recibir un diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo cuando el contexto hace los síntomas comprensibles; asimismo, podría generar un aumento sustancial del número de individuos que consideramos padece una enfermedad mental.

Yo veo la situación de una manera un poco distinta: los clínicos tenemos ahora una barrera artificial menos para el diagnóstico y el tratamiento. Sin embargo, como con cualquier otra libertad, debemos utilizarla de manera responsable. Evalúe toda la situación, en especial la intensidad de los síntomas, cualquier antecedente de trastorno del estado de ánimo, las relaciones temporales y la gravedad del factor precipitante putativo (duelo más otras variedades de pérdida), y también la trayectoria del síndrome (¿está mejorando o empeorando?). Y reevalúe con frecuencia.

Incluí ejemplos del episodio depresivo mayor en los siguientes casos clínicos: Brian Murphy (p. 124), Elisabeth Jacks (p. 131), Winona Fisk (p. 133), Iris McMaster (p. 136), Noah Sanders (p. 141), Sal Camozzi (p. 304) y Aileen Parmeter (p. 127). Además, quizá haya algunos ejemplos en el capítulo 20, "Pacientes y diagnósticos", pero usted tendrá que encontrarlos.

Episodio maníaco

El segundo bloque constructor o base de los trastornos del estado de ánimo, el episodio maníaco, se ha reconocido desde hace al menos 150 años. La tríada clásica de síntomas maníacos está conformada por intensificación de la autoestima, aumento de la actividad motriz y verborrea. Estos síntomas son evidentes y a menudo dramáticos, de modo que el episodio maníaco no se sobrediagnostica con frecuencia. Sin embargo, los síntomas psicóticos que en ocasiones ocurren en un episodio maníaco pueden ser tan floridos que los clínicos diagnostican esquizofrenia. Esta tendencia diagnóstica errónea pudiera haber disminuido a partir de 1980, cuando los criterios del DSM-III aumentaron la conciencia de los clínicos sobre la enfermedad bipolar. La introducción del tratamiento con litio para los trastornos bipolares en 1970 también ayudó a promover el diagnóstico.

El episodio maníaco es mucho menos común que el episodio depresivo mayor, y quizá afecte a 1% de los adultos. Varones y mujeres tienen la misma probabilidad de desarrollar manía.

Las características que deben existir para establecer el diagnóstico de episodio maniaco son idénticas a las del episodio depresivo mayor: (1) un estado de ánimo que (2) ha existido durante un periodo mínimo, (3) acompañado de cierto número de síntomas, (4) que genera discapacidad considerable y (5) no transgrede ninguno de los criterios de exclusión que se mencionan.

Calidad del estado de ánimo

Algunos pacientes con síntomas relativamente leves sólo se sienten alegres; este buen humor ostentoso puede ser contagioso y hacer a otros sentirse con ganas de reír con los afectados. Pero cuando la manía se intensifica, este humor se vuelve menos alegre mientras adquiere una calidad “impulsiva”, que no es graciosa y genera malestar tanto en los enfermos como en quienes los escuchan. Pocos pacientes presentarán un estado de ánimo sólo irritable; en ocasiones, coinciden la euforia y la irritabilidad.

Duración

El paciente debe haber presentado los síntomas al menos una semana. Este requisito temporal facilita la diferenciación entre un episodio maniaco y un episodio hipomaniaco.

Síntomas

Además de la modificación del estado de ánimo (euforia o irritabilidad), el individuo también debe mostrar aumento de energía o del nivel de actividad durante una semana. A la par de estos cambios, también deben presentarse en grado importante durante el mismo periodo al menos tres de los síntomas mostrados a continuación en **negritas** (observe que si el **estado de ánimo anómalo** del paciente sólo es irritable, es decir, sin ningún componente de la euforia, se requiere la existencia de cuatro síntomas además del aumento del nivel de actividad).

La **intensificación de la autoestima**, que se encuentra en casi todos los pacientes, puede tornarse sobresaliente a tal punto que adquiere una calidad delirante. En esos casos, los individuos creen que pueden dar asesoría a los presidentes y resolver el problema del hambre mundial, además de realizar tareas más mundanas como conducir la psicoterapia y administrar todas las instituciones médicas que los albergan. Debido a que tales ideas delirantes coinciden con el estado de ánimo eufórico, se denominan **congruentes con el estado de ánimo**.

Por lo general, los pacientes con manía refieren **sentirse descansados y con poco sueño**. El tiempo que pasan durmiendo parece mal invertido; prefieren perseguir sus muchos proyectos. En sus variedades más leves, esta **actividad intensificada** puede estar dirigida hacia metas y ser útil; los pacientes que sólo presentan enfermedad moderada pueden lograr mucho en un día de 20 h. Pero como se vuelven más y más activos, sobreviene la agitación, y pueden iniciar muchos proyectos que nunca terminen. En ese momento, muestran **pérdida de la capacidad de juicio** de lo que resulta razonable y alcanzable. Pueden participar en negocios riesgosos, aventuras sexuales indiscretas y actividades religiosas o políticas cuestionables.

Los pacientes maníacos están dispuestos a hablar sobre sus ideas, planes y trabajo con cualquiera que esté dispuesto a escucharlos, y lo hacen con un lenguaje difícil de interrumpir y volumen

alto. El **lenguaje** maniaco es a menudo **rápido y presionado**, como si hubiera demasiadas palabras atoradas tratando de escapar por una llave de agua pequeña. El lenguaje que resulta puede mostrar lo que se denomina **fuga de ideas**, en la que una de ellas desencadena otra con la cual sólo guarda una relación lógica marginal. Como consecuencia, la persona puede alejarse mucho del tema de la conversación inicial (o monologar). Los pacientes maniacos también pueden **distraerse con facilidad** con ruidos no pertinentes o movimientos que otros ignorarían.

Algunos individuos maniacos conservan la introspección y solicitan tratamiento, pero muchos niegan que algo esté mal. Explican, de manera racional, que alguien que se siente tan bien o es tan productivo no puede estar enfermo. Así, la conducta maniaca continúa hasta que se detiene de manera espontánea o el paciente es hospitalizado o encarcelado. Considero que los episodios maniacos son urgencias graves, y no espero que muchos clínicos lo discutan.

Vale la pena señalar aquí algunos síntomas que no se mencionan de manera específica en los criterios del DSM-5.

1. Incluso durante un episodio maniaco agudo, muchos pacientes tienen periodos breves de depresión. Estas “microdepresiones” son relativamente comunes; según los síntomas que se relacionen con ellas, pueden sugerir que el especificador **con características mixtas** resulte apropiado (p. 161).
2. Los pacientes pueden consumir sustancias (en particular, alcohol) con la intención de aliviar la sensación incómoda e impulsiva que acompaña a un episodio maniaco grave. Con menor frecuencia, el consumo de sustancias oculta de manera temporal los síntomas del episodio del estado de ánimo. Cuando los clínicos se sienten confundidos sobre cuál ocurrió primero, el consumo de la sustancia o la manía, la duda suele resolverse con ayuda de otros informantes.
3. En ocasiones se presentan síntomas catatónicos durante un episodio maniaco; a veces pueden hacer que se asemeje a la esquizofrenia. Sin embargo, el antecedente (identificado mediante informantes) de inicio agudo y episodios previos con recuperación pueden ayudar a aclarar el diagnóstico. En ese caso puede recomendarse utilizar el especificador **con características catatónicas** (p. 100).

¿Qué pasa con los episodios que no comienzan sino hasta que el paciente se somete a un tratamiento por depresión? ¿Debe considerarse que tienen el mismo valor que la evidencia de manía o hipomanía espontáneas? Para tomarse como evidencia de un episodio maniaco o hipomaníaco, el DSM-5 necesita que se cubran **todos** los criterios (no sólo un par de síntomas, como la agitación y la irritabilidad) y que duren más de lo que se esperaría por los efectos fisiológicos del tratamiento. Esta declaración redondea bien la lista de posibilidades: el DSM-IV sólo indicaba que los episodios de manía inducidos por el tratamiento no podían contarse para el diagnóstico del trastorno bipolar I, en tanto que en el DSM-III-R estaba implícito que sí era posible; el DSM-III guardaba silencio sobre el tema.

Los autores de los DSM sucesivos quizá hayan pensado en la frase célebre de Emerson: “Una coherencia estúpida es el duende que habita en las mentes pequeñas”.

Disfunción

Por lo general, muchos episodios maníacos siembran el caos en la vida de los pacientes y las personas relacionadas con ellos. Si bien la energía y el esfuerzo crecientes pueden al inicio mejorar la productividad laboral (o escolar), conforme la manía empeora un paciente se vuelve cada vez menos capaz de concentrar su atención. Las amistades se tensan al existir discusiones. Los enredos sexuales pueden causar enfermedad, divorcio y embarazo no deseado. Incluso cuando un episodio se resuelve, quedan la culpa y las recriminaciones.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión para el episodio maníaco son los mismos que para el episodio depresivo mayor. Las afecciones médicas generales, como el hipertiroidismo, pueden producir conducta hiperactiva; los pacientes que usan de manera inapropiada ciertas sustancias psicoactivas (en particular, anfetaminas) se observan acelerados y pueden referir una sensación de fuerza, poder y euforia.

Características esenciales del episodio maníaco

Los pacientes que viven un episodio maníaco son casi inconfundibles. Estas personas se sienten eufóricas (si bien en ocasiones sólo están irritables), y no hay manera de que usted pueda ignorar su energía y actividad frenética. Están llenas de planes, pocos de los cuales concluyen (tienden mucho a la distracción). Hablan y ríen, y hablan mucho más, con frecuencia muy rápido, a menudo con fuga de ideas. Duermen menos de lo usual (“una pérdida de tiempo, cuando hay tanto que hacer”), pero de cualquier manera se sienten muy bien. La sensación de grandeza es en ocasiones tan exagerada que se psicotizan al creer que son personajes importantes (monarcas, estrellas de rock) o que tienen poderes sobrehumanos. Con el deterioro del juicio (gastan dinero con imprudencia, se involucran en aventuras sexuales mal planeadas), su desempeño se compromete, con frecuencia hasta tal punto que deben ser hospitalizados para obligarles a recibir tratamiento o para su propia protección o la de los demás.

La letra pequeña

Las D: • Duración (casi todo el tiempo a diario, una semana o más) • Tensión o incapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (consumo de sustancias y trastornos físicos, trastorno esquizoafectivo, trastornos neurocognitivos, episodios hipomaníacos, ciclotimia).

Notas para codificación

El episodio maníaco no es una enfermedad en sí mismo; es un bloque de construcción del trastorno bipolar I.

Elisabeth Jacks tuvo un episodio maníaco; usted puede leer su caso a partir de la página 131. Otro ejemplo es el de Winona Fisk (p. 133). Busque otros casos en las historias clínicas que se incluyen en el capítulo 20.

Episodio hipomaníaco

El episodio hipomaníaco es el “bloque de construcción” final de los trastornos del estado de ánimo. Comprende la mayor parte de los síntomas de un episodio maníaco; es un “episodio maníaco en pequeño”. Si se deja sin tratamiento, algunos pacientes con episodio hipomaníaco pueden desarrollar manía más adelante. Sin embargo, muchos tienen episodios hipomaníacos repetidos, en particular los que padecen trastorno bipolar II. El episodio hipomaníaco no es un diagnóstico codificable; constituye la base del trastorno bipolar II y puede identificarse en el trastorno bipolar I después de que el paciente experimenta un episodio de manía verdadero. El diagnóstico del episodio hipomaníaco requiere (1) una calidad del estado de ánimo que (2) haya prevalecido un periodo de tiempo específico, (3) con cierto número de síntomas, (4) que genere un grado considerable de discapacidad y (5) no transgreda ninguno de los criterios de exclusión enumerados. En el cuadro 3-1 se comparan las características de los episodios maníacos e hipomaníacos.

Calidad del estado de ánimo

La calidad del estado de ánimo en el episodio hipomaníaco tiende a la euforia, sin la impulsividad que existe en un episodio maníaco; no obstante, el estado de ánimo puede ser irritable. Sin importar cómo se describa, difiere con claridad del estado de ánimo usual no deprimido del paciente.

Cuadro 3-1. Cuadro comparativo de los episodios maníacos e hipomaníacos

| | Episodio maníaco | Episodio hipomaníaco |
|---|---|---|
| Duración | Una semana o más | Cuatro días o más |
| Estado de ánimo | Exaltado, irritable o expansivo en grado anormal y persistente | |
| Actividad/energía | Aumento persistente | |
| Síntomas que constituyen cambios respecto de la conducta usual | Tres o más ^a de los siguientes: ideas de grandeza, ↓ de la necesidad de dormir, ↑ de la tendencia a hablar, fuga de ideas o pensamientos apresurados, tendencia a la distracción (referencia personal o de otros), agitación o ↑ de la actividad orientada por metas, juicio pobre | |
| Intensidad | Trae como consecuencias características psicóticas, hospitalización o anomalías del desempeño laboral, social o personal | Cambio evidente del desempeño usual Otros identifican este cambio No hay psicosis, hospitalización o disfunción |
| Otros | Descartar que se trate de síntomas inducidos por sustancia/medicamento Con características mixtas si resulta apropiado ^b | |

^a Cuatro o más si la única anomalía del estado de ánimo es la irritabilidad.

^b Tanto en los episodios maníacos como en los hipomaníacos puede utilizarse el especificador con características mixtas.

Duración

El paciente debe haber presentado síntomas al menos cuatro días, requisito de tiempo un poco más corto que el del episodio maniaco.

Síntomas

Al igual que en el episodio maniaco, además del cambio del estado de ánimo (euforia o irritabilidad), el paciente también debe manifestar aumento de energía o del nivel de actividad, pero de nuevo sólo durante cuatro días. Luego deben presentar por lo menos tres síntomas de la misma lista con un grado relevante (y que represente un cambio observable) durante estos cuatro días. Si el **estado de ánimo anómalo** del paciente es irritable y **no** exaltado, se requieren cuatro síntomas. Observe que el episodio hipomaniaco causado por el tratamiento puede considerarse evidencia de, por ejemplo, trastorno bipolar II si persiste más tiempo del que se esperaría de los efectos fisiológicos del tratamiento.

El **sueño** de los pacientes con hipomanía puede ser breve, y el **nivel de actividad** suele aumentar, en ocasiones hasta el punto de la agitación. Si bien el grado de agitación es menor que en un episodio maniaco, los pacientes hipomaniacos también pueden sentirse impulsivos e incómodos. El **juicio** se deteriora, lo que puede tener consecuencias indeseables en las finanzas o en la vida laboral o social. El **lenguaje** puede volverse rápido y presionado; pueden observarse **pensamiento acelerado** y **fuga de ideas**. Una **gran tendencia a la distracción** puede ser una característica del episodio hipomaniaco. La intensificación de la **autoestima** nunca alcanza niveles tan altos que se vuelva delirante, y los pacientes hipomaniacos nunca se muestran psicóticos.

Además de los criterios del DSM-5, observe que en un episodio hipomaniaco, al igual que en uno maniaco, es frecuente el consumo de sustancias.

Disfunción

¿Qué tan intensa puede ser la disfunción sin que se califique como un episodio maniaco? Esto queda, hasta cierto punto, a juicio del médico. La falla del juicio, como en las compras impulsivas y las actividades sexuales indiscretas, puede presentarse tanto en los episodios maniacos como en los hipomaniacos, pero, por definición, sólo el paciente que en realidad presenta manía tendrá un compromiso grave. Si el comportamiento se vuelve tan extremo que se requiera hospitalización o la psicosis es evidente, el paciente ya no puede considerarse hipomaniaco y debe modificarse la etiqueta.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión son los mismos que para un episodio maniaco. Las afecciones médicas generales, como el hipertiroidismo, pueden inducir una conducta hiperactiva; los pacientes que consumen ciertas sustancias (en particular, anfetaminas) de manera inadecuada parecen acelerados y también pueden sentirse fuertes, poderosos y eufóricos.

Características esenciales del episodio hipomaniaco

La hipomanía es una “manía en pequeño”: muchos de los mismos síntomas, pero nunca con la misma intensidad. Estas personas se sienten eufóricas o irritables, y experimentan gran energía o actividad. Están llenas de planes, los cuales, a pesar de cierto grado de distracción, en ocasiones llevan a cabo. Hablan mucho, lo que refleja su pensamiento acelerado, y pueden tener fuga de ideas. Su juicio (sexo y gastos) puede encontrarse comprometido, pero no a tal punto que se requiera la hospitalización para su propia protección o la de otros. Si bien los pacientes en ocasiones tienen ideas de grandeza y prepotencia, estas características nunca alcanzan el punto del delirium. Usted podría identificar el cambio en una persona con estas características, pero sin que exista disfunción ¡en ocasiones estos individuos logran muchas cosas!

La letra pequeña

Las D: • Duración (casi todo el tiempo a diario, cuatro días o más) • Discapacidad (**no** existe ninguna disfunción particular laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (consumo de sustancias y trastornos físicos, otros trastornos bipolares).

Notas para codificación

Especifique si: **Con características mixtas.**

No existe un código para la intensidad.

El episodio hipomaniaco no es una enfermedad en sí mismo; constituye un bloque de construcción para el trastorno bipolar II y el trastorno bipolar I.

Trastornos del estado de ánimo con base en los episodios del estado de ánimo

A partir de este punto, el formato de mi presentación difiere un poco del que se utiliza en el DSM-5 y en la Guía rápida al inicio de cada capítulo. En primer lugar, analizo los trastornos del estado de ánimo que usan los bloques constructores de los episodios del estado de ánimo: trastorno depresivo mayor y trastornos bipolares I y II. Después de esto, analizo los trastornos que **no** incluyen estos episodios como elemento crucial.

Trastorno depresivo mayor

Se dice que un paciente que tiene uno o más episodios depresivos mayores y carece de síntomas maníacos o hipomaniacos padece trastorno depresivo mayor (TDM). Es una afección frecuente que se identifica en cerca de 7% de la población general, con una preponderancia en mujeres de

casi 2:1. El TDM suele iniciar entre los 25 y los 29 años, pero puede presentarse en cualquier momento de la vida, desde la niñez hasta la tercera edad. Su inicio puede ser súbito o gradual. Si bien los episodios duran en promedio de 6 a 9 meses, su variabilidad es enorme, desde semanas hasta muchos años. La recuperación suele iniciar en el transcurso de algunos meses del inicio, si bien eso también puede variar demasiado. Es menos factible una recuperación completa en un individuo que padece un trastorno de la personalidad o síntomas más graves (en particular, características psicóticas). El TDM tiene gran carga hereditaria; los parientes en primer grado muestran un riesgo varias veces superior al de la población general.

Algunos pacientes sólo tienen un episodio en toda su vida; se les diagnostica entonces (sin sorpresa alguna) TDM, episodio único. Sin embargo, casi la mitad de los pacientes que presenta un episodio depresivo mayor tendrá otro. En el momento en que desarrollan un segundo episodio (para tomarlo en cuenta, debe estar separado del primero al menos dos meses), debemos cambiar el diagnóstico a TDM, tipo recurrente.

En cualquier paciente, los síntomas de depresión son muy similares de un episodio a otro. Estos pacientes desarrollan un cuadro casi cada cuatro años; existe cierta evidencia de que la frecuencia de los episodios aumenta con la edad. Los episodios múltiples de depresión aumentan en gran medida el riesgo de intentos de suicidio y suicidio consumado. No sorprende que los pacientes con cuadros recurrentes también tengan mucha mayor probabilidad de mostrar disfunción debido a sus síntomas que quienes desarrollan un solo episodio. Una de las consecuencias más graves es el suicidio, que constituye el destino de cerca de 4% de los individuos con TDM.

Quizá 25% de los enfermos con TDM experimenta con el tiempo algún episodio maniaco o hipomaniaco, por lo que requieren otro cambio del diagnóstico: esta vez a trastorno bipolar (I o II). Hablaré de ellos más adelante.

Características esenciales del **trastorno depresivo mayor**, {episodio único} {recurrente}

El paciente tiene {uno} {o más} episodios depresivos mayores y carece de episodios espontáneos de manía o hipomanía.

La letra pequeña

Debe existir un periodo de dos o más meses sin síntomas entre los episodios para que puedan considerarse independientes.

Decida sobre las D: • Diagnóstico diferencial (consumo de sustancias y trastornos físicos, otros trastornos del estado de ánimo, duelo y tristeza ordinarios, trastorno esquizoafectivo).

Notas para codificación

A partir del tipo de episodio y su intensidad, identifique los números de código en el cuadro 3-2. Si es pertinente, elija especificadores a partir del cuadro 3-3. Los dos cuadros se ubican y analizan cerca del final de este capítulo (pp. 167 y 168).

Brian Murphy

Brian Murphy había heredado un pequeño negocio de su padre y lo había hecho crecer. Cuando lo vendió unos cuantos años después, invirtió la mayor parte de su dinero; con el resto, compró una pequeña granja de almendros en el norte de California. Con su tractor, realizaba la mayor parte de las tareas de la granja él mismo. Casi todos los años la granja producía unos cuantos cientos de dólares, pero, como a Brian le gustaba señalar, eso en realidad no hacía gran diferencia. Si ganaba 10 centavos, sentía que “valía la pena, por mantenerme ocupado y en forma”.

Cuando tenía 55 años, su estado de ánimo, que siempre había sido normal, cayó en depresión. Las tareas de la granja parecían cada vez más una carga; su tractor permanecía estacionado en su cobertizo.

Conforme su estado de ánimo se hacía más negro, la función corporal de Brian parecía deteriorarse. Si bien sentía una fatiga constante, que con frecuencia lo llevaba a la cama a las 9 de la noche, de manera invariable despertaba a las 2 o 3 de la mañana. Entonces, una preocupación obsesiva lo mantenía despierto hasta que salía el sol. Las mañanas eran lo peor para él. La perspectiva de “otro maldito día que vivir” parecía avasalladora. En las tardes solía sentirse un poco mejor, si bien se sentaba para hacer números sobre una cubierta de revista para ver cuánto dinero tendrían si “él no pudiera trabajar la granja” y tuvieran que vivir de sus ahorros. Su apetito lo abandonó. Aunque nunca se había pesado, tuvo que recorrerse el cinturón dos orificios en comparación con los meses anteriores.

“Sólo parecía que Brian había perdido el interés”, informó su esposa Rachel el día que ingresó al hospital. “Ya no disfruta nada. Pasa todo su tiempo sentado y preocupándose por las deudas. Debemos algunos cientos de dólares en nuestra tarjeta de crédito, ¡pero la pagamos todos los meses!”

Una o dos semanas antes, Brian había comenzado a rumiar en torno a su salud. “Al inicio era su presión arterial”, dijo Rachel. “Me pedía que se la tomara varias veces al día. Todavía trabajo como enfermera por horas. Varias veces pensó que estaba teniendo una apoplejía. Ayer se convenció de que su corazón se iba a parar. Se levantaba, palpaba su pulso, caminaba por la habitación, se acostaba, subía los pies por encima de la altura de la cabeza, hacía todo lo que podía para ‘mantenerlo andando’. Fue entonces que decidí traerlo”.

“Tendremos que vender la granja”, fue lo primero que dijo Brian al clínico de salud mental cuando se reunieron. Brian vestía ropa casual y algo arrugada. Tenía líneas de expresión marcadas en la frente y palpaba su pulso una y otra vez. Varias veces durante la entrevista, pareció incapaz de mantenerse quieto; se levantaba de la cama donde estaba sentado y caminaba hasta la ventana. Su lenguaje era lento, pero coherente. Hablaba en su mayoría acerca de sus sentimientos por haber sido golpeado por la pobreza y sus temores de que la granja tuviera que rematarse. Negaba tener alucinaciones, pero aceptaba sentirse cansado y “completamente desgastado, ya no soy bueno para nada”. Estaba del todo orientado, tenía todo un acervo de información y obtuvo una calificación perfecta de 30 en el *Mini-Mental State Exam* (MMSE). Aceptó que estaba deprimido, pero negaba tener ideas en torno a la muerte. Aunque un poco renuente, estuvo de acuerdo sobre la posibilidad de que requiriera tratamiento.

Rachel señaló que su generosa póliza por discapacidad, sus inversiones y la pensión que recibía de su antigua compañía les daban más dinero que cuando él estaba saludable.

“Pero de cualquier forma tenemos que vender la granja”, replicó Brian.

Desafortunadamente, los clínicos (incluso ciertos especialistas de la salud mental) con frecuencia cometen dos tipos de errores al valorar a los pacientes con depresión.

En primer lugar, en ocasiones nos concentramos con demasiada intensidad en la ansiedad del paciente, su consumo de alcohol o sus síntomas psicóticos, e ignoramos los síntomas subyacentes de depresión o distimia. Ésta es mi regla de toda la vida, formulada a partir de una experiencia amarga (no toda mía) que ocurriera en mi lejana época de residente: siempre busque un trastorno del estado de ánimo en cualquier paciente nuevo, incluso si refiere como problema principal algo distinto.

En segundo lugar, los síntomas de presentación depresivos o maníacos pueden ser notorios, incluso dramáticos, a tal punto que los clínicos pueden no identificar, en lo subyacente, la presencia de un trastorno por consumo de alcohol o de otro tipo (algunos buenos ejemplos son los trastornos neurocognitivos y de síntomas somáticos). Y esto sugiere otra regla de igual importancia, casi la imagen en espejo de la primera: nunca asuma que un trastorno del estado de ánimo es el único problema de su paciente.

En primer lugar, tratemos de identificar los episodios del estado de ánimo en curso (y cualquiera previo). Brian Murphy había estado enfermo durante más de dos semanas (criterio A). De los síntomas enumerados para el episodio depresivo mayor (el DSM-5 requiere cinco), tenía por lo menos seis: estado de ánimo abatido (A1), pérdida del interés (A2), fatiga (A6), insomnio (A4), baja autoestima (A7), pérdida del apetito (A3) y agitación (A5; observe que para establecer el diagnóstico se requiere la presencia de abatimiento del estado de ánimo o pérdida del interés; Brian tenía ambos). Padeecía una disfunción tan intensa (B) que requirió hospitalización. Si bien no contamos con los resultados de su exploración física y las pruebas de laboratorio, el caso clínico no refiere ningún antecedente que sugiriera **otra afección médica** (p. ej., carcinoma pancreático) o **consumo de sustancia** (C). Sin embargo, su clínico en definitiva necesitaría interrogar tanto a Brian como a su esposa en torno a esto; las personas con depresión con frecuencia aumentan su consumo de alcohol. Resultaba claro que presentaba depresión intensa y que difería de su forma de ser usual. Cubría con facilidad los criterios para el **episodio depresivo mayor**.

Ahora, ¿qué tipo de trastorno del estado de ánimo presentaba Brian? No había tenido episodios maníacos o hipomaniacos (E), lo que descartaba los **trastornos bipolares I y II**. Sus ideas delirantes de pobreza podrían sugerir un trastorno psicótico (como el **trastorno esquizoafectivo**), pero mostraba muy pocos síntomas psicóticos, y la relación temporal de los síntomas del estado de ánimo con las ideas delirantes no correspondía (D). Presentaba ideas delirantes, pero carecía de otras características del criterio A para la **esquizofrenia**. Sus síntomas del estado de ánimo descartaban el **trastorno psicótico breve** y el **trastorno delirante**. Por ende, cumplía todos los requisitos para el TDM.

Hay sólo dos subtipos de TDM: con episodio único y recurrente. Si bien Brian Murphy pudiera con posterioridad presentar otros episodios de depresión, éste era el único que había desarrollado hasta ese momento.

Para integrar una descripción más detallada y codificar la depresión de Murphy, vayamos al cuadro 3-2. Su único episodio señala la columna que debe consultarse bajo el encabezado TDM. Puesto que presentaba ideas delirantes, lo codificaremos como **con características psicóticas**.

Pero, espere: ¿Qué pasaría si no hubiera estado psicótico? ¿Qué gravedad le asignaríamos entonces? A pesar del hecho de que no presentaba ideas suicidas (no deseaba la muerte; la temía), sí tenía casi todos los síntomas requeridos y mostraba disfunción intensa derivada de su enfermedad depresiva. Por ello yo lo calificaría con depresión grave (pero recuerde, el número de código ya se determinó).

Ahora regresaremos a toda la colección de especificadores, que analizo hacia el final de este capítulo (p. 159). Brian carecía de síntomas maníacos; eso descarta el especificador **con características mixtas**. Su idea delirante en torno a que era pobre y tendría que vender la granja era **congruente con el estado de ánimo**, esto es, coincidía con los temas cognitivos usuales de la depresión (sin embargo, la idea de que su corazón se detendría y su verificación del pulso quizá no eran delirantes. Yo consideraría que revelaban la ansiedad sobrecogedora que sentía en relación con su condición de salud). Las palabras que agregaremos a su diagnóstico (hasta el momento) serán TDM, episodio único, características psicóticas graves congruentes con el estado de ánimo.

Pero espere; todavía hay más. No había anomalías del movimiento que sugirieran características catatónicas, ni su depresión tenía alguna característica atípica (p. ej., no presentaba aumento del apetito o dormía demasiado). Por supuesto, no calificaría para inicio relacionado con el parto. Pero su esposa refería que “ya no disfruta nada”, lo que sugiere que pudiera catalogarse con características melancólicas. Mostraba agitación durante la entrevista (la lentitud psicomotora intensa también se habría considerado apropiada según este criterio), y había perdido una cantidad considerable de peso. Refería despertar temprano muchas madrugadas (insomnio terminal). El entrevistador no le preguntó si este episodio de depresión difería de manera cualitativa de la forma en que se sentía cuando sus padres habían muerto, pero apuesto que esto era así. De manera que agregaremos **con características melancólicas** a la mezcla.

Escribí este caso clínico antes de que un especificador nuevo, **con síntomas de ansiedad**, produjera un brillo en los ojos de todos, pero pienso que puede aplicarse también en Brian Murphy. Parecía nervioso y tenso, y estaba muy inquieto. Además, parecía temer que algo horrible, quizá un evento catastrófico de salud, ocurriera. Aun cuando no se dijo nada en torno a una concentración deficiente, tenía por lo menos tres de los síntomas que se requieren para utilizar el especificador **síntomas de ansiedad**, con un grado de intensidad moderado. La evidencia señala que este especificador tiene importancia pronóstica real y sugiere, en ausencia de tratamiento, la posibilidad de una mala evolución, incluso el suicidio.

Algunos pacientes con depresión grave también refieren muchos de los síntomas típicos del **trastorno de pánico**, **trastorno de ansiedad generalizada** o algún otro **trastorno de ansiedad**. En este caso, podrían establecerse dos diagnósticos. Por lo general, se menciona primero el trastorno del estado de ánimo como diagnóstico principal. Los síntomas de ansiedad que no cumplen los criterios para uno de los trastornos descritos en el capítulo 4 pueden evaluarse con más detalle para obtener evidencia del especificador con tensión ansiosa.

Por supuesto, en Brian no se justificaría el diagnóstico de un patrón de ciclado rápido o estacional; sólo con un episodio no puede existir patrón. Yo le asignaría una calificación en la EEAG de 51, y su diagnóstico final sería el que indico más adelante.

Sólo déjeme decir que la perspectiva de utilizar tantos grupos de criterios distintos para codificar a un paciente puede parecer escalofriante, pero al dar un paso a la vez se revela un proceso que en realidad es lógico y (una vez que usted se acostumbre) absolutamente rápido. Deben aplicarse los mismos métodos básicos a todos los ejemplos de depresión (por supuesto, usted podría argumentar, lo haría, que el uso de descripciones del prototipo para la depresión y la

manía, así como sus trastornos respectivos, simplifica aún más las cosas. Pero, además, recuerde siempre considerar la posibilidad de consumo de sustancias y afecciones físicas ante cualquier cuadro sintomático).

F32.3 [296.24] Trastorno depresivo mayor, episodio único, características psicóticas graves congruentes con el estado de ánimo, con características melancólicas, con tensión ansiosa moderada

Existe una situación en la que me gusta ser en extremo cuidadoso para el diagnóstico del TDM. Ocurre cuando un paciente también muestra algún trastorno de síntomas somáticos (véase p. 251). El problema es que muchas personas que parecen tener demasiados síntomas físicos también pueden cursar con síntomas del estado de ánimo que se asemejan en gran medida a los de los episodios depresivos mayores (y, en ocasiones, a los episodios maníacos). A lo largo de los años, he encontrado que estas personas tienden a recibir tratamiento farmacológico, terapia electroconvulsiva (TEC) y otras terapias físicas que no parecen ayudarles mucho, no durante mucho tiempo. No digo que los medicamentos nunca funcionen; sólo sostengo que si usted encuentra a un paciente con un trastorno de síntomas somáticos que padece depresión, otros tratamientos (como la terapia cognitivo-conductual u otras variantes de modificación del comportamiento) pueden ser mucho más efectivos y conllevar menos riesgo de complicaciones.

Aileen Parmeter

“Sólo sé que fue un terrible error venir aquí”. Por tercera vez, Aileen Parmeter se levantó de su silla y caminó hacia la ventana. Esta enjuta mujer de 157 cm, antes sargento mayor en la Marina (había supervisado a un grupo de estenógrafos), pesaba apenas 50 kg. A través de las persianas, miraba con añoranza la libertad del estacionamiento de abajo. “Simplemente no sé qué me hizo venir”.

“Usted vino porque yo se lo solicité”, le explicó su médico. “Su sobrino llamó y dijo que usted se estaba deprimiendo de nuevo; justo como la última vez”.

“No, no lo creo. Sólo estaba molesta”, explicó con paciencia. “Tuve un resfriado leve hace algunos días y no podía jugar tenis. Estaré bien si regreso a mi pequeño departamento”.

“¿Ha estado oyendo voces o viendo cosas en esta ocasión?”

“Bueno, por supuesto que no”. Parecía ofendida. “También podría preguntar si he estado bebiendo”.

Después de su última hospitalización, Aileen había estado bien durante cerca de 10 meses. Aunque había tomado su medicamento sólo algunas semanas, se había mantenido activa hasta tres semanas antes. Había dejado de ver a sus amigos y ya no jugaba tenis porque “ya no lo disfrutaba”. Se preocupaba de manera constante por su salud y no había podido dormir. Aunque no refería disminución del apetito, había perdido cerca de 5 kg.

“Bueno, ¿quién no tiene problemas? Sólo me he estado sintiendo demasiado cansada para hacer el ejercicio acostumbrado”. Trató de componer una sonrisa, pero le salió chueca y forzada.

“Srita. Parmeter, ¿y qué me dice acerca de ideas suicidas?”

“No sé a qué se refiere”.

“Quiero decir que cada vez que ha estado aquí, hace uno y tres años, ha sido porque trató de suicidarse”.

“Voy a estar bien ahora. Sólo déjeme ir a casa”.

Pero su terapeuta, que tenía buena memoria, había ordenado que Aileen fuera retenida para su propia protección en una habitación privada, donde podría estar bajo observación directa.

Sin poder dormir hasta las 3 de la mañana, Aileen se levantó, sonrió débilmente a la auxiliar y se dirigió al baño. Pasando por encima de la puerta un lazo hecho con una tira de tela que había arrancado de su pants, trató de colgarse. Puesto que el silencio persistía, la auxiliar llamó en voz baja, luego tocó la puerta, después la abrió y activó la alarma. El equipo de código respondió de inmediato.

A la mañana siguiente, el terapeuta estaba de nuevo junto a su cama. “¿Por qué trató de hacer eso, Srita. Parmeter?”

“No traté de hacer nada. Debo haber estado confundida”. Tocó con cautela los moretones que circundaban su cuello. “Esto realmente duele. Sé que me sentiría mejor si usted me dejara ir a casa”.

Aileen permaneció hospitalizada durante 10 días. Una vez que lo permitió el dolor en su garganta, comenzó a tomar de nuevo sus medicamentos antidepresivos. Pronto estaba durmiendo y comiendo con normalidad, y logró una calificación perfecta en el MMSE. Cuando se le permitió ir a su departamento y a su tenis, todavía se preguntaba por qué todo el mundo había hecho tanto ruido por ella.

Evaluación de Aileen Parmeter

Aileen nunca reconoció sentirse deprimida, pero había perdido el interés en sus actividades usuales. Este cambio había persistido más de dos semanas y, al igual que en los episodios previos, sus otros síntomas incluían fatiga, insomnio, pérdida ponderal y conducta suicida (criterio A; si bien se reprochaba haber ingresado al hospital, estos sentimientos se referían de manera exclusiva a su enfermedad y no podían calificarse como culpa). Estaba a tal grado enferma que había requerido hospitalización, lo que cubría el criterio de disfunción (B).

Aileen podría padecer un **trastorno del estado de ánimo debido a otra afección médica**, y esto debería ser descartado por su médico; no obstante, el antecedente de recurrencia lo hace poco probable (C). Los síntomas de apatía y mala memoria generan duda en torno a un **trastorno neurocognitivo leve**, pero su MMSE no reveló evidencia de compromiso de la memoria. Negaba el consumo de alcohol, de modo que también parecería improbable un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancia** (su clínico la conocía desde mucho tiempo atrás, por lo que insistir en la posibilidad habría sido un esfuerzo innecesario).

No había evidencia de que Aileen hubiera desarrollado alguna vez manía o hipomanía, lo que descarta los **trastornos bipolares I y II** (E), y la ausencia de síntomas psicóticos excluye los **trastornos psicóticos** (D). Así, cubre los criterios para TDM. Había padecido más de un episodio entre los cuales habían transcurrido más de dos meses, lo que satisfacía los requisitos para agregar el término **recurrente**. Volviendo al cuadro 3-2, podemos hacer caso omiso de las filas que describen las características psicóticas (ella negó de manera enfática tener ideas delirantes o alucinaciones) y la remisión.

Ahora debemos analizar la intensidad de su depresión (p. 158). Definir la mejor manera de calificar a alguien con tan poca introspección siempre constituye un problema. Incluso con el intento de suicidio, Aileen parecía apenas cumplir los cinco síntomas necesarios para el episodio depresivo mayor. De acuerdo con las reglas, habría recibido una codificación de gravedad no superior a moderada. Sin embargo, en una paciente que casi se suicida, esto sería impreciso y quizá peligroso; uno de sus síntomas, el comportamiento suicida, era muy grave. Como lo dije antes, las instrucciones para codificación pretenden ser guías, no grilletes: yo calificaría como grave la depresión de Aileen.

En ella no podría aplicarse ninguno de los especificadores para el episodio más reciente, quizá debido a que su falta de introspección le impedía dar información completa (supongo que una observación más prolongada podría revelar criterios suficientes para utilizar **con características melancólicas**).

En ocasiones se identifican otros diagnósticos en los pacientes con TDM. Incluyen varios de los **trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados con sustancias** (en particular, el **trastorno por consumo de alcohol**). No existe evidencia de alguno de ellos. Yo le asignaría una calificación en la EEAG de sólo 15 al ingresar. Su EEAG había mejorado hasta 60 cuando se le dio de alta. Su diagnóstico completo quedaría como sigue:

F33.2 [296.33] Trastorno depresivo mayor, recurrente, grave

Trastorno bipolar I

El trastorno bipolar I es una abreviatura para describir cualquier trastorno cíclico del estado de ánimo que incluya por lo menos un episodio maníaco. Si bien esta nomenclatura se adoptó en las últimas décadas, el trastorno bipolar I se reconoce desde hace más de un siglo. Antes se le denominaba **enfermedad maníacodepresiva**; los clínicos de mayor edad todavía se refieren a ella de esta forma. Afecta a varones y mujeres casi en la misma proporción, y en total a cerca de 1% de la población general de adultos. El trastorno bipolar I tiene una carga hereditaria intensa.

Existen dos puntos técnicos que deben tomarse en cuenta al valorar los episodios del trastorno bipolar I. En primer lugar, para que un episodio se considere nuevo, debe representar un cambio de la polaridad (p. ej., de un episodio depresivo mayor a uno maníaco o hipomaníaco) o debe separarse del episodio previo por un periodo de estado de ánimo normal que dure al menos dos meses.

En segundo lugar, un episodio maníaco o hipomaníaco de vez en cuando pudiera parecer precipitado por el tratamiento de una depresión. Los fármacos antidepresivos, la TEC o la terapia con luz brillante (que se utiliza para el manejo de la depresión estacional) pueden hacer que el paciente transite con rapidez de una depresión a un episodio maníaco franco. El trastorno bipolar I se define por el surgimiento de cuadros **espontáneos** de depresión, manía e hipomanía; por ende, cualquier episodio maníaco o hipomaníaco inducido por un tratamiento sólo puede utilizarse para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar I (o, en el mismo sentido, trastorno bipolar II) si los síntomas persisten una vez que termina el efecto fisiológico de la terapia. Hasta entonces el DSM recomienda cautela: exigir **todos** los síntomas maníacos o hipomaníacos, no sólo la inquietud o la agitación que algunos pacientes experimentan tras el manejo de la depresión.

Además, observe con precaución que los episodios del estado de ánimo no deben encontrarse sobrepuestos a un trastorno psicótico, específicamente esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado. Puesto que la evolución longitudinal del trastorno bipolar I difiere de modo impresionante de la de los trastornos psicóticos, sólo debe generar problemas diagnósticos en casos aislados.

Por lo general, un episodio maniaco se presenta activo, y el paciente debe hospitalizarse. En ocasiones, usted puede utilizar la categoría **episodio maniaco en curso o más reciente** en un paciente con diagnóstico reciente que se encuentra en un régimen para estabilización del estado de ánimo. Casi todos tienen por lo menos el antecedente de un episodio maniaco, depresivo mayor o hipomaniaco. Sin embargo, no es raro que se presente un solo episodio maniaco, en particular, en una fase temprana del trastorno bipolar I. Por supuesto, la gran mayoría de estos pacientes tendrá episodios depresivos mayores, así como otros de tipo maniaco. Los varones tienen mayor probabilidad que la mujer de debutar con un cuadro de manía.

Entre los subtipos de trastorno bipolar I que se usan con mayor frecuencia está el de **episodio depresivo en curso** (estoy acortando de manera intencional la frase oficial larga y difícil de manejar); casi todos los pacientes con este trastorno reciben este diagnóstico en algún momento de su vida. Los síntomas de depresión se parecen mucho a los del trastorno depresivo mayor de Brian Murphy (p. 124) y Aileen Parmeter (p. 127). Elisabeth Jacks (p. 131), que se encontraba en un episodio maniaco, había estado deprimida unas pocas semanas antes de su última valoración.

En un paciente dado, los síntomas de trastorno del estado de ánimo tienden a permanecer sin modificación de un episodio a otro. Sin embargo, es posible que después de un episodio maniaco prematuro, una exaltación subsecuente del estado de ánimo sea menos intensa, y por ende sólo alcance la hipomanía (el primer episodio del trastorno bipolar I no puede ser hipomaniaco; de otro modo, sería necesario establecer el diagnóstico de trastorno bipolar II). Si bien no incluí un caso de trastorno bipolar I con episodio hipomaniaco más reciente, describí un cuadro de hipomanía en el caso de Iris McMaster, una paciente con trastorno bipolar II (véase p. 136).

Los investigadores que han dado seguimiento a pacientes bipolares durante muchos años refieren que algunos sólo desarrollan manías. Se ha debatido por mucho tiempo en pro y en contra del concepto de **manía unipolar**. Quizá haya pacientes que nunca cursan con una depresión, pero la mayoría lo hace, si transcurre un tiempo suficiente. He conocido pacientes que tuvieron hasta siete episodios de manía en un periodo de 20 años antes de presentar finalmente un primer episodio de depresión. Lo que importa aquí es que todos los pacientes con trastorno bipolar I (y II), y sus familias, deben ser alertados para identificar los síntomas de la depresión. Los pacientes con trastorno bipolar I tienen un alto riesgo de suicidarse; algunos informes sugieren que estas personas representan hasta una cuarta parte de todos los suicidios.

Características esenciales del trastorno bipolar I

El paciente ha tenido por lo menos un episodio de manía, además de cualquier número de episodios (incluso ninguno) de hipomanía o depresión mayor.

La letra pequeña

Un episodio maniaco que fue causado por el tratamiento (fármacos, TEC, fototerapia) puede contarse para el diagnóstico del trastorno bipolar I **si** los síntomas de manía persisten más allá de los efectos fisiológicos esperados de la terapia.

Las D: • Diagnóstico diferencial (consumo de sustancias y trastornos físicos, otros trastornos bipolares, trastorno psicótico).

Notas para codificación

A partir del tipo de episodio y su intensidad, identifique los números de código en el cuadro 3-2. Por último, elija los especificadores necesarios que se muestran en el cuadro 3-3.

Los pacientes mayores que desarrollan manía por primera vez pueden tener algún trastorno neurológico concomitante, así como una mortalidad mayor. El primer episodio de manía en los ancianos puede ser efectivamente un cuadro distinto al de la manía recurrente en este mismo grupo, y quizá deba recibir un diagnóstico distinto, como trastorno bipolar no especificado.

Elisabeth Jacks

Elisabeth Jacks era dueña de un servicio de banquetes junto con su segundo esposo, Donald, quien fue el informante principal.

A los 38 años de edad, Elisabeth ya tenía dos hijos mayores, de modo que Donald podía entender por qué su embarazo podría haberla alterado. Aun así, ella se había puesto inusualmente triste. Alrededor del cuarto mes del embarazo, pasaba gran parte del día en la cama, sin levantarse hasta la tarde, cuando comenzaba sentirse un poco menos cansada. Su apetito, voraz durante el primer trimestre, se desplomó, de manera que en el momento del parto pesaba varios kilos menos de lo usual para un embarazo a término. Había tenido que renunciar al cuidado del hogar y a la contabilidad del negocio, porque no podía concentrar su atención el tiempo suficiente para sumar una columna de cifras. No obstante, el único momento en que Donald en realidad se alarmó fue una tarde al inicio del noveno mes del embarazo, cuando Elisabeth le dijo que había pensado durante días que no sobreviviría al parto y que él tendría que criar al niño sin ella. “De cualquier manera los dos estarán mejor sin mí”, le había dicho.

Después de que nació su hijo, el estado de ánimo de Elisabeth se iluminó casi de inmediato. Las crisis de llanto y las horas de rumia desaparecieron; en resumen, parecía casi normal. Sin

embargo, una noche de viernes ya tarde, cuando el bebé tenía tres semanas de nacido, Donald regresó de atender un banquete y encontró a Elisabeth en ropa interior decorando un pastel. En la barra estaban alineados otros dos pasteles recién decorados, y la cocina estaba llena de ollas y trastes sucios.

“Dijo que había hecho uno para cada uno de nosotros, y que quería celebrar”, dijo Donald al clínico. “Comencé a cambiar al bebé, estaba llorando en su moisés, pero ella quería jalarme a la recámara. Me decía: ‘Por favor, cariño, ha pasado mucho tiempo’. Y bueno, incluso si no hubiera estado tan cansado, ¿quién podría concentrarse con un bebé llorando así?”

Al día siguiente, Elisabeth salió con sus amigas y dejó a Donald en casa con el bebé. El domingo gastó cerca de US\$300 en regalos de Navidad en una venta de *garage* en abril. Parecía tener energía sin límites; sólo dormía 2 o 3 h en la noche antes de levantarse, descansada y lista para seguir. El lunes decidió abrir una pastelería; por vía telefónica trató de hacer un cargo por más de US\$1 600 en implementos de cocina a su tarjeta de crédito. Habría hecho lo mismo al día siguiente, pero hablaba tan rápido que la persona que le contestó no podía entenderla. Con frustración, colgó con fuerza el teléfono.

El comportamiento de Elisabeth se volvió tan errático que las siguientes dos tardes Donald no fue a trabajar para cuidar del bebé, pero su presencia sólo parecía dar pie a sus demandas sexuales. Luego apareció la marihuana. Antes de que Elisabeth se embarazara, se daba un toque ocasional (lo llamaba “sus hierbas”). Durante la última semana, no todos los olores en la casa habían correspondido a pastel recién horneado, así que Donald pensó que podría estar haciéndolo de nuevo.

El día previo a la cita, Elisabeth lo había sacudido para despertarlo a las 5 a.m. y le anunció: “Me estoy convirtiendo en Dios”. Fue entonces que hizo una cita para llevarla a una valoración.

Elisabeth apenas podía mantenerse sentada durante la entrevista. En un estallido verbal, describió su energía renovada y sus planes para la pastelería. Dijo de manera voluntaria que nunca se había sentido mejor en la vida. Sucesivamente rápido describió entonces su estado de ánimo (extático), cómo se sentía cuando se ponía su mejor vestido de seda (sexy), dónde lo había comprado, cuántos años tenía cuando lo había comprado y con quién estaba casada en ese momento.

Los pacientes que pudieran cursar con trastorno bipolar I necesitan una entrevista cuidadosa para descartar síntomas de adicción al alcohol; el trastorno por consumo de alcohol se diagnostica como afección comórbida en no menos de 30% de los casos. A menudo aparecen primero los síntomas relacionados con el alcohol.

Evaluación de Elisabeth Jacks

Este caso clínico presenta una imagen típica de la agitación maníaca. El estado de ánimo de Elisabeth Jacks se encontraba en definitiva exaltado. Excepto por la cuestión del consumo de marihuana (que parecía ser un síntoma y no la causa), su edad relativamente avanzada para el inicio era la única característica atípica.

Por lo menos una semana Elisabeth había tenido este estado de ánimo exaltado (episodio maniaco, criterio A), acompañado de casi todos los otros síntomas típicos (B): disminución de la necesidad de dormir (B2), locuacidad (B3), fuga de ideas (un ejemplo se presenta al final del caso clínico, B4) y juicio pobre (comprar regalos de Navidad en una venta de *garage* en abril, B7). Su trastorno generaba mucha tensión, si no a ella, sí a su familia (C); esto es usual en los individuos con un episodio maniaco. La intensidad de los síntomas (no su número o tipo) y el grado de disfunción diferenciarían su **episodio maniaco** franco de un **episodio hipomaniaco**.

La cuestión de otra afección médica (D) no se trata en el caso clínico. Los problemas médicos como el hipertiroidismo, la esclerosis múltiple y los tumores cerebrales tendrían que ser descartados por el clínico receptor antes de establecer un diagnóstico definitivo. Debe descartarse el **delirium** en cualquier paciente tras el parto, pero ella era capaz de concentrar bien su atención. Si bien Elisabeth había estado fumando **marihuana**, el uso inapropiado de esta sustancia nunca debe confundirse con la manía; ni la intoxicación por *Cannabis* ni la abstinencia generan la combinación de síntomas típica de la manía. Si bien la depresión que se presentó en una fase temprana de su embarazo podría haber cubierto los criterios para un **episodio depresivo mayor**, su episodio maniaco en curso descartaría un **trastorno depresivo mayor**. Puesto que el episodio activo era demasiado grave para corresponder a síntomas de hipomanía, no podía padecer un **trastorno ciclotímico**. En consecuencia, el diagnóstico tendría que ser **trastorno bipolar I** (ya que estaba hospitalizada, no podía tratarse de un trastorno bipolar II). La evolución de su enfermedad no era compatible con ningún trastorno psicótico distinto al trastorno psicótico breve, y ese diagnóstico de manera específica excluye al trastorno bipolar (B).

Los subtipos de trastorno bipolar I, como se describe antes, se determinan con base en la naturaleza del episodio más reciente. Por supuesto, en Elisabeth correspondería al episodio maniaco en curso.

A continuación calificaríamos la intensidad de la manía de Elisabeth (véanse las notas al pie en el cuadro 3-2). Estos códigos de gravedad se explican por sí mismos de modo satisfactorio, aunque existe un problema: en el caso clínico no se establece con claridad si Elisabeth en realidad presentaba psicosis. Si tomamos sus palabras de manera literal, ella pensaba que se estaba convirtiendo en Dios, en cuyo caso sería candidata para describirse **con características psicóticas graves**. Éstas se juzgarían **congruentes con el estado de ánimo** debido a que la idea de grandeza coincidía con su estado de ánimo exaltado.

El único especificador posible para el episodio (cuadro 3-3) sería **con inicio en torno al parto**: desarrolló su cuadro maniaco pocos días después de dar a luz. Con una calificación en la EEAG de 25, el diagnóstico completo quedaría así:

F31.2 [296.44] Trastorno bipolar I, episodio en curso maniaco, grave con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo, con inicio en torno al parto

Winona Fisk

A los 21 años de edad, Winona Fisk ya había tenido dos hospitalizaciones de salud mental prolongadas, una por manía y otra por depresión. Se había conservado bien durante un año de mantenimiento con litio, el cual, en la primavera de su primer año en la Universidad, suspendió de manera abrupta debido a que “se sentía muy bien”. Cuando sus hermanos la llevaron al hos-

pital 10 días después, había sido suspendida por interrumpir las clases de manera repetida con su comportamiento bullicioso.

En el servicio, la conducta de Winona era casi una fotografía de la exaltación maniaca. Hablaba sin parar y estaba en movimiento constante, con frecuencia hurgando en las bolsas y los casilleros de otros pacientes. Sin embargo, muchos de los pensamientos que inundaban su mente eran tan tristes que a menudo durante 8 o 10 días lloraba de manera espontánea por varios minutos a la vez. Decía que se sentía deprimida y culpable, no por su comportamiento en clase, sino por ser una carga para su familia. Durante estos periodos breves, decía escuchar el corazón de su padre latiendo desde su tumba y expresaba el deseo de unirse a él en la muerte. Comía poco y perdió 7.5 kg; con frecuencia despertaba llorando durante la noche y era incapaz de volverse a dormir.

Una terapia de casi un mes con litio, carbamazepina y neurolépticos fue en gran medida inútil. Finalmente, su trastorno del estado de ánimo cedió tras seis sesiones de TEC bilateral.

Evaluación de Winona Fisk

Los dos episodios previos de trastorno bipolar I de Winona hacen su diagnóstico claro como el cristal. Nuestra única tarea restante es decidir el tipo y la gravedad del episodio más reciente.

Por lo general, el episodio maniaco de Winona comenzaba con una sensación “demasiado buena” para estar enferma; eso la metía en problemas con su litio. Sus síntomas, que incluían juicio deficiente (fue suspendida de la escuela por su comportamiento), locuacidad y aumento de actividad psicomotora, cubrían los criterios A y B para el episodio maniaco; la hospitalización (C) descartaba un episodio hipomaniaco (su médico tendría que asegurarse de que ella no cursaba con alguna otra afección médica o trastorno por consumo de sustancia, criterio D).

Sin embargo, a veces, a lo largo del día, también desarrollaba “microdepresiones” durante las cuales experimentaba por lo menos tres síntomas depresivos, que podrían cubrir el criterio A para usar el especificador **con características mixtas** (episodio maniaco): se sentía deprimida (A1), expresaba sentimientos (inapropiados) de culpa (A5) y rumiaba en torno a la muerte (A6). No podemos incluir sus problemas de sueño, apetito y peso; puesto que se identifican tanto en los cuadros maniacos como en los depresivos, no forman parte de la lista de características mixtas. Ella no cubría los criterios completos para un trastorno depresivo mayor, de modo que no necesitamos preocuparnos de si debiéramos calificar su episodio como maniaco con características mixtas o depresivo mayor con características mixtas (C). No bebía alcohol o consumía drogas (D).

La intensidad del episodio de Winona debería determinarse a partir del número de síntomas y del grado al cual su enfermedad la afectaba (y afectaba a otros). Luego de haber analizado todo, su clínico consideró que presentaba un cuadro grave y le asignó un código en consecuencia.

Con una calificación en la EEAG de 25, el diagnóstico de Winona es el siguiente:

- | | |
|----------------|---|
| F31.2 [296.44] | Trastorno bipolar I, episodio maniaco en curso, grave con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo, con características mixtas |
| Z55.9 [V62.3] | Problema académico o educativo (suspensión escolar) |

F31.81 [296.89] Trastorno bipolar II

Los síntomas de los trastornos bipolar II y bipolar I tienen similitudes importantes. Sin embargo, la diferencia principal consiste en el grado de discapacidad y malestar que determina la fase de mayor intensidad, la cual en el trastorno bipolar II nunca implica psicosis ni requiere hospitalización.* El trastorno bipolar II está conformado por episodios depresivos mayores recurrentes con episodios de hipomanía interpuestos.

Al igual que el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II puede diagnosticarse con base en los episodios del estado de ánimo que se generan de manera espontánea o que son causados por los antidepresivos, la TEC o la terapia con luz brillante, si los síntomas inducidos posteriormente tienen una duración superior a la esperada para los efectos fisiológicos del tratamiento (asegúrese de preguntar al paciente y a los informantes si ha existido otro episodio de hipomanía que no haya sido provocado por algún tratamiento; muchos pacientes habrán presentado alguno). El trastorno bipolar II también se asocia a una tasa en particular elevada de ciclado rápido, que conlleva el riesgo adicional de una evolución complicada.

Las mujeres tienden más que los varones a desarrollar trastorno bipolar II (ambos sexos se encuentran representados casi por igual en el trastorno bipolar I); menos de 1% de la población general adulta es afectada, aunque la prevalencia entre adolescentes puede ser más alta. El periodo periférico al parto tiende en particular a causar algún episodio de hipomanía.

Las afecciones comórbidas constituyen una forma de vida de los pacientes con trastorno bipolar II. En su mayoría, padecen trastornos de ansiedad y por consumo de sustancias; no obstante, los trastornos de la alimentación también se combinan, en particular en mujeres.

Es importante señalar que a pesar de que describí antes un episodio de hipomanía como una “manía en pequeño”, no debemos imaginar que el trastorno sea inocuo. Algunos estudios sugieren que los pacientes con trastorno bipolar II permanecen enfermos por más tiempo y pasan periodos más prolongados en la fase depresiva que los individuos con trastorno bipolar I. También pueden mostrar una tendencia especial a los intentos suicidas impulsivos. Y no pocos de ellos (cerca de 10%) experimentan con el tiempo un episodio maníaco franco.

Sal Camozzi era otro paciente con trastorno bipolar II; su caso se presenta en el capítulo 11 (p. 304).

Características esenciales del trastorno bipolar II

El paciente ha presentado al menos un episodio depresivo mayor **y** un episodio de hipomanía, pero **nunca** episodios de manía.

La letra pequeña

Las D: • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal, pero sólo durante los episodios depresivos o en la transición entre episodios) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, otros trastornos bipolares, trastorno depresivo mayor).

* Supongo que es posible que un paciente con trastorno bipolar II termine hospitalizado sin necesitarlo realmente. En este caso, me basaría en los síntomas predominantes y lo denominaría trastorno bipolar II.

Notas para codificación

Especifique el episodio en curso o más reciente como **{hipomaniaco} {depresivo}**.

Elija cualquiera de los especificadores pertinentes, resumidos en el cuadro 3-3. Para el episodio más reciente, puede mencionar la gravedad (elija con libertad: leve, moderada, grave).

Iris McMaster

“Soy escritora”, dijo Iris McMaster. Era su primera consulta con el entrevistador y quería fumar. Juguetecía con un cigarrillo, pero no parecía saber qué hacer con él. “Es lo que hago para vivir. Debería estar en casa haciéndolo ahora; es mi vida. Quizá sea la escritora más creativa desde Dostoievski. Pero mi amiga Charlene me dijo que debía venir, así es que me tomé un tiempo libre de mi trabajo en la obra de teatro y mi novela cómica, y aquí estoy”. Finalmente, metió el cigarrillo en la cajetilla.

“¿Por qué pensó Charlene que debía venir?”

“Ella piensa que estoy exaltada. Y claro que estoy exaltada. Siempre estoy exaltada cuando me encuentro en mi fase creativa. Sólo que ella piensa que estoy demasiado nerviosa”. Iris era delgada y de talla promedio; llevaba puesto un traje rosa brillante de primavera. Se quedó mirando con ansia su cajetilla de cigarrillos. “Dios, necesito uno de éstos”.

Era posible interrumpirla mientras hablaba, pero su lenguaje estaba salpicado de expresiones ingeniosas, frases interesantes y comparaciones originales. No obstante, Iris también era capaz de dar una historia clínica coherente. A los 45 años estaba casada con un ingeniero y tenía una hija de casi 18 años. Y en realidad era una escritora, que en los últimos años había vendido (sobre todo a revistas de mujeres) artículos sobre distintos temas.

Durante 3 o 4 meses, Iris había estado en una de sus fases de exaltación, produciendo sin parar un volumen enorme de ensayos sobre temas muy diversos. Su sensación de “conexión” era incómoda en cierto sentido, pero no le había molestado porque se sentía muy productiva. Cuando estaba produciendo, no necesitaba dormir demasiado. Una siesta de 2 h la hacía sentir descansada y la dejaba lista para mantenerse otras 10 h frente a su computadora. En esos periodos, su esposo se preparaba sus propias comidas y le hacía bromas en torno a que tenía una “mente de un solo carril”.

Iris nunca comía demasiado durante sus fases de exaltación, de manera que perdía peso. Pero no se metía en problemas: no tenía indiscreciones sexuales, no gastaba en exceso (“siempre estoy demasiado ocupada para ir de compras”). Indicó de manera espontánea que nunca había “visto visiones, oído voces o tenido ideas curiosas sobre gente siguiéndome”. Ella nunca había estado “en la casa de la risa”.

Al tiempo que Iris hizo una pausa para ordenar sus ideas, sus dedos se apretaron sobre la cajetilla. Movi6 su cabeza de manera casi imperceptible. Sin decir una palabra más, tom6 su bolsa, se levant6 de su silla y sali6 por la puerta. Fue la última vez que el entrevistador la vio en un año y medio.

En noviembre del año siguiente, una persona que se presentó como Iris McMaster volvió a sentarse en esa misma silla del consultorio. Parecía una impostora. Había subido entre 15 y 20

kg, que había cubierto con unos pantalones de poliéster y un suéter tejido voluminoso. “Como le estaba diciendo”, fueron las primeras palabras que pronunció. Sólo por un segundo, los extremos de su boca se levantaron. Pero durante el resto de la hora habló con sobriedad en torno a su problema más reciente: bloqueo de escritor.

Cerca de un año antes, había terminado su obra de teatro y estaba muy avanzada en su novela cómica cuando la musa la abandonó. Durante meses se había estado levantando cerca de la hora del almuerzo y pasaba tardes interminables mirando su computadora. “¡En ocasiones ni siquiera la enciendo!”, dijo. No podía concentrarse para crear algo que valiera la pena para “darle guardar”. La mayor parte de las noches se tumbaba en la cama a las 9. Se sentía cansada y pesada, como si sus piernas estuvieran hechas de ladrillos.

“En efecto, es el pastel de queso”, fue como Iris describió su ganancia ponderal. “Pido que me lo lleven a casa. Durante meses no he tenido interés suficiente para preparar mi comida”. No había tenido ideas suicidas, pero la única vez que se sintió mucho mejor fue cuando Charlene la había llevado a comer. En esa ocasión, comió y conversó como solía hacerlo. “Últimamente lo hago mucho, cualquiera puede verlo”. En cuanto regresó a casa, la depresión volvió a inundarla.

Por último, Iris se disculpó por haberse salido un año y medio antes. “No pensaba para nada que estuviera enferma”, dijo, “¡y en realidad lo único que quería hacer era regresar a mi computadora y poner su personaje en el papel!”

Evaluación de Iris McMaster

Este análisis se concentra en el episodio del estado de ánimo exaltado que Iris mostró durante su primera visita. Hay dos posibilidades para un episodio de este tipo: maníaco e hipomaniaco. En lo que se refiere al requisito temporal, cualquier tipo era posible: se requieren cuatro días para el episodio hipomaniaco (criterio A del episodio hipomaniaco) y una semana para el maníaco. Aceptó que se sentía “conectada”, y ese sentimiento al parecer se había mantenido durante varios meses. También era anormal para ella. Durante su fase de exaltación, tenía por lo menos cuatro síntomas (se requieren tres, B): intensificación de la autoestima, disminución de la necesidad de sueño, locuacidad y aumento de las actividades orientadas por objetivos (escribir).

El estado de ánimo de un episodio maníaco o hipomaniaco es en extremo exaltado o irritable, y se acompaña por un aumento de energía y actividad. La diferencia real entre hipomanía y manía consiste de los **efectos** de la exaltación del estado de ánimo sobre el paciente y su medio circundante. El desempeño de un paciente durante un episodio maníaco muestra compromiso intenso, en tanto que en un episodio hipomaniaco sólo se observa un cambio completo de lo normal para el individuo (C) que otros pueden identificar (D). Durante sus periodos de exaltación, la productividad de Iris para la escritura aumentaba, y sus relaciones sociales (con su esposo y amigos, aunque quizá no con su desafortunado médico) no parecían afectarse (E). Observe que el efecto conjunto de los criterios C, D y E es permitir cierto compromiso del desempeño, pero no demasiado.

Si se asume que Iris no padecía otras **afecciones médicas ni trastorno del estado de ánimo inducido por sustancia** (F), podría tener uno de los siguientes diagnósticos: **trastorno bipolar I, bipolar II o ciclotímico**. Si se juzga a partir de la ausencia de psicosis y hospitaliza-

ciones, Iris nunca había presentado una manía verdadera, lo que descarta el trastorno bipolar I. Sus oscilaciones del estado de ánimo no eran tan numerosas como para integrar un diagnóstico de trastorno ciclotímico.

Eso descarta el **trastorno bipolar II**. Sin embargo, para calificar para ese diagnóstico, debe existir por lo menos un episodio depresivo mayor (criterio A del trastorno bipolar II). En la segunda visita que hizo Iris al médico, sus síntomas de depresión incluían una sensación depresiva que prevalecía la mayor parte del tiempo, ganancia ponderal, hipersomnia, fatiga y concentración deficiente (su “bloqueo de escritor”), que cumplen los requisitos del criterio A para el episodio depresivo mayor. Si su cuadro depresivo no hubiera cubierto los criterios para el episodio depresivo mayor, su diagnóstico habría sido el de **trastorno bipolar no especificado** (u **otro especificado**). Ésa es la misma conclusión a la que usted llegaría en un paciente que nunca ha tenido con una depresión y sólo muestra episodios de hipomanía, o, en el caso de Iris McMaster, si se hubiera quedado toda la consulta durante la primera visita.

Para la codificación del trastorno bipolar II, se solicita a los clínicos especificar el tipo de episodio más reciente. En Iris era una depresión. Si bien el trastorno bipolar II no aporta ningún código de intensidad para el episodio de hipomanía, podemos calificar su depresión con los mismos criterios que utilizaríamos para cualquier otro episodio depresivo mayor. Si bien tenía sólo el mínimo número de síntomas necesarios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor, su trabajo había resultado afectado seriamente. Por ello parece apropiada una intensidad moderada, que se refleja en su calificación en la EEAG de 60. Si alguna entrevista más detallada revelara síntomas adicionales (o más graves), yo consideraría pasarla al nivel **grave**. Estos especificadores dan margen al juicio del clínico.

Durante su depresión, Iris había presentado distintos síntomas de un especificador para el episodio: **con características atípicas**. Esto es, su estado de ánimo pareció mejorar cuando comía con su amiga; también había aumentado de peso, dormido en exceso y tenía una sensación de pesadez (ladrillos) en las piernas. Con un total de cuatro de estos síntomas (sólo se requieren tres), en el momento de la segunda entrevista su diagnóstico completo habría quedado como sigue:

F31.81 [296.89] Trastorno bipolar II, episodio en curso depresivo, moderado, con características atípicas

Trastornos del estado de ánimo adicionales

Como hemos discutido hasta el momento, muchos de los trastornos del estado de ánimo que se identifican en la práctica de la salud mental pueden diagnosticarse al hacer referencia a episodios maníacos, hipomaniacos y depresivos mayores. Estos tres episodios del estado de ánimo deben considerarse en cualquier paciente con síntomas del estado de ánimo. A continuación, analizaremos varias condiciones cuya definición no depende de estos episodios.

F34.1 [300.4] Trastorno depresivo persistente (distimia)

La afección que se analiza aquí recibe distintos nombres: **trastorno distímico**, **distimia**, **depresión crónica** y ahora **trastorno depresivo persistente**. Cualquiera que sea la forma en que

usted le denomine (yo, por lo general, prefiero distimia), estos pacientes muestran realmente una depresión crónica. Por periodos de varios años, manifiestan muchos de los mismos síntomas que se identifican en los episodios depresivos mayores, como abatimiento del estado de ánimo, fatiga, desesperanza, dificultad para concentrarse y problemas con el apetito y el sueño. Pero observe lo que falta en esta lista de síntomas (y en los criterios): sentimientos inapropiados de culpa e ideas de muerte o suicidas. En resumen, la mayor parte de estos pacientes padece una afección prolongada, pero también relativamente leve.

A lo largo de la vida, quizá 6% de los adultos padece distimia; a menudo las mujeres resultan doblemente afectadas en comparación con los varones. Si bien puede iniciar a cualquier edad, es rara su aparición tardía; el caso clásico surge de manera tan discreta y en una fase tan temprana de la vida que algunos pacientes consideran que su estado de ánimo abatido habitual es, digamos, normal. En el pasado distante, los clínicos consideraban que estos individuos tenían **personalidad depresiva o neurosis depresiva**.

Los pacientes distímicos sufren en silencio, y su discapacidad puede ser sutil: tienden a invertir gran parte de su energía en el trabajo y menos en los aspectos sociales de la vida. Puesto que no parecen tener discapacidad intensa, son capaces de continuar sin tratamiento hasta que sus síntomas se intensifican y se convierten en un episodio depresivo mayor que se diagnostica sin dificultad. Éste es el destino de muchos, quizá el de la mayor parte, de los pacientes distímicos. En 1993, este fenómeno se registró en un libro que llegó a la lista de los más vendidos de *The New York Times: Escuchando al Prozac*. Sin embargo, la respuesta impresionante al medicamento que el libro refería de ninguna manera se limita a un fármaco.

El DSM-IV distinguía el trastorno distímico del trastorno depresivo mayor crónico, pero la investigación no ha confirmado esta diferencia. Así, el DSM-5 indica que el trastorno depresivo persistente es una combinación de las dos condiciones independientes del DSM-IV. Los criterios actuales aportan ciertos especificadores para señalar la diferencia. Lo que está claro es que los pacientes que tienen una depresión que va y viene (de cualquier modo que elijamos denominarla) tienden a responder de manera deficiente al tratamiento, tienen gran probabilidad de contar con parientes que padecen trastornos bipolares o alguna variedad de depresión y continúan enfermos durante el seguimiento.

Existe otra característica que resulta de la conjunción de la distimia y la depresión mayor crónica. Puesto que algunos de los síntomas de la depresión mayor no se encuentran incluidos en la serie de criterios de la distimia, es posible (como lo señala el DSM-5) que unos cuantos pacientes con depresión crónica mayor no cumplan los criterios para la distimia: la combinación de lentitud psicomotora, ideas suicidas y abatimiento del estado de ánimo, la energía y el interés corresponderían a esa descripción (entre estos síntomas, sólo la disminución de la energía se menciona en el criterio B para la distimia). Improbable, lo sé, pero las cosas son así. Se nos recomienda que tales pacientes reciban el diagnóstico de trastorno depresivo mayor si sus síntomas se apegan a los criterios durante el episodio en curso; de no ser así, tendremos que retroceder y seleccionar otro trastorno depresivo especificado (o no especificado).

Características esenciales del trastorno depresivo persistente (distimia)

“Depresión de bajo grado” es como a menudo se describen estos síntomas, que se identifican durante la mayor parte de un periodo de dos años (nunca desaparecen más de dos meses seguidos). Algunos pacientes ni siquiera están concientes de que están deprimidos, aunque otros pueden verlo. Reconocen síntomas como fatiga, problemas para concentrarse o tomar decisiones, autoimagen pobre y sensación de desesperanza. El sueño y el apetito pueden aumentar o disminuir. Es posible que cubran los requisitos completos para un episodio depresivo mayor, pero el concepto de manía es ajeno a ellos.

La letra pequeña

En los niños, el estado de ánimo puede corresponder a la irritabilidad más que a la depresión, y el periodo que se requiere es de un año y no dos.

Las D: • Duración (más días con síntomas que sin ellos, dos años o más) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, duelo y tristeza ordinarios, ajuste a un factor de tensión a largo plazo, trastornos bipolares, trastorno depresivo mayor).

Notas para codificación

Especifique la gravedad.

Especifique el tipo de inicio:

Inicio temprano, si inicia antes de los 20 años.

Inicio tardío, si comienza a los 21 años o más.

Especifique si:

Con síndrome distímico puro. No cumple los criterios para el episodio depresivo mayor.

Con episodio depresivo mayor persistente. Cumplió los criterios durante los dos años precedentes.

Con episodios depresivos mayores intermitentes, con episodio activo. Cubre ahora los criterios de depresión mayor, pero a veces no lo hace.

Con episodios depresivos mayores intermitentes, sin episodio activo. Ha cubierto los criterios depresivos mayores en el pasado, pero no en la actualidad.

Elija otros especificadores a partir del cuadro 3-3.

Noah Sanders

Para Noah Sanders, la vida nunca había parecido demasiado alegre. Tenía 18 años cuando observó por primera vez que la mayor parte del tiempo “se sentía mal”. Aunque era brillante y estudiaba duro, en la Universidad con frecuencia se distraía con la idea de que no igualaba a sus compañeros de clase. Consiguió un empleo con una firma electrónica líder, pero rechazó varios ascensos porque sentía que no podría hacer frente a la responsabilidad adicional. Necesitó una tenaz determinación y muchas horas de trabajo para compensar esta “sensación de segundo nivel inherente”. El esfuerzo le generaba un cansancio crónico. Incluso su matrimonio y el nacimiento de sus dos hijas sólo disminuyeron su melancolía algunas semanas, si acaso. La confianza que sentía en sí mismo era tan escasa que, por acuerdo común, su esposa siempre tomaba la mayor parte de las decisiones familiares.

“Así he sido siempre. Soy un pesimista profesional”, dijo Noah al médico familiar un día cuando tenía poco más de 30 años. El médico le respondió que tenía personalidad depresiva.

Durante muchos años, esa descripción pareció apropiada. Luego, cuando Noah cumplió 40 años, su hija menor se fue de casa para ir a la Universidad; después de esto, empezó a sentir cada vez más que la vida lo rebasaba. En el transcurso de varios meses su depresión se profundizó. Se había intensificado a tal punto de que ahora sentía que en realidad nunca había estado deprimido antes. Incluso las visitas de sus hijas, que siempre le habían alegrado, no podían mejorar su perspectiva.

Por lo general con buena capacidad para dormir, Noah comenzó a despertar alrededor de las 4 a.m. cavilando una y otra vez sobre sus errores. Su apetito se desplomó y perdió peso. Cuando por tercera vez en una semana su esposa lo encontró llorando en su recámara, le confesó que se había sentido tan culpable sobre sus fracasos que pensaba que todos estarían mejor sin él. Ella juzgó que requería tratamiento.

Noah comenzó a recibir fármacos antidepresivos. En el transcurso de dos semanas, su estado de ánimo se había iluminado y ahora estaba durmiendo profundamente; un mes después, decía que “nunca se había sentido mejor” en su vida. Mientras que en alguna época había evitado hacer presentaciones orales en el trabajo, comenzó a buscarlas como “oportunidad para mostrar lo que podía hacer”. Su fatiga crónica desapareció y comenzó a correr para consumir parte de su exceso de energía. En su tiempo libre, inició un negocio propio pequeño para desarrollar y promover algunas de sus innovaciones de ingeniería.

Noah continuó con su medicamento a partir de entonces. En las dos o tres ocasiones en que él y su terapeuta trataron de reducirlo, comenzó a recaer y surgió de nuevo su estado mental depresivo anterior. Siguió operando su pequeño negocio como colateral.

Evaluación de Noah Sanders

Durante la mayor parte de su vida adulta, los síntomas de Noah fueron crónicos, más que agudos o recurrentes. Nunca estaba sin estos síntomas más de unas semanas (criterio C para la distimia) y se mantenían la mayor parte del día casi todos los días (A). Incluían pesimismo generalizado, autoimagen pobre y cansancio crónico, si bien el criterio B sólo requería dos síntomas. Su inde-

cisión impulsó a su esposa a asumir el papel de líder para la toma de decisiones en la familia, lo que sugiere disfunción social (H). La forma en que se sentía no difería de lo usual para él; dijo que era como siempre había sido (la duración prolongada es una de las dos características principales que permiten diferenciar la distimia del **trastorno depresivo mayor**. La otra es que los síntomas que se precisan para la distimia no son tan abundantes o intensos como en la depresión mayor). Noah no había presentado síntomas de manía o psicosis que pudieran hacernos considerar algún trastorno bipolar o psicótico (E, F).

El diagnóstico diferencial de la distimia es en esencia el mismo que para el trastorno depresivo mayor. Deben descartarse el **trastorno del estado de ánimo debido a otra afección médica** y el **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancia** (G). La cronicidad excepcional y la autoimagen pobre invitan a especular que las dificultades de Noah pudieran explicarse a partir de algún trastorno de la personalidad, como el **trastorno de la personalidad por evitación o dependiente**. El caso clínico no hace referencia a todos los criterios que serían necesarios para establecer esos diagnósticos. Sin embargo, un principio diagnóstico importante sostiene que primero deben diagnosticarse las afecciones más sensibles al tratamiento (y atenderse). Si Noah continuara siendo tímido y sintiéndose torpe, y conservara una autoimagen negativa a pesar de que el trastorno del estado de ánimo mostrara alivio, tendríamos que considerar un diagnóstico de la personalidad.

Ahora vamos con los especificadores (cuadro 3-3). Si bien carecía de síntomas psicóticos, Noah presentaba varios síntomas depresivos (entre otros, las ideas sobre la muerte), que sugerían que tenía un padecimiento grave. Sus síntomas de distimia habían comenzado cuando era joven (los identificó por vez primera cuando sólo tenía 18 años), de manera que diríamos que su inicio fue temprano. Los nuevos síntomas de Noah también justificarían un **episodio depresivo mayor**, que había iniciado recientemente y precipitado su valoración; el DSM-5 señala que un paciente con distimia puede tener síntomas que cubren los criterios para un episodio de este tipo (D). Así, le asignaríamos el especificador **con episodios depresivos mayores intermitentes, con episodio activo**. Ninguno de los especificadores de evolución podría aplicarse a la distimia de Noah, pero los síntomas siguientes cubrirían los criterios para un especificador de un episodio de depresión mayor, **con características melancólicas**: ya no reaccionaba de manera positiva a los estímulos placenteros (estar con sus hijas); describía su estado de ánimo como un cambio definido de lo normal; y refería sentimientos de culpa, despertar muy temprano y perder el apetito.

Una vez que recibió tratamiento, Noah pareció tener un cambio de personalidad. Su estado de ánimo se tornó más alegre y su conducta cambió a tal punto que, en contraste, parecía casi hipomaniaco. Sin embargo, estos síntomas no se intensifican hasta el nivel que se requiere para un episodio hipomaniaco; si éste hubiera sido el caso, el criterio E excluiría el diagnóstico de distimia (de igual manera, debe recordarse que un episodio hipomaniaco causado por un tratamiento que no perdura más allá del periodo de efectos fisiológicos del tratamiento no puede utilizarse **para orientarse hacia** un diagnóstico de trastorno bipolar II. Tampoco debe contarse para excluir el diagnóstico de distimia). Yo pensaba que su calificación en la EEAG sería de alrededor de 50 en su primera valoración; luego sería un robusto 90 en el seguimiento. En resumen, yo señalaría la posibilidad de rasgos de personalidad por evitación.

Mi diagnóstico completo para Noah Sanders sería el siguiente:

- F34.1 [300.4] Trastorno del estado de ánimo persistente, grave, de inicio temprano, con episodios depresivos mayores intermitentes, con episodio activo, con características melancólicas

F34.0 [301.13] Trastorno ciclotímico

Los pacientes con trastorno ciclotímico (TC) muestran exaltación o depresión crónicas, pero **durante los primeros dos años** no cumplen los criterios para un episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor. Observe la frase en negritas anterior. La explicaré en el texto entre barras que se muestra más adelante.

En alguna época, el trastorno ciclotímico se consideró un trastorno de la personalidad. Esto podría deberse en parte al hecho de que inicia de manera muy paulatina y persiste mucho tiempo. Los artículos publicados aún hacen referencia al **temperamento ciclotímico**, el cual pudiera ser un precursor de los trastornos bipolares.

El aspecto clínico puede ser muy variable. Algunos pacientes casi siempre se encuentran disfóricos, y de vez en cuando se desplazan a la hipomanía durante un día más o menos. Otros pueden mostrar varios cambios en un solo día. A menudo la presentación es mixta.

De inicio gradual y característico en la adolescencia o los primeros años de la edad adulta, el TC afecta a menos de 1% de la población general. Sin embargo, los clínicos lo diagnostican incluso con menor frecuencia de la que usted esperaría. Su distribución por sexos es casi idéntica, no obstante las mujeres tienen más probabilidad de solicitar tratamiento. No resulta sorprendente que los pacientes sólo acudan a recibir atención clínica cuando se encuentran deprimidos. Una vez que inicia, tiende a la cronicidad.

¿Qué ocurre si su paciente ciclotímico desarrolla después un episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor? En ese caso, usted tendrá que cambiar el diagnóstico por algún otro. Una vez que un episodio mayor del estado de ánimo levanta su cabeza, el paciente no puede volver a recibir el diagnóstico de TC. Si el episodio nuevo es de tipo depresivo mayor, entonces usted quizá tenga que regresar a un trastorno bipolar no especificado (u otro especificado), ya que, por definición, los periodos de “subida” del TC **no** calificarán como episodio hipomaníaco. Observe que esto corresponde a un cambio a partir del DSM-IV, que permitía el diagnóstico de algún trastorno bipolar junto con el TC.

Características esenciales del trastorno ciclotímico

El paciente ha tenido muchas altas y bajas del estado de ánimo que **no** se apegan a los criterios para alguno de los episodios del estado de ánimo (depresivo mayor, hipomaníaco, maníaco). A pesar de que los síntomas existen la mayor parte del tiempo, pueden transcurrir un par meses con estado de ánimo promedio.

La letra pequeña

Las D: • Duración (dos años o más; un año o más en niños y adolescentes) • Tensión o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, otros trastornos bipolares).

Notas para codificación

Especifique si:

Con síntomas de ansiedad ansiosa.

Honey Bare

“¡Soy un yoyo!”

Sin sus plumas y lentejuelas, Honey Bare parecía todo menos provocativa. Había comenzado su vida como Melissa Schwartz, pero le encantaba usar el nombre que recibía en el escenario. El escenario en cuestión era Hooper's, uno de los antros rumberos que abundaban cerca de la costa. El cartel publicitario pregonaba que estaba “Sólo a un latido de distancia” de la estación de reclutamiento naval. Desde que había abandonado la Universidad cuatro años antes, Honey había ocupado la línea delantera en el espectáculo de cuatro chicas que se presentaba en Hooper's. Todas las tardes en su camino al trabajo pasaba justo frente a la clínica de salud mental, pero ésta era su primera visita.

“En nuestra puesta actual, interpreto a la Estatua de la libertad. Recibo a las masas cansadas, pobres y apiñadas. Luego me quito mi túnica”.

“¿Eso es un problema?”, quiso saber el entrevistador.

La mayor parte del tiempo no lo era. A Honey le gustaba su pequeña esquina del mundo del espectáculo. Cuando la flota llegaba, actuaba para conseguir un aplauso estruendoso. “Disfruto casi todo lo que hago. No bebo demasiado y nunca uso drogas, pero voy a fiestas. Canto en el coro de nuestra Iglesia, voy al cine; me gustan mucho las películas de arte”. Cuando se sentía bien, dormía poco, hablaba mucho, comenzaba cientos de proyectos, incluso concluía algunos. “En realidad soy una persona feliz cuando me siento bien”.

Pero un par de meses antes había habido una semana o dos en que Honey no disfrutaba casi nada. Ponía una sonrisa en su cara y se iba a trabajar, pero cuando las cortinas bajaban, la sonrisa se iba junto con su maquillaje. Nunca tuvo ideas suicidas, y su sueño y apetito no se afectaron; su energía y concentración eran normales. Pero era como si su *ginger ale* hubiera perdido todo su gas. No podía identificar ninguna causa evidente para las oscilaciones de su estado de ánimo, que se habían presentado durante años. Podía contar con los dedos de las manos el número de semanas que había sido “sólo normal”.

Recientemente, Honey había conseguido un novio, un suboficial en jefe que quería casarse con ella. Él decía que la amaba por ser ella tan vivaz y entusiasta, pero sólo la había visto cuando estaba burbujeante. Antes, siempre que estaba deprimida, él había estado en el mar. Ahora le había escrito que lo iban a transferir para hacer labores en la costa, y ella temía que eso fuera el fin de su relación. Al tiempo que lo decía, dos grandes lágrimas se colaron entre el rímel y rodaron por sus mejillas.

Cuatro meses y varias consultas después, Honey estaba de regreso, con una sonrisa. El carbonato de litio, informó, parecía estar funcionando bien. Las cimas y los valles de sus estados de ánimo se habían aplanado para dar origen a montes ondulantes. Ella seguía representando a la Estatua de la libertad en Hooper's.

“Mi marino ha estado en tierra casi tres meses”, dijo, “y todavía está cargando la antorcha por mí”.

En la lejana mitad del siglo XIX, Karl Kahlbaum, el psiquiatra alemán que describió por primera vez la catatonía, observó que algunas personas experimentan cambios frecuentes tan discretos entre sus altas y bajas que no requieren tratamiento alguno. Sus observaciones fueron confirmadas y ampliadas por su alumno y colega Ewald Hecker (a quien se conoce mejor por su descripción de la esquizofrenia hebefrénica).

Sin embargo, a mediados del siglo XX, el primer DSM describió la ciclotimia como un tipo de personalidad cardinal (junto con las personalidades esquizoide, paranoide e inadecuada). La descripción suena en efecto maravillosa: “adaptación extratensa y extrovertida a las situaciones de la vida, calidez personal aparente, amistad y generosidad superficial, contacto emocional con el ambiente y entusiasmo dispuesto para la competencia” (dejaré de buscar el significado de **extratensa** como un ejercicio de extrarreconocimiento). De cualquier manera, así nació la ciclotimia, como un estilo de temperamento o personalidad.

La personalidad ciclotímica se conservó en el DSM-II junto con otros trastornos de la personalidad, pero en 1980 se le transfirió a los trastornos del estado de ánimo y se le rebautizó con su denominación actual. Sin embargo, su relación con otros trastornos del estado de ánimo es tirante; los expertos discuten sobre ella incluso en la actualidad. Muchos sostienen que puede constituir un pródromo de algún trastorno bipolar más grave. Algunos señalan la similitud entre la ciclotimia y el trastorno de la personalidad limítrofe (estados de ánimo lábiles, irritables, que conducen al conflicto interpersonal), e incluso sugieren que el segundo pertenece al espectro bipolar; una especulación extrema suficiente para invitar a la resistencia.

Todo esto sugiere que aún tenemos trabajo que hacer para determinar el sitio preciso del trastorno ciclotímico en el firmamento diagnóstico. A pesar de que los criterios del DSM-5 son un paso en el camino hacia la diferenciación de este diagnóstico venerable, pudieran no significar ningún avance real.

Evaluación de Honey Bare

La primera y más obvia pregunta es: ¿Honey había cubierto los criterios para algún episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor (criterio C del trastorno ciclotímico)? Mientras se sentía abatida, no presentaba síntomas vegetativos (problemas del sueño o el apetito) propios del **episodio depresivo mayor**. Su concentración era normal, nunca había tenido ideas suicidas y no refería ningún sentimiento de inutilidad. En el otro extremo, tenía en efecto síntomas similares a los de la **hipomanía** (locuacidad, dormir menos, más actividad que en otras épocas), pero carecían de intensidad suficiente para considerarse hipomanía. Los estados de ánimo “altos” de Honey no eran exaltados (o irritables, o expansivos) en un nivel anormal (criterio A del episodio hipomaníaco), sino que **eran** su desempeño normal. Además, había experimentado muchos más ciclos de los que serían típicos en el trastorno bipolar II. Así, podemos descartar cualquier otro diagnóstico bipolar o depresivo mayor.

Honey indicó que se sentía exaltada o abatida la mayor parte del tiempo (estamos de nuevo con la ciclotimia, criterio B). Debido a que nunca presentó psicosis, no podría justificarse un diagnóstico como el de **trastorno esquizoafectivo** (D). No consumía drogas o alcohol, lo que descartaba un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancia** (E). De nuevo, los **trastornos bipolar I, bipolar II** y **depresivo mayor** se descartan ante la ausencia de episodios pertinentes (sin embargo, puesto que incluyen tantas oscilaciones del estado de ánimo, en ocasiones el trastorno bipolar I o II con ciclado rápido puede confundirse con el trastorno ciclotímico). Las oscilaciones del estado de ánimo, la impulsividad y los problemas personales pueden por supuesto identificarse en abundancia en el **trastorno de la personalidad limítrofe**, pero nunca diagnosticaríamos un trastorno de la personalidad cuando está disponible un diagnóstico mental importante.

Los síntomas que estaban presentes la mayor parte del tiempo podrían calificar a Honey para el TC. Presentaba muchas oscilaciones del estado de ánimo; sólo rara vez su estado de ánimo no se encontraba exaltado o abatido. El único especificador que se permite junto con el TC, **con tensión ansiosa**, no parece pertinente según los síntomas de Honey. Con una calificación en la EEAG de 70 en su primera valoración y 90 durante el seguimiento, su diagnóstico sería simple:

F34.0 [301.13] Trastorno ciclotímico

N94.3 [625.4] Trastorno disfórico premenstrual

Una historia larga de desacuerdo en torno a la existencia real de la disforia premenstrual hizo que languidciera en los apéndices de las ediciones previas del DSM. Finalmente se ha publicado investigación suficiente para sacarla de las sombras.

Los síntomas premenstruales de diversos grados afectan a cerca de 20% de las mujeres en edad reproductiva. La variedad grave, el trastorno disfórico premenstrual (TDP), afecta a 7% de las mujeres e inicia con frecuencia durante la adolescencia. Durante los años reproductivos, estos síntomas aparecen quizá durante una semana en cada ciclo menstrual. Estas mujeres refieren grados diversos del estado de ánimo disfórico, fatiga y síntomas físicos, que incluyen hipersensibilidad mamaria, ganancia ponderal y distensión abdominal. Su diferenciación del episodio depresivo mayor y la distimia depende principalmente del momento en que ocurren y la duración.

Las consecuencias del TDP pueden ser graves: una paciente de este tipo podría experimentar síntomas del estado de ánimo durante un total de ocho años a lo largo de su vida reproductiva. Algunas pacientes tal vez no estén concientes de la intensidad con que su ira y otros estados de ánimo negativos afectan a quienes les rodean, y muchas sufren de depresión grave; quizá 15% intenta el suicidio. Aun así, la paciente típica no recibe tratamiento sino hasta llegar a los 30 años, y a veces incluso después. Los síntomas pueden empeorar en la mujer mayor, si bien la menopausia ofrece un punto final natural (su duración en ocasiones se prolonga por la terapia de restitución hormonal). En general, esta afección ocupa un sitio sobresaliente entre los trastornos mentales con subdiagnóstico intenso.

Entre los factores de riesgo para el TDP se encuentran el peso excesivo, el estrés y el trauma (lo que incluye el antecedente de abuso); al parecer existe un componente genético fuerte. Los cuadros comórbidos son trastornos de ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo como las afecciones bipolares.

Surgido en 1944 –el término tensión premenstrual se remonta al menos a 1928–, el síndrome de tensión premenstrual (STP) ha tenido una vida larga y tempestuosa. Muchos lo rechazan con el argumento de que es peyorativo, ridiculizado por quienes ni siquiera son cómicos y desdeñado incluso por quienes practican las políticas de género; no debe sorprender que se le haya recibido tan mal. En lo que se refiere a los trastornos, el STP es vago y tiene definiciones muy diversas.

Como ya se dijo, el STP incluye más de 100 síntomas potenciales, sin que se exija un número mínimo o síntomas específicos; todo es anecdótico. Aquí menciono sólo unos cuantos: retención hídrica (el síntoma que se refiere con más frecuencia), en particular en mamas y abdomen; búsqueda de consumo de alimentos dulces o salados; dolorimiento o dolor muscular, fatiga, irritabilidad, tensión, acné, ansiedad, constipación o diarrea e insomnio; modificación del impulso sexual; y sensación de tristeza o malhumor, o pérdida del control. La mayoría de las mujeres de vez en cuando presenta uno o dos de estos síntomas en torno a los periodos menstruales; estos síntomas son tan frecuentes que, por separado, pueden considerarse fisiológicos más que patológicos. Este hecho hace que algunas personas adjudiquen al STP todos estos síntomas (suele denominarse sólo síndrome premenstrual). A todas las mujeres se les asigna el mismo molde, cuando en realidad es de crucial importancia identificar las manifestaciones precisas, el momento en que ocurren y su intensidad.

En el TDP, la diferencia esencial es nuevamente la presencia de los síntomas del estado de ánimo.

Características esenciales del trastorno disfórico premenstrual

Algunos días antes de la menstruación, la paciente experimenta oscilaciones pronunciadas del estado de ánimo, depresión, ansiedad, ira u otras expresiones de disforia. También acepta cursar con síntomas característicos de depresión, entre otros, problemas para concentrarse, pérdida del interés, fatiga, sensación de pérdida del control y cambios del apetito o el sueño. Puede tener síntomas físicos como hipersensibilidad mamaria, dolor muscular, ganancia ponderal y sensación de distensión abdominal. Poco después de iniciada la menstruación, recupera la normalidad.

La letra pequeña

Las D: • Duración (varios días en torno a los periodos menstruales, la mayor parte de los ciclos durante el año previo) • Discapacidad o malestar (disfunción social, laboral o personal) • Diagnóstico diferencial (consumo de sustancias, que incluye la terapia de restitución hormonal, trastornos físicos, trastorno depresivo mayor o distimia, duelo o tristeza ordinarias).

Notas para codificación

El DSM-5 indica que el diagnóstico sólo puede señalarse como (**provisional**) hasta que se obtengan calificaciones prospectivas de dos ciclos menstruales. Lo que usted como médico decida hacer con esta información, por supuesto, es algo que sólo a usted le incumbe.

Amy Jernigan

“Mire, no necesito que me diga lo que está mal. Sé lo que está mal. Sólo necesito que lo arregle”. Con un tobillo sobre el otro, Amy Jernigan estaba desparramada sobre la silla del consultorio y miraba sin parpadear a su médico. “Traje una lista de mis síntomas, así es que no habrá confusión”. Desdobló media hoja de papel grabado.

“Siempre inician entre cuatro y cinco días antes de mi periodo”, recitó. “Comienzo a sentirme tensa, como si estuviera esperando hacer algún examen para el cual no he estudiado. Luego, después de uno o dos días, comienza la depresión y sólo quiero llorar”. Miró hacia arriba y sonrió. “Ahora no podrá verme haciéndolo; siempre me pongo bien justo después de que empieza mi menstruación”.

Poco después de los 20 años, Amy se había graduado de una universidad cercana a su hogar en el Sur de EUA. Ahora, mientras esperaba que su novela se vendiera, hacía investigación para un bloguero político. Lanzando otra mirada al papel, continuó. “Pero antes, me siento deprimida, enfadada y floja como un perro cazador en agosto, y realmente no me importa nada”.

La madre de Amy, una antifeminista que había hecho campaña contra la Enmienda por los derechos igualitarios, se había negado a reconocer los síntomas premenstruales de Amy, aunque ella misma pudiera haberlos presentado. Los problemas de Amy habían comenzado al comienzo de su adolescencia, casi desde el momento en que tuvo su primera menstruación. “Me sentía tan furiosa que corría a todos mis amigos. Por fortuna, soy extrovertida, así es que ellos no se alejaban –se alejan– por mucho tiempo. Pero sin faltar cada mes, mis senos se ponen tan sensibles que podrían leer Braille. En ese momento sé que lo mejor es ponerle un candado a mi lengua, o a la siguiente semana estaré comprando cervezas a todos los que conozco”.

Amy metió su listado en el bolsillo trasero y se sentó derecha. “Detesto ser una feminista con STP, me siento como un cliché caminante”.

Discusión de Amy Jernigan

Como Amy decía, no necesitaba discutir acerca de lo que estaba mal, aunque sus términos no eran del todo correctos. Su lista de síntomas: depresión, irritabilidad y tensión (criterio B), así como hipersensibilidad mamaria, letargo y pérdida del interés (C), excede el requisito de un total de cinco o más. Amy indicó qué tan debilitantes podían ser los síntomas (D). La recurrencia, el momento en que se presentaban y la ausencia de síntomas en periodos distintos al previo a su menstruación (A) conformaban un caso seguro. La duración de sus síntomas de abatimiento del estado de ánimo era demasiado breve para corresponder a un **episodio depresivo mayor** o una **distimia** (E). Por supuesto, deben solicitarse los estudios usuales para descartar cualquier duda de que sus síntomas pudieran deberse al **consumo de sustancias** o a **otra afección médica** (E). Hay que señalar que, a falta de un par de meses de registro sintomático prospectivo, el médico de Amy necesita ser en extremo cuidadoso para descartar el trastorno depresivo mayor. Es demasiado fácil ignorar los síntomas depresivos que se presentan en los otros días del mes.

El médico de Amy tendría que valorar su estado de ánimo durante dos ciclos menstruales consecutivos para ajustarse al criterio F. Mientras estaba enferma, su calificación en la EEAG sería de 60 y su diagnóstico quedaría así:

N94.3 [625.4] Trastorno disfórico premenstrual (provisional)

La demanda de datos prospectivos antes de establecer un diagnóstico definitivo es un caso único en el DSM-5, y nunca se había incluido en una edición previa del DSM. La lógica es asegurar que el diagnóstico se establezca con los mejores datos posibles; el hecho de que un paso de este tipo no se solicite para más diagnósticos puede constituir una aceptación de la realidad de la práctica clínica. Aun así podríamos estar experimentando la primera brisa de una tormenta en formación.

F34.8 [296.99] Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Un diagnóstico nuevo del DSM-5, el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDPEA), pone en un aparador los extremos de la niñez. La mayoría de los niños pelea entre sí, pero el TDPEA amplía el alcance y la intensidad de la batalla. Las provocaciones menores (poco queso en un emparedado, la playera favorita en la lavadora) pueden hacer que estos niños pierdan por completo el control. En un estallido temperamental, pueden amenazar o abusar emocionalmente de sus hermanos (y progenitores). Algunos pueden negarse a cumplir con sus obligaciones, las tareas escolares o incluso la higiene básica. Estos estallidos ocurren en promedio cada dos días, y entre ellos, el estado de ánimo del niño se muestra negativo: deprimido, iracundo o irritable.

Su comportamiento los coloca en una desventaja social, educativa y emocional enorme. Las calificaciones bajas del desempeño reflejan la problemática que tienen para interactuar con compañeros, maestros y parientes. Requieren atención constante de sus progenitores, y si van a la escuela, en ocasiones necesitan cuidadores para garantizar su propia seguridad y la de los otros. Algunos sufren una ira tan intensa que quienes se encuentran a su alrededor realmente temen por sus vidas. Incluso los síntomas relativamente leves pueden hacer que los niños pierdan muchas de las experiencias normales de la niñez, como las invitaciones para juegos y fiestas. En una muestra, una tercera parte había sido hospitalizada.

Quizá no menos de 80% de los niños con TDPEA también cubrirán los criterios para el trastorno desafiante por oposición, en cuyo caso usted sólo diagnosticaría TDPEA. El diagnóstico es más común en niños que en niñas, lo que lo hace diferir de casi todo el resto de los trastornos del estado de ánimo, si bien lo pone justo en línea con la mayor parte de los trastornos propios de la niñez. Aunque los criterios oficiales del DSM-5 nos recuerdan no establecer el diagnóstico antes de los seis años, estudios limitados encontraron que es más frecuente en niños en edad preescolar. Y necesita diferenciarse de la rebelión propia de la adolescencia: los adolescentes se encuentran en un periodo de transición donde son comunes los síntomas del estado de ánimo.

La pregunta ha sido formulada: ¿por qué el TDPEA no se incluyó en el mismo capítulo que los trastornos desintegradores, del control de impulsos y de la conducta? Por supuesto, el ímpetu original era dar a los clínicos una alternativa al trastorno bipolar I relacionada con el estado de ánimo. Sin embargo, la característica notable del comportamiento depresivo persistente (o irritable) durante toda la evolución de la enfermedad parece razón suficiente para darle un sitio al lado de otros trastornos del estado de ánimo.

En parte debido a que este diagnóstico está diseñado para niños, pero más que nada porque en realidad me preocupa la validez de una formulación recién preparada y poco estudiada (véase el texto entre barras más adelante), no incluyo un caso clínico ni lo analizo con más detalle en este momento. Al mismo tiempo, en **realidad** estoy preocupado por esos niños a los que se está sobrecargando con un diagnóstico de trastorno bipolar, con el tratamiento farmacológico correspondiente.

¿Cuántos trastornos puede mencionar usted que se originaran como una protuberancia molesta en los pacientes que recibían un diagnóstico distinto? Puedo pensar justo en uno, y ésta es la historia.

A mediados de la década de 1990, unos cuantos notables psiquiatras estadounidenses relajaron lo suficiente los criterios del trastorno bipolar para permitir la aplicación de ese diagnóstico en niños cuya irritabilidad era crónica y no episódica. De manera consecutiva, el número de diagnósticos de trastorno bipolar durante la niñez aumentó. Muchos otros expertos se lamentaron por lo que percibían como una subversión de los criterios del trastorno bipolar; de este modo se conformaron las líneas de batalla de la guerra diagnóstica.

En conjunto, cierto número de elementos parecen diferenciar en buena medida a estos pequeños de los pacientes tradicionales con trastorno bipolar: (1) estudios limitados de seguimiento descubrieron un aumento de depresión, no manía, en estos niños conforme maduraban; (2) los estudios de antecedentes familiares identificaron que el trastorno bipolar no se presenta con mayor frecuencia en los parientes de estos individuos; (3) la proporción entre sexos es de 2:1 en favor de los varones, lo que difiere de la proporción 1:1 del trastorno bipolar en pacientes mayores; (4) los estudios de fisiopatología sugieren que los mecanismos cerebrales pueden diferenciar los dos trastornos; (5) el diagnóstico de trastorno bipolar en la niñez se ha establecido mucho más a menudo en EUA que en el resto del mundo; y (6) los estudios de seguimiento identifican muchos más episodios maníacos o hipomaniacos en niños con trastorno bipolar que se diagnostican con base en los criterios tradicionales que en aquellos cuya problemática principal se concentra en una pérdida importante de la regulación del estado de ánimo.

La batalla épica destructiva entre los profesionales estadounidenses de la salud mental fue registrada en 2008 por el programa *Frontline* (“El niño bipolar”) en la PBS y en un artículo de la *New York Times Magazine*, de Jennifer Egan (“El misterio bipolar”, 12 de septiembre de 2008). La disputa continúa; por lo pronto se integró la categoría TDPEA para captar con más precisión la patología de los niños con irritabilidad intensa. El comité del DSM-5 luchó por diferenciar las dos condiciones, y sospecho que la lucha sólo acaba de comenzar.

Características esenciales del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Durante al menos un año, varias veces por semana, con una provocación ligera el niño desarrolla berrinches intensos –gritar o atacar a alguien (o algo)– que resultan inapropiados según la edad y el estado de desarrollo del paciente. Entre estos estallidos, el niño parece sobre todo iracundo, malhumorado o triste. Los ataques y los estados de ánimo entreverados ocurren en situaciones diversas (hogar, escuela, con amigos). Estos pacientes carecen de episodios maníacos.

La letra pequeña

Investigue las D: • Duración y datos demográficos (un año o más, y nunca ha estado ausente más de tres meses, con inicio antes de los 10 años; el diagnóstico sólo puede establecerse entre los 6 y 17 años) • Tensión o discapacidad (los síntomas son graves en al menos una situación: hogar, escuela, con otros niños, y se presentan en otras situaciones) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos,

trastorno depresivo mayor, trastornos bipolares, trastorno desafiante por oposición, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, estallidos conductuales congruentes con la etapa de desarrollo).

Trastornos del estado de ánimo inducidos

Trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias/medicamentos

El consumo de sustancias es en particular una causa frecuente del trastorno del estado de ánimo. La intoxicación con cocaína o anfetaminas puede precipitar síntomas de manía, y la depresión puede derivar de la abstinencia de cocaína, anfetaminas, alcohol o barbitúricos. Observe que para sostener el diagnóstico, debe verificarse en proximidad a un episodio de intoxicación o abstinencia de la sustancia, el cual a su vez debe ser capaz de explicar los síntomas.

Es evidente que la depresión puede presentarse por el consumo inapropiado de alcohol y drogas ilegales (como lo señala el DSM-5, aproximadamente 40% de los individuos con trastorno por consumo de alcohol desarrolla episodios depresivos, de los cuales quizá la mitad son eventos causados por alcohol, no independientes). Sin embargo, incluso los profesionales de la atención de la salud pueden no reconocer los trastornos del estado de ánimo inducidos por medicamentos (véase p. 643). Por ello el caso de Erin Finn que se muestra más adelante es una historia admonitoria, que quizá pueda identificarse cada día en el consultorio de los clínicos de todo el mundo.

Características esenciales del trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento

El consumo de alguna sustancia parece haber provocado que el paciente experimente un estado de ánimo con depresión intensa y persistente o la pérdida del interés en sus actividades usuales.

La letra pequeña

En el texto entre barras de la página 95 se muestran algunos *tips* para identificar la relación causal con las sustancias.

Las D: • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, otros trastornos depresivos, intoxicación o abstinencia "ordinaria" por sustancias, delirium).

Notas para codificación

Especifique si:

Con inicio durante la {intoxicación} {abstinencia}. Esto se agrega al final de la frase.

Con inicio tras el uso de medicamento. Usted puede utilizar esta frase además de otros especificadores. Vea el texto entre barras de la página 94.

Si existe evidencia que respalde un trastorno leve o moderado/grave por consumo de sustancias, codifique (véanse los cuadros 15-2 y 15-3 en el capítulo 15).

Características esenciales del trastorno bipolar inducido por sustancia/medicamento y otro trastorno relacionado

El consumo de alguna sustancia parece haber causado un estado de ánimo eufórico o irritable.

La letra pequeña

En el texto entre barras de la página 95 se muestran algunos *tips* para identificar la relación causal con las sustancias.

Las D: • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, otros trastornos bipolares, trastorno esquizoafectivo, intoxicación o abstinencia “ordinarias” por consumo de sustancias, delirium).

Notas para codificación

Con inicio durante la {intoxicación} {abstinencia}. Esto se agrega al final de la frase.

Con inicio tras el uso de medicamento. Usted puede utilizar esta frase además de otros especificadores. Vea el texto entre barras de la página 94.

Si existe evidencia que respalde un trastorno leve o moderado/grave por consumo de sustancias, codifique (véanse los cuadros 15-2 y 15-3 en el capítulo 15).

Erin Finn

Erin Finn acudió a la clínica justo después de salir de su trabajo como especialista en medios en una campaña política. Había participado en el programa de detección de hepatitis C en su Estado, que se dirigía a personas de su mismo grupo de edad; había sido criada antes de que las pruebas de rutina en las donaciones de sangre hubieran reducido la incidencia de la infección. Su prueba fue positiva. Cuando la prueba de polimerasa del RNA reveló una carga viral, aceptó participar en un estudio con interferón. “A veces me siento cansada, pero no he presentado otros síntomas”, le dijo a su médico.

Si bien pertenecía sin duda a la clase media y se vestía de manera conservadora, Erin tenía en efecto varias fuentes potenciales de exposición a la hepatitis C. La más factible correspondía a una hemotransfusión recibida varios años antes, pero también “tuve una juventud salvaje, experimenté con drogas inyectables en algunas ocasiones, e incluso me hice un tatuaje. Es más o menos discreto, me refiero al tatuaje”.

Pocos días después de comenzar a recibir el medicamento, comenzó a referir una sensación de depresión, primero leve, que crecía día con día. “Me sentía peor que ese día que pensamos que habíamos perdido la elección primaria”, le dijo al entrevistador. “Ha sido una horrible combinación de dormir mal en la noche y nunca despertar por completo durante el día. Y de sentirme aburrida, y cansada, y...”. Buscaba palabras mientras jugueteaba con los dos botones de campaña que traía puestos en el abrigo.

Al principio contratada para capturar datos, Erin había sido promovida para redactar materiales de campaña que se utilizaban en trípticos y en televisión. Pero como se sentía deprimida la

mayor parte del día, su incapacidad para concentrarse le había hecho cometer errores. “Soy una empleada estúpida”, dijo, “que siempre comete errores simples de gramática y ortografía. Será mi culpa si perdemos en noviembre”.

Después de un momento, agregó, “Pero no tengo ideas suicidas, no soy tan tonta. Ni estoy tan desesperada. Pero algunos días sólo deseo que estuviera muerta”. Pensó un momento. “¡Estar muerta!”, se corrigió. “Y mi novio me dice que soy inútil en la cama. Además de todo esto, parece que ya tampoco me interesa eso”.

Posteriormente, Erin dejó de utilizar el interferón, y su estado de ánimo y otros síntomas recuperaron la normalidad de manera gradual. “Así es que el médico pensó que debería hacer otra prueba con el interferón, como una especie de reto. ¡Al principio le dije que eso era completamente imposible! Pero luego empecé a preocuparme un poco más por la cirrosis, y pensé inyectarme otra dosis. Por decirlo de alguna manera”.

Encogió los hombros al tiempo que se levantaba la manga. “Supongo que el tratamiento de la hepatitis tiene mucho en común con la política: ninguno de los dos es una almohada de bolitas”.

Evaluación de Erin Finn

Los síntomas de Erin le darían un diagnóstico de episodio depresivo mayor (relativamente leve), aun después de descartar la fatiga (que no se cuantificará debido a que precedía al uso del interferón). Incluso sin todos esos síntomas depresivos, el solo hecho de presentar un estado de ánimo tan abatido cubriría el requisito del criterio A del trastorno depresivo inducido por medicamento. La relación temporal era adecuada (B1), y se sabe bien que el interferón produce síntomas depresivos en un número significativo de pacientes (aunque más a menudo en quienes han tenido episodios del estado de ánimo previos, B2). Y a pesar de que se trataba de un experimento controlado, sus síntomas depresivos se retiraron de inmediato una vez que suspendió el interferón. El DSM-5 no especifica la necesidad de una prueba de reto (en ocasiones una prueba de este tipo no es recomendable), pero la reincidencia de los síntomas depresivos de Erin luego de que reiniciara el medicamento permitiría obtener el eslabón causa-efecto definitivo.

De acuerdo, debemos considerar otras causas potenciales de su depresión (criterios C y D). Lo dejaré como un ejercicio para el lector. En cuanto al criterio E (malestar y discapacidad), *res ipsa loquitur*. Cuando revisamos el cuadro 15-2 en el capítulo 15 para determinar el código CIE-10, su sustancia corresponde a “Otras” (F19), y es evidente que sólo la utilizaba según las indicaciones, de manera que no había un trastorno por consumo. El cruce con la columna de trastorno del estado de ánimo arroja el código F19.94. El código CIE-9 deriva del cuadro 15-3. Yo le asignaría una calificación en la EEAG de 55 en la valoración inicial y de 90 en el alta.

| | |
|-----------------|---|
| F19.94 [292.84] | Trastorno depresivo inducido por interferón, con inicio tras el uso del medicamento |
| B18.2 | [070.54] Hepatitis C crónica |

Trastornos del estado de ánimo debidos a otra afección médica

Muchas afecciones médicas pueden causar síntomas depresivos o bipolares, y resulta vital considerar siempre las etiologías físicas al valorar un trastorno del estado de ánimo. Esto no sólo se

debe a que son tratables; con las alternativas terapéuticas actuales, la mayor parte de los trastornos del estado de ánimo **es** muy sensible al tratamiento. Se debe también a que algunas afecciones médicas generales, si no reciben un manejo adecuado durante un tiempo largo, generan por sí mismas complicaciones graves, incluso la muerte. Y no son pocas las que producen síntomas de manía. Mencioné algunas en el cuadro “Trastornos físicos que afectan el diagnóstico mental”, en el Apéndice, pero esa información de ninguna manera es completa.

Observe este requisito realmente importante: la afección médica tiene que haber sido la causa directa y **fisiopatológica** de los síntomas bipolares o depresivos. Una relación causal **psicológica** (p. ej., resulta comprensible que un paciente se sienta terriblemente mal después de decirle “es cáncer”) no cuenta, excepto como un precipitante potencial de un trastorno de adaptación.

El caso clínico de Lisa Voorhees que se incluye más adelante ilustra la importancia de tener en mente que las afecciones médicas pueden causar trastornos del estado de ánimo.

Características esenciales del **trastorno depresivo debido a otra afección médica**

Una afección médica de tipo físico parece haber causado que un paciente experimente gran depresión del estado de ánimo o pérdida del interés o el placer en casi todas las actividades.

La letra pequeña

En el texto entre barras de la página 97 puede consultar algunas claves para decidir si una condición física pudiera haber generado un trastorno mental.

Las D: • Duración (no se indica, aunque no sería fugaz) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias, otros trastornos depresivos, delirium).

Notas para codificación

Especifique:

F06.31 [293.83] Con características depresivas. Usted no puede identificar todos los criterios sintomáticos para un episodio depresivo mayor.

F06.32 [293.83] Con episodio similar a la depresión mayor. Usted puede hacerlo.

F06.34 [293.83] Con características mixtas. Son evidentes los síntomas de manía o hipomanía, pero no dominan sobre los síntomas depresivos.

Sólo en el DSM-5 se redactaron los criterios que diferencian de manera específica los trastornos bipolares causados por afecciones médicas de los depresivos inducidos por afecciones médicas. ¿Qué pasa si usted no puede identificarlos? Algunos trastornos del estado de ánimo, en sus fases tempranas, pueden encontrarse tan poco diferenciados que no pueden identificarse. En esos casos,

usted puede verse limitado para establecer un diagnóstico de trastorno del estado de ánimo debido a una condición médica (F06.30) o un trastorno del estado de ánimo causado por sustancia (F19.94).

Características esenciales del **trastorno bipolar y otros trastornos relacionados debidos a otra afección médica**

Una afección médica de tipo físico parece haber causado que el paciente experimente un estado de ánimo exaltado (o irritable) **y** un aumento atípico de energía o actividad, aun cuando los síntomas francos de un episodio de manía pudieran no estar presentes.

La letra pequeña

En el texto entre barras de la página 97 puede consultar algunas claves para decidir si una condición física pudiera haber generado un trastorno mental.

Las D: • Duración (no se indica, aunque no sería fugaz) • Tensión o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias, otros trastornos bipolares, otros trastornos mentales, delirium).

Notas para codificación

Especifique:

F06.33 [293.83] Con episodio similar al maniaco o al hipomaniaco. Usted puede identificar todos los criterios sintomáticos para un episodio de manía o hipomanía.

F06.33 [293.83] Con características maníacas. No se cubren todos los criterios para la manía o la hipomanía.

F06.34 [293.83] Con características mixtas. Son evidentes los síntomas depresivos, pero no predominan sobre los síntomas maníacos.

Lisa Voorhees

Cuando llegó a la clínica de salud mental, Lisa Voorhees ya había consultado a tres médicos. Cada uno de ellos había pensado que sus problemas eran por completo mentales. Aunque había “tenido 39 durante varios años”, era delgada e inteligente, y sabía que era atractiva para los hombres.

Pretendía mantenerse así. Su trabajo como secretaria personal del director del departamento de inglés y literatura en una universidad grande en el medio Oeste le permitía conocer a un gran número de candidatos del sexo masculino. Y fue ahí donde Lisa se dio cuenta por primera vez del problema que le hacía pensar que estaba perdiendo la cabeza.

“Era este guapo profesor asistente de lenguas romances”, le dijo al entrevistador. “Siempre entraba y salía de la oficina, y yo había hecho todo, excepto el acoso sexual, para lograr que se

fijara en mí. Entonces, un día de la primavera pasada, me invitó a comer y a un espectáculo. ¡Y le dije que no! Era sólo que no me interesaba. ¡Era como si mi impulso sexual se hubiera ido a un sábado!”

Durante varias semanas siguió sin sentir interés en los varones; y luego una mañana “desperté al lado de un esperpento odioso de la oficina del rector”, que ella había estado evitando durante varios meses. Se sintió molesta consigo misma, pero de todos modos tuvieron relaciones sexuales de nuevo, antes de que ella lo echara.

Durante los siguientes meses, el apetito sexual de Lisa sufría cambios súbitos cada 2 o 3 semanas. En privado, había comenzado a llamarlo “el giro del tornillo”. En su fase activa, se sentía liviana como una pluma, y podía escribir en su computadora 12 h seguidas. Pero el resto del tiempo nada le complacía. Se sentía deprimida y malhumorada en la oficina, dormía mal (y sola) y hacía bromas acerca de que su teclado y su ratón estaban conspirando para hacerla sentir torpe.

Lisa sentía incluso debilitadas las muñecas. Había comparado un cojín para muñeca que utilizaba mientras escribía en la computadora, y eso le ayudó durante algún tiempo. Pero no podía encontrar ni respaldo ni tónico para las fluctuaciones de su impulso sexual. Un médico le dijo que era “el cambio” y le prescribió estrógenos; otro le diagnosticó “depresión maníaca” y le ofreció litio. Un tercero le sugirió asesoría pastoral, pero en vez de eso vino a la clínica.

Con frustración, Lisa se levantó de su silla y comenzó a caminar de ida y vuelta hacia la ventana.

“Espere un momento, hágalo de nuevo”, le indicó el entrevistador.

“¿Que haga qué? Lo único que hice fue caminar por la habitación”.

“Lo sé. ¿Cuánto hace que cojea así?”

“No lo sé. No mucho, creo. Bueno, con los otros problemas casi no lo había notado. ¿Es importante?”

Resultó ser la clave. Después de tres citas al neurólogo, algunas radiografías y una RMN, el diagnóstico de Lisa era esclerosis múltiple. El neurólogo le explicó que la esclerosis múltiple en ocasiones causa oscilaciones del estado de ánimo, por lo que se estableció el tratamiento para la enfermedad y fue referida de nuevo a la clínica de salud mental para recibir psicoterapia.

Evaluación de Lisa Voorhees

En la teoría, los distintos grupos de criterios identifican razonablemente las claras diferencias entre los trastornos del estado de ánimo con etiologías “emocionales” y los que derivan de afecciones médicas generales o consumo de sustancias. En la práctica, no siempre es tan evidente.

Los síntomas del estado de ánimo de Lisa alternaban entre periodos de altas y bajas. Si bien duraban dos semanas o más, ninguno de esos extremos tenía gravedad suficiente para considerarse un **episodio maníaco, hipomaníaco o depresivo mayor**. El periodo de depresión era demasiado breve para la **distimia**; el episodio completo no duraba lo suficiente para un **trastorno ciclotímico**; y no existía evidencia de un **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancia**.

El **trastorno depresivo (o bipolar) debido a otra afección médica** debe cumplir dos criterios importantes. El primero es que los síntomas deben ser producidos de manera directa por los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad, no sólo por una reacción emocional a padecerla. Por ejemplo, se sabe que los pacientes con cáncer en la cabeza del páncreas tienden en particular a la depresión, que no se presenta sólo como una reacción ante la noticia o por el estrés persistente que genera padecer una afección médica grave.

Varias líneas de evidencia podrían referirse a una relación causal entre una afección médica y los síntomas del estado de ánimo. Puede existir una conexión si el trastorno del estado de ánimo es más grave de lo que parece justificar los síntomas médicos generales o de lo que sería el impacto psicológico sobre la mayor parte de los individuos. Sin embargo, **no** podría presumirse un vínculo de este tipo si los síntomas del estado de ánimo iniciaran antes de que el paciente se enterara de la condición médica general. La presencia de síntomas del estado de ánimo similares que se desarrollan una vez revelado un problema médico **distinto** constituiría un argumento contra el diagnóstico de trastorno bipolar o depresivo debido a otra afección médica. En contraste, prueba de una conexión sería el desarrollo de características clínicas distintas a las usuales en un trastorno del estado de ánimo primario (como una edad atípica al inicio). Ninguna de estas condiciones existía en el caso de Lisa Voorhees.

Un mecanismo patológico conocido capaz de explicar el desarrollo de los síntomas del estado de ánimo en términos fisiopatológicos obviamente constituye un argumento fuerte en favor de una relación causal. La esclerosis múltiple, que afecta muchas regiones del cerebro, parecería satisfacer este criterio. Un porcentaje elevado de pacientes con esclerosis múltiple refiere oscilaciones del estado de ánimo. También se ha informado sobre periodos de euforia en estos individuos; la ansiedad puede ser incluso más frecuente.

Muchas otras afecciones médicas pueden causar depresión. Los **trastornos endocrinos** son etiologías importantes: el hipotiroidismo y la hipofunción cortical suprarrenal se relacionan con síntomas depresivos, en tanto que el hipertiroidismo y la hiperfunción cortical suprarrenal se asocian con síntomas maníacos o hipomaníacos. Las **enfermedades infecciosas** provocan síntomas depresivos (muchas personas normales en otras circunstancias identifican laxitud y abatimiento del estado de ánimo al tiempo que padecen un cuadro de influenza; recientemente, la enfermedad de Lyme ha recibido mucha atención en este sentido). Las **lesiones con efecto de masa en el cerebro** (tumores y abscesos) también se han relacionado con síntomas depresivos, al igual que las **deficiencias vitamínicas**. Por último, cerca de una tercera parte de los pacientes con **enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Huntington** y **evento vascular cerebral** pueden desarrollar síntomas depresivos graves.

El segundo criterio más importante para un trastorno del estado de ánimo debido a otra afección médica es que los síntomas anímicos no deben presentarse sólo durante la evolución de un **delirium**. Los pacientes delirantes pueden tener problemas con la memoria, la concentración, carencia de interés, episodios de tendencia al llanto y depresión franca, que se asemejan en gran medida al trastorno depresivo mayor. Lisa carecía de evidencia que sugiriera delirium.

En cuanto al especificador, podríamos elegir entre **con características maníacas** y **con características mixtas** (véase antes la sección Características esenciales). En momentos distintos, Lisa presentó ambos extremos del estado de ánimo; ninguno predominaba, así que yo me quedaría con... bueno, véalo en seguida, junto con una calificación en la EEAG de 70. El código y el nombre de la afección médica general tendrían que incluirse, como se indica a continuación, al igual que el diagnóstico médico:

- | | |
|-----------------|--|
| F06.34 [293.83] | Trastorno bipolar debido a esclerosis múltiple, con características mixtas |
| G35 [340] | Esclerosis múltiple |

Modificadores de los diagnósticos del estado de ánimo

El cuadro 3-3 (p. 168) muestra una perspectiva general sobre en qué momento y cómo aplicar cada uno de los modificadores para los trastornos del estado de ánimo que se analizan en seguida.

Intensidad y remisión

Códigos de intensidad

Ni el episodio depresivo mayor, ni el episodio maníaco o el hipomaníaco son codificables (de-téngame si ya escuchó esto antes). Utilizamos cada uno como base para otros diagnósticos. Sin embargo, cuentan con códigos de intensidad que se les anexan, y se utilizan los mismos códigos para los episodios depresivos mayores y los maníacos. Utilice estos códigos para el episodio depresivo mayor en curso o más reciente en los trastornos depresivo mayor, bipolar I o bipolar II, o en el episodio maníaco activo o más reciente en los dos trastornos bipolares (el episodio hipomaníaco es por definición relativamente leve, de modo que no recibe un especificador de intensidad).

Los códigos de intensidad básicos para los episodios maníacos y depresivos mayores son los siguientes:

Leve. Los síntomas apenas cubren los criterios y generan poca tensión o interferencia en la capacidad del paciente para trabajar, estudiar o socializar.

Moderada. Grado intermedio entre leve y grave.

Grave. Existen varios síntomas más que los mínimos para establecer el diagnóstico, e interfieren en el desempeño laboral, social o personal del individuo.

Códigos de remisión

La mayoría de pacientes con trastornos bipolares se recupera por completo entre los episodios (y casi todos ellos presentarán episodios consecutivos). Aun así, hasta una tercera parte de los enfermos con trastorno bipolar I no se recupera por completo. Las cifras de los pacientes con trastorno depresivo mayor no son tan negras. A continuación se muestran dos especificadores relacionados con la condición en curso de ambos trastornos, así como el trastorno bipolar II y el trastorno depresivo persistente (también denominado distimia).

En remisión parcial. Un paciente que antes cubría los criterios completos y ahora (1) tiene menos síntomas de los requeridos o (2) carece de síntomas, pero durante menos de dos meses.

En remisión completa. En al menos dos meses el paciente no ha mostrado síntomas importantes del episodio del estado de ánimo.

Especificadores que describen el episodio del estado de ánimo más reciente

Los especificadores del episodio describen las características del cuadro de enfermedad en curso o más reciente del individuo. No se asigna un número de código adicional a estas características; usted sólo escribe la frase. De nuevo, el cuadro 3-3 muestra una perspectiva de los casos en que usted puede utilizar cada uno de los siguientes calificativos especiales.

Con síntomas de ansiedad

Los pacientes con trastornos bipolar I, bipolar II, ciclotímico, depresión mayor o depresivo persistente pueden experimentar síntomas de gran ansiedad. Estos individuos pueden tener un potencial superior al promedio de cometer suicidio y desarrollar enfermedad crónica.

Características esenciales del especificador con síntomas de ansiedad

Durante un episodio depresivo mayor, maníaco, hipomaníaco o de distimia, el paciente se siente muy nervioso o tenso, o puede mostrarse en extremo inquieto. Por lo general le cuesta concentrar su atención por la presencia de preocupaciones: “Algo terrible podría pasar” o “Podría perder el control y [completar con la consecuencia indeseable].”

Notas para codificación

Especifique la intensidad: **leve** (dos síntomas de tensión ansiosa), **moderada** (tres síntomas), **moderada-grave** (cuatro o cinco síntomas), **grave** (cuatro o cinco síntomas más agitación física).

Vea en el cuadro 3-3 su aplicación.

Aquí hay algo un poco chistoso. Se nos dio un especificador del estado de ánimo que tiene su propia escala de gravedad, derivada (al igual que los episodios maníacos o depresivos mayores) del conteo de síntomas. Si existe cualquier otro punto en el DSM-5 donde sea posible tener dos calificaciones independientes de la intensidad para un mismo diagnóstico, no lo recuerdo (otros especificadores tienen varios síntomas que pudieran contar; por ejemplo, ¿por qué no también calificamos la intensidad de **con características melancólicas**?). Además, por lo menos en teoría es posible que un individuo presente depresión leve con tensión ansiosa grave. Por supuesto, usted puede calificar cada parte de manera independiente, pero resultaría confuso y sonaría un poco tonto. Mi estrategia sería concentrarme en la gravedad del episodio del estado de ánimo. Es probable que el especificador funcione bien por sí mismo.

Con características atípicas

No todos los pacientes con depresión intensa muestran los síntomas vegetativos clásicos típicos de la melancolía (véase más adelante). Las personas que muestran características atípicas parecen casi lo contrario: en vez de dormir y comer muy poco, duermen y comen demasiado. Este patrón es en particular común en personas más jóvenes (adolescentes y universitarios). Es tan común que pudiera denominarse mejor **depresión no clásica**.

Existen dos razones por las que es importante especificar que el cuadro se presenta **con características atípicas**. En primer lugar, puesto que los síntomas de esos enfermos a menudo incluyen ansiedad y sensibilidad al rechazo, corren el riesgo de ser etiquetados en forma errónea bajo el trastorno de ansiedad o algún trastorno de la personalidad. En segundo lugar, pueden responder de manera distinta a antidepresivos específicos (inhibidores de la monoaminooxidasa) y también pueden mostrar una respuesta favorable a la fototerapia en caso de depresión estacional (de invierno).

El trastorno bipolar II de Iris McMaster incluía características atípicas (p. 136).

Características esenciales del **especificador con características atípicas**

Un paciente que está cursando con un episodio depresivo mayor se siente mejor cuando algo bueno ocurre ("reactividad del estado de ánimo", que se logra si el paciente está deprimido o bien). El paciente **también** tiene otros síntomas atípicos: aumento del apetito o el peso (el paciente deprimido clásico refiere disminución), exceso de sueño (en oposición al insomnio), sensación de lentitud o parálisis y sensibilidad prolongada (no sólo durante la depresión) al rechazo.

La letra pequeña

El especificador **con características atípicas** no puede utilizarse si su paciente también tiene características melancólicas o catatónicas. Vea en el cuadro 3-3 su aplicación.

Con catatonia

El especificador de la catatonia, mencionado primero en el capítulo 2 en relación con los trastornos psicóticos (p. 100), puede aplicarse también a los episodios maníacos y depresivos mayores (pero no a los hipomaníacos) del estado de ánimo. Las definiciones de los distintos términos se presentan en el cuadro entre barras de la página 101. Cuando usted lo utilice, tendrá que agregar una línea con el código adicional después de señalar y codificar el otro trastorno mental.

F06.1 [293.89] Catatonia asociada a [indique el trastorno mental]

Di un ejemplo en el caso de Edward Clapham (p. 102).

Con características melancólicas

El especificador **con características melancólicas** se refiere a los síntomas “vegetativos” clásicos de la depresión grave y a una visión negativa del mundo. Los pacientes melancólicos despiertan muy temprano en la mañana y se sienten peor que en el resto del día. También disminuye su apetito y pierden peso. Les genera poco placer realizar sus actividades usuales (lo que incluye el sexo) y no se alegran por la presencia de las personas cuya compañía de ordinario disfrutaban. Esta anhedonia no es sólo relativa, sino total o casi total. Brian Murphy (p. 124) es un ejemplo de un paciente de este tipo, al igual que Noah Sanders (p. 141).

Las características melancólicas son en particular frecuentes entre pacientes que desarrollan primero una depresión grave a una edad intermedia. Esta condición solía denominarse **melancolía involutiva**, debido a que parecía ocurrir en individuos de edad intermedia o avanzada (periodo de vida denominado “de involución”). Sin embargo, ahora se reconoce que las características melancólicas pueden afectar a pacientes de cualquier edad; son en particular probables en las depresiones psicóticas. La depresión con melancolía suele responder bien a los tratamientos somáticos, como los fármacos antidepresivos y la TEC. Contraste esta imagen con la que se ofrece para el especificador **con características atípicas** (véase antes).

Consulte de nuevo en el cuadro 3-3 los detalles para la aplicación de este especificador.

Características esenciales del **especificador con características melancólicas**

En las profundidades de un episodio depresivo mayor, el paciente no puede encontrar placer en las actividades acostumbradas o sentirse mejor si algo bueno ocurre (de acuerdo, podrían ocurrir ambas situaciones). Un paciente con estas características también experimenta alguno de los elementos siguientes: estado de ánimo con depresión más intensa de lo que se esperaría durante la aflicción; variación diurna del estado de ánimo (mayor depresión durante la mañana); insomnio terminal (despertar por lo menos 2 h antes); cambio en la actividad psicomotora (en ocasiones agitación, las más de las veces lentitud); pérdida intensa del apetito o el peso; y sentimientos de culpa que no se justifican o son excesivos. Esta variedad de depresión es en extremo grave y puede lindar con psicosis.

Notas para codificación

Usted puede aplicar este especificador a un episodio depresivo mayor dondequiera que se presente: trastorno depresivo mayor (episodio único o recurrente), trastorno bipolar I o II, o trastorno depresivo persistente. Vea el cuadro 3-3.

Con características mixtas

En 1921, Emil Kraepelin describió por primera vez las variedades mixtas de manía y depresión. El DSM-IV y sus predecesores incluían un episodio mixto entre los trastornos del estado de ánimo.

Ahora que se retiró, el DSM-5 ofrece el especificador **con características mixtas** para usarse en pacientes que dentro de un mismo marco temporal muestran síntomas de depresión y manía (o hipomanía). Las características de los dos polos opuestos se presentan más o menos al mismo tiempo, aunque algunos pacientes experimentan la aparición gradual (y luego la desaparición) de, por ejemplo, la depresión en un episodio maniaco.

Sin embargo, los investigadores sólo determinan el grado al cual un paciente de este tipo difiere de alguien con una manía o una depresión episódica “pura”. Los individuos que muestran características mixtas parecen tener más episodios totales o más episodios depresivos, y permanecen enfermos por más tiempo. Tienden a padecer más enfermedades mentales concomitantes y un riesgo más alto de suicidio. Existe mayor probabilidad de que su trabajo se comprometa. Los pacientes con trastorno depresivo mayor que tienen características mixtas muestran una tendencia particular al desarrollo posterior de trastorno bipolar.

A pesar de esta atención, probablemente continuaremos aplicando el especificador **con características mixtas** con menor frecuencia de lo que se justificaría. Varios estudios sugieren que una tercera parte o más de los pacientes bipolares desarrollan por lo menos un episodio con síntomas mixtos; algunos informes sugieren que los estados de ánimo mixtos son más frecuentes en mujeres que en varones.

Usted puede aplicar este especificador a los episodios de depresión mayor, manía e hipomanía (véase cuadro 3-3). Debido al gran compromiso e intensidad general de los síntomas de la manía, si usted atiende a un paciente que cumple los criterios completos de la manía y de la depresión mayor, quizá deba utilizar el diagnóstico de trastorno bipolar I con características mixtas más que de trastorno depresivo mayor con características mixtas. Winona Fisk (p. 133) padecía trastorno bipolar I con características mixtas.

Los criterios para el especificador **con características mixtas** omiten algunos de los síntomas del estado de ánimo que se identifican en los episodios maniacos y depresivos mayores. Esto se debe a que es concebible que **pertenezcan** a ambas listas y, por ende, no revelen una presentación mixta. Estos síntomas incluyen ciertos problemas del sueño, el apetito y el peso, irritabilidad, agitación y concentración. Por cierto, observe que el paciente debe cumplir **todos** los criterios para un episodio depresivo, maniaco o hipomaniaco.

Los criterios guardan silencio en torno a la duración en el día (o, en realidad, en la mayor parte de los días) de las características mixtas, y desconozco la existencia de datos que nos pudieran ayudar a entender mejor esta cuestión. Ahora mismo, incluso unos cuantos minutos del día, que se repiten día tras día, parecerían suficientes para utilizar este especificador. Sólo la investigación adicional nos ayudará a comprender si es un marco temporal sensible, demasiado corto o demasiado largo. En este momento, esa imagen es sin duda mixta.

Características esenciales del **especificador con características mixtas**

En este caso hay dos alternativas.

Un paciente con un episodio maniaco o hipomaniaco también muestra síntomas identificables de depresión la mayor parte del tiempo: estado de ánimo deprimido, interés o placer escaso en relación con las actividades, nivel de

actividad acelerado o lento, sensación de cansancio, sensación de inutilidad o culpa y pensamientos repetidos en torno a la muerte o el suicidio (véase Notas para codificación).

Un paciente con un episodio depresivo mayor también muestra algunos síntomas evidentes de manía la mayor parte del tiempo: exaltación del estado de ánimo, ideas de grandeza, locuacidad, fuga de ideas, aumento del nivel de energía, juicio pobre (como gasto excesivo, aventuras sexuales, especulaciones financieras imprudentes) y disminución de la necesidad de dormir.

La letra pequeña

La D: • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, trastornos por consumo de sustancias).

Notas para codificación

La disfunción y la intensidad de la manía franca sugieren que los pacientes que de manera simultánea cumplen todos los criterios para un episodio **tanto** maníaco como depresivo deben registrarse bajo el rubro episodio maníaco, con características mixtas.

Inicio en torno al parto

Más de la mitad de las mujeres desarrolla “depresión posparto”: pueden sentirse tristes y ansiosas, llorar, referir concentración deficiente y tener problemas para dormir. Esto persiste de una a dos semanas y suele tener pocas complicaciones. Pero alrededor de 10% de las mujeres desarrolla síntomas suficientes para recibir el diagnóstico de trastorno depresivo; estas pacientes muchas veces tienen antecedente personal de trastorno mental. Un episodio de hipomanía puede tener incidencia particular después del nacimiento. Sólo cerca de dos de cada 1000 nuevas madres desarrolla psicosis.

El especificador **con inicio en torno al parto** tiene las características esenciales más breves de este libro. Si bien Elisabeth Jacks tuvo un episodio maníaco después de dar a luz (véase p. 131), un episodio depresivo mayor sería la respuesta más común. El especificador **con inicio en torno al parto** puede aplicarse a los trastornos bipolares I y II, y a cualquier tipo de trastorno depresivo mayor o trastorno psicótico breve (véase en el cuadro 3-3 todas las aplicaciones, excepto la del trastorno psicótico breve).

Características esenciales del **especificador con inicio en torno al parto**

Un trastorno del estado de ánimo en una mujer comienza durante el embarazo o en el transcurso de un mes tras el parto.

Notas para codificación

Vea la aplicación en el cuadro 3-3.

En los trastornos del estado de ánimo se le denomina **con inicio en torno al parto**. Sin embargo, cuando ocurre en el trastorno psicótico breve, se denomina **con inicio puerperal**, incluso si ahí se describe que sucede “durante el embarazo o en el transcurso de cuatro semanas tras el parto”. Se trata sólo de otro problemita que quizá se arregle poco a poco. Utilice cualquiera de estas formas en cualquier contexto y es probable que se le siga entendiendo.

Con características psicóticas

Sin tener en cuenta la calificación de la intensidad, algunos pacientes con episodios maníacos o depresivos mayores presentan ideas delirantes o alucinaciones (por supuesto, a casi todos estos pacientes usted los habrá calificado con enfermedad muy intensa, pero al menos en teoría es posible que alguno sólo presente unos cuantos síntomas, lo que incluye psicosis, que por alguna razón no le hayan generado gran inconveniente). Alrededor de la mitad de los pacientes con trastorno bipolar I desarrollará síntomas psicóticos; un número menor de individuos con trastorno depresivo mayor mostrará psicosis.

Los síntomas psicóticos pueden ser congruentes o no con el estado de ánimo. Si es posible, especifique:

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo. El contenido de las ideas delirantes o alucinaciones del paciente se encuentra del todo en línea con los temas usuales del episodio del estado de ánimo pertinente. En la depresión mayor, incluyen muerte, enfermedad, culpa, ideas delirantes de nihilismo (falta de valor), ineptitud personal o castigo merecido; en el caso de la manía, incluyen ideas exageradas de identidad, conocimiento, poder, autovalía o relación con Dios o alguien famoso.

Con características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo. El contenido de las ideas delirantes o alucinaciones del paciente no concuerda con los temas usuales del episodio de estado de ánimo. Para la manía y la depresión mayor, incluyen ideas delirantes de persecución, control, transmisión del pensamiento e inserción de ideas.

Características esenciales del **especificador con características psicóticas**

El paciente tiene alucinaciones o ideas delirantes.

Notas para codificación

Si es posible, especifique:

Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo. Los síntomas psicóticos corresponden con lo que se esperaría del estado de ánimo maníaco o depresivo básico (véase antes).

Con características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo. No coinciden.

Especificadores que describen patrones del episodio

Dos especificadores describen la frecuencia o el momento de desarrollo de los episodios del estado de ánimo. Sus usos apropiados se resumen más adelante en el cuadro 3-3, al igual que aquéllos para otros tipos de especificadores.

Con ciclado rápido

Por lo general, los trastornos bipolares siguen una evolución más o menos indolente: cierto número de meses (quizá entre 3 y 9) de depresión, a los que sigue un número un poco menor de meses de manía o hipomanía. Además de su número, los episodios independientes cumplen todos los criterios para los episodios depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco. Conforme el paciente envejece, todo el ciclo tiende a acelerarse, pero casi todos los enfermos desarrollan más de un ciclo de altibajos por año, incluso después de cinco o más ciclos completos. No obstante, algunos pacientes, en particular mujeres, ciclan mucho más rápido que esto: pueden pasar de la manía a la depresión y de nuevo a la manía en el transcurso de pocas semanas (sus síntomas cumplen todos los requisitos del episodio del estado de ánimo; en ese sentido difieren del trastorno ciclotímico).

La investigación reciente sugiere que los enfermos que muestran un ciclado rápido tienen mayor probabilidad de provenir de estratos socioeconómicos más altos; además, un antecedente de ciclado rápido predice que este patrón persistirá. Las personas con ciclado rápido pueden ser más difíciles de manejar con los regímenes estandarizados para mantenimiento que otros individuos, y pueden tener un pronóstico general más pobre. **Con ciclado rápido** puede aplicarse a los trastornos bipolar I y bipolar II.

Características esenciales del **especificador con ciclado rápido**

Un paciente desarrolla cuatro o más episodios de depresión mayor, manía o hipomanía por año.

Notas para codificación

Para considerarse como un episodio independiente, debe estar marcado por una remisión (parcial o total) de dos o más meses, o por un cambio de la polaridad (como de un episodio maníaco a uno de depresión mayor).

Con patrón estacional

Aquí se presenta otro especificador de los trastornos del estado de ánimo que sólo se ha reconocido en las últimas décadas. En el patrón usual, los síntomas depresivos (a veces también son atípicos) aparecen durante el otoño o el invierno y disminuyen en la primavera y el verano. Los individuos con depresión invernal pueden referir otras dificultades, como síntomas de trastornos dolorosos o búsqueda de carbohidratos, durante su fase de depresión. Las depresiones invernales ocurren las más de las veces en climas polares, en particular en el lejano Norte, y las personas más jóvenes pueden ser más susceptibles. El especificador **con patrón estacional** puede aplicarse a los trastornos bipolar I y bipolar II, así como al trastorno depresivo mayor de tipo recurrente. También

puede existir un patrón estacional en los síntomas maníacos, aunque se encuentra mucho menos definido (los pacientes con trastorno bipolar I pueden experimentar un patrón estacional con un solo tipo de episodio y no con el otro).

El trastorno bipolar II de Sal Camozzi incluía un patrón estacional. Su caso clínico se presenta en el capítulo 11 (p. 304).

Características esenciales del **especificador con patrón estacional**

Los episodios del estado de ánimo del paciente comienzan (y terminan) de manera repetida casi en el mismo periodo del año. Los episodios estacionales han sido los únicos que se han presentado al menos durante dos años previos. A lo largo de la vida, los episodios estacionales son notablemente más numerosos que los que no lo son.

La letra pequeña

Descarte los ejemplos donde haya una causa estacional clara, como quedarse sin trabajo cada verano.

Reunión de todos los elementos: codificación y etiquetado de los trastornos del estado de ánimo

La codificación y el etiquetado de los trastornos del estado de ánimo, en particular el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I, siempre han sido empresas complejas; y el DSM-5 y la CIE-10 las han complicado aún más. El cuadro 3-2 expone los códigos potenciales para los trastornos bipolar I y depresivo mayor. En una nota al pie de ese cuadro se señalan dos ejemplos de cómo deben etiquetarse presentaciones particulares de estos trastornos.

Además de los tres tipos bipolares que se mencionan en el cuadro 3-2, también existe la posibilidad de un trastorno bipolar I de tipo no especificado. Este diagnóstico está pensado ante todo para que lo utilicen los individuos en el departamento de registro cuando nos negamos a indicar la polaridad del episodio más reciente. Los clínicos de ordinario deberíamos tener pocas oportunidades para utilizar ese código. Puesto que el tipo de episodio se desconoce, no pueden aplicarse especificadores para el mismo.

El cuadro 3-3 (p. 168) resume todos los descriptores y especificadores que pueden aplicarse a los trastornos del estado de ánimo e indica con cuáles trastornos puede utilizarse cada modificador.

El DSM-5 no dice que la depresión en el trastorno bipolar II pueda tener características atípicas, melancólicas o psicóticas. Pero tampoco dice lo contrario. **Yo** digo que si usted identifica a un paciente con trastorno bipolar II que cuenta con cualquiera de esas características, levántese de inmediato y dígalos. Le hará un bien increíble.

Cuadro 3-2. Codificación para los trastornos bipolar I y depresivo mayor

| Intensidad | Trastorno bipolar I, episodio en curso o más reciente ^a | | | Trastorno depresivo mayor, episodio en curso o más reciente | |
|---|--|---|-----------------|---|-----------------|
| | Maníaco | Hipomaniaco | Depresivo | Único | Recurrente |
| Leve ^b | F31.11 [296.41] | F31.0 [296.40] (sin intensidad ni psicosis en los episodios hipomaniacos) | F31.31 [296.51] | F32.0 [296.21] | F33.0 [296.31] |
| Moderado ^c | F31.12 [296.42] | | F31.32 [296.52] | F32.1 [296.22] | F33.1 [296.32] |
| Grave ^d | F31.13 [296.43] | | F31.4 [296.53] | F32.2 [296.23] | F33.2 [296.33] |
| Con características psicóticas ^e | F31.2 [296.44] | — | F31.5 [296.54] | F32.3 [296.24] | F33.3 [296.34] |
| En remisión parcial ^f | F31.73 [296.45] | F31.71 [296.45] | F31.75 [296.55] | F32.4 [296.25] | F33.41 [296.35] |
| En remisión completa ^g | F31.74 [296.46] | F31.72 [296.46] | F31.76 [296.56] | F32.5 [296.26] | F33.42 [296.36] |
| No especificado | F31.9 [296.40] | | F31.9 [296.50] | F32.9 [296.20] | F33.9 [296.30] |

Nota: Aquí se muestran dos ejemplos de la forma en que usted integra el diagnóstico: Trastorno bipolar I, maníaco, grave con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo, con inicio en torno al parto, con características mixtas. Trastorno depresivo mayor, recurrente, en remisión parcial, con patrón estacional. Observe el orden: nombre → tipo de episodio → intensidad/psicosis/remisión → otros especificadores.

^a Si no se especifica el tipo bipolar I, utilice el código F31.9 [296.7].

^b Leve. Cumple el mínimo de síntomas, los cuales generan tensión pero interfieren muy poco en el desempeño.

^c Moderado. Intermedio entre leve y grave.

^d Grave. Muchos síntomas intensos que afectan de manera profunda el desempeño del paciente.

^e Si existen características psicóticas, utilice estos números de código sin considerar la intensidad (de cualquier manera, casi siempre será grave). Registre estas características como congruentes o incongruentes con el estado de ánimo (p. 164).

^f En remisión parcial. Los síntomas ya no son suficientes para cumplir los criterios.

^g En remisión completa. Durante dos meses o más el paciente se ha mantenido básicamente libre de síntomas.

Otros trastornos del estado de ánimo especificados y no especificados

F31.89 [296.89] Otro trastorno bipolar especificado y relacionado

Utilice otro trastorno bipolar especificado y relacionado cuando desee escribir la razón específica por la que su paciente no puede recibir un diagnóstico bipolar más definido. Para prevenir el uso excesivo y la “medicalización” de los vaivenes normales del estado de ánimo, el paciente debe contar con síntomas que no califiquen para asignar un diagnóstico de trastorno bipolar más específico y que causen tensión o interfieran en el desempeño normal del individuo. El DSM-5 presenta varios ejemplos:

Episodios hipomaniacos de corta duración (2 a 3 días) y episodios depresivos mayores. Un paciente con estas características tendrá por lo menos un episodio depresivo mayor del todo fundamentado, además de al menos un episodio de hipomanía demasiado breve (2 a 3 días) para justificar un diagnóstico de trastorno bipolar II. Puesto que la depresión y la hipomanía no ocurren a la vez, no resultaría apropiado usar la designación **con características mixtas**.

Cuadro 3-3. Descriptores y especificadores que pueden aplicarse a los trastornos del estado de ánimo

| Trastorno | Intensidad/ remisión (p. 158) | Con caracte- rísticas mixtas (p. 161) | Con tensión ansiosa (p. 159) | Con catato- nia ^a (p. 160) | Con caracte- rísticas atípicas (p. 160) | Con caracte- rísticas melancóli- cas (p. 161) | Con inicio en torno al parto (p. 163) | Con caracte- rísticas psicóticas (p. 164) | Con ciclado rápido (p. 165) | Con patrón estacional (p. 165) |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|------------------------------------|---|--|--|--|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Depresión mayor | | | | | | | | | | |
| Episodio único | X | X | X | X | X | X | X | X | | |
| Recurrente | X | X | X | X | X | X | X | X | | X |
| Bipolar I | | | | | | | | | | |
| Más recien- te, manía | X | X | X | X | | X | X | X | X | X |
| Más recien- te, depresión | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Más re- ciente, hipomanía | X | X | X | | | | X | | X | X |
| Más re- ciente, no especificado | | | | | | | | | | |
| Bipolar II | | | | | | | | | | |
| Más reciente, hi- pomaniaco | X | X | X | | | | X | | X | |
| Más recien- te, depresivo | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Ciclotimia | | | X | | | | | | | |
| Persistente (distimia) | X | X | X | | X | X | X | X | | |

Nota: Este cuadro puede ayudarle a elegir la a veces larga cadena de nombres, códigos y modificadores para los trastornos del estado de ánimo. Comience leyendo de izquierda a derecha el cuadro y agregue cualquier modificador que aplique en el orden en que lo encuentre. La distimia también puede tener inicio temprano o tardío, además de distintos especificadores adicionales (p. 140).

^a El especificador de la catatonía requiere su propia línea para código y descripción (véase p. 100).

Episodios hipomaniacos con síntomas insuficientes y episodios depresivos mayores.

Un paciente con estas características habrá presentado por lo menos un episodio depresivo mayor pero ningún episodio maniaco o hipomaniaco, si bien habrá padecido por lo menos un cuadro de **hipomanía subumbral**. Es decir, la fase de exaltación es larga (cuatro días o más), pero hay un déficit de un síntoma o dos respecto de la cifra requerida para un episodio hipomaniaco (exaltación del estado de ánimo más uno o dos de los otros síntomas del episodio hipomaniaco, o estado de ánimo irritable más dos o tres de los otros síntomas de hipomanía). Los síntomas hipomaniacos y depresivos mayores no se sobreponen, de manera que no puede denominarlo episodio depresivo mayor con características mixtas.

Episodio hipomaniaco sin episodio depresivo mayor previo. Con este diagnóstico, usted clasificaría (lo que no sorprende) a una persona que presentó un episodio de hipomanía pero que nunca ha cumplido todos los criterios para un episodio depresivo mayor o un episodio maniaco.

Ciclotimia de corta duración. En un periodo menor de dos años (menos de 12 meses para un niño o adolescente), un paciente de este tipo habrá presentado episodios múltiples tanto de síntomas hipomaniacos como de síntomas depresivos, todos los cuales habrán sido demasiado breves o habrán tenido muy pocos síntomas para justificar el diagnóstico de episodio depresivo mayor o hipomaniaco. Por supuesto, no existirán manías o síntomas de psicosis. Los individuos con ciclotimia de corta duración tendrán síntomas la mayor parte del tiempo y carecerán de síntomas durante periodos superiores a dos meses.

Observe que el DSM-5 nos alerta para **no** utilizar sólo otro trastorno bipolar especificado u otro trastorno depresivo especificado como diagnóstico definitivo. También debemos indicar, de manera detallada, uno de los muchos títulos (a menudo engorrosos) que se incluyen en la lista bipolar incluida justo antes y en la lista depresiva que le sigue. Una cosa es cierta: sin considerar cuáles de los distintos términos discretos elijamos, sólo existe un número de código para cada una de estas dos categorías de incertidumbre.

F31.9 [296.80] Trastorno bipolar no especificado y relacionado

Y aquí usted incluiría a los pacientes de quienes no le interesa indicar la razón por la cual no establece un diagnóstico de alguna condición bipolar bien definida.

F32.8 [311] Otro trastorno depresivo especificado

Utilice otro trastorno depresivo especificado de la misma manera que se describe antes para otro trastorno bipolar especificado y relacionado. El DSM-5 presenta los siguientes ejemplos de otro trastorno depresivo especificado:

Depresión breve recurrente. Cada mes durante 12 meses o más, con duración de 2 a 13 días por periodo, estos pacientes presentan abatimiento del estado de ánimo, además de al

menos cuatro síntomas distintos de depresión que no se relacionan con la menstruación. Los pacientes nunca han cubierto los criterios para algún otro trastorno del estado de ánimo y no han mostrado psicosis.

Episodio depresivo de corta duración. Estos pacientes cubrirían los criterios para el episodio depresivo mayor excepto por la duración: sus episodios perduran entre 4 y 13 días. Aquí está toda la historia: estado de ánimo depresivo; por lo menos cuatro síntomas depresivos mayores adicionales; tensión o disfunción con relevancia clínica; nunca han cubierto los criterios para otros trastornos del estado de ánimo; no presentan psicosis en la actualidad; y no cubren los criterios para otras condiciones.

Episodio depresivo con síntomas insuficientes. Estos pacientes cubrirían los criterios (duración, tensión) para una depresión mayor, excepto porque tienen muy pocos síntomas. No presentan otro trastorno psicótico o del estado de ánimo.

F32.9 [31 1] Trastorno depresivo no especificado

Al igual que para el trastorno bipolar no especificado y relacionado, cuando a usted no le interesa indicar la razón por la cual no establece un diagnóstico más seguro, puede recurrir a la categoría del trastorno depresivo no especificado. La ventaja: los trastornos del estado de ánimo “de etiología incierta” se han utilizado con tanta frecuencia en el pasado que su valor está minado.

Cada vez que nosotros los clínicos identificamos a un paciente con esquizofrenia y trastorno depresivo postpsicótico, o alguno con un episodio depresivo mayor sobrepuesto a una psicosis, debemos reflexionar con mucho cuidado sobre el diagnóstico. De la misma manera, la presencia de un episodio maniaco en un individuo que recibió antes el diagnóstico de psicosis nos debe llevar a preguntarnos si el diagnóstico inicial fue correcto. En ambos casos, algunos de estos pacientes pueden padecer en realidad trastorno bipolar I y no esquizofrenia o algún otro trastorno psicótico. Esto parecería ser un problema persistente, sin considerar la edición del DSM que utilizemos.

Trastornos de ansiedad

Guía rápida para los trastornos de ansiedad

Es posible diagnosticar uno o más de los siguientes trastornos en personas que presentan con síntomas notables de ansiedad; un solo individuo puede padecer más de un trastorno de ansiedad. Como de costumbre, el número de página que sigue a cada elemento indica el punto en que inicia un análisis más detallado.

Trastornos de ansiedad primarios

Trastorno de pánico. Estos pacientes experimentan repetidos ataques de pánico, episodios breves de temor intenso acompañados por distintos síntomas físicos y de otros tipos, aunado a la inquietud de desarrollar otras crisis y otros cambios conductuales relacionados (p. 176).

Agorafobia. Los pacientes con esta afección temen a situaciones o lugares como ingresar a una tienda, donde pudieran tener dificultad para conseguir ayuda si desarrollaran ansiedad (p. 179).

Fobia específica. En esta condición, los pacientes temen a objetos o situaciones específicos. Algunos ejemplos son animales, tormentas, alturas, sangre, aviones, sitios cerrados o cualquier situación que pudiera causar vómito, asfixia o desarrollo de alguna enfermedad (p. 182).

Trastorno de ansiedad social. Estos individuos se imaginan avergonzados cuando hablan, escriben o comen en público, o usan un baño público (p. 185).

Mutismo selectivo. Un niño decide no hablar, excepto cuando está solo o con ciertas personas cercanas (p. 187).

Trastorno de ansiedad generalizada. Si bien estas personas no experimentan episodios de pánico agudo, se sienten tensas o ansiosas gran parte del tiempo y se preocupan por muchas cuestiones distintas (p. 191).

Trastorno de ansiedad por separación. El paciente desarrolla ansiedad cuando se separa de un progenitor o de alguna otra figura a la que se siente apegado (p. 188).

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. Los ataques de pánico y los síntomas de ansiedad generalizada pueden ser causados por numerosas afecciones médicas (p. 195).

Trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicamento. El consumo de una sustancia o medicamento ha desencadenado ataques de pánico u otros síntomas de ansiedad (p. 193).

Otro trastorno de ansiedad especificado o no especificado. Utilice estas categorías para los trastornos con síntomas de ansiedad notables que no corresponden claramente a ninguno de los grupos previos (p. 198).

Otras causas de ansiedad y síntomas relacionados

Trastorno obsesivo-compulsivo. Estos enfermos se inquietan por pensamientos o conductas repetidos que pueden parecer sin sentido, incluso para ellos (p. 200).

Trastorno de estrés postraumático. Un evento traumático intenso, como un combate o un desastre natural, se experimenta de nuevo una y otra vez (p. 219).

Trastorno de estrés agudo. Esta afección es muy parecida al trastorno de estrés postraumático, excepto porque inicia durante o inmediatamente después de un evento estresante y dura un mes o menos (p. 224).

Trastorno de la personalidad por evitación. Estas personas tímidas se sienten heridas muy fácilmente por la crítica que dudan en involucrarse con otras (p. 553).

Especificador “con tensión ansiosa” para el trastorno depresivo mayor. Algunos individuos con trastorno depresivo mayor tienen gran tensión y ansiedad (p. 159).

Trastorno de síntomas somáticos y trastorno de ansiedad por enfermedad. Con frecuencia, el pánico y otros síntomas de ansiedad forman parte de algún trastorno de síntomas somáticos y del trastorno de ansiedad por enfermedad (pp. 251 y 260).

Introducción

Las afecciones que se discuten en este capítulo se caracterizan por la ansiedad y las conductas con las que los individuos tratan de protegerse de ella. Los trastornos de pánico, las distintas fobias y el trastorno de ansiedad generalizada se encuentran entre los trastornos mentales mencionados por el DSM-5 que se identifican con mayor frecuencia. Sin embargo, para analizarlos, también debemos tener en mente tres hechos adicionales relativos a la ansiedad.

El primero es que cierto grado de ansiedad no sólo es normal, sino adaptativa y quizá vital para nuestro bienestar y desempeño normal. Por ejemplo, cuando estamos por someternos a un examen o hablar en público (o escribir un libro), el temor al fracaso nos induce a lograr una preparación adecuada. De manera similar, el temor normal se encuentra detrás de la cautela saludable que tenemos para evitar el endeudamiento excesivo, a los criminales violentos y la hiedra venenosa.

La ansiedad también es un síntoma que se encuentra en muchos, quizá en casi todos, los trastornos mentales. Puesto que es tan dramática, en ocasiones centramos nuestra atención en la ansiedad e ignoramos datos de los antecedentes y otros síntomas (depresión, consumo de sustancias y problemas de la memoria, por mencionar algunos) que resultan cruciales para el diagnóstico. He entrevistado a innumerables pacientes cuyos síntomas de ansiedad han enmascarado trastornos del estado de ánimo, de síntomas somáticos y de otros tipos, afecciones que a menudo no sólo son muy sensibles al tratamiento cuando se les reconoce, sino mortales si no reciben manejo.

La tercera cuestión que deseo enfatizar es que los síntomas de ansiedad pueden revelar en ocasiones la presencia de algún problema por consumo de sustancias, otra afección médica o incluso un trastorno mental por completo distinto (como alguno del estado de ánimo, de síntomas somáticos, cognitivo o correlacionado con sustancias). Estas condiciones deben descartarse en cualquier individuo que se presente con ansiedad o conducta de evitación.

Una vez más, modifiqué la organización del DSM-5, que parece depender de la edad característica de inicio (la mayor parte de los trastornos de ansiedad comienzan cuando el paciente es relativamente joven). En vez de esto, comencé con los ataques de pánico, puesto que se presentan junto con todos los trastornos de ansiedad (y muchos otros).

Ataque de pánico

Una persona a punto de un ataque de pánico tiene un presentimiento, una sensación de desastre que suele ir acompañada de síntomas cardíacos (como irregularidad o aceleración del latido cardíaco) y problemas para respirar (disnea, dolor torácico). El ataque suele iniciar de manera abrupta y aumenta con rapidez hasta alcanzar su expresión máxima; esta experiencia desagradable suele durar en total menos de media hora.

Aquí están algunos hechos importantes relacionados con los ataques de pánico:

- Son comunes (quizá 30% de los adultos ha experimentado por lo menos uno). En un periodo de 12 meses, más de 10% de los estadounidenses tendrá uno (si bien su frecuencia en europeos parece corresponder a la tercera parte de ese porcentaje).
- Las mujeres resultan a menudo más afectadas que los varones.
- Ocurren como experiencias aisladas en adultos normales; en tales casos, no se diagnostican.
- Los ataques de pánico pueden tener una incidencia muy variable, desde sólo unos cuantos episodios en la vida de algunos individuos hasta muchas veces por semana en otros. Algunos pacientes incluso despiertan por la noche con ataques **nocturnos**.
- Si no se tratan, pueden ser muy debilitantes. Muchos individuos cambian su comportamiento en respuesta al temor de que los ataques sean de tipo psicótico o deriven de alguna enfermedad física.
- A veces, su tratamiento es sencillo, quizá sólo tranquilizar un poco al individuo o darle una bolsa de papel para que respire dentro de ella.

- Sin embargo, en otras ocasiones los ataques de pánico enmascaran otras enfermedades, que van desde los trastornos del estado de ánimo hasta los infartos.
- Algunos ataques de pánico se desencadenan en situaciones específicas, como atravesar un puente o caminar por un supermercado lleno. Se dice que los ataques de este tipo son **inducidos** o **vinculados a situaciones**. Otros carecen de relación con algún estímulo específico y se generan de manera espontánea, como en el trastorno de pánico. A éstos se les denomina inesperados o **no inducidos**. Un tercer tipo, los ataques **con predisposición situacional**, consiste en ataques en los que el paciente con frecuencia (pero no de manera invariable) desarrolla pánico al enfrentarse al estímulo.
- El paciente puede encontrarse tranquilo o ansioso cuando comienzan a intensificarse los síntomas de pánico.
- Por sí mismos, los ataques de pánico no son codificables. Se presentan los criterios de manera que puedan identificarse y aplicarse como especificador para cualquier trastorno que resulte apropiado. Por supuesto, siempre ocurren en el trastorno de pánico, pero en ese caso usted no necesita especificarlos: van con el paquete.

Los ataques de pánico patológicos suelen iniciar después de los 20 años. Los ataques de pánico pueden presentarse sin otros síntomas (cuando pueden calificar para un diagnóstico de trastorno de pánico) o relacionados con otros trastornos más, entre los que se encuentran agorafobia, trastorno de ansiedad social, fobia específica, trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos del estado de ánimo y trastornos psicóticos. También pueden formar parte del trastorno de ansiedad debido a otra afección médica y del trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

Características esenciales del **ataque de pánico**

Un ataque de pánico es el miedo, en ocasiones terror intenso, que inicia de manera súbita y se acompaña de distintos síntomas clásicos de «lucha o fuga», además de algunos otros, como dolor torácico, escalofríos, calor excesivo, ahogamiento, disnea, frecuencia cardíaca rápida o irregular, hormigueo o adormecimiento, sudoración excesiva, náusea, mareo y temblor. Como consecuencia, estos individuos pueden tener una sensación de irrealidad o temer estar perdiendo la cabeza o muriendo. Se requieren al menos cuatro sensaciones somáticas.

Notas para codificación

El ataque de pánico no es un trastorno codificable. Constituye la base del trastorno de pánico y puede agregarse como especificador en otros diagnósticos. Entre éstos se encuentran el trastorno de estrés postraumático, diversos trastornos de ansiedad y otros trastornos mentales (como trastornos de la alimentación, del estado de ánimo, psicóticos, de la personalidad y por consumo de sustancias). Incluso se les identifica en afecciones médicas que afectan al corazón, pulmones y tubo digestivo.

Shorty Rheinbold

Sentado en la sala de espera del consultorio médico, Shorty Rheinbold debería haber estado relajado. La iluminación era suave, la música, tranquilizante; el sofá en el que estaba sentado era cómodo. Los peces ángel nadaban lentamente en su pecera de cristal reluciente. Pero Shorty no se sentía para nada tranquilo. Quizá era la recepcionista; se preguntaba si ella estaba calificada para atender alguna urgencia que derivara de su problema. Su aspecto era un poco como el de un tejón, con su hoyo detrás de la computadora. Desde hacía varios minutos, con cada latido de su corazón se iba sintiendo peor.

Su corazón era la clave. Al principio, cuando Shorty se sentó, ni siquiera lo había notado: latía en silencio haciendo su trabajo dentro de su pecho. Pero entonces, sin aviso previo, había comenzado a demandar su atención. Primero sólo se había saltado uno o dos latidos, pero después de un minuto había comenzado a golpear con ferocidad el interior de su pared torácica. Cada latido se había vuelto un golpe doloroso y lacerante que le obligaba a sostenerse el pecho. Trataba de mantener sus manos bajo su chamarra para no atraer demasiado la atención.

El corazón latiente y el dolor en el pecho sólo podían significar una cosa: después de dos semanas de sufrir ataques cada cierto tiempo, Shorty comenzó a entender el mensaje. Entonces, justo en el momento previsto, empezó la falta de aire. Parecía originarse en la región izquierda de su pecho, donde su corazón estaba causando todo el daño. Fue subiendo por sus pulmones hasta alcanzar la garganta, y luego le apretó el cuello, de manera que sólo podía introducir un poco de aire cada vez.

¡Estaba muriendo! Por supuesto, el cardiólogo que Shorty había consultado la semana anterior le había asegurado que su corazón sonaba tan bien como una campana de bronce, pero esta vez él sabía que iba a fallar. No podía imaginar por qué no había muerto antes; lo había temido en cada ataque. Ahora parecía imposible que sobreviviera a éste. ¿Siquiera lo deseaba? Ese pensamiento le hizo de pronto querer vomitar.

Shorty se inclinó hacia delante para poder sujetar tanto su pecho como su abdomen de la manera más discreta posible. Difícilmente podía sostener algo: en sus dedos habían comenzado el hormigueo y el adormecimiento usuales, y podía sentir el temblor de sus manos que trataban de contener los distintos padecimientos que se habían apoderado de su cuerpo.

Miró hacia el otro lado de la habitación para verificar si la Srita. Tejón se había dado cuenta. De ese sitio no llegaba ninguna ayuda; ella seguía escribiendo en su teclado. Quizá todos los pacientes se comportaban de esta manera. Quizá, súbitamente, **había** un observador. ¡Shorty se estaba mirando! Cierta parte de él flotaba libre y parecía mantenerse suspendida, a una altura a la mitad de la pared. Desde ese punto de observación, podía mirar hacia abajo y contemplar con lástima y desdén la carne trémula que era, o había sido, Shorty Rheinbold.

En ese momento, el espíritu de Shorty vio que la cara del Shorty se había puesto muy roja. Un aire caliente había llenado su cabeza, que parecía expandirse con cada respiración. Flotó todavía más alto y el techo se desvaneció; voló hacia los rayos brillantes del sol. Apretó los párpados, pero no pudo evitar que la luz cegadora entrara a sus ojos.

La depresión se identifica con mucha frecuencia en pacientes que refieren ataques de pánico recurrentes que la asociación no puede sobreemfatizarse. Algunos estudios sugieren que más de la mitad de los pacientes con trastorno de pánico también tiene trastorno depresivo mayor. Resulta

claro que debemos valorar con cuidado los síntomas de algún trastorno del estado de ánimo en cualquier individuo con síntomas de pánico.

Evaluación de Shorty Rheinbold

El ataque de pánico de Shorty era típico: comenzó de manera súbita, se desarrolló con rapidez e incluyó una dosis generosa de los síntomas requeridos. Su disnea (criterio A4) y las palpitaciones (A1) son síntomas clásicos del ataque de pánico; también presentaba dolor en el pecho (A6), sensación de inestabilidad (A8) y adormecimiento de los dedos (A10). El miedo de Shorty de morir (A13) es típico de los temores que los pacientes exhiben durante un ataque. La sensación de observarse (despersonalización, A11) es un síntoma menos común de pánico. Sólo necesitaba cuatro de estos síntomas para identificar un cuadro de ataque de pánico.

El ataque de pánico de Shorty no fue inducido, lo que significa que pareció desarrollarse de manera espontánea, sin provocación. No reconocía ningún evento, objeto o pensamiento que lo hubiera desencadenado. Los ataques no inducidos son característicos del **trastorno de pánico**, que también puede incluir ataques inducidos (o vinculados a situaciones). Los ataques de pánico que se desarrollan en el **trastorno de ansiedad social** y la **fobia específica** se desencadenan por los estímulos que de manera repetida y predecible jalan el gatillo.

Los ataques de pánico pueden presentarse en distintas **afecciones médicas**. Una de ellas es el infarto agudo del miocardio, enfermedad que más temen muchos de los pacientes con pánico. Por supuesto, cuando existe indicación para ello, los pacientes con síntomas como los de Shorty deben ser valorados para descartar un infarto del miocardio y otros trastornos médicos, entre ellos, hipoglucemia, arritmias, prolapso de la válvula mitral, epilepsia del lóbulo temporal y desarrollo de un tumor infrecuente de la glándula suprarrenal denominado feocromocitoma. Los ataques de pánico también ocurren en caso de intoxicación con distintas **sustancias psicoactivas**, como **anfetaminas**, **marihuana** y **cafeína** (observe que, además, algunos individuos consumen de manera inapropiada alcohol o fármacos sedantes con la intención de reducir la intensidad de sus ataques de pánico).

No existe un número de código relacionado con el ataque de pánico. El diagnóstico completo de Shorty lo mostraré más adelante.

F41.0 [300.01] Trastorno de pánico

El trastorno de pánico es un trastorno de ansiedad frecuente en el que el paciente experimenta ataques de pánico **inesperados** (por lo general, muchos, pero siempre más de uno) y le preocupa desarrollar algún otro. Si bien los ataques de pánico suelen ser no inducidos, también se presentan ataques con predisposición situacional o inducidos/con vínculo situacional (véase las definiciones en los párrafos previos). Una minoría importante tendrá ataques de pánico nocturnos, así como durante la vigilia. Quizá la mitad de los pacientes con trastorno de pánico también desarrolla síntomas de agorafobia (véase p. 179), aunque en muchos casos no ocurre.

Por lo general, el trastorno de pánico inicia poco después de los 20 años. Es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes, y se identifica en 1 a 4% de la población general adulta (10% es la cifra aproximada de ataques de pánico en general). En particular, es común entre mujeres.

Características esenciales del trastorno de pánico

Como consecuencia de ataques de pánico inesperados (véase la descripción precedente), el paciente teme que se presenten de nuevo o trata de evitar el desarrollo de ataques adicionales tomando medidas (ineficaces) como abandonar las actividades que alguna vez prefirió o evitar acudir a sitios en los que los ataques han ocurrido.

La letra pequeña

No olvide las D: • Duración (un mes o más) • Discapacidad o malestar (como se indica antes) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, otros trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y psicóticos, trastorno obsesivo-compulsivo [TOC], TEPT, peligro real).

Shorty Rheinbold otra vez

Shorty abrió los ojos para descubrir que estaba recostado sobre su espalda en el piso de la sala de espera. Dos personas estaban inclinadas sobre él. Una era la recepcionista. No reconoció a la otra persona, pero supuso que debía ser el clínico de salud mental que debía entrevistarle.

“Siento como si usted hubiera salvado mi vida”, dijo.

“No en realidad”, respondió el clínico. “Usted está bien. ¿Le pasa esto a menudo?”

“Ahora, cada dos o tres días”. Shorty se sentó con cuidado. Después de un momento o dos, les permitió ayudarlo a ponerse de pie y pasar al consultorio.

Al inicio no estaba claro en qué momento había comenzado su problema. Shorty tenía 24 años y había pasado cuatro en la Guardia costera. Desde su despido, había dado algunas vueltas y luego se había mudado con sus compañeros mientras trabajaba en la construcción. Seis meses antes había conseguido un trabajo como cajero en una gasolinera.

Estaba bien: estar sentado dentro de una cabina de cristal todo el día dando cambio, pasando las tarjetas de crédito por la terminal electrónica y vendiendo goma de mascar. El salario no era estimulante, pero no tenía que pagar renta. Incluso si cenaba fuera casi todas las noches, Shorty aún tenía dinero suficiente para salir los sábados por la noche con su chica. Ninguno de ellos bebía o usaba drogas, de modo que incluso eso no le hacía gastar dinero.

El problema había comenzado un día después de que Shorty había estado trabajando durante un par de meses, cuando el jefe le dijo que saliera en la grúa con Bruce, uno de los mecánicos. Se habían detenido en la carretera interestatal con dirección Este para levantar un viejo Buick Skylark que tenía quemada la junta de la cabeza del motor. Por alguna razón, tuvieron dificultad para subirlo a la grúa. Shorty estaba junto a la grúa del lado por el que circulaban los autos tratando de controlar el elevador de acuerdo con las instrucciones que Bruce le gritaba. De pronto, pasó rugiendo junto a él una caravana de cabezas de tráiler. El ruido y la ráfaga de viento tomaron a Shorty por sorpresa. Giró al lado de la grúa, cayó y rodó hasta detenerse a pocos centímetros de distancia de donde pasaban las enormes llantas.

El color de Shorty y su frecuencia cardíaca habían vuelto a la normalidad. El resto de su historia fue fácil de contar. Siguió saliendo en la grúa, aunque se sentía asustado y cerca del

pánico cada vez que lo hacía. Sólo iba cuando estaba Bruce, y evitaba con recelo colocarse del lado del tráfico vehicular.

Pero eso no era lo peor del problema; siempre había la posibilidad de renunciar y conseguir otro trabajo. A últimas fechas, Shorty había estado sufriendo estos ataques en otros momentos, cuando menos lo esperaba. Ahora nada parecía desencadenarlos; simplemente ocurrían, si bien no cuando estaba en casa o dentro de su cabina de cristal en el trabajo. Cuando fue de compras la semana anterior, tuvo que abandonar el carrito lleno con la despensa que iba a comprar para su madre. Ahora ni siquiera quería ir al cine con su novia. Durante las últimas semanas, le había sugerido pasar la noche del sábado en su casa para ver la televisión. Ella no se había quejado todavía, pero él sabía que sólo era cuestión de tiempo.

“A penas tengo fuerza suficiente para resistirlo durante la jornada”, dijo Shorty. “Pero tengo que tomar las riendas de esto. Estoy demasiado joven para pasar el resto de mi vida como un ermitaño metido en una cueva”.

Evaluación adicional de Shorty Rheinbold

El hecho de que Shorty experimentaba ataques de pánico ya estaba definido. En su origen se habían relacionado con la situación específica del trabajo con la grúa. Ahora, durante ya varios meses, se habían presentado cada cierto tiempo, y le habían tomado casi siempre por sorpresa (criterio A del trastorno de pánico). Sin duda acorazado y preocupado (B2), había modificado sus actividades con su novia (B2). Distintas **afecciones médicas** pueden desencadenar ataques de pánico; sin embargo, un cardiólogo había determinado en fecha reciente que Shorty estaba bien desde la perspectiva médica. El **trastorno de ansiedad inducido por sustancia** (C) también se descarta por los antecedentes: Shorty no consumía drogas o alcohol (sin embargo, es necesario estar alerta para detectar a los pacientes que ese “medican” con drogas o alcohol para controlar sus ataques de pánico). Sin otro trastorno mental más factible (D), sus síntomas respaldan por completo el diagnóstico de trastorno de pánico.

Pero espere, como dicen, aún hay más, por lo que tendremos que considerar los síntomas de la agorafobia. En fecha reciente, Shorty había temido todo tipo de situaciones distintas que implicaran alejarse del hogar: conducir, hacer compras, incluso ir al cine (criterio A de la agorafobia), que casi siempre le provocaban pánico (C). Como consecuencia, evitaba esas situaciones, o tenía que ser acompañado por Bruce o su novia (D). El espacio de vida de Shorty ya había comenzado a contraerse como resultado de sus temores; sin tratamiento parecería sólo cuestión de tiempo antes de que tuviera que dejar su trabajo y permanecer en casa (G). Estos síntomas son típicos; no nos molestaremos en analizar su tiempo de evolución exacto, puesto que son muy graves (F). Cubrirán los requisitos para el diagnóstico de agorafobia, siempre que podamos descartar otra etiología para sus síntomas (H, I). Por supuesto, deberíamos interrogarle para determinar si lo impulsaba el temor de que no contaría con ayuda o que le sería difícil escapar (B), pero conociendo a Shorty, estoy seguro de la respuesta.

Los diagnósticos de **fobia específica** o **trastorno de ansiedad social** parecerían poco probables, debido a que el punto de concentración de la ansiedad de Shorty no era una sola cuestión (como los sitios cerrados) o alguna situación social. Los pacientes con **trastorno de síntomas somáticos** también refieren síntomas de ansiedad (no obstante, no constituyen un elemento para el diagnóstico), pero éste es un diagnóstico poco probable para un varón con salud física.

Si bien el caso clínico no hace referencia a esta posibilidad, el **trastorno depresivo mayor** es una afección comórbida del trastorno de pánico en la mitad de los casos. El peligro radica en que los síntomas de ansiedad muchas veces dramáticos hacen sombra a los síntomas depresivos sutiles, de modo que el clínico no los identifica. Cuando se cubren los criterios tanto para el trastorno de ansiedad como para algún trastorno del estado de ánimo, deben indicarse ambos. En pacientes con trastorno de pánico pueden coexistir otros trastornos de ansiedad, como el **trastorno de ansiedad generalizada** y la **fobia específica**.

El estado de ánimo de Shorty era ansioso, no deprimido o irritable. Yo le daría una calificación en la EEAG de 61. Su diagnóstico quedaría como sigue:

F41.0 [300.01] Trastorno de pánico
F40.00 [300.22] Agorafobia

Puede ser en verdad difícil diferenciar un trastorno de pánico y la agorafobia de otros trastornos de ansiedad que se acompañan de evitación (en particular, fobia específica y trastorno de ansiedad social). La decisión final suele depender del juicio clínico, si bien la información de los tipos siguientes puede ayudar:

1. ¿Cuántos ataques de pánico tiene el paciente y de qué tipo son (inducidos, no inducidos, con predisposición situacional)? Las crisis no inducidas sugieren trastorno de pánico, las inducidas, fobia específica o trastorno de ansiedad social (pero pueden mezclarse).
 2. ¿En cuántas situaciones se presentan? Las situaciones limitadas sugieren trastorno de fobia específica o de ansiedad social; los ataques que se presentan en situaciones diversas sugieren trastorno de pánico y agorafobia.
 3. ¿Despierta el paciente por la noche con ataques de pánico? Esta característica es más típica del trastorno de pánico.
 4. ¿Cuál es el elemento sobre el que se concentra el temor? Si es el desarrollo de un ataque de pánico subsecuente, el diagnóstico correcto pudiera ser trastorno de pánico; a menos que los ataques de pánico sólo ocurran cuando el paciente se encuentra, por ejemplo, viajando en un avión, en cuyo caso usted pudiera diagnosticar de manera correcta fobia específica, de tipo situacional.
 5. ¿Le preocupa de manera constante al paciente desarrollar ataques de pánico, incluso cuando no existe riesgo de enfrentar una situación temida (como subirse a un elevador)? Esto sugeriría trastorno de pánico y agorafobia.
-

F40.00 [300.22] Agorafobia

El ágora era la plaza del mercado de los antiguos griegos. En el uso contemporáneo, **agorafobia** se refiere al temor que algunas personas sienten ante cualquier situación embarazosa o lugar del que parezca difícil escapar, o donde pudiera no haber ayuda disponible en caso de que se desarrollaran síntomas de ansiedad. Son válidos los espacios abiertos o públicos, como los cines y los supermercados concurridos; también los viajes lejos del hogar. Las personas con agorafobia pueden evitar por completo el lugar o la situación temidos, o bien, en caso de necesitar enfrentarlos,

sufren ansiedad intensa o requieren la presencia de un acompañante. En todo caso, la agorafobia es un concepto para el cual los griegos no tenían un término; se utilizó por vez primera en 1873.

La agorafobia suele implicar situaciones como alejarse del hogar, pararse entre una multitud, permanecer solo en casa, estar sobre un puente o viajar en camión, auto o tren. La agorafobia puede desarrollarse con rapidez, en sólo unas semanas, como resultado de una serie de ataques de pánico (véase p. 173), cuando el temor de presentar ataques recurrentes hace que el paciente evite salir de casa o participar en otras actividades. Algunos individuos desarrollan agorafobia sin que la precedan ataques de pánico.

En los años recientes, los cálculos en cuanto a la prevalencia de la agorafobia se han elevado alrededor de 1 a 2%. Al igual que en el caso del trastorno de pánico, las mujeres son más susceptibles que los varones. El trastorno suele iniciar durante la adolescencia o después de los 20 años; no obstante, algunos pacientes desarrollan sus primeros síntomas luego de los 40 años. Con frecuencia, los ataques de pánico preceden al desarrollo de la agorafobia. Ésta tiene una carga hereditaria intensa.

Características esenciales de la **agorafobia**

Estos pacientes casi experimentan casi de manera invariable un grado de ansiedad o temor exagerado cuando deben estar solos o lejos del hogar. Hay muchas oportunidades para que se presente esa situación: subir a un autobús (o algún otro medio de transporte público), ir de compras, acudir al cine. Para algunos, resulta tan ordinario como caminar por un espacio abierto (mercado de pulgas, parque infantil), formar parte de una multitud o hacer una fila. Cuando usted explora su pensamiento, estas personas temen que la escapatoria sea imposible o que no haya ayuda disponible (en caso de pánico). De esta manera, evitan tales situaciones o sólo las confrontan con un amigo confiable o, si todo lo demás falla, las enfrentan con un sufrimiento excesivo.

La letra pequeña

No eluda las D: • Duración (seis meses o más) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, otros trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y psicóticos, TOC, TEPT, trastornos de ansiedad social y por separación, fobias situacionales, trastorno de pánico).

Lucy Gould

“Preferiría que se quedara conmigo, si está bien”. Lucy Gould respondió así a la sugerencia del médico de que su madre esperara fuera del consultorio. “Ya no tengo secretos para ella”.

Desde los 18 años, Lucy no había ido a ningún lugar sin su madre. En esos seis años difícilmente había ido a algún lado. “No hay manera de que salga sola; es como entrar en una zona de guerra. Si no hay alguien conmigo, me es difícil soportar acudir a las citas del médico y cosas por el estilo. Pero sigo sintiéndome terriblemente nerviosa”.

El nerviosismo que refería Lucy no incluía en realidad ataques de pánico; nunca había sentido que no pudiera respirar o estuviera a punto de morir. Experimentaba una agitación motriz intensa que le había hecho salir corriendo de centros comerciales, supermercados y cines. Tampoco podía viajar en transporte público; los autobuses y trenes la aterrorizaban. Tenía la sensación, vaga pero siempre presente, de que algo terrible ocurriría y nadie sería capaz de ayudarla. No había estado sola en público desde la semana previa a su ingreso a la secundaria. Sólo había sido capaz de subirse al estrado a recibir su diploma porque estaba con su mejor amiga, quien sabría qué hacer en caso de que ella necesitara ayuda.

Lucy siempre había sido una niña tímida, y sensible. La primera semana del preescolar, había llorado cada vez que su madre la dejaba sola en la escuela. Pero su padre había insistido en que “se fortaleciera”, y en pocas semanas casi había olvidado su terror. Posteriormente, había mantenido un registro escolar de asistencia casi perfecto. En aquel entonces, poco antes de su cumpleaños número 17, su padre había muerto de leucemia. Su terror de estar alejada de casa había iniciado en el transcurso de algunas semanas del funeral.

Para mejorar las cosas, su madre había vendido la casa y se habían mudado a un condominio que estaba enfrente de la secundaria. “Fue la única forma en que logré terminar mi último año”, explicó Lucy.

Durante varios años, Lucy se había encargado de las tareas del hogar mientras su madre ensamblaba tableros de circuitos para una firma electrónica ubicada fuera del pueblo. Lucy se sentía perfectamente cómoda en ese papel, incluso si su madre se mantenía alejada durante horas. Su salud física había sido buena; nunca había consumido drogas o alcohol; y nunca había tenido depresión, ideas suicidas, ideas delirantes o alucinaciones. Sin embargo, un año antes, Lucy había desarrollado diabetes dependiente de insulina, lo que la obligaba a hacer viajes frecuentes al médico. Había tratado de tomar el autobús sola, pero después de algunos fracasos —en una ocasión, a la mitad del tráfico, había forzado la puerta posterior para abrirla y había salido corriendo hacia su casa— se había dado por vencida. Ahora su madre estaba solicitando un apoyo por discapacidad, para poder permanecer en casa y darle a Lucy la ayuda y atención que requería.

Evaluación de Lucy Gould

Debido a sus temores, que eran exagerados y desproporcionados respecto del peligro real (criterio E), Lucy evitaba distintas situaciones y lugares, como supermercados, centros comerciales, autobuses y trenes (A). Si iba a ellos, necesitaba un acompañante (D). No podía indicar con precisión lo que pudiera ocurrir, sólo que sería terrible y embarazoso (incluso pudiera perder el control del esfínter vesical), y que era posible que no contara con ayuda (B). No resulta inusual que sus síntomas sólo salieran a la luz cuando otro problema (diabetes) le impidió permanecer en casa; la diabetes en sí misma no se relaciona con temores agorafóbicos (H). De acuerdo, usted tendrá que leer entre líneas el caso clínico para verificar si existen elementos de los criterios C (las situaciones casi siempre desencadenan ansiedad) y G (el paciente experimenta tensión o disfunción clínica relevante).

Los síntomas de Lucy eran demasiado variados para corresponder a una **fobia específica** o un **trastorno de ansiedad social** (observe también que, en la agorafobia, el peligro percibido emana del ambiente; en el trastorno de ansiedad social, deriva de la interacción con otros individuos). Su problema no era el temor a permanecer sola, como ocurriría en el **trastorno de an-**

siedad por separación (no obstante, cuando tenía 5 años, sin duda había tenido elementos para ese diagnóstico). No había tenido un trauma mayor, como en el caso del **TEPT** (la muerte de su padre fue traumática, pero sus propios síntomas no se concentraron en la vivencia repetida de esa experiencia). No existe indicación de que cursara con **TOC**. De esta manera, descartamos el criterio I.

La agorafobia puede acompañar a distintos diagnósticos, los más importantes de los cuales son los trastornos del estado de ánimo que incluyen episodios depresivos mayores. Sin embargo, Lucy negaba tener síntomas de depresión, psicosis y consumo de sustancias. Si bien padecía diabetes, la desarrolló muchos años después de que sus síntomas de agorafobia se hicieran evidentes. Además, es difícil imaginar una conexión fisiológica entre agorafobia y diabetes, y sus síntomas de ansiedad eran mucho más generalizados que las inquietudes realistas que usted podría esperar de un individuo diabético promedio.

Debido a que Lucy nunca había experimentado un ataque de pánico discreto, no cumpliría los criterios para el trastorno de pánico, excepto por su agorafobia. Por cierto, el hecho de que se limitara a la casa le haría recibir una calificación en la EEAG baja (31).

| | |
|-----------------|---|
| F40.00 [300.22] | Agorafobia |
| E10.9 [250.01] | Diabetes mellitus dependiente de insulina |

Fobia específica

Los pacientes con fobias específicas sienten temores injustificados ante objetos o situaciones específicos. Las que se reconocen mejor son las fobias a animales, sangre, alturas, viajes en avión, enclaustramiento y tormentas eléctricas. La ansiedad que produce la exposición a uno de estos estímulos puede manifestarse por medio de un ataque de pánico o una sensación más generalizada de ansiedad, pero siempre se dirige a algo específico (sin embargo, estos individuos también pueden sentirse preocupados por lo que pudiera pasarles –desmayarse, entrar en pánico, perder el control– si tuvieran que confrontar lo que les genera temor). Por lo general, mientras más cerca se encuentren del estímulo temido (y más difícil sea escapar del mismo), peor es la sensación.

Los pacientes suelen tener más de una fobia específica. Una persona que está por enfrentar una de las actividades u objetos temidos de inmediato comenzará a sentirse nerviosa o en pánico, condición que se conoce como **ansiedad anticipatoria**. Sin embargo, el grado de malestar con frecuencia es leve, de modo que la mayor parte de los individuos no solicita ayuda profesional. Cuando obliga al paciente a evitar las situaciones temidas, la ansiedad anticipatoria puede ser un inconveniente importante; incluso puede interferir en el trabajo. Los pacientes con fobias específicas que implican sangre, lesión o inyecciones experimentan muchas veces lo que se denomina **respuesta vasovagal**; esto significa que la disminución de la frecuencia cardíaca y la presión arterial provocan que el paciente se desmaye.

En la población general, la fobia específica es uno de los trastornos de ansiedad que se refiere con mayor frecuencia. Hasta 10% de los adultos estadounidenses ha sufrido hasta cierto punto por una de estas fobias específicas. Sin embargo, de ninguna manera todos estos individuos calificarían para un diagnóstico del DSM-5: la relevancia clínica de estos temores referidos es muy difícil de determinar.

El inicio suele presentarse durante la niñez o la adolescencia; las fobias a animales en particular tienden a comenzar de manera temprana. Algunas inician después de un evento traumático, como ser mordido por un animal. Un temor situacional (como estar encerrado o viajar por aire) tiene mayor probabilidad que otros tipos de fobia específica de coincidir con un trastorno como la depresión o el consumo inapropiado de sustancias; no obstante, la regla es la comorbilidad con una gran diversidad de trastornos mentales. Las mujeres rebasan en número a los varones, quizá con una proporción 2:1.

Características esenciales de la fobia específica

Una situación u objeto específico de manera habitual genera temor o ansiedad inmediatos y excesivos (e irracionales), que el paciente evita o soporta con gran ansiedad.

La letra pequeña

Las D: • Duración (seis meses o más) • Tensión o discapacidad (disfunción laboral/ educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, agorafobia, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad por separación, trastornos del estado de ánimo y psicóticos, anorexia nerviosa, TOC, TEPT).

Notas para codificación

Especifique todos los tipos que aplican junto con los códigos CIE-10:

F40.218 [300.29] Por animales (serpientes, arañas).

F40.228 [300.29] Por elementos del ambiente natural (tormentas eléctricas, alturas).

Por sangre-inyección-lesión (jeringas, cirugías):

F40.230 [300.29] Sangre.

F40.231 [300.29] Inyecciones y transfusiones.

F40.232 [300.29] Otro tipo de atención médica.

F40.233 [300.29] Lesión.

F40.248 [300.29] Situacional (viaje aéreo, enclaustramiento).

F40.298 [300.29] De otro tipo (situaciones en que la persona podría vomitar o asfixiarse; en niños, ruidos fuertes o personas disfrazadas).

Esther Dugoni

Mujer delgada de casi 70 años, Esther Dugoni se encontraba saludable y en buena condición; no obstante, durante los últimos dos años había desarrollado el temblor característico de la enfermedad de Parkinson temprana. Por varios años, desde que se había retirado de su trabajo de enseñanza de horticultura en una preparatoria, se había concentrado en su propio jardín. En la exposición de flores el año anterior, sus rododendros habían ganado el primer premio.

Sin embargo, 10 días antes, su madre había muerto en Detroit, a una distancia de más de la mitad del territorio nacional. Ella y su hermana habían sido designadas albaceas. La herencia era grande y ella tendría que hacer varios viajes para autenticar el testamento y disponer de la casa. Eso implicaba volar, y por ello había buscado ayuda en la clínica de salud mental.

“¡No puedo volar!”, dijo al médico. “No he volado a ningún sitio por 20 años”.

Esther había sido criada durante la Gran depresión; cuando era niña, nunca había tenido oportunidad de volar. Con cinco hijos que atender con el salario de maestro de su esposo, tampoco había viajado mucho siendo adulta. Había hecho algunos vuelos cortos algunos años antes, cuando dos de sus hijos se habían casado en distintas ciudades. En uno de esos viajes, el avión había dado vueltas sobre el campo durante casi una hora, tratando de aterrizar en Omaha entre tormentas eléctricas. El vuelo fue muy movido; el avión estaba lleno; y muchos de los pasajeros se había sentido mareados, entre ellos, los hombres sentados a ambos lados de ella. No había nadie que pudiera ayudarla; las aeromozas tenían que permanecer sentadas. Ella había mantenido los ojos cerrados y respirado a través de su pañuelo para tratar de filtrar los olores que llenaban la cabina.

Finalmente, habían aterrizado con seguridad, pero fue la última vez que Esther se había subido a un avión. “Ni siquiera me gusta ir al aeropuerto a recibir a alguien”, indicó. “Incluso eso me hace sentir un poco de falta de aire y algo de náusea. Luego me viene una especie de dolor sordo en el pecho y empiezo a temblar; siento que me voy a morir o que algo terrible va a pasar. Todo esto parece tan tonto”.

En realidad, Esther no tenía otra alternativa más que volar. No podía permanecer en Detroit hasta que se terminaran todos los trámites; tomaría meses. El tren no hacía conexión y el autobús era imposible.

Evaluación de Esther Dugoni

Los síntomas de ansiedad de Esther se desencadenaban ante la perspectiva de viajar en avión (criterio A); incluso ir al aeropuerto le generaba ansiedad de manera inevitable (B), y había evitado el viaje en avión durante años (C, E). Reconocía que este temor no era razonable (“tonto”) y le avergonzaba (D); estaba a punto de interferir en la manera en que conducía sus asuntos personales (F).

La fobia específica no suele relacionarse con ninguna **afección médica general o trastorno inducido por sustancia**. En respuesta a las ideas delirantes, los pacientes con **esquizofrenia** en ocasiones evitan objetos o situaciones (un teléfono que está “intervenido”, el alimento que está “envenenado”), pero estos individuos no cuentan con la introspección requerida para percatarse de que sus temores son infundados. Por supuesto, las fobias específicas deben diferenciarse de los temores asociados a otros trastornos (como **agorafobia**, **TOC**, **TEPT**, **trastorno de ansiedad social**, G). El clínico de Esther debe interrogarla en torno a otros trastornos comórbidos potenciales. Mientras se investiga, y con una calificación en la EEAG de 75, su diagnóstico sería el que se muestra a continuación (Esther sólo tenía una fobia, de tipo situacional; el promedio es de tres, cada una de las cuales debe señalarse por separado con su propio número de código).

- F40.248 [300.29] Fobia específica, situacional (temor a volar)
- G20 [332.0] Enfermedad de Parkinson, primaria
- Z63.4 [V62.82] Duelo no complicado

Los miedos que incluyen animales de algún tipo son comunes. Los niños son en particular susceptibles a las fobias a animales, y a muchos adultos no les gustan demasiado las arañas, las víboras o las cucarachas. Sin embargo, no debe establecerse el diagnóstico de fobia específica, de tipo animal, a menos que un paciente en realidad presente compromiso verdadero derivado de la sintomatología. Por ejemplo, usted no diagnosticaría una fobia a víboras en un prisionero que está cumpliendo cadena perpetua; circunstancias bajo las cuales la confrontación con las víboras y la restricción de la actividad que resulta serían poco probables.

F40.10 [300.23] Trastorno de ansiedad social

El trastorno de ansiedad social (TAS) se debe al miedo a parecer torpe, tonto o apenado. Los pacientes temen los errores sociales, como atragantarse al comer en público, temblar cuando escriben o ser incapaces de tener un buen desempeño al hablar o tocar un instrumento musical. Para algunos varones, usar el mingitorio público puede generar ansiedad. El temor a ruborizarse afecta en particular a las mujeres, que pudieran no ser capaces de poner en palabras lo que es tan terrible de ponerse rojas. El temor de atragantarse de nuevo se desarrolla a menudo después de un episodio de este tipo, y puede ocurrir en cualquier momento, desde la niñez hasta la edad adulta. Algunos pacientes temen (y evitan) numerosas situaciones públicas semejantes.

Muchas personas, varones y mujeres, manifiestan síntomas físicos notorios por el TAS: rubor, ronquera, temblor y sudoración. Estos pacientes pueden desarrollar ataques de pánico. Los niños pueden expresar su ansiedad al asirse, llorar, paralizarse, retirarse, hacer berrinches o negarse a hablar.

Los estudios en poblaciones abiertas refieren una incidencia del TAS a lo largo de la vida de 4 a 13%. Sin embargo, si tomamos en consideración sólo a los pacientes que en realidad enfrentan algún inconveniente por efecto de sus síntomas, las cifras de prevalencia sean quizá menores. Cualquiera que sea la cifra real, estos hallazgos se contradicen con las impresiones previas de que el TAS era raro. Quizá los entrevistadores tienden a pasar por alto una condición tan frecuente que los pacientes soportan en silencio. Si bien el número de varones sobrepasa al de mujeres en el ámbito terapéutico, las mujeres predominan en las muestras poblacionales.

Por lo general, el inicio tiene lugar durante la fase intermedia de la adolescencia. Los síntomas del TAS se sobreponen a los del trastorno de la personalidad por evitación; este último es más grave, pero los dos se originan prematuramente, tienden a durar muchos años y muestran algunas similitudes en cuanto a antecedentes familiares. En efecto, se informa que el TAS tiene una base genética.

Características esenciales del **trastorno de ansiedad social**

La ansiedad excesiva se vincula a circunstancias donde otros podrían observar de cerca al paciente, como hablar o actuar en público, comer o beber, escribir o quizá sólo dialogar con otra persona. Debido a que estas actividades casi siempre provocan un temor exagerado a la vergüenza o al rechazo social, el individuo evita estas situaciones o las enfrenta con gran ansiedad.

La letra pequeña

Para los niños, estos “otros” deben incluir a compañeros, no sólo a adultos.

Las D: • Duración (seis meses o más) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/ educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo y psicóticos, anorexia nerviosa, TOC, trastorno de la personalidad por evitación, timidez normal y otros trastornos de ansiedad, en particular, agorafobia).

Notas para codificación

Especifique si:

Sólo durante el desempeño. El paciente teme hablar o presentarse en público, pero no otras situaciones.

Valerie Tubbs

“Comienza aquí, y luego se extiende como un incendio. Quiero decir, ¡como si fuera fuego de verdad!” Valerie Tubbs señaló el lado derecho de su cuello, que mantenía bien cubierto con una mascada de seda azul. “Eso” le había ocurrido durante casi 10 años, siempre que estaba con personas; y era peor si estaba con muchas personas. En esos casos sentía que todo el mundo se daba cuenta.

Aunque nunca lo había intentado, Valerie no pensaba que su reacción fuera algo que pudiera controlar. Tan sólo se ruborizaba cada vez que imaginaba que las personas la estaban observando. Había comenzado durante una clase de oratoria en la secundaria, cuando había dado una plática. Se había confundido en cuanto a la diferencia entre un pólipo y una medusa, y uno de los niños había hecho un comentario sobre la mancha roja que había aparecido en su cuello. Se había ruborizado toda con rapidez y tuvo que sentarse, para diversión de todo el grupo.

“Él dijo que se veía como un centro del blanco”, señaló. Desde entonces, Valerie había tratado de evitar la vergüenza potencial de decir cualquier cosa a más de un puñado de gente. Había renunciado a su sueño de convertirse en compradora de modas para una tienda departamental, puesto que no podría tolerar el escrutinio que el trabajo implicaría. En vez de esto, durante los últimos cinco años había trabajado vistiendo maniqués para la misma tienda.

Valerie dijo que le parecía “estúpido” estar tan asustada. No se trataba sólo de que se pusiera roja; se ponía roja como un **betabel**. “Puedo sentir pequeñas lenguas ardientes de calor que se extienden por mi cuello y suben a mi mejilla. Mi cara se siente como si estuviera quemándose, y mi piel como si la estuvieran raspando con un rastrillo oxidado”. Cada vez que se ruborizaba, no era precisamente pánico lo que sentía. Era una sensación de ansiedad e inquietud que le hacían desear que su cuerpo perteneciera a alguien más. Incluso la idea de conocer a nuevas personas le hacía sentir irritable y nerviosa.

Evaluación de Valerie Tubbs

Durante años, Valerie había temido sentirse avergonzada por el rubor que presentaba cada vez que hablaba con otros individuos (criterios A, B, C y F en una sola oración). Su temor era exce-

sivo (E), y lo sabía; no obstante no se requería introspección para confirmar el diagnóstico. Con su renuencia a hablar en público (y su mascada), evitaba la exposición al escrutinio (D). Su ansiedad también le impedía trabajar en el empleo que ella hubiera preferido (G).

Sin ataques de pánico reales, y en ausencia de **trastorno de ansiedad debido a otra afección médica** y de **trastorno de ansiedad inducido por sustancia** (H), la identificación de su trastorno se limitaría al diagnóstico diferencial de las fobias (I). A falta de una historia clínica característica, podemos descartar con rapidez una **fobia específica**. Las personas que padecen **agorafobia** pueden evitar comer fuera, puesto que temen la vergüenza de desarrollar un ataque de pánico en un restaurante público. En esos casos, usted sólo diagnosticaría TAS si hubiera estado presente antes del inicio de la agorafobia y no guardara relación con ella (en ocasiones, incluso los clínicos que se especializan en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad pueden tener problemas para elegir entre estos dos diagnósticos). Los pacientes con **anorexia nerviosa** evitan comer, pero se concentran en su peso, no en la vergüenza que pudiera derivar del atragantamiento o de tener alimentos en sus labios.

Es importante diferenciar el TAS de la **timidez ordinaria** que es tan frecuente en niños y en otras personas jóvenes; esto revela el valor del criterio que indica que los síntomas deben estar presentes al menos medio año, requerido por el DSM-5 para los adultos y niños. De igual manera, tenga en mente que muchas personas se preocupan o se sienten incómodas con las actividades sociales, como hablar en público (**pánico escénico** o **pánico del micrófono**). No debe establecerse en ellos este diagnóstico a menos que afecte de manera importante su desempeño laboral, social o personal.

La fobia social (como solía denominarse al TAS) se relaciona a menudo con intentos suicidas y **trastornos del estado de ánimo**. Cualquiera con TAS puede estar en riesgo de automedicación con **drogas o alcohol**; el clínico de Valerie debe interrogar en detalle acerca de estas situaciones. El TAS tiene elementos en común con el **trastorno de la personalidad por evitación**, el cual, muchas veces concomitante en estos pacientes, puede justificar un diagnóstico en un individuo que se inhibe generalmente en el medio social, es en extremo sensible a la crítica y se siente inapropiado. Otros trastornos mentales que en ocasiones pudiera necesitar descartar, que no constituyen un problema en Valerie, serían **trastorno de pánico**, **trastorno de ansiedad por separación**, **trastorno de dismorfia corporal** y **trastorno del espectro autista**.

Los temores de Valerie incluían mucho más que las presentaciones, de modo que no aplicaría el especificador. Con una calificación en la EEAG de 61, su diagnóstico sería el siguiente:

F40.10 [300.23] Trastorno de ansiedad social

F94.0 [313.23] Mutismo selectivo

El mutismo selectivo se refiere a los niños que permanecen en silencio excepto cuando están solos o con un grupo pequeño de personas cercanas. Por lo general, el trastorno inicia durante la edad preescolar (2 a 4 años), después de que se ha desarrollado un lenguaje normal. Un niño con este trastorno, que habla de manera apropiada en el hogar entre los miembros de la familia pero desarrolla un silencio relativo cuando se encuentra entre extraños, pudiera no atraer la atención clínica hasta que inicia la escuela formal. Si bien con frecuencia tímidos, la mayoría de estos niños tiene inteligencia y audición normales. Cuando hablan, tienden a mostrar articulación, estructura

gramatical y vocabulario normales. La condición mejora a menudo de manera espontánea en el transcurso de semanas o meses; no obstante, nadie sabe cómo identificar a un paciente de este tipo antes de la mejoría.

El mutismo selectivo es raro, con una prevalencia inferior a uno de cada 1000; parece afectar a niñas y niños casi por igual. Los antecedentes familiares son con frecuencia positivos para el trastorno de ansiedad social y el mutismo selectivo. Entre las afecciones comórbidas se encuentran otros trastornos de ansiedad (en particular, trastorno de ansiedad por separación y trastorno de ansiedad social). **No** tienden a padecer trastornos por externalización, como el trastorno desafiante por oposición o del comportamiento.

Características esenciales del mutismo selectivo

A pesar de hablar con normalidad en otros momentos, el individuo con regularidad no lo hace en ciertas situaciones en que se esperaría el uso de lenguaje, como en una clase.

La letra pequeña

El primer mes del primer año escolar de un niño se encuentra a menudo lleno de ansiedad; excluya las conductas que se presentan durante este periodo.

Las D: • Duración (un mes o más) • Tensión o discapacidad (disfunción social o laboral/ académica) • Diagnóstico diferencial (falta de familiaridad con el lenguaje que debe utilizarse, trastorno de la comunicación como tartamudeo, trastornos psicóticos, trastorno del espectro autista, trastorno de ansiedad social).

F93.0 [309.21] Trastorno de ansiedad por separación

Durante años, el trastorno de ansiedad por separación (TAPS) se diagnosticó durante la niñez, y ahí se quedaba. Sin embargo, más recientemente se acumuló evidencia de que la condición también afecta a adultos. Esto puede ocurrir de dos maneras. Quizá una tercera parte de los niños con TAPS siga presentando síntomas del trastorno varios años después de alcanzar la edad adulta. No obstante, algunos individuos desarrollan síntomas *de novo* en la fase tardía de la adolescencia o aun después; en ocasiones, incluso al iniciar la tercera edad. El TAPS tiene una prevalencia a lo largo de la vida de alrededor de 4% en niños y 6% en adultos; en estos últimos, la prevalencia en 12 meses se aproxima a 2%. Es más frecuente en mujeres que en varones, aunque los niños tienen más probabilidad de ser referidos para recibir tratamiento.

En los niños, el TAPS puede iniciar tras un factor precipitante, como mudarse a una casa nueva o cambiar de escuela, un procedimiento médico o algún diagnóstico físico grave, o la pérdida de un amigo o mascota importante (o un progenitor). Los síntomas con frecuencia se revelan como rechazo a la escuela, pero los niños más pequeños pueden incluso mostrar renuencia a permanecer con una niñera o en la guardería. Los niños pueden mencionar malestares físicos, imaginarios o no, como justificación para permanecer en casa con sus padres.

También los adultos pueden temer que algo horrible le ocurra a una figura de apego importante, quizá un cónyuge o incluso un hijo. Como consecuencia, se niegan a salir de casa (o cualquier sitio seguro); pueden temer incluso a dormir solos, y experimentan pesadillas acerca de la separación. Cuando están alejados de la figura de apego principal, pueden necesitar llamarle por teléfono o establecer contacto de otra manera varias veces al día. Algunos tratan de cerciorarse de la seguridad mediante una rutina para seguir a la otra persona.

Cuando esta condición inicia en una fase temprana de la niñez, probablemente disminuya; cuando comienza más tarde, los síntomas tienen más probabilidad de persistir hasta la edad adulta y dar origen a una discapacidad mayor (si bien su intensidad puede mostrar altibajos). Los niños con TAPS tienden a caer en variedades subclínicas o incluso en cuadros que no requieren atención clínica. La mayoría de adultos y niños también tiene otros trastornos (en particular, trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y por consumo de sustancias), a pesar de que el TAPS es a menudo la condición que se presenta por más tiempo.

Los niños con TAPS con frecuencia tienen progenitores con alguna variedad adulta del mismo trastorno, y, como en la mayor parte de los trastornos de ansiedad, existe un componente genético fuerte.

Características esenciales del trastorno de ansiedad por separación

Puesto que temen lo que pudiera ocurrir a un progenitor o alguna otra persona importante en sus vidas, estos pacientes se resisten a quedarse solos. Imaginan que el progenitor morirá o se perderá (o que **ellos** lo harán), de manera que incluso la idea de separación puede generarles ansiedad, pesadillas o quizá cuadros de vómito u otros malestares físicos. Por lo tanto, muestran renuencia a ir a la escuela, salir a trabajar o dormir fuera de casa, quizá incluso en su propia cama.

La letra pequeña

Las D: • Duración (seis meses o más en adultos, si bien los síntomas extremos, como la renuencia total a ir al escuela, podrían justificar el diagnóstico después de una corta duración; cuatro semanas o más en niños) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad, TEPT).

Nadine Mortimer

A los 24 años de edad, Nadine Mortimer todavía vivía en casa de sus padres. La única razón para su valoración, dijo al clínico, era que su madre y su padrastro acababan de firmar un contrato para unirse a los Cuerpos de paz; ella, Nadine, se quedaría. “Sólo sé que no seré capaz de soporarlo”, lloriqueó sobre su pañuelo.

Estar sola había atemorizado a Nadine desde que era muy pequeña. Podía recordar que eso había iniciado con la muerte de su padre: era un mecánico que conducía un auto de carreras por diversión hasta que un fin de semana se encontró con una pared en la última curva de la pista de su pueblo. La respuesta de su madre había sido extrañamente estoica: “Creo que yo asumí el trabajo de hacer duelo por ambas”, comentó Nadine. Un año después, su madre estaba casada de nuevo.

El primer día de su primer año escolar, Nadine se había sentido tan temerosa que su madre se había quedado en el salón de clases. “Tenía miedo de que algo terrible le pasara a ella también, y quería que estuviera ahí, por seguridad”. Después de varias semanas, Nadine ya podía tolerar quedarse sola, pero al año siguiente vomitó el Día del trabajo. Luego de algunas semanas pésimas en el segundo grado, se le sacó de la escuela y comenzó a estudiar en casa.

En el primer año de preparatoria, estaba leyendo y haciendo ejercicios de matemáticas de tercero. “Pero mis habilidades para socializar eran casi nulas. Nunca había ido a dormir a la casa de alguna chica”, dijo. Así, sus padres la sobornaron con un teléfono celular y la promesa de que podía llamar cuando quisiera. Así es que cuando Nadine estaba en el primer año de la Universidad, apenas un poco más alejada que su preparatoria, negoció un teléfono inteligente con GPS; ahora podía seguir la ubicación de su madre. De esa manera, había dicho, podía “pasar con comodidad, ir a las tiendas y a cualquier lugar, al tiempo que podía verificar el sitio en que se encontraba mamá cada vez que lo deseaba”. En una ocasión, cuando se descargó la batería, sufrió un ataque de pánico.

No obstante, después de un semestre, cuando todavía no se graduaba de la Universidad, regresó a casa para permanecer con su madre. “Ya sé que parece raro”, dijo al entrevistador, “pero siempre me imagino que algún día ella no regresará a casa conmigo. Justo como ocurrió con mi papi”.

Evaluación de Nadine Mortimer

Desde que comenzó a ir a la escuela (criterio B), Nadine presentaba síntomas claros de TAPS. Le preocupaba que su madre pudiera sufrir algún daño y sentía una tensión tremenda cuando se separaban; había vomitado de sólo pensar en un nuevo ciclo escolar (A). Como consecuencia, casi no tenía amigos y nunca había dormido fuera de su casa (C). No había ningún dato de otros trastornos que excluir (D).

Modificados por su condición adulta, muchos de estos mismos síntomas persistían: síntomas de pánico cuando no podía seguir de cerca a su madre, de quien se negaba a vivir lejos. Incluso conservaba el mismo temor de daño inminente si su madre y ella se separaban alguna vez. La perspectiva de que sus padres se fueran para tener una nueva ocupación le afectaba profundamente. Incluso si Nadine carecía de síntomas cuando era niña, su trastorno en la edad adulta le generaba problemas suficientes como para justificar en ella el diagnóstico de TAPS.

Persiste un problema importante en el diagnóstico diferencial del TAPS: ¿cómo se le distingue de la **agorafobia**? Existe cierta sobreposición, pero los pacientes con TAPS temen estar alejados de un progenitor o de otra persona cercana, en tanto que el temor de una persona con agorafobia consiste en encontrarse en un sitio del cual sería difícil escapar. El testimonio mudo de su teléfono inteligente sugiere que la ansiedad de Nadine era del primer tipo y no del segundo. En este punto yo le asignaría una calificación en la EEAG de 45.

F93.0 [309.21] Trastorno de ansiedad por separación

Los criterios del DSM-IV para el TAPS recurrían a distintas conductas sólo apropiadas para niños; quizá esto explique por qué no se reconoció antes en adultos. Incluso ahora, los síntomas de pánico en ocasiones apartan a los clínicos del aroma del TAPS en el adulto.

F41.1 [300.02] Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) puede ser difícil de diagnosticar. Los síntomas no se centran sólo en un elemento; el nerviosismo es moderado y crónico; no existen ataques de pánico. Además, después de todo, sólo se trata de preocupación, y eso es algo que nos afecta a todos. Sin embargo, hay diferencias. La preocupación ordinaria es de alguna manera menos grave; podemos (bueno, la mayor parte del tiempo) hacerla a un lado y concentrarnos en otras cuestiones más inmediatas. La preocupación en el TAG con frecuencia inicia por cuenta propia, al parecer sin causa. Y la preocupación en el TAG es en ocasiones difícil de controlar. Conlleva una serie de síntomas físicos que se acumulan hasta generar una sensación de inquietud agitada en una cascada de desdicha y sufrimiento.

Si bien algunos pacientes con TAG son capaces de indicar lo que les genera nerviosismo, otros no. Por lo general, la preocupación en el TAG se refiere a más cuestiones (“todo”) de las que los hechos objetivos pueden justificar. Es común que el trastorno inicie alrededor de los 30 años de edad; muchos individuos con TAG se han mantenido sintomáticos por años sin solicitar atención de un clínico. Quizá esto se deba a que el grado de afectación en el TAG no es a menudo tan intenso. Algunos factores genéticos desempeñan un papel importante en el desarrollo del TAG. Se identifica en hasta 9% de la población general adulta (riesgo a lo largo de la vida) y, al igual que en todos los otros trastornos de ansiedad, predominan las mujeres.

Características esenciales del trastorno de ansiedad generalizada

La preocupación excesiva y difícil de controlar en torno a una gran variedad de cuestiones –salud, problemas familiares, dinero, escuela, trabajo– da origen a malestares físicos y mentales: tensión muscular, inquietud, tendencia al cansancio y la irritabilidad, concentración deficiente y problemas de insomnio.

La letra pequeña

Las D: • Duración (la mayor parte de los días durante seis meses o más) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad, TOC, TEPT, preocupación realista).

Bert Parmalee

La mayor parte de su vida adulta, Bert había sido “un manojito de nervios”. A la edad de 35 años, aún tenía sueños de que reprobaba todos sus cursos de ingeniería eléctrica en la Universidad. Pero recientemente sentía que estaba caminando sobre una cuerda floja. Durante todo el año pasado había sido el asistente administrativo del director ejecutivo de una compañía Fortune 500, donde había trabajado antes en ingeniería de productos.

“Acepté el empleo porque parecía un modo excelente de subir por la escalera corporativa”, dijo, “pero casi todos los días tengo la sensación de que mi pie está a punto de caer del peldaño”.

Cada uno de los seis ambiciosos vicepresidentes de la compañía veía a Bert como un conducto personal hacia el director ejecutivo. Su jefe era un impetuoso adicto al trabajo que de manera constante tenía ideas y las quería implementadas para ayer. En varias ocasiones le había dicho a Bert que estaba satisfecho con su desempeño. En efecto, el trabajo de Bert era mejor que el de cualquier asistente administrativo que su jefe hubiera tenido, pero eso no parecía tranquilizarle.

“Me he sentido tenso casi todos los días desde que comencé este trabajo. Mi jefe espera acción y resultados. Tiene cero paciencia para imaginar cómo debe integrarse todo. Cada uno de los vicepresidentes quiere hacer las cosas a su manera. Varios de ellos me han dado a entender con claridad que, si no les ayudo, le hablarán mal de mí al jefe. Siempre estoy cuidándome la espalda”.

Bert tenía problemas para concentrarse en el trabajo; durante la noche estaba exhausto, pero tenía problemas para quedarse dormido. Una vez que lo lograba, dormía muy mal. Había desarrollado irritabilidad crónica en casa y les gritaba a sus hijos por cualquier cosa. Nunca había tenido un ataque de pánico y no creía estar deprimido. Aún disfrutaba mucho las dos actividades que más le agradaban: el fútbol en la televisión los domingos por la tarde y hacer el amor con su esposa los sábados por la noche. Pero recientemente, ella se había ofrecido para llevar a los niños a casa de su madre durante algunas semanas para aliviar un poco la presión. Eso sólo había hecho resurgir algunas de sus viejas inquietudes de que no era lo suficientemente bueno para ella: que ella pudiera encontrar a alguien más y lo dejara.

Bert tenía un poco de sobrepeso y se estaba quedando calvo; parecía aprensivo. Estaba vestido de manera cuidadosa y se movía un poco de manera constante; su lenguaje era claro, coherente, pertinente y espontáneo. Negaba tener obsesiones, compulsiones, fobias, ideas delirantes o alucinaciones. En el *Mini-Mental State Exam* obtuvo una calificación perfecta de 30. Decía que su problema principal, su único problema, era su agobiante inquietud.

El diazepam le generaba somnolencia. Había tratado de meditar, pero sólo le permitía concentrarse de manera más efectiva en sus problemas. Durante algunas semanas había tratado de tomar un coctel antes de la cena; eso lo había relajado y llevado a preocuparse por el alcoholismo. Una o dos veces incluso había acudido con su cuñado a una reunión de Alcohólicos Anónimos. “Ahora he decidido tratar de enfrentar un día a la vez”.

Evaluación de Bert Parmalee

A Bert le preocupaban muchos aspectos de su vida (su trabajo, ser alcohólico, perder a su esposa); cada una de estas preocupaciones era exagerada (criterio A). El grado de desproporción de sus preocupaciones las diferenciaría del tipo usual de ansiedad que no resulta patológico. A pesar de los esfuerzos repetidos (meditación, medicamentos, confirmación reiterada), había sido incapaz de controlar esos temores (B). Además, tenía por lo menos cuatro síntomas físicos o mentales (sólo se requieren tres): dificultad para concentrarse (C3), fatiga (C2), irritabilidad (C4) y trastornos del sueño (C6). Había estado teniendo dificultad casi todos los días por un periodo mayor a los seis meses requeridos (A). Y sus síntomas le generaban tensión considerable, quizá incluso más de la usual para los pacientes con TAG (D).

Una de las dificultades para establecer el diagnóstico de TAG es que deben excluirse muchas otras afecciones (E). Distintas **afecciones físicas** pueden causar síntomas de ansiedad; una valoración diagnóstica completa de la ansiedad de Bert tendría que tomar en consideración estas posibilidades. A partir de la información que contiene el caso clínico, parecería poco probable un **trastorno de ansiedad inducido por sustancia**.

Los síntomas de ansiedad pueden identificarse en casi cada categoría de trastorno mental, como los **trastornos psicóticos, del estado de ánimo** (depresivo o maníaco), **de la alimentación, por síntomas somáticos y cognitivos**. A partir de la historia clínica de Bert, ninguno de éstos parecía remotamente probable (F). Por ejemplo, un **trastorno de adaptación con ansiedad** podría descartarse debido a que los síntomas de Bert cumplían los criterios para otro trastorno mental.

Es importante que la preocupación y la ansiedad del paciente no se concentren sólo en una característica de otro trastorno mental, en particular otro **trastorno de ansiedad**. Por ejemplo, no debe tratarse “tan sólo” de preocupación acerca de la ganancia ponderal (**anorexia nerviosa**), contaminación (**TOC**), separación de figuras de apego (**trastorno de ansiedad por separación**), vergüenza pública (**trastorno de ansiedad social**) o presencia de síntomas físicos (**trastorno de síntomas somáticos**). No obstante, observe que el paciente puede tener TAG en presencia de otro trastorno mental, las más de las veces, trastornos del estado de ánimo y otros de ansiedad, siempre y cuando los síntomas del TAG sean independientes de la otra afección.

El TAG es uno de los trastornos que no ofrece especificadores ni indicadores de gravedad, de manera que el diagnóstico de Bert, además de una calificación en la EEAG de 70, sería vainilla pura.

F41.1 [300.02] Trastorno de ansiedad generalizada

Resulta razonable formular esta pregunta: ¿ayuda a la valoración de un paciente deprimido el diagnóstico de TAG? Después de todo, los síntomas de ansiedad pueden desaparecer una vez que la depresión ha recibido tratamiento suficiente. El valor, supongo, es que adjudicar una bandera a los síntomas de ansiedad ofrece una imagen más completa de la patología del individuo. De igual manera, quizá usted deba tratar los síntomas de ansiedad de modo independiente más adelante.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicamento

Cuando los síntomas de ansiedad o pánico pueden atribuirse al consumo de alguna sustancia química, establezca el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicamento. Puede presentarse durante un proceso de intoxicación aguda (o consumo intenso, como en el caso de cafeína) o durante la abstinencia (como en el caso de alcohol o sedantes), pero los síntomas deben ser más intensos de lo esperado por una intoxicación o una abstinencia ordinarias, y deben ser muy graves para justificar la atención clínica.

Muchas sustancias pueden producir síntomas de ansiedad, pero las que se asocian con mayor frecuencia son marihuana, anfetaminas y cafeína. Vea en el cuadro 15-1 del capítulo 15 un resumen de las sustancias de las que se puede esperar que la intoxicación o la abstinencia produzcan ansiedad. Si está implicada más de una sustancia, usted codificaría cada una por separado. Con franqueza, estos trastornos quizá sean raros.

Características esenciales del **trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicamento**

El consumo de alguna sustancia parece haber hecho que el paciente experimente síntomas de ansiedad o ataques de pánico.

La letra pequeña

Vea en el texto entre barras de la página 95 algunas recomendaciones para identificar la relación con sustancias.

Las D: • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal)
• Diagnóstico diferencial (intoxicación o abstinencia ordinarias por sustancia, delirium, trastornos físicos, trastornos del estado de ánimo y otros trastornos de ansiedad).

Notas para codificación

Especifique:

Con inicio durante la {intoxicación} {abstinencia}. Esto se agrega al final de su frase.

Con inicio tras el uso de medicamento. Usted puede utilizar éste junto con otros especificadores.

Para los procedimientos de codificación específicos, vea los cuadros 15-2 y 15-3 del capítulo 15.

Bonita Ramírez

Bonita Ramírez, una estudiante universitaria de 19 años, fue llevada al servicio de urgencias por dos amigas. Alerta, inteligente y bien informada, cooperó por completo para aportar la información siguiente.

Los progenitores de Bonita tenían grados universitarios y estaban bien establecidos en sus profesiones. Vivían en un suburbio rico en San Diego. Bonita era la hija mayor y la única mujer. Con una educación estricta en la fe católica, no se le había permitido tener cita alguna hasta un año antes. Hasta la semana de integración a la fraternidad, el único alcohol que había probado había sido el vino de comunión. Según su referencia y la de sus compañeras, había estado contenta, saludable y vivaz al llegar al campus dos semanas antes.

Esas dos semanas habían marcado una gran diferencia. Bonita se sentó acurrucada en la mesa de exploración, con los pies recogidos bajo su cuerpo. Con los brazos alrededor de sus rodillas, tenía un temblor evidente. Aunque apenas era septiembre, llevaba suéter y refería sentir frío. Una y otra vez estiraba el brazo para tomar el riñón que estaba utilizando para vomitar, como si pensara que pudiera volver a necesitarlo.

Su voz se quebró al tiempo que dijo que nunca le había pasado antes algo así: “Bebí algo de cerveza la semana pasada. Eso no me molestó, excepto porque tuve dolor de cabeza a la mañana siguiente”.

La noche anterior había habido una fiesta de “hermana mayor, hermana menor” en la fraternidad a la que Bonita acababa de unirse. Había bebido algo de cerveza, y eso la había impulsado

a darle algunas fumadas al cigarro de marihuana que pasaban de uno a otro. La cerveza debía haber adormecido su garganta, porque había podido inhalar el humo hasta una zona profunda de sus pulmones y retenerlo, de la manera en que sus amigas le habían enseñado.

Durante cerca de 10 min, Bonita no había notado nada. Luego, su cabeza comenzó a sentirse apretada, como si su cabello fuera una peluca que no le quedara bien. De pronto, trató de inhalar, su pecho “dio un grito de dolor” y de manera instantánea se dio cuenta de que iba a morir. Trató de correr, pero sus piernas de hule se negaron a sostenerla.

Las otras niñas no tenían demasiada experiencia en las reacciones por drogas, pero llamaron a uno de los hombres de la casa de la fraternidad que estaba al lado, quien acudió y trató de hablar con Bonita para tranquilizarla. Después de una hora, ella todavía percibía con pánico la certidumbre de que moriría o se volvería loca. Fue entonces que decidieron llevarla al servicio de urgencias.

Un rato después, ella señaló: “Dijeron que me relajaría y expandiría mi conciencia. Lo único que quiero es que vuelva a contraerse”.

Evaluación de Bonita Ramírez

La historia de Bonita, quien se encontraba saludable antes de haber ingerido una sustancia que, se sabe, induce síntomas de ansiedad, en particular cuando se consume por primera vez, delataba sin duda el diagnóstico (criterios A y B). Otras drogas que producen síntomas de ansiedad con frecuencia son las **anfetaminas**, que también pueden desencadenar síntomas de un ataque de pánico, y la **cafeína**, cuando se consume en abundancia. Sin embargo, puesto que los síntomas de ansiedad pueden identificarse en algún punto durante el consumo de más sustancias, usted puede codificar un trastorno de ansiedad secundario al consumo de casi cualquiera de ellas, siempre que los síntomas de ansiedad sean más intensos de lo esperado por **una intoxicación** o un cuadro de **abstinencia de sustancias ordinario**. Debido a que ella requirió valoración y tratamiento de urgencia, juzgaríamos que éste es el caso de Bonita (E).

A pesar de la proximidad entre el desarrollo de sus manifestaciones y el consumo de la sustancia (C), su clínico podría querer asegurarse de que no padeciera ninguna **otra afección médica** (o hubiera recibido algún **tratamiento farmacológico** por alguna enfermedad de tipo médico) que pudiera explicar sus síntomas de ansiedad.

Aunque presentaba pánico intenso cuando ingresó al servicio de urgencias, yo calificaría la EEAG de Bonita con un relativamente elevado 80, puesto que sus síntomas no le habían generado una discapacidad real (mucha tensión) y deberían ser transitorios; otros clínicos pudieran no estar de acuerdo. No había consumido marihuana antes, de manera que no padecía trastorno por consumo, y su código proviene de la fila “Nulo” para cannabis en el cuadro 15-3.

F12.980 [292.89] Trastorno de ansiedad inducido por cannabis, con inicio durante la intoxicación

F06.4 [293.84] Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica

Muchos trastornos médicos pueden inducir síntomas de ansiedad, que por lo general se asemejan a los del trastorno de pánico o del trastorno de ansiedad generalizada. En ocasiones pueden

manifestarse mediante obsesiones o compulsiones. La mayor parte de los síntomas de ansiedad no se debe a ningún trastorno médico, pero es sumamente importante identificar cuáles sí. Los síntomas de un trastorno médico que no recibe tratamiento pueden evolucionar desde la ansiedad hasta la discapacidad permanente (considere los peligros de un tumor cerebral en crecimiento).

Características esenciales del **trastorno de ansiedad debido a otra afección médica**

Una afección médica física parece haber generado ataques de pánico o ansiedad intensa.

La letra pequeña

Vea en el texto entre barras de la página 97 algunas claves que le ayudarán a decidir en qué casos una afección física pudiera haber causado un trastorno.

Las D: • Tensión o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias, delirium, trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de ansiedad, trastorno de adaptación).

Notas para codificación

En el registro del diagnóstico, use el nombre de la afección médica responsable y señale **primero** la afección médica, con su número de código.

Millicent Worthy

“Me pregunto si pudiéramos dejar la puerta abierta”. Millicent Worthy se levantó de la silla y abrió la puerta del consultorio. Había estado moviéndose con inquietud durante la primera parte de la entrevista. Parte de ese tiempo, apenas parecía prestar atención. “Me siento mejor si no estoy tan encerrada”. Una vez que por fin se tranquilizó, relató su historia.

Millicent tenía 24 años y estaba divorciada. Nunca había tocado las drogas o alcohol. Hasta hace alrededor de cuatro meses había estado bien toda su vida. Había visitado sólo una vez una clínica de salud mental, cuando tenía 12 años. Sus padres tenían problemas maritales y toda la familia había acudido para recibir asesoría familiar.

Se había sentido nerviosa por primera vez mientras atendía la caja en la tienda de renta de videos donde trabajaba. Se sintió con poco espacio, acorralada, como si necesitara dar un paseo. Una tarde, cuando era la única empleada en la tienda y había tenido que permanecer detrás del mostrador, su corazón comenzó a latir con fuerza, empezó a sudar y le faltó el aire. Pensó que estaba a punto de morir.

Durante las siguientes semanas, Millicent se dio cuenta de manera gradual de que presentaba otros síntomas. Su mano había comenzado a temblar; lo notó un día, al final de su turno, cuando estaba juntando los recibos de su caja registradora. Su apetito era voraz; sin embargo, en las últimas seis semanas había perdido casi 5 kg. Todavía le encantaba ver películas, pero en los últimos días estaba tan cansada en la noche que difícilmente podía mantenerse despierta frente a la televisión. Su estado de ánimo se había vuelto un poco irritable.

“Cuando lo pienso, me doy cuenta de que todo esto comenzó casi al mismo tiempo que mi novio y yo decidimos casarnos. Habíamos estado viviendo juntos durante un año, y en realidad lo amo. Pero ya me había quemado antes, en mi primer matrimonio. Pensé que eso pudiera ser lo que me molestaba, así que le devolví su anillo y me mudé a otro sitio. Si algo logré, es que ahora me siento peor que antes”.

Varias veces durante la entrevista, Millicent se movió nerviosamente en su silla. Su lenguaje era rápido, aunque podía interrumpirse. Sus ojos parecían protruir un poco y, aunque había perdido peso, una zona protuberante en su cuello sugería bocio. Aceptó que estaba teniendo problemas para tolerar el calor. “No tenemos aire acondicionado en nuestra tienda. El verano pasado no hubo problema: mantuvimos la puerta abierta. ¡Pero ahora es terrible! Y si llevara menos ropa para ir a trabajar, tendrían que darme un escritorio en la sección de videos para adultos”.

Los estudios de función tiroidea de Millicent resultaron ser muy anormales. En el transcurso de dos meses, un endocrinólogo tenía bajo control su tiroides hiperactiva y sus síntomas de ansiedad habían desaparecido por completo. Seis meses después, ella y su novio se casaron.

Evaluación de Millicent Worthy

Millicent había tenido por lo menos un ataque de pánico (criterio A); su tensión era palpable (E). El único requisito restante implicaba descartar otras causas de su problema.

Si hubiera presentado ataques de pánico repetidos y los síntomas de bocio se hubieran pasado por alto, se le habría podido diagnosticar de manera errónea **trastorno de pánico**. Su inquietud pudo haberse malinterpretado como un **trastorno de ansiedad generalizada**; su sensación de estar encerrada sugerían una **fobia específica** (incluso Millicent interpretaba sus propios síntomas como psicológicos; C). Estos escenarios enfatizan que es sabio colocar las afecciones físicas al inicio de la lista de los diagnósticos diferenciales.

La irritabilidad, la hiperactividad con inquietud y la pérdida ponderal también sugieren un **episodio maniaco**, pero éstos suelen ir acompañados de una sensación subjetiva de gran energía, no de fatiga. El lenguaje rápido de Millicent podía interrumpirse; en la manía bipolar, a menudo no es posible. Su falta de depresiones previas o manías también va en contra de cualquier trastorno del estado de ánimo. Sus antecedentes descartan un **trastorno de ansiedad inducido por sustancia/medicamento**. Y su capacidad para concentrar su atención y su orientación eran buenas, de manera que podemos descartar el delirium (D). Por último, sabemos que los efectos fisiológicos del hipertiroidismo pueden causar síntomas de ansiedad del tipo que Millicent experimentaba (B).

Se resaltó la ruptura de su compromiso no porque pareciera ser una causa de sus síntomas de ansiedad, sino debido a que su relación con su novio era un problema que tenía que atenderse como parte del plan terapéutico general. Yo le asignaría una calificación en la EEAG casi salvable, pero que aún requiere atención, de 85.

| | |
|-----------------|---|
| E05.00 [242.00] | Hipertiroidismo con bocio sin tormenta tiroidea |
| F06.4 [293.84] | Trastorno de ansiedad debido a hipertiroidismo |
| Z63.0 [V61.10] | Separación de la pareja |

F41.8 [300.09] Otro trastorno de ansiedad especificado

Los pacientes que muestran síntomas notables de ansiedad, temor o evitación fóbica que no cumplen los criterios de algún trastorno de ansiedad específico pueden codificarse con el diagnóstico de otro trastorno de ansiedad especificado e indicarse la razón por la cual no se les incluye en una categoría mejor definida. El DSM-5 sugiere varias posibilidades distintas:

Síntomas insuficientes. Esto incluiría ataques de pánico o TAG con muy pocos síntomas.

Presentación atípica.

Síndromes culturales. El DSM-5 menciona varios en un apéndice en la página 833.

F41.9 [300.00] Trastorno de ansiedad no especificado

Trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados

Guía rápida para los trastornos obsesivo-compulsivos y otros relacionados

Aquellos pacientes que están preocupados con ideas obsesivas o ciertos comportamientos repetitivos pueden cubrir los criterios para algunos de los diagnósticos mencionados aquí. Al igual que los capítulos previos, el número de página que se presenta tras cada entrada indica el sitio en que inicia un análisis más detallado.

Trastorno obsesivo-compulsivo. Estos pacientes cursan con pensamientos o comportamientos repetidos que parecen carecer de sentido, incluso para ellos (p. 200).

Trastorno de dismorfia corporal. En este trastorno, los pacientes con características físicas normales piensan que las partes de su cuerpo están deformadas o son feas (p. 204).

Trastorno de acumulación. Un individuo acumula tantos objetos (quizá sin valor) que interfieren con la vida y su desarrollo (p. 207).

Tricotilomanía (trastorno de arrancamiento del pelo). Tirarse del pelo en diferentes partes del cuerpo con frecuencia se acompaña de sentimientos de “tensión y descarga” (probablemente alivio) (p. 210).

Trastorno de excoiación (rascarse la piel). Los pacientes se frota la piel en forma tan persistente que la traumatizan (p. 212).

Trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados debidos a una afección médica. Las obsesiones y las compulsiones pueden derivar de distintas condiciones médicas (p. 215).

Trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados inducidos por sustancia/medicamento. Distintas sustancias pueden inducir síntomas obsesivo-compulsivos que no cumplen los criterios de alguno de los trastornos mencionados antes (p. 214).

Otro trastorno obsesivo-compulsivo u otro relacionado, especificado o no especificado. Utilice una de estas categorías para codificar los trastornos con síntomas de ansiedad prominentes que no corresponden en forma apropiada a alguno de los grupos mencionados (p. 216).

Introducción

Este capítulo— nuevo en los DSM—conjunta los trastornos que tienen en común pensamientos invasivos y comportamientos repetitivos que les hacen consumir tiempo: frotamiento de la piel, acumulación, búsqueda de defectos corporales y, por supuesto, los síntomas componentes clásicos del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Estos comportamientos no son todos indeseables—por lo menos no al inicio, como en el caso de perseguir la perfección física (trastorno de dismorfia corporal) o la acumulación de bienes (acumulación). De manera independiente a la forma en que inician, estas conductas en manera eventual se convierten en síntomas—generando molestia en quienes los actos que alguna vez fueron voluntarios se convirtieron en obligaciones a expensas de producir ansiedad y malestar.

Existen varias características más que enlazan esta serie al parecer disparatada de afecciones: inicia durante la juventud, comorbilidad similar, antecedente familiar de TOC, respuesta al tratamiento similar, y datos de disfunción en el circuito cerebral frontoestriado (hiperactividad en el núcleo caudado).

F42 [300.3] Trastorno obsesivo-compulsivo

Las **obsesiones** son pensamientos, creencias o ideas recurrentes que dominan el contenido mental de la persona. Persisten no obstante el hecho de que el individuo pudiera creer que no son realistas y que trate de resistirse a ellas. Las **compulsiones** son actos (ya sea físicos o mentales) que se llevan a cabo de manera repetida, de tal manera que el paciente se da cuenta de que no son apropiados o útiles. Entonces, ¿para qué realizarlos? En gran medida, el objetivo es tratar de neutralizar al pensamiento obsesivo. Observe, entonces, que los pensamientos repetidos pueden en si mismos constituir compulsiones en ciertas ocasiones, si su propósito es abatir la ansiedad obsesiva.

Las compulsiones pueden ser en comparación simples, como repetir o pensar una palabra o frase de protección contra un pensamiento obsesivo. Pero algunas son increíblemente complejas. Por ejemplo, algunos rituales elaborados para vestirse, irse a acostar o lavarse, si no se hacen justo de la manera en que lo especifican reglas intrincadas, deben repetirse hasta que el paciente los realiza en forma correcta. Por supuesto, ese tipo de comportamiento puede consumir varias horas cada día.

Casi todos los afectados presentan tanto obsesiones como compulsiones, que suelen desencadenar ansiedad y temor. Y la mayor parte de los pacientes las reconoce como irracionales y desea resistirse a ellas. El TOC comprende cuatro patrones sintomáticos principales, cuyas características en ocasiones se sobreponen.

- El más frecuente es el temor a la contaminación, que induce a un lavado excesivo de las manos.
- Las dudas (“¿Apagué la estufa?”) obligan a una verificación excesiva: el paciente regresa varias veces para asegurarse de que la estufa está bien y en verdad fría.
- Las obsesiones sin compulsiones constituyen un patrón menos frecuente.
- Las obsesiones y las compulsiones enlentecen el desempeño de algunos enfermos hasta el punto de que puede tomarles horas tan sólo terminar de desayunar o llevar a cabo otras rutinas cotidianas.

También son comunes las obsesiones vinculadas con la simetría (poner cosas en un orden específico, contar las cosas) y pensamientos prohibidos (ideas sacrílegas, tabúes sexuales).

Una característica que ayuda a clasificar a los pacientes con TOC es su grado de introspección. Casi todos los afectados están concientes de que su comportamiento es extraño o peculiar; con frecuencia les avergüenza y tratan de ocultarlo. Sin embargo, otros—quizá 10 a 25% de todos los pacientes con TOC—nunca han reconocido lo irracional de sus comportamientos o ya han perdido en cierto grado esa capacidad para reconocerlo. La introspección deficiente con frecuencia apunta hacia un peor pronóstico. Unos pocos individuos tienen tan poca introspección que se muestran delirantes; sin embargo, su TOC puede distinguirse del trastorno delirante por la presencia de obsesiones (usted no necesita asignarles un diagnóstico psíquico adicional). Observe que los niños con frecuencia no cuentan con la experiencia para juzgar si su propio comportamiento es razonable; por ende, los especificadores de la introspección muchas veces no resultan apropiados para ellos.

El TOC tiene relevancia clínica debido a que suele ser crónico y con frecuencia debilitante. Si bien los síntomas pueden aumentar y disminuir, ponen al paciente en riesgo de permanecer célibes o sufrir discordia marital, e interfieren con el desempeño escolar y laboral. La comorbilidad es la regla, y dos terceras partes de los afectados experimentan depresión mayor. Quizá 15% intenta el suicidio.

Los varones y las mujeres se afectan casi en proporción idéntica por el TOC. Se refiere que su prevalencia, que puede alcanzar hasta 2% en la población general, es mayor en las clases socioeconómicas más altas y en individuos con gran inteligencia. El TOC tiene gran tendencia a ser familiar (el riesgo en parientes de primer grado es de 12%, alrededor de seis veces el normal) y quizá se herede por lo menos en parte. Sin embargo, aún no está clara la forma en que interactúan la genética y el ambiente.

El TOC de manera característica inicia durante la adolescencia (varones) o en los primeros años de la edad adulta (mujeres), pero con frecuencia transcurre una década o más para que los pacientes acudan para solicitar atención clínica. Cuando comienza antes de la pubertad, es posible que las compulsiones inicien primero, muchas veces acompañadas de tics y trastornos comórbidos.

Especificador de tics

El DSM-5 agregó un especificador nuevo relativo a la experiencia del paciente con trastorno de tics crónico (mas no el transitorio). Estos pacientes, por lo general varones, tienden a desarrollar TOC en forma muy temprana—muchas veces antes de los 11 años. Muestran tendencia particular a desarrollar obsesión relativa a cuestiones de precisión y simetría; sus compulsiones se refieren al orden y la disposición de los objetos. Algunos estudios parecen sugerir que un trastorno de tics crónico pudiera limitar la respuesta del individuo a los fármacos antidepresivos (si bien no a la terapia cognitivo-conductual), y que los fármacos antipsicóticos pudieran ayudarles. Sin embargo, no está claro que si el antecedente de tics identifica a individuos con enfermedad más grave. El especificador de tics pueden aplicarse a cerca de una cuarta parte de los pacientes con TOC.

En el número de diciembre de 2008 de *The Atlantic* apareció un reportaje en que se solicitaba un término que pudiera describir el impulso irresistible para reacomodar aquello que alguien más ya había colocado dentro del lavavajillas. Muchos lectores sugirieron “obsessive compulsive **dish**order” (“orden de los platos”, en vez de “disorder”, trastorno).

Características esenciales del trastorno obsesivo-compulsivo

El paciente presenta obsesiones o compulsiones (¡o ambas!) que generan malestar y requieren tanto tiempo que interfieren con las rutinas acostumbradas.

La letra pequeña

Las obsesiones son ideas recurrentes indeseables que se entrometen en la conciencia; el paciente suele tratar de suprimirlas, ignorarlas o neutralizarlas.

Las compulsiones son comportamientos y ciclos repetidos (en ocasiones mentales), que siguen reglas (corresponden a obsesiones), cuyo objetivo es aliviar la tensión; el paciente pudiera tratar de resistirse a ellas. Las conductas no son razonables, lo que implica que no tienen una posibilidad realista de aliviar la tensión obsesiva.

Las D: • Discapacidad o malestar (en forma característica, las obsesiones, las compulsiones o ambas consumen 1 h o más cada día, o generan disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (consumo de sustancias y trastornos físicos, supersticiones “normales” y rituales que no generan tensión o discapacidad, trastornos depresivos y psicóticos, trastornos de ansiedad y del control de impulsos, trastorno de la Tourette, trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo).

Notas para codificación

Especifique el grado de introspección:

Con introspección buena o aceptable. El paciente se percata de que los pensamientos y los comportamientos del TOC en definitiva carecen de una base real (o que eso es probable).

Con introspección deficiente. El paciente considera que es probable que las inquietudes del TOC tengan una base real.

Con introspección nula/creencias delirantes. El individuo cree con firmeza que las inquietudes del TOC tienen una base real.

Especifique si:

Relacionado con tics. El paciente tiene el antecedente de algún trastorno de tics crónico.

Leighton Prescott

Haciendo una pausa momentánea, Leighton Prescott se inclinó hacia delante para enderezar un grupo de revistas ubicadas en el escritorio del entrevistador. La piel agrietada del dorso de sus manos tenía el color de los ladrillos sucios. Al parecer satisfecho, continuó su narración.

“Empecé a tener esta sensación de que tendría semen en las manos y de que podría transferirlo a alguna mujer y hacer que quedara embarazada, incluso si tan sólo la saludaba de mano. Así es que comencé a lavarme con un cuidado extremo cada vez que me masturbaba”.

Leighton era un estudiante graduado de 23 años que estudiaba fisiología vegetal. Aunque era en extremo brillante y estaba dedicado a la ciencia, sus calificaciones habían bajado mucho durante

los últimos meses. Atribuía esto a sus rituales de lavado de manos. Cada vez que tenía la idea de que sus manos pudieran estar contaminadas con semen, se sentía obligado a tallarlas con fuerza.

Un año antes, esto sólo le había implicado entre 3 o 4 min de lavado con una barra de jabón y agua tan caliente como pudiera soportarla. Pronto necesitó un cepillo para uñas; más adelante se estaba cepillando las manos y también las muñecas. Ahora había desarrollado un ritual elaborado. Primero raspaba bajo las uñas utilizando algo afilado; luego utilizaba el cepillo para lavarlas. Después se aplicaba jabón quirúrgico hasta los codos para hacer espuma y se tallaba con un cepillo distinto, 15 min cada brazo. Luego, tenía que iniciar de nuevo en sus uñas, porque el semen que se había tallado de los brazos podría haberse metido bajo ellas. Si aparecía un solo pensamiento de que alguno de estos pasos no se había realizado con absoluta precisión, tenía que comenzar todo de nuevo. En las semanas recientes esto se había convertido en la norma.

“Ya sé que parece loco”, dijo echando una mirada sus manos. “Soy un biólogo. Esa parte de mí sabe que los espermatozoides no pueden vivir más que algunos minutos en la piel. Pero si no me lavo, se acumula más y más tensión, hasta que tengo que lavarme—el lavado es lo único que alivia la ansiedad”.

Leighton no creía estar deprimido, aunque sentía una inquietud apropiada en relación con sus síntomas. Su sueño y apetito habían sido normales; nunca se había sentido culpable o con tendencia suicida.

“Tan sólo es estúpido, en particular cuando mi novia dejó de verme. Fui al baño en un restaurante al que la llevé a comer. Después de 45 min, ella tuvo que enviar al administrador para que me sacara”. Se rió sin mucha alegría. “Dijo que quizá volvería a verme, si limpiaba mi actuación”.

Evaluación de Leighton Preston

Las obsesiones y las compulsiones (criterio A) de Leighton cubren con facilidad los requisitos para TOC. Trataba de suprimir los pensamientos recurrentes relativos a la contaminación, que reconocía como productos irracionales de su propia mente (buena introspección). Se sentía obligado a mantener al margen estas ideas mediante el lavado de manos repetitivo, que reconocía como en extremo excesivo. En el momento en que acudió para solicitar ayuda, sus síntomas ocupaban varias horas cada día, lo que interferían con sus estudios y su vida social, y le generaban tensión intensa (B). No cursaba con algún otro trastorno mental identificable que pudiera explicar sus síntomas (D).

Un paso importante para la valoración de cualquier individuo con sospecha de TOC es determinar si el punto de enfoque del paciente es patológico. Por ejemplo, para alguien que vive en un ghetto o una zona de guerra pudiera resultar prudente pasar tres cerrojos a las puertas y verificar con frecuencia la seguridad. Si Leighton hubiera estado preocupado en exceso en torno a problemas numerosos de la vida real (como pasar sus exámenes o tener éxito con su novia), en vez de éste justificaría un diagnóstico de **trastorno de ansiedad generalizada**.

Si bien el comportamiento repetitivo también es característico del **trastorno de Gilles de la Tourette** y de la **epilepsia del lóbulo temporal**, los pacientes con **otras afecciones médicas** rara vez se presentan con obsesiones o compulsiones (C). Sin embargo, en ocasiones alguna persona desarrolla obsesiones o compulsiones como consecuencia del **consumo de sustancias**.

Interrogue en forma cuidadosa respecto de la existencia previa o activa de tics, que se informa en cerca de una cuarta parte de todos los enfermos con TOC. No sólo existe una relación

entre el TOC y el trastorno Gilles de la Tourette, sino que un porcentaje desproporcionado de pacientes con el primer diagnóstico (no obstante no es el caso de Leighton) refiere el antecedente de tics crónicos.

El pensamiento obsesivo o el comportamiento compulsivo pueden identificarse en distintos trastornos mentales más. Las personas pueden perseguir con obsesión la realización de cualquier número de actividades, como el juego de apuesta, el consumo de alcohol y las actividades sexuales. El diagnóstico diferencial también incluye al **trastorno de dismorfia corporal** (el paciente se obsesiona en torno a la figura de su cuerpo) y el **trastorno de ansiedad por enfermedad** (cuyo centro de atención es la salud). Los pacientes con **trastornos psicóticos** en ocasiones mantienen sus ideas obsesivas hasta un grado delirante. Y por supuesto, existe algo un tanto obsesivo en las conductas de alimentación de los pacientes con **anorexia nerviosa** y **bulimia nerviosa**.

Quizá 20% de los individuos con TOC cuenta con rasgos obsesivos premórbidos. Por efecto de su nombre, el **trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo** (véase la p. 558) puede confundirse con el TOC. Los pacientes que sólo cursan con el trastorno de la personalidad pudieran no mostrar obsesiones o compulsiones. Son perfeccionistas y se preocupan por las reglas, los listados y los detalles. Estas personas pueden realizar tareas con lentitud debido a que hacen verificaciones constantes para asegurarse que todo es correcto, pero no muestran algún deseo de resistirse a estos comportamientos. El TOC y el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo pueden coexistir, en cuyo caso el TOC es con frecuencia en extremo grave. Algunos clínicos creen que la delimitación del TOC y el trastorno de la personalidad esquizotípico es también un problema frecuente en el diagnóstico diferencial.

El clínico de Leighton necesita asegurarse de que no padece alguna de las (numerosas) condiciones que con frecuencia acompañan al TOC. Además de los dos trastornos de la personalidad que acaban de mencionarse, yo en particular verificaría la presencia de trastornos del estado de ánimo (ya sea depresivos o bipolares) y los trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social y trastorno de pánico).

No obstante la mayor parte de los pacientes con TOC reconoce que sus obsesiones y compulsiones son irracionales o excesivas, algunos pierden la introspección al tiempo que la enfermedad avanza. Leighton reconocía que no estaba siendo razonable; lo codificaremos en consecuencia. Con una calificación EEAG de 60, su diagnóstico sería el siguiente:

F42 [300.3] Trastorno obsesivo-compulsivo, introspección buena

Hasta la mitad de los pacientes con TOC cursa con algún trastorno del estado de ánimo concomitante. Algunos tan sólo muestran sus síntomas obsesivos cuando se encuentran en medio de una depresión grave. Los pacientes con TOC también tienen gran probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad acompañante (el TOC mismo se clasificaba como un trastorno de ansiedad en los DSM previos).

F45.22 [300.7] Trastorno de dismorfia corporal

Los pacientes con trastorno de dismorfia corporal (TDC) se preocupan porque algo está mal en la forma o el aspecto de alguna parte de su cuerpo—las más de las veces, senos, genitales, pelo,

o nariz o alguna otra estructura de la cara. Las ideas que estos individuos tienen en torno a su cuerpo no son delirantes; al igual que en el trastorno de ansiedad por enfermedad, se trata de ideas sobrevaloradas. En alguna época el trastorno se denominó **dismorfofobia**; si bien algunos clínicos aún pueden denominarlo así, no se trata en lo absoluto de una fobia (el **miedo** irracional en realidad no contribuye).

Este trastorno puede ser devastador. Aunque con frecuencia solicitan procedimientos médicos (como la dermoabrasión) o cirugía estética para corregir sus defectos imaginarios, los enfermos con frecuencia no se sienten satisfechos con los resultados. Por esa razón, la cirugía suele estar contraindicada en ellos. También pueden buscar apoyo (que tan sólo les ayuda durante periodos breves), tratan de ocultar sus deformidades percibidas con ropa o vello corporal, o evitar las actividades sociales; algunos incluso se encierran en casa. La preocupación genera tensión clínica relevante de otros tipos—estado de ánimo deprimido, por ejemplo, e incluso ideas e intentos suicidas. La introspección es variable, aunque en su mayoría es pobre.

En la población general, la incidencia de TDC quizá sea de 2%. Pudiera identificarse hasta en 10% de los pacientes que consultan a un dermatólogo y una tercera parte de quienes solicitan una rinoplastia. A pesar de que los enfermos con TDC son jóvenes (tiende a iniciar durante la adolescencia), su incidencia puede incrementarse de nuevo tras la menopausia. Si bien la cuestión no está bien definida, es posible que afecte por igual a varones y mujeres. Sin embargo, los varones se preocupan con más frecuencia por sus genitales y el pelo.

Características esenciales del trastorno de dismorfia corporal

En respuesta a un defecto físico minúsculo y en ocasiones invisible, el paciente de manera repetida se observa en un espejo, pide apoyo o frota regiones de la piel—o hace comparaciones mentales con otros individuos.

La letra pequeña

Las D: • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo y psicóticos, anorexia nerviosa otros trastornos de la alimentación, TOC, trastorno de ansiedad por enfermedad, insatisfacción ordinaria con el aspecto personal).

Notas para codificación

Especifique si:

Con dismorfia muscular. Estas personas consideran que sus cuerpos son demasiado pequeños o carecen de una musculatura suficiente.

Especifique el grado de introspección:

Con introspección buena o aceptable. El paciente se da cuenta de que los pensamientos y los comportamientos del TDC en definitiva carecen de una base real (o que eso es probable).

Con introspección deficiente. El paciente considera que es probable que las inquietudes del TDC tengan una base real.

Con introspección nula/creencias delirantes. El individuo cree con firmeza que las inquietudes del TDC tienen una base real.

Especificador de dismorfia muscular

El especificador de dismorfia muscular del TDC se identifica casi de manera exclusiva en el varón. Un individuo con estas características piensa que es demasiado pequeño o que su constitución es muy delgada. Como consecuencia, muchas veces recurre a los extremos de las dietas o el levantamiento de pesas, y puede utilizar en forma inapropiada esteroides anabólicos u otras drogas (estos pacientes también pueden sentir inquietud en torno a otras características corporales—piel, pelo o cualquier cosa).

Cecil Crane

Cecil Crane tan sólo tenía 24 años cuando fue referido. “Él vino la semana pasada para solicitar una rinoplastia”, dijo el cirujano plástico en el teléfono, “pero su nariz a mi parecer se ve perfecta. Se lo dije, pero insistió en que había algo mal en ella. He visto antes a pacientes de este tipo—si los opero nunca quedan satisfechos. Es una demanda en potencia”.

Cuando Cecil apareció algunos días después, tenía la nariz más hermosa que el clínico había visto jamás, excepto por una o dos estatuas griegas. “¿Qué es lo que parece estar mal en ella?”

“Temía que lo preguntara”, dijo Cecil. “Todo el mundo dice eso”.

“¿Pero usted no lo cree?”

“Bueno, me miran chistoso. Incluso en el trabajo—vendo trajes en Macy—en ocasiones siento que los clientes se dan cuenta. Yo creo que es esta prominencia de aquí”.

Si se le miraba desde cierto ángulo, el área que Cecil señalaba insinuaba una convexidad mínima. Se quejaba de que le había costado su novia, quien siempre le dijo que para ella se veía bien. Cansada de que Cecil tratara de mirar su perfil en todos los espejos por los que pasaba e insistiera todo el tiempo en una cirugía plástica, por fin se fue en búsqueda de pastos más verdes.

Cecil se sentía infeliz, aunque no deprimido. Aceptaba que estaba convirtiendo su vida en un caos, pero a pesar de eso había conservado sus intereses en la lectura y en ir al cine. Pensaba que su interés en el sexo era bueno, aunque no había tenido oportunidad de probarlo desde que lo abandonara su novia. Su apetito era bueno y su peso era más o menos promedio según su talla. El flujo de su pensamiento no mostraba anomalías; su contenido, de manera independiente a la inquietud por su nariz, parecía ordinario. Incluso admitió que era posible que su nariz fuera menos fea que lo que el temía, pero pensaba que eso era poco probable.

Cecil no podía decir exactamente en qué momento había comenzado su inquietud respecto de su nariz. Pudiera haber ocurrido alrededor de la época en que comenzó a rasurarse. Recordaba haber observado con frecuencia la silueta de su perfil, que había sido recortada en papel negro durante unas vacaciones en la playa con su familia. Aunque muchos de sus parientes y amigos habían señalado que tenía buen aspecto, algo le molestaba sobre la nariz. Un día había bajado el recorte de la pared y, con unas tijeras, había tratado de mejorarlo. En pocos momentos, la nariz yacía en pedazos en la mesa de la cocina, y Cecil fue castigado sin salir durante un mes.

“Sin duda espero que el cirujano plástico sea un mejor artista de lo que yo soy”, comentó.

Evaluación de Cecil Crane

Los criterios para el TDC son simples. Cecil se sentía preocupado por su nariz perfecta (criterio A), que le generaba tensión suficiente como para pretender una cirugía—y perder a su novia (C). Más de una persona había tratado de asegurarle que su nariz era ordinaria, de tal forma que era evidente que su tensión excedía las inquietudes normales en relación con el aspecto. Y parecía necesitar revisarla de manera constante en el espejo (B). No obstante la existencia de todos estos síntomas, existen varios trastornos que deben considerarse en el diagnóstico diferencial.

En el **trastorno de ansiedad por enfermedad**, no es la apariencia lo que preocupa al paciente; es el temor de padecer una enfermedad. En la **anorexia nerviosa**, los pacientes tienen distorsión de la autoimagen, pero sólo en el contexto relativo al sobrepeso. En el **trastorno delirante de tipo somático**, los pacientes carecen de introspección en cuanto a que sus malestares pudieran no ser razonables, en tanto Cecil estaba dispuesto a considerar la noción de que los otros pudieran tener una perspectiva distinta de su nariz (sin embargo, algunos individuos con TDC carecen por completo de introspección; en estos casos, la diferenciación depende del contenido de la idea delirante, que en el trastorno delirante implica la función de las partes corporales o sus sensaciones, y no su aspecto). Las quejas de los pacientes con **esquizofrenia** en torno al aspecto son con frecuencia bizarras (una mujer refirió que cuando se miraba en el espejo observaba que su cabeza había sido sustituida por un hongo). En la **disforia de género**, los malestares de los individuos se limitan a la convicción de que deberían haber nacido con el otro sexo.

Ninguno de estos era el punto de enfoque de la inquietud de Cecil (D y E). Sin embargo, su clínico haría bien en descartar con cuidado una **fobia social**, un **trastorno obsesivo-compulsivo** y un **trastorno depresivo mayor**, todo los cuales pueden coincidir con el trastorno de dismorfia corporal. En espera de estudios para descartar estas afecciones, el diagnóstico completo de Cecil quedaría como se indica enseguida, con una calificación EEAG de 70:

F45.22 [300.7] Trastorno de dismorfia corporal, con introspección aceptable

F42 [300.3] Trastorno de acumulación

Hace más de 1000 años, la leyenda de Beowulf hacía referencia a la palabra **hoard** (de la que deriva *hoarding*, acumulación) como una gran cantidad de cosas valiosas (en particular, dinero o algún otro tesoro) que se guardaban para uso futuro. En la actualidad, ponemos de cabeza esta definición para hacer referencia a la acumulación de objetos sin valor que carecen de uso práctico.

Los motivos detrás de la acumulación pueden ser diversos. Algunas personas piensan que sus cosas son valiosas cuando en realidad no lo son. Otros pueden imitar un comportamiento que observaron en miembros de la familia (también se sospecha un componente genético). Incluso otros en apariencia se sienten confortados por la presencia de objetos que se han acostumbrado a poseer, o que consideran que pudieran necesitar más adelante. De manera independiente al factor que le impulse, el espacio de vida del acumulador queda atestado, quizá llenándose por completo de manera eventual (si las áreas de vivienda siguen siendo habitables, es probable que eso se deba a que alguien más arregla el desastre). Una consecuencia social de la acumulación es que los niños temen recibir visitas en casa; ¡seguro que no quieren enterarse de cómo se hace ahí la limpieza! En la actualidad existen grupos de apoyo en línea para los hijos de quienes padecen

acumulación, que se en otros sentidos están solos haciendo sus propios esfuerzos desesperados para enfrentar lo insalubre, lo antiestético y lo inseguro.

Condición que se dice afecta a entre 2 y 5% de la población general, el trastorno de acumulación es nuevo en el DSM-5. En alguna época se tomó como una posible variedad de TOC, pero ni siquiera 20% de los acumuladores cubre los criterios para TOC—en parte debido a que no consideran que sus síntomas sean invasivos, desagradables o estresantes. La tensión muchas veces sólo se desarrolla una vez que se les obliga a deshacerse de los objetos que han llevado a casa con tanto esfuerzo.

El trastorno de acumulación comprende varios tipos especiales: las personas que acumulan libros o animales (piense en una casa llena de gatos) o alimentos que—¡qué asco/ugh!—rebasó hace mucho la fecha de caducidad. Los acumuladores de animales también guardan otros objetos, que pudieran por lo menos tener la ventaja de ser más higiénicos. El trastorno inicia durante la juventud y se intensifica al pasar el tiempo, de tal manera que se encuentra con más frecuencia entre adultos mayores; los varones pudieran predominar sobre las mujeres. Parece tener gran tendencia hereditaria.

Características esenciales del trastorno de acumulación

Estos pacientes se encuentran atrapados por algo poderoso: la urgencia inexorable de acumular cosas. Experimentan problemas—tensión—al tratar de desechar sus posesiones, incluso las que parecen tener poco valor (sentimental o de otro tipo). Como consecuencia, las cosas se acumulan, ocupando las áreas habitables hasta inutilizarlas.

La letra pequeña

Las D: • Duración (no se indica, excepto por “persistente”) • Tensión o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo y psicóticos, demencia, TOC, gusto normal por la colección).

Notas para codificación

Especifique si:

Con adquisición excesiva. Si los síntomas se acompañan de acumulación excesiva, compra o robo de objetos que no se requieren, o para los cuales no se dispone de espacio.

Especifique el grado de introspección:

Con introspección buena o aceptable. El paciente se da cuenta de que estas ideas y comportamientos generan problemas.

Con introspección deficiente. El paciente en general piensa que la acumulación no es un problema.

Con introspección nula/creencias delirantes. El paciente cree con certeza que la acumulación no es un problema.

Langley Collyer

Más de medio siglo después, el caso Collyer sigue celebrándose en los anales de la acumulación.

Si bien con buena formación académica (Columbia University) y siendo un pianista talentoso, Langley Collyer quizá nunca consiguió un empleo remunerado. Él y su hermano mayor, Homero, vivían en una casa en Harlem que les habían heredado sus padres, un obstetra y su esposa que eran primos en primer grado. Con formación de abogado, Homero trabajó durante algún tiempo, pero su vista se deterioró y sufría artritis. Así, al pasar el tiempo los hermanos vivían del dinero que habían heredado. No necesitaban mucho: no tenían gas, electricidad o servicio telefónico. Incluso se desconectó de manera eventual el agua. Durante décadas, en esencia acampaban dentro de casa.

Langley caminaba varios kilómetros hasta la tienda para conseguir provisiones, que transportaba a casa en un carrito que jalaba con un cordel. En estos viajes, también recogía buena parte de los desechos que por último invadieron su espacio de vida. Aunque vestía ropa que había pasado de moda mucho tiempo antes, Langley no era del todo antisocial. Según lo referido por quienes lo conocían, era agradable, y en ocasiones agradecía la compañía. Incluso él admitía que era demasiado solitario.

En 1947, a la edad de 61 años, Langley murió, aplastado bajo el peso de una trampa cazabobos que había diseñado e instalado desde hacía varios años para impedir que los criminales robaran las posesiones de los hermanos. Al encontrar las puertas obstruidas por paredes de 3 m de alto de periódico viejo y otros desechos, la policía tuvo que entrar a hachazos. Les tomó semanas encontrar el cuerpo del Langley, que se encontraba tan sólo a 3 m de donde Homero había muerto algún tiempo después—de inanición.

Una vez que los cuerpos fueron retirados, se sacaron las posesiones de la casa. Los trabajadores encontraron maniqués, hojas de escritura Braille, una carreola para muñeca, bicicletas, una fotografía de Mickey Rooney, anuncios viejos, armas de fuego y municiones, partes de radios antiguas, pedazos de concreto y agujetas. Los hermanos habían almacenado parte de sus desechos corporales en frascos. Había un bebé con dos cabezas conservado en formaldehído (quizá un espécimen derivado de la práctica médica de su padre), una canoa, un automóvil Modelo T desmantelado, dos órganos de viento, miles de latas de aluminio vacías, y 14 pianos. También había toneladas de papel periódico, acumulados para que Homero pudiera ponerse al día con las noticias, cuando recuperara la vista. En total, de la casa de manera eventual salieron 180 toneladas de basura, todas cubiertas con el polvo de décadas.

Evaluación de Langley Collyer

El análisis de la afección de Langley obliga a hacer algunas concesiones. Eso se debe a que, con franqueza, debemos inferir un criterio importante del trastorno de acumulación: que no existía alguna otra afección médica que pudiera explicar mejor los síntomas (criterio E). Langley y Homero se hicieron famosos por rehusarse a solicitar atención médica; de ahí la artritis incapacitante de Homero y, quizá, su ceguera. Pero Langley evitaba el consumo de alcohol y drogas, y parecía haber estado bien durante décadas hasta casi el final de su vida—cuando, de manera literal, se vino abajo.

La acumulación puede presentarse como un síntoma del **TOC**, pero al igual que en la mayor parte de los individuos que acumulan, carecemos de evidencia de obsesiones o compulsiones (adicionales; F). Aunque no existe evidencia de algún otro trastorno mental, tampoco tenemos

evidencia positiva de que Langley no sufría, por ejemplo, **trastorno depresivo mayor** (éste y el TOC coinciden con frecuencia con el trastorno de acumulación).

En cuanto a los requisitos del síndrome, Langley sin duda era un coleccionista cuyo tonelaje acumulado no sólo se guardaba en el espacio de vida de los dos hermanos ermitaños, sino que lo abarcaba (A, B y C). Ponía en riesgo su propia salud y la de cualquier persona del servicio público que pudiera necesitar ingresar para dar asistencia; la incapacidad para mantener un ambiente seguro satisface el requisito de estrés o disfunción (D).

En ausencia de un testimonio directo del Langley, no podemos saber la profundidad con la que comprendía su condición, de manera que debemos ignorar los especificadores de introspección. Sin embargo, es probable que podamos concordar en que sus hábitos de recolección justifican el especificador **con adquisición excesiva**—como en el caso de la gran mayoría de los acumuladores. Si bien ya no podemos codificar algún dato en lo que se refiere a “trastorno de la personalidad, diagnóstico diferido”, de ser Langley un paciente vivo yo agregaría alguna nota en mi resumen en ese sentido—para alertarme, o a algún otro clínico más adelante, de que aún debe hacerse un mayor trabajo diagnóstico. Yo le asignaría una calificación EEAG de 60.

F42 [300.3] Trastorno de acumulación, con adquisición excesiva

F63.3 [312.39] Tricotilomanía (trastorno de arrancamiento del pelo)

La palabra **tricotilomanía** deriva del griego, idioma en que significa “pasión por jalarse el pelo”. Al igual que la piromanía y la cleptomanía, muchos pacientes de este tipo (mas no todos) sienten una acumulación de la tensión hasta que sucumben a la urgencia. Entonces, cuando se tiran del pelo experimentan liberación. Con tendencia a comenzar durante la niñez, los individuos que tiran de su pelo de manera repetida se arrancan el cabello, la barba, las cejas o las pestañas. Con menos frecuencia, jalen el vello de las axilas, la región del pubis y otras partes del cuerpo. Por lo general no refieren dolor en relación con el arrancamiento del cabello, aunque pudieran identificar una sensación de hormigueo.

Algunas personas se meten el pelo a la boca, y cerca de 30% lo deglute. Si el pelo es largo, puede acumularse en el estómago o el intestino hasta formar un bezoar (bola de pelo) que pudiera requerir remoción quirúrgica. Los pacientes pueden ser referidos a los profesionales de la salud mental por los dermatólogos, que identifican una pérdida de pelo en parches.

El desarrollo de la tricotilomanía suele ocurrir durante la niñez o la adolescencia (cuando comienza en un adulto, puede relacionarse con psicosis). La condición tiende a mostrar altibajos de intensidad, pero suele ser crónica.

La tricotilomanía avergüenza a los pacientes, que tienden a mantenerla en secreto, de tal manera que no está claro qué tan frecuente es. Hasta en 3% de la población de adultos puede identificarse cierto grado de arrancamiento del cabello, en particular en mujeres, pero sólo un número incluso menor (quizá menos de 1%) cumple todos los criterios del trastorno. Es más frecuente en mujeres que en varones, y es en particular común en individuos con discapacidad intelectual. Las personas que tiran de su cabello también tienden a tronarse los nudillos, morderse las uñas o producirse excoriaciones.

La sensación de tensión previa a tirar del cabello, y la liberación o alivio del estrés que le sigue, sigue caracterizando a muchos pacientes (no obstante ya no es un requisito para el diagnóstico). Sin embargo, los pacientes que muestran la característica de “tensión y liberación” relacionado con el arrancamiento del cabello pueden mostrar tendencia a una evolución más grave de la enfermedad que quienes no refieren este síntoma.

Características esenciales de la tricotilomanía

El arrancamiento repetido del pelo del propio paciente da origen a alopecia en parches e intentos por controlar la conducta.

La letra pequeña

Las D: • Duración (“recurrente”) • Tensión o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo y psicóticos, trastorno de dismorfia corporal, TOC, arreglo personal ordinario).

Rosalind Brewer

“No sé por qué lo hago, tan sólo lo hago”. Rosalind Brewer había sido referida a la clínica de salud mental por su dermatólogo. “Comienzo a sentirme un poco tensa, y con sólo jalarme un pequeño mechón y arrancarlo, de alguna manera se alivia la tensión”. Seleccionó un solo mechón de su largo pelo rubio, le dio vuelta un par de veces en torno a su índice, y lo arrancó. Se le quedó mirando un momento antes de tirarlo sobre la alfombra recién aspirada.

Rosalind se había estado arrancando del pelo durante casi la mitad de sus 30 años de vida. Pensaba que había comenzado en primero o segundo de preparatoria, mientras estudiaba para sus exámenes finales. Quizá la sensación de hormigueo que percibía en la piel cabelluda le ayudaba mantenerse despierta; no lo sabía. “Ahora es un hábito. Siempre me he arrancado tan sólo el cabello de la coronilla”.

La parte superior de la cabeza de Rosalind mostraba una zona redonda y casi calva, de un tamaño cercano al de un dólar de plata. En ese sitio tan sólo brotaban algunos cabellos rotos y había un crecimiento escaso de cabello nuevo. Se asemejaba a una pequeña tonsura.

“Solía hacer enojar mucho a mi madre. Ella decía que acabaría viéndome como mi padre. Me ordenaba que dejara de hacerlo, pero ya conoce usted a los niños. Yo solía pensar que la tenía asida del pelo/controlada por el pelo/bajo control”. Se rio un poco. “Ahora que quiero detenerme, no puedo”.

Rosalind se había chupado el pulgar hasta los ocho años, pero en otros sentidos su niñez carecía de datos relevantes. Su salud física era buena; no presentaba otros comportamientos compulsivos o ideas obsesivas. Negaba el consumo de drogas o alcohol. Aunque carecía de síntomas relevantes de depresión, aceptaba que para ella el arrancamiento del cabello constituía un problema grave. Podía utilizar algún broche para ocultar su calvicie, pero saber que existía le había hecho mantenerse al margen de formar relaciones estrechas con los hombres.

“Ya es muy malo verse como un monje”, dijo Rosalind. “Pero esto también me ha llevado a vivir como uno”.

Evaluación de Rosalind Brewer

Los síntomas de Rosalind de arrancamiento repetido del cabello (criterio A) incluían la “tensión y liberación” clásica que solía requerirse para establecer el diagnóstico de tricotilomanía, pero que ahora sólo corresponde a una característica frecuente. Carecía de evidencia de algún **trastorno dermatológico** u otra **afección médica general** (D) que pudieran explicar la condición (la refirió un dermatólogo). Las afecciones mentales que pudieran confundirse con la tricotilomanía incluirían al **TOC**, en que las compulsiones no son el fin en sí mismas, sino un medio para prevenir la ansiedad. El arrancamiento del cabello en ocasiones se identifica en el **trastorno de dismorfia corporal**, pero todos estarían de acuerdo en que Rosalind tenía un problema cosmético. El **trastorno facticio**, otra posibilidad, podía descartarse porque Rosalind carecía de algún dato que indicara que quería ser una paciente. No cursaba con **psicosis** o algún otro trastorno mental evidente (en particular, **trastorno del estado de ánimo**; E), excepto por la tensión (C) derivada de su incapacidad para detenerse (B).

Con una calificación EEAG de 70, su diagnóstico completo sería simple:

F63.3 [312.39] Tricotilomanía

L98.1 [698.4] Trastorno de excoiación (rascarse la piel)

El trastorno de excoiación (rascarse la piel) inicia la adolescencia, si bien en ocasiones es posterior. Estos pacientes pasan gran parte del tiempo—quizá horas cada día—rascándose la piel. La mayor parte de ellos se concentra en la cabeza o la cara; las uñas tienden a ser los instrumentos preferidos, si bien algunos individuos utilizan pinzas. La tensión previa al acto, al igual que en otros trastornos de impulsos, como la piromanía, es un hallazgo frecuente en estos individuos. A continuación, el acto de pinchar la piel puede generar gratificación; la vergüenza o pena subsecuentes pudieran retrasar la búsqueda de tratamiento. Las infecciones son frecuentes, y en ocasiones producen ulceración. Los pacientes pueden utilizar cosméticos para ocultar las cicatrices y las excoiaciones; algunos evitan acudir a eventos sociales como consecuencia.

Otras complicaciones pueden ser directas. Un paciente se rascaba en forma tan persistente el cuello y la piel cabelluda que escarbó hasta atravesar su cráneo y desarrolló un absceso epidural. La cuadriplejía que desarrolló sólo se resolvió en forma parcial; confinado a una silla de ruedas, reincidió por último en el rascado. Por supuesto, esto es extremo; sin embargo, la cicatrización y las infecciones menos dañinas son frecuentes. Muchos pacientes invierten 1 h o más cada día en su comportamiento de rascado o sus consecuencias.

Una tercera parte de los individuos con trastorno de excoiación cursa con algún otro trastorno mental activo, en particular tricotilomanía, algún trastorno del estado de ánimo o TOC; algunos se muerden las uñas. Cerca de la mitad de los pacientes con trastorno de dismorfia corporal también se daña la piel. La excoiación se identifica en personas con discapacidad del desarrollo, en particular quienes padecen síndrome de Prader-Willi (vea el texto entre barras de la p. 215).

Para tratarse de un trastorno “nuevo” (no obstante se le describió desde 1889, su inclusión en el DSM-5 corresponde a su primera aparición como trastorno mental oficial), el trastorno de excoiación es en extremo común; su prevalencia es quizá de 2% o más. Tiende a iniciar en la adolescencia y sigue una evolución crónica. La gran mayoría de los pacientes la constituyen las mujeres; muchos tienen parientes con afecciones similares.

Características esenciales del trastorno de excoriación (rascarse la piel)

El paciente con frecuencia trata de detener el rascado, arañado o pinchado de la piel, que ha producido lesiones.

La letra pequeña

Las D: • Duración (recurrente) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos psicóticos, TOC, trastorno de dismorfia corporal, trastorno de movimiento estereotípico).

Brittany Fitch

La evidencia era cruel: la cara de Brittany Fitch estaba repleta de hundimientos y cicatrices. Algunas de sus lesiones aún mostraban inflamación, y una que se ubicaba en su frente tenía una costra. Se había cubierto las uñas de los dedos con cinta adhesiva.

Cuando tenía 11 años, Brittany había desarrollado acné, que su madre “curaba” al exprimir las pústulas y los puntos negros. Brittany había soportado largos minutos parada con la cabeza acuñada en una esquina, con los dedos musculosos de su madre escarbando “como si buscara oro”, podía recordar Brittany años después. Por fin liberada, había corrido hacia el baño y se había echado agua fría sobre la cara irritada y manchada. Había odiado a su madre.

Ahora en la Universidad, Brittany había tomado a su cargo el trabajo de exprimir y pinchar, aunque ella se sabía que esto tan sólo generaba más daño en la piel. Varias veces por semana atacaba su cara, por lo general sólo unos minutos cada vez, pero más tiempo si estaba sola en el baño. Se sentía atraída hacia los espejos para inspeccionar y criticar su cara; esas inspecciones de manera inevitable daban lugar a nuevos episodios de destrucción. Puesto que se sentía avergonzada del daño que había causado, evitaba las citas. Habían pasado seis meses de que había acudido a una obra teatral o a un concierto, incluso sola.

“Espero que usted puede ayudarme”, dijo con una sonrisa amarga. “Más que nada, deseo dejar de ser mi madre”.

Evaluación de Brittany Fitch

La condición de Brittany no es difícil de diagnosticar. Las manchas y las cicatrices (criterio A), así como la cinta sobre las uñas de los dedos (B) hablaban mucho de su historia, y su visita a la clínica atestiguaba la tensión que sus síntomas le estaban generando (C). La pregunta más importante en ese momento sería la siguiente: ¿podría **otro trastorno mental** (o **médico**) explicar sus síntomas? Para determinarlo, su clínico tendría que escarbar un poco más a fondo, por decirlo así, en sus antecedentes para asegurarse que ella no padeciera **TOC** (E). Por supuesto, ella no cursaba con **trastorno de dismorfia corporal**: la condición de su piel era del todo evidente para cualquier persona que mirara.

En tanto su médico no pudiera encontrar evidencia de alguna **otra afección médica** (como escabiasis o algún otro tipo de enfermedad dermatológica) o un **trastorno por consumo de**

sustancia (como el consumo de cocaína o metanfetaminas, en los que la sensación de insectos que reptan sobre o por debajo de la piel pueden inducir al rascado; D), el diagnóstico de Brittany parece seguro. Yo basaría su calificación EEAG (60) en el grado de discapacidad social que experimentaba.

L98.1 [698.4] Trastorno de excoriación

Trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados inducidos por sustancia/medicamento

Los informes vinculan a los síntomas obsesivo-compulsivos con el consumo de codeína, cocaína, metilendioximetanfetamina (Éxtasis) y metanfetamina. Si estos criterios muestran similitud extrema a los relacionados con los trastornos de ansiedad inducidos por sustancias, se debe a que las dos secciones constituían una sola en el DSM-IV. Esa es una de las razones por las que decidí no incluir un caso clínico adicional aquí. La otra es que estas afecciones quizá son en extremo infrecuentes.

Un ejemplo importante es el comportamiento de búsqueda de residuos, que se identifica en los consumidores de crack. Por algunas horas como máximo, los consumidores de grandes cantidades inspeccionan la alfombra o el piso en búsqueda de pedazos de la droga que pudieran haberse caído. Siempre ocurre como un fenómeno de abstinencia, y si bien se dan cuenta de que lo hacen en vano, se sienten incapaces de resistirse.

Características esenciales del **trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados inducidos por sustancia/medicamento**

El consumo de alguna sustancia parece haber inducido obsesiones, compulsiones, acumulación, arrancamiento del cabello, excoriación u otros síntomas recurrentes vinculados con el cuerpo del paciente.

La letra pequeña

En el texto entre barras de la página 95, se muestran algunas recomendaciones para identificar la relación causal con sustancias.

- Las D:**
- Tensión o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal)
 - Diagnóstico diferencial (intoxicación o abstinencia ordinarias por sustancia, delirium, trastornos físicos, TOC, trastornos de ansiedad).

Notas para codificación

Especifique:

Con inicio durante la {intoxicación} {abstinencia}. Esto se agrega al final de su frase.

Con inicio tras el uso de medicamento. Para utilizar este especificador además de otros.

Consulte los cuadros 15-2 y 15-3 en el capítulo 15 para obtener información sobre los procedimientos específicos para codificación.

F06.8 [294.8] Trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados debidos a otra afección médica

En ocasiones usted identifica síntomas obsesivo-compulsivos que se asocian a alguna afección médica. Por supuesto, el vínculo no es prueba de una relación causal, pero se ha propuesto una relación causal lógica con la encefalitis japonesa tipo B y el quiste subaracnoideo, entre otros.

Los síntomas obsesivo-compulsivos también se identifican en la corea de Sydenham, que deriva de una infección por estreptococos en los niños. Se ha escrito mucho en torno a los trastornos neuropsiquiátricos autoinmunitarios en pediatría asociados a las infecciones estreptocócicas (PANDAS por sus siglas en Inglés), en que los niños pequeños desarrollan obsesiones y compulsiones, así como tics y otros síntomas, pero sin el trastorno motor propio de la corea. Después de años de estudio, aún se desconocen muchos datos—lo que incluye el hecho de si los PANDAS constituyen una entidad verdadera, y si la asociación que se propone es incluso genuina (en 2013, un varón joven fue arrestado por planear colocar una bomba en su propia secundaria cerca de Portland, Oregon. En su defensa, citó al TOC secundario a PANDAS).

El síndrome de Prader-Willi es un trastorno raro (alrededor de una persona en 50 000) que se asocia con una anomalía del DNA del cromosoma 15. La condición puede identificarse en el momento del nacimiento mediante pruebas genéticas en neonatos con hipotonía intensa. Si bien algunos individuos con el síndrome presentan inteligencia normal limítrofe, es frecuente la discapacidad intelectual leve o moderada. Los pacientes de manera característica muestran talla baja e hipogonadismo; el apetito insaciable muchas veces determina obesidad intensa. Algunos tienen síntomas del estado de ánimo y problemas para el control de los impulsos. En los individuos con síndrome de Prader-Willi también se refiere comportamiento de acumulación, búsqueda de comida, excoriación cutánea y obsesiones con la limpieza—casi una revisión completa de los trastornos que abarca este capítulo.

Características esenciales del trastorno obsesivo-compulsivo y otros relacionados debidos a otra afección médica

Una afección física parece haber desencadenado en la persona obsesiones, compulsiones, acumulación, arrancamiento del cabello, excoriación u otros síntomas recurrentes vinculados con su propio cuerpo.

La letra pequeña

En el texto entre barras de la página 97, se muestran algunas recomendaciones para identificar la relación causal de una afección física con un trastorno mental.

- Las D:**
- Tensión o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal)
 - Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias, delirium, trastornos del estado de ánimo y ansiedad, TOC).

Notas para codificación

Con base en la presentación, especifique:

Con inquietudes relativas al aspecto. Para síntomas similares a los del trastorno de dismorfia corporal.

Con síntomas similares a los del trastorno obsesivo-compulsivo.

Con síntomas de acumulación.

Con síntomas de arrancamiento del cabello.

Con síntomas de excoriación de la piel.

F42 [300.3] Otros trastornos obsesivo-compulsivo y relacionados

Esta categoría (que usted utiliza, recuerde, cuando un paciente tiene características obsesivo-compulsivas pero no se ajusta del todo a un diagnóstico, y usted desea decir **por qué**) pudiera ser apropiado en varias situaciones, entre otras las siguientes:

Síntomas similares al trastorno de dismorfia corporal, pero con defectos reales. Los defectos se encuentran ahí, de acuerdo, pero la inquietud parece excesiva.

Celos excesivos. Sin calificar algún otro trastorno mental, el paciente muestra tensión (o disfunción) por la infidelidad de la pareja; como consecuencia, se presentan comportamientos o ideas repetitivos.

Síntomas similares al trastorno de dismorfia corporal, pero sin comportamientos repetitivos.

F42 [300.3] Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados

El paciente muestra obsesiones o compulsiones, o bien otros comportamientos que pertenecen a este capítulo, y usted **no** desea explicarse.

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Guía rápida para los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

Distintos tipos de factores de estrés y traumas son responsables de los trastornos que se analizan en este capítulo. Para este momento, usted conoce la costumbre: el número que sigue a cada elemento indica el punto en que comienza una discusión más detallada.

Trastornos primarios relacionados con traumas y factores de estrés

Trastorno de apego reactivo. Existe evidencia de la provisión de un cuidado con características patogénicas en un niño que de manera habitual no busca ser confortado por sus progenitores o sus sustitutos (p. 231).

Trastorno de relación social desinhibida. Existe evidencia de la provisión de un cuidado con características patogénicas en un niño que no muestra una reserva normal en la compañía de extraños (p. 231).

Trastorno de estrés postraumático. Estos adolescentes o adultos reviven en forma repetida un evento traumático intenso, como un combate o un desastre debido por un fenómeno natural (p. 219).

Trastorno de estrés postraumático en preescolares. Los niños evocan en ocasiones repetidas algún evento traumático intenso, como un accidente vehicular, un desastre por fenómenos naturales o la guerra (p. 223).

Trastorno de estrés agudo. Esta condición se parece mucho al trastorno de estrés postraumático, excepto porque inicia durante algún evento estresante o de inmediato tras el mismo, y dura un mes o menos (p. 224).

Trastorno de adaptación. Después de hacer frente a un factor de estrés, un individuo desarrolla síntomas que desaparecen una vez que cede la causa del estrés (p. 228).

Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés, especificado o no especificado. Los pacientes cuyos factores de estrés o traumas parecen relacionados con otras manifestaciones pueden clasificarse en una de estas categorías (pp. 233 y 234).

Otros problemas relacionados con traumas o factores de estrés

Problemas relacionados con maltrato, abuso o negligencia. Un número impresionante de códigos Z (códigos V en la CIE-9) cubren las categorías relacionadas con dificultades que derivan de la negligencia, del maltrato físico o el abuso sexual en niños o adultos (p. 594).

Trastorno de ansiedad por separación. El paciente desarrolla ansiedad cuando se le separa de un progenitor o de otro objeto de apego, o bien de su hogar (p. 188).

Introducción

Otro capítulo nuevo en los DSM incorpora ciertos diagnósticos que antes se distribuían entre los trastornos de ansiedad, del desarrollo o de adaptación. El elemento unificador en este caso es que al parecer algún fenómeno traumático o estresante en los antecedentes del paciente es en parte responsable de los síntomas que desarrolla. Esto es parte de una tendencia a la agrupación de los individuos de cualquier edad que cursan con una mezcla correcta de síntomas, más que a la separación de los pacientes con base en su etapa de desarrollo.

Muchos diagnósticos incluyen afirmaciones en torno a lo que **no** los causa, pero ésta es la única sección completa del DSM-5 que presume alguna etiología, no sólo de la variedad que tiene raíz en la psicología de un proceso de desarrollo patológico.

En los casos de los trastornos de apego reactivo y de relación social desinhibida, debe existir evidencia de una atención patogénica; en el caso del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y sus primos, un evento terrorífico; en el trastorno de adaptación, un estresante... bueno, factor de estrés. La serie de criterios respectivos nos permite verificar aquéllos que se cumplen y seguir nuestro camino, quizá con la idea de que resolvimos el misterio.

Mientras nos alegramos por haber tenido éxito en cuanto a la determinación de la relación causa-efecto, en lo más profundo de nuestra mente debe persistir una sensación de que no todo está claro. De lo contrario, ¿por qué algunas personas desarrollan sintomatología en tanto otras, expuestas a un estímulo idéntico (con tanta precisión como pudiéramos indicar), mientras otras permanecen indemnes? Por otra parte, algunos estudios demuestran que, tarde o temprano, casi todos nos enfrentaremos a factores de estrés relevantes. ¿No debemos concluir que el estímulo en cuestión es necesario, pero no suficiente, para generar el resultado que se observa?

Por lo menos, este capítulo del DSM-5 arreó a la mayor parte de estos diagnósticos con etiología específica hacia un solo corral, donde podemos vigilarlos con cuidado.

F43.10 [309.81] Trastorno de estrés postraumático

Muchas personas que sobreviven a eventos en extremo traumáticos desarrollan TEPT. Los sobrevivientes del combate son las víctimas más frecuentes, pero también se identifica en individuos que enfrentaron otros desastres, tanto de origen natural como inducidos. Incluyen violación, inundaciones, secuestros y accidentes de aviación, así como las amenazas que pueden implicar el secuestro o la toma de rehenes. Los niños pueden cursar con TEPT como consecuencia de una experiencia sexual inapropiada, ya sea que sufran o no lesión. El TEPT puede diagnosticarse incluso en quienes sólo se enteraron de algún trauma intenso (o su amenaza) sufrido por alguien cercano—hijos, cónyuges, otros parientes cercanos. Uno o dos de cada 1 000 pacientes que se someten a anestesia general refieren después haber tenido conciencia de dolor, ansiedad, indefensión y temor de muerte inminente durante el procedimiento; hasta la mitad de ellos puede desarrollar de manera subsecuente síntomas de TEPT. Quedan excluidas de manera implícita de la definición las experiencias estresantes de la vida cotidiana, como el duelo, el divorcio y la enfermedad grave. El despertar de la anestesia mientras la cirugía aún continúa, sin embargo, se podría considerar un evento traumático, así como enterarse de la muerte accidental súbita del cónyuge y de una enfermedad que amenaza la vida de un hijo. Ver las imágenes televisivas de una desgracia no sería un factor de estrés suficiente (excepto si lo visto tuviera relación con el empleo de la persona).

Después de cierto periodo (los síntomas no suelen desarrollarse de inmediato tras el trauma), el individuo de alguna manera vuelve a evocar el evento traumático y trata de evitar pensar en él. También hay síntomas de hiperactivación fisiológica, como exageración de la respuesta de sobresalto. Los pacientes con TEPT también expresan sentimientos negativos, como culpa o responsabilidad personal (“Yo debería haberlo evitado”).

Además del evento traumático mismo, otros factores pudieran participar en el desarrollo del TEPT. Entre los factores individuales se encuentran la estructura de carácter innata de la persona y la herencia genética. El nivel bajo de inteligencia y la preparación educativa escasa muestran una asociación positiva con el TEPT. Entre los factores ambientales están el estado socioeconómico bajo y la pertenencia a un grupo minoritario racial o étnico.

En general, a más terrible o más prolongado el trauma, mayor será la probabilidad de que se desarrolle TEPT. El riesgo se incrementa hasta alcanzar a una cuarta parte de los sobrevivientes de un combate intenso y a dos terceras partes de quienes fueron prisioneros de guerra. Los que enfrentaron desastres por fenómenos naturales, como incendios o inundaciones, por lo general tienden menos a desarrollar sintomatología (la prevalencia general del TEPT **a lo largo de la vida** se calcula en 9%, no obstante investigadores europeos suelen referir tasas menores). Los adultos mayores tienen menos probabilidad de desarrollar síntomas que los de menor edad, y las mujeres tienden a mostrar tasas un poco más altas que los varones. Cerca de la mitad de los enfermos se recupera en el transcurso de algunos meses; otros pueden experimentar incapacidad por años.

En los niños, el perfil general es similar en cuanto a los cinco puntos mencionados en el listado de síntomas típicos, no obstante el énfasis sobre las cifras relacionadas difiere, como se analiza más adelante (p. 223).

Los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y por consumo de sustancia son con frecuencia concomitantes. Un especificador nuevo corresponde al hallazgo de que quizá en 12 a 14% de los pacientes la disociación es relevante en el desarrollo y el mantenimiento de los síntomas de TEPT.

Características esenciales del trastorno de estrés postraumático

Ha pasado algo en verdad terrible. Un paciente sufrió una lesión grave o quizá abuso sexual; otro participó en forma cercana en la muerte o la lesión de otra persona; un tercero acaba de enterarse de que alguien cercano tuvo un accidente o fue violentado en algún otro sentido, en tanto quienes proveen servicios de urgencia (policías, bomberos) pueden desarrollar un trauma ante la exposición repetida.

Como consecuencia, durante muchas semanas o meses estos individuos:

- Reviven en forma repetida el evento, quizá en pesadillas como en sueños inquietantes, o bien en imágenes mentales invasivas con evocaciones disociativas. Algunas personas responden a lo que les recuerda al evento con reacciones de tipo fisiológico (taquicardia, disnea) o tensión emocional.
- Toman medidas para evitar el horror: se rehúsan a ver películas o programas televisivos, o leer recuentos del evento, o bien obligan a los pensamientos o las memorias mantenerse lejos de su conciencia.
- Su pensamiento se volvió pesimista; con estados de ánimo negativos persistentes, expresan ideas sombrías (“Soy inútil”, “El mundo es un desastre”, “No le creo a nadie”). Pierden el interés en actividades importantes y se identifican desapegados de otras personas. Algunos experimentan amnesia de ciertos aspectos del trauma; otros desarrollan insensibilidad, y se perciben incapaces de amar o experimentar alegría.
- Experimentan síntomas de hiperactivación fisiológica: irritabilidad, estado de alerta excesivo, problemas para la concentración, insomnio o intensificación de la respuesta de sobresalto.

La letra pequeña

Las D: • Duración (un mes o más) • Tensión o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastorno por consumo de sustancias y físicos [en particular, lesión cerebral traumática], trastorno del estado de ánimo y ansiedad, reacciones normales a eventos estresantes).

Notas para codificación

Especifique si:

Con expresión tardía. Los síntomas necesarios para establecer el diagnóstico no se acumularon sino hasta por lo menos seis meses después del evento.

Con síntomas disociativos:

Despersonalización. Esto indica la existencia de sentimientos de desprendimiento, como si se tratara de un sueño, del paciente respecto de su mente o cuerpo.

Desrealización. Para el paciente, el medio circundante parece distante, distorsionado, se asemeja a un sueño, o irreal.

Barney Gorse

“¡Son amarillos! ¡El sitio está operado por amarillos!”

Alguien que estaba sentado detrás de Barney Gorse había dejado caer un libro en el piso de azulejo, y había detonado su reacción. Ahora había retrocedido hasta una esquina de la sala de espera de la clínica de salud mental. Sus pupilas estaban muy dilatadas, y tenía sudor en la frente. Estaba jadeando con intensidad. Señalaba con un dedo tembloroso al estudiante asiático que se encontraba parado al otro lado de la habitación, petrificado. “¡Saque de aquí a ese maldito amarillo!”. Empuñó la mano y comenzó a desplazarse atropelladamente en dirección del estudiante.

“Espera Barney, todo está bien”. El nuevo terapeuta de Barney lo sostuvo con firmeza por el codo y lo condujo a un consultorio privado. Se sentaron ahí en silencio durante algunos minutos, mientras la respiración de Barney recuperaba de manera gradual la normalidad y el clínico revisaba su expediente.

Barney Gorse tenía 39 años ahora, pero apenas 20 cuando su número de cartilla había sido seleccionado y se había unido a la 9a División de infantería en Vietnam. El en aquella época Presidente Nixon estaba “bajando las revoluciones de la guerra”, lo que hizo parecer incluso más doloroso el hecho de que el escuadrón de Barney fuera alcanzado por el fuego de un mortero disparado por los regulares de Vietnam del Norte.

Nunca había hablado sobre ello, incluso durante la terapia de grupo para “desplazamiento de la ira” con otros veteranos. Cada vez que se le pedía que contara su historia, estallaba en ira. Pero algo en realidad devastador debía haber ocurrido a Barney ese día. Los informes mencionaban una herida en el tercio superior del muslo; había sido el único miembro de su escuadrón que sobreviviera al ataque. Había sido condecorado con el Purple Heart y una pensión completa.

Barney no había sido capaz de recordar varias horas del ataque. Y siempre había sido precavido para evitar las películas y los programas televisivos relacionados con la guerra. Decía que había tenido suficiente de ella, como para que durara la vida de todo el mundo; había logrado en cierta medida evitar pensar al respecto. Celebró su egreso de la armada emborrachándose, condición en la que permaneció durante seis años. Cuando por último recuperó la sobriedad, cambió a las drogas. Ni siquiera éstas habían sido suficientes para abatir las pesadillas que todavía le perseguían; despertaba gritando varias veces cada semana. Los ruidos súbitos lo sobresaltaban, a tal grado que le generaban un ataque de pánico.

Ahora, gracias al disulfiram y a un chaperón en la cárcel del condado en que había sido recluido por ser un problema público persistente, Barney se había mantenido limpio y sobrio durante seis meses. Con la condición de que buscaría tratamiento para su consumo de sustancias, había sido liberado. Los especialistas en manejo de uso inapropiado de sustancias habían detectado con rapidez que tenía otros problemas, y eso era lo que lo había traído aquí.

La semana anterior durante su reunión, el terapeuta le había recordado una vez más que necesitaba ahondar en sus pensamientos en torno al pasado. Barney había respondido que carecía de sentimientos; se habían secado en él. En ese sentido, el futuro tampoco se veía tan bien. “No tengo trabajo, no tengo esposa, no tengo hijos. Es sólo que no estaba destinado a tener una vida”. Se levantó y puso su mano sobre la perilla de la puerta para salir. “No sirve de nada. Simplemente no puedo hablar de ello”.

Evaluación de Barney Gorse

Resumamos y revisemos los criterios que deben cubrirse para establecer el diagnóstico de TEPT.

1. Debe existir un **trauma grave** (criterio A). El de Barney se presentó en el contexto del combate, pero muchos factores de estrés para civiles pueden de igual forma culminar en la muerte, la lesión grave o el abuso sexual. Deben existir dos características para que sea posible considerar que un factor de estrés tiene intensidad suficiente para generar un trauma: (a) debe implicar la muerte o una amenaza de muerte, heridas o lesiones graves, o violación sexual; y (b) debe haber sido experimentado en persona por el individuo en algún sentido—por medio de la observación directa (no por verlo en la televisión), por participación personal, o por información obtenida después de que el hecho afectara a un pariente o un amigo cercano. Un trabajador de respuesta de emergencia (oficial de policía, paramédico) también podría calificar, debido a la exposición repetida a las consecuencias de algún evento terrible (piense en los trabajadores en la Zona Cero poco después del 9/11). El divorcio y la muerte de un cónyuge por cáncer, no obstante sin duda estresantes, son habituales y esperados; no califican.
2. Por medio de algún mecanismo invasivo, el paciente **reexperimenta el estrés**. Barney tenía evocaciones (B3), durante las cuales se imaginaba en realidad de nuevo en Vietnam. También experimentaba respuestas intensas a un desencadenante externo (ver a un miembro del personal que, según él, se parecía a un soldado del Viet Cong). Otras variantes menos dramáticas de recuerdo incluyen las memorias ordinarias recurrentes, los sueños, y cualquier otro elemento que haga recordar el evento que diera origen a la tensión y a los síntomas fisiológicos.
3. El paciente intenta (de manera voluntaria o no) establecer un **distanciamiento emocional** del evento estresante, al evitar los factores que le recuerdan el trauma. Los factores que recuerdan el hecho pueden ser ya sea internos (sentimientos, pensamientos) o externos (personas, lugares, actividades). Barney se rehusaba a ver películas y programas televisivos, o a hablar acerca de Vietnam (C).
4. El paciente experimenta expresiones (dos o más) de **estado de ánimo negativo e ideas relacionadas** con el trauma. Barney mostraba amnesia de gran parte de ese periodo en el combate (D1), un estado mental negativo persistente (“No estaba destinado a tener una vida”—D4), y carencia de estados de ánimo positivos (sus sentimientos de “habían secado” en él; D7).
5. Por último, para diagnosticar TEPT, los pacientes deben tener por lo menos dos síntomas de **incremento del estado de alerta y reactividad** relacionados con el evento traumático. Barney sufría insomnio (E6) y una respuesta de sobresalto intensificada (E4); otros pueden experimentar irritabilidad general, mala concentración o estado de alerta excesivo. Al igual que con todos los síntomas, el clínico tendría que determinar que estas manifestaciones de alerta no fueran evidentes antes del trauma de Barney en Vietnam.

Los síntomas de Barney habían persistido durante más que el mínimo requerido de un mes (F); eran sin duda estresantes y comprometían su desempeño en distintas áreas (G); y no podían atribuirse a los efectos directos del consumo de sustancias—ahora que se había mantenido limpio y sobrio durante medio año (H).

La experiencia de un trauma intenso en el combate y los síntomas típicos harían poco probable cualquier otra explicación de los síntomas de Barney. Un paciente con **trastorno explosivo intermitente** pudiera desarrollar agresividad y perder el control, pero carecería del antecedente de trauma. Aún así, los clínicos deben estar siempre concientes en torno a la posibilidad de que exista **otra afección médica** (H) capaz de inducir síntomas de ansiedad, y que pudiera diagnosticarse en vez del TEPT o junto con éste. Por ejemplo, las lesiones craneoencefálicas serían comunes entre los veteranos de guerra o en otros traumatismos violentos; se tendría que mencionar y codificar cualquier lesión cerebral concomitante. El **trastorno de adaptación** situacional no debe confundirse con el TEPT: la intensidad del trauma sería mucho menor, y los efectos serían transitorios y menos dramáticos.

En el TEPT la comorbilidad es la regla, más que la excepción. Barney había utilizado drogas y alcohol; su clínico habría conseguido información adicional en torno al consumo de otras sustancias y las mencionaría en su resumen diagnóstico. Entre los veteranos de guerra que padecen TEPT, la mitad o más también cursa con un problema de **trastorno por uso de sustancia**, y el consumo de varias sustancias es frecuente. Los trastornos de ansiedad (**trastornos de fobias, trastorno de ansiedad generalizada**) y los trastornos del estado de ánimo (**trastorno depresivo mayor** y **distimia**, también son frecuentes en esta población. La **amnesia disociativa** también puede presentarse. Debe explorarse cualquier **trastorno de la personalidad** coexistente, pero es difícil establecer un diagnóstico definitivo cuando un individuo cursa con un cuadro agudo de TEPT. La **simulación** también es un diagnóstico que debe considerarse siempre que parezca ser una posibilidad para lograr una ganancia material (pago del seguro, discapacidad, problemas legales) que derive de un accidente o un ataque físico.

Si bien el caso clínico es impreciso en este momento, los síntomas de Barney quizá hayan comenzado en la época en que ingresó de la milicia, de tal manera que no se le asignaría el especificador **con inicio tardío**. El caso clínico no justifica la adición del especificador **con disociación prominente**. Yo le asignaría una calificación EEAG de 35. En espera de más información sobre el consumo de sustancias, el diagnóstico de Barney quedaría como se muestra a continuación:

| | |
|-----------------|--|
| F43.10 [309.81] | Trastorno de estrés postraumático |
| F10.20 [303.90] | Trastorno por consumo de alcohol, moderado, en remisión temprana |
| Z60.2 [V60.3] | Vive solo |
| Z56.9 [V62.29] | Desempleado |

Aún existe controversia considerable respecto del especificador **con expresión tardía**. Expertos niegan que los síntomas del TEPT puedan comenzar muchos meses o años después del trauma. A pesar de esto, está ahí para utilizarlo, en caso de que usted en alguna ocasión lo encuentre apropiado.

Trastorno de estrés postraumático en preescolares

No existe duda de que los niños en edad preescolar en ocasiones se exponen a eventos traumáticos. En su mayoría, se trata de accidentes automovilísticos, desastres por fenómenos naturales y la guerra—en breve, todos los beneficios que la vida contemporánea tiene para ofrecer. La

pregunta es si los niños muy pequeños responden al TEPT con síntomas típicos. La evidencia más confiable parecería indicar que lo hacen, pero con una probabilidad mucho menor (0 a 12%) que los niños mayores.

En el cuadro 6-1 se comparan los criterios del DSM-5 para el TEPT en niños pequeños, el TEPT en adultos y el trastorno de estrés agudo (que analizaremos a continuación). Los criterios actualizados para el TEPT en niños pequeños son, como esperaríamos, más sensibles a los síntomas en este grupo de edad. Con base en la entrevista con los padres, arrojan tasas de 25 y 10% a un mes y seis meses, respectivamente, en niños que sobrevivieron a quemaduras graves de 25% del área de superficie corporal.

F43 [308.3] Trastorno de estrés agudo

Con base en la observación de que algunas personas desarrollan síntomas de inmediato tras un estrés traumático, hace varias décadas se integró el trastorno de estrés agudo (TEA). Incluso entonces, no se trataba en realidad de información nueva; algo similar se había observado incluso desde 1865, justo después de la Guerra civil estadounidense. Durante muchos años, se le denominó “Fatiga (o choque) de combate o Síndrome de Shell Shock”. Al igual que el TEPT, el TEA también puede identificarse en civiles. Las tasas generales de TEA son en promedio de 20%, lo que depende de la naturaleza del trauma y de las características personales de los afectados.

Si bien el número y la distribución de los síntomas difieren, los criterios representan a los mismos elementos que se requieren para el TEPT:

- Exposición a un evento que amenazan la integridad corporal
- Reexperimentación del evento
- Evitación de los estímulos asociados al evento
- Cambios negativos en el estado de ánimo y el pensamiento
- Incremento del estado de alerta y la reactividad
- Tensión o discapacidad

Los síntomas suelen iniciar tan pronto como la persona se expone al evento (o se entera del mismo), pero deben experimentarse por más de tres días tras el evento estresante para cumplir el criterio de duración. Esto nos conduce a un periodo que rebasa al evento estresante mismo y la situación inmediata posterior. Si los síntomas persisten más de un mes, ya no son agudos y no constituyen un TEA. En ese momento en muchos pacientes se cambia el diagnóstico por el de TEPT. Éste es el destino de hasta 80% de los afectados por TEA. Sin embargo, los enfermos con TEPT no suelen entrar por la puerta del TEA; en su mayoría se identifican mucho más adelante en el camino, y no tras sólo un mes.

Cuadro 6-1. Comparación del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en preescolares y en adultos, y el trastorno de estrés agudo

| TEPT infantil | TEPT del adulto | Trastorno de estrés agudo |
|---|--|---|
| | <u>Trauma</u> | |
| Experiencia directa | Experiencia directa | Experiencia directa |
| Testigo (no sólo en la televisión [TV]) | Testigo | Testigo |
| Tener conocimiento | Tener conocimiento | Tener conocimiento |
| | Exposición repetida (no sólo en la TV) | Exposición repetida (no sólo en la TV) |
| Síntomas invasivos (1/5) ^a | Síntomas invasivos (1/5) | Todos los síntomas (9/14) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Memorias • Sueños • Reacciones disociativas • Tensión psicológica • Reacciones fisiológicas | <ul style="list-style-type: none"> • Memorias • Sueños • Reacciones disociativas • Tensión psicológica • Reacciones fisiológicas | <ul style="list-style-type: none"> • Memorias • Sueños • Reacciones disociativas • Tensión psicológica o reacciones fisiológicas |
| Evitación/emociones negativas (1/6) | Evitación (1/2) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Evitación de memorias • Evitación de recordatorios externos | <ul style="list-style-type: none"> • Evitación de memorias • Evitación de recordatorios externos | <ul style="list-style-type: none"> • Evitación de memorias • Evitación de recordatorios externos |
| | Emociones negativas (2/7) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Estado emocional negativo • Disminución del interés • Retraimiento social • Disminución de emociones positivas | <ul style="list-style-type: none"> • Amnesia • Creencias negativas • Distorsión → autoinculpación • Estado emocional negativo • Disminución del interés • Desapego de otros • Sin emociones positivas | <ul style="list-style-type: none"> • Anomalías del sentido de realidad personal o del medio circundante • Amnesia • Sin emociones positivas |
| Síntomas fisiológicos (2/5) | Síntomas fisiológicos (2/6) | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad, ira • Alerta extrema • Sobresalto • Mala concentración • Anomalías del sueño | <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad, ira • Irresponsabilidad, autodestrucción • Alerta extrema • Sobresalto • Mala concentración • Anomalías del sueño | <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad, ira • Alerta extrema • Sobresalto • Mala concentración • Anomalías del sueño |
| | <u>Duración</u> | |
| > 1 mes | > 1 mes | 3 días a un mes |

^a Las fracciones hacen referencia al número de síntomas que se requieren para establecer el diagnóstico a partir de los que se listan en seguida.

Características esenciales del trastorno de estrés agudo

Algo en realidad terrible ha ocurrido—lesión grave o abuso sexual, o quizá la muerte traumática o una lesión en alguien más (podría haber ocurrido al escuchar que otra persona experimentó un acto de violencia o lesión, o por la exposición repetida en el caso de un trabajador de atención de urgencias). Como consecuencia, hasta por un mes el individuo experimenta muchos síntomas, como memorias invasivas o pesadillas; experiencias disociativas, como evocaciones o sensación de irrealidad; incapacidad para experimentar alegría o amor; amnesia de porciones del evento; esfuerzos por evitar los elementos que recuerdan al evento (rehusarse a ver películas o programas de televisión, o leer recuentos del evento); eliminación de las ideas o las memorias de la conciencia. El paciente también puede experimentar síntomas de hiperactivación fisiológica: irritabilidad, alerta extrema, dificultad para concentrarse, insomnio, o una respuesta de sobresalto intensa.

La letra pequeña

Las D: • Duración (tres días a un mes) • Tensión o discapacidad (disfunción laboral/ educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos [en particular, lesión cerebral traumática], trastorno de pánico, trastornos del estado de ánimo, trastornos disociativos, TEPT).

Marie Trudeau

Marie Trudeau y su esposo, André, estaban sentados en el consultorio del entrevistador de ingreso. Marie era la paciente, pero pasó la mayor parte del tiempo frotándose los nudillos de una mano y mirando con vacuidad la habitación. André fue quien habló la mayor parte del tiempo.

“No puedo creer el cambio que ha tenido”, dijo. “Hace una semana estaba totalmente normal. Nunca le había pasado algo así en su vida. Demonios, nunca le había pasado nada malo. Luego, de pronto, ¡zas! Está hecha un desastre”.

Ante la exclamación de André, Marie giró en redondo para mirarlo y medio se levantó de su silla. Durante algunos segundos se quedó ahí, estática, excepto por su mirada, que iba de un lado al otro de la habitación.

“Oh, Dios, lo siento cariño. Lo olvidé”. Puso un brazo en torno a ella. Tomando sus hombros con firmeza pero siendo gentil, la volvió a sentar. La sostuvo ahí hasta que comenzó a disminuir la fuerza con que ella le apretaba el brazo.

Una semana antes, Marie acababa de terminar sus actividades de jardinería y estaba sentada al fondo del patio bebiendo limonada y leyendo un libro. Cuando oyó motores de aviones miró hacia arriba y vio dos, pequeños, volando alto, justo por encima de ella. “Dios mío”, pensó, “¡van a chocar!”. Mientras miraba horrorizada, los aviones chocaron.

Podía ver perfectamente. El sol estaba bajo, resaltando los dos aviones con claridad sobre el fondo azul profundo del cielo de las últimas horas de la tarde. Algo parecía haberse desprendido de uno de ellos — los noticieros reportaron más tarde que el ala derecha de uno de los aviones había

golpeado justo a la altura de la cabina del otro. Pensando a llamar al 911, Marie levantó su teléfono inalámbrico, pero no marcó. Sólo fue capaz de quedarse mirando al tiempo que aparecieron dos objetos diminutos al lado de los aviones chocados y cayeron hacia ella describiendo un lento arco.

“No eran objetos, eran personas”. Era la primera vez que hablaba durante la entrevista. El mentón de Marie tembló, y un mechón de pelo cayó sobre su cara. Ella no trató de acomodarlo.

Mientras seguía mirando, uno de los cuerpos se precipitó en su jardín, a cinco metros de donde ella estaba sentada. Se enterró 15 cm en la tierra blanda, detrás de sus rosales.

Lo que ocurrió a continuación, Marie parecía haberlo olvidado por completo. El otro cuerpo cayó a media calle, a una cuadra de distancia. Media hora después, cuando la policía tocó la puerta, la encontraron en la cocina pelando zanahorias para la cena y llorando en el fregadero. Cuando André llegó a casa una hora después de eso, ella parecía aturdida. Lo único que decía era “No estoy aquí”.

En los seis días transcurridos desde entonces, Marie no había mejorado mucho. Si bien podía iniciar una conversación, algo parecía distraerla, y por lo general perdía el hilo a la mitad de la oración. No podía concentrarse mucho más en sus labores del hogar. Amy, su hija de nueve años, parecía estar cuidando de **ella**. El sueño se había transformado en una lucha incansable, y tres noches seguidas Marie había despertado de un sueño, tratando de gritar pero sólo pudiendo articular un chillido aterrizado. Mantenía las persianas de las ventanas de la cocina cerradas, para no tener que mirar el jardín trasero.

“Está como alguien que vi en una película de la Segunda Guerra Mundial”, concluyó André. “Uno pensaría que sufrió un Shell Shock”.

Evaluación de Marie Trudeau

La ansiedad y los síntomas depresivos son casi universales tras un estrés intenso. Por lo general, a pesar de ello tienen una duración limitada, y no dan origen a todo el espectro de síntomas que se requiere para el diagnóstico de TEA. Este diagnóstico sólo debe considerarse cuando los síntomas durante tres días o más después de una exposición personal a un evento horripilante. Un evento de este tipo corresponde al choque de aviones del que Marie fue testigo (criterio A2). Estaba aturdida (B6) y sin capacidad de respuesta emocional (B5), y no podía recordar lo que había ocurrido durante parte del accidente (B7). Cuando podía dormir (B10) tenía pesadillas (B2); también evitaba mirar el patio trasero (B9), se sobresaltaba con facilidad (B14) e incluso parecía estar en un estado de alerta excesivo en el consultorio del entrevistador (B12). A partir de su incapacidad para concluir las conversaciones, inferimos defectos de la concentración (B13), puesto que se distraía con recuerdos invasivos del evento (B1). En la medida de lo que sabemos, no presentaba alguno de estos síntomas (el DSM-5 requiere que se presenten nueve de los 14 síntomas que se listan en el criterio B) antes de ser testigo del accidente. Desde entonces, sólo una semana antes (C), había sido incapaz de realizar sus tareas domésticas (D).

¿Sería factible algún otro diagnóstico? De acuerdo con André, la salud previa de Marie había sido buena, lo que reducía la probabilidad de que existiera **otra afección médica** (E). No se indica si ella consumía alcohol o drogas, no obstante el hecho de que estuviera bebiendo limonada en el momento del choque sugeriría que no lo hacía (de acuerdo, aquí en definitiva estoy deteniéndome de un hilo; su clínico necesita descartar un **trastorno por consumo de sustancias**). El **trastorno psicótico** breve puede descartarse por la inexistencia de ideas delirantes, alucinaciones, o desorganización del comportamiento o el lenguaje.

Los pacientes con TEA tienen probabilidad de mostrar síntomas depresivos intensos (“culpa del sobreviviente”), hasta el punto de que en ocasiones pudiera justificarse un diagnóstico concomitante de **trastorno depresivo mayor**; Marie merece que se le investigue con más detalle en este sentido. Hasta entonces, con una calificación EEAG de 61, su diagnóstico sería claro:

F43.3 [308.3] Trastorno de estrés agudo

Trastorno de adaptación

Los pacientes con trastorno de adaptación (TA) pueden estar respondiendo a uno o muchos factores de estrés; el factor que genera estrés puede presentarse una sola vez o en forma repetida. Si el factor de estrés persiste, incluso puede volverse crónico, como cuando un niño vive con dos progenitores que pelean en forma continua. En las situaciones clínicas, el factor de estrés por lo general sólo afecta a una persona, pero puede afectar a muchas (piense en una inundación, un incendio y una hambruna). Sin embargo, casi cualquier evento común pudiera constituir un factor de estrés para alguien. Entre los adultos, se cita con más frecuencia a quienes van a casarse divorciarse, van a mudarse o tienen problemas financieros; entre los adolescentes, a quienes tener problemas escolares. De manera independiente a la naturaleza del factor que genera estrés, los pacientes se sienten rebasados por las demandas de algo que existe en el medio.

Como consecuencia, estas personas desarrollan síntomas emocionales, como abatimiento del estado de ánimo, crisis de llanto, sentimientos de nerviosismo o pánico, y otros síntomas de depresión o ansiedad—los cuales, sin embargo, no deben cumplir los criterios para algún trastorno definido del estado de ánimo o de ansiedad. Ciertos individuos muestran ante todo síntomas conductuales—en particular, algunos a que pudieran considerarse síntomas de la conducta, como conducir en forma riesgosa, pelear o faltar a las responsabilidades.

La evolución suele ser breve; los criterios del DSM-5 especifican que los síntomas no deben persistir más de seis meses después de eliminar el factor de estrés o sus consecuencias (algunos estudios informan que una minoría importante de pacientes continúa presentando síntomas durante un periodo mayor que el especificado de seis meses). Por supuesto, si al factor de estrés persiste, como en el caso de una enfermedad crónica, pudiera necesitarse mucho tiempo para que el paciente se adapte.

Si bien el TA se ha informado en 10% o más de los pacientes adultos que reciben atención primaria y en porcentajes muy altos en pacientes de salud mental, un estudio reciente encontró una prevalencia de sólo 3%; muchos de estos individuos estaban recibiendo tratamiento inapropiado con fármacos antipsicóticos, y sólo en dos casos se había establecido el diagnóstico de TA. La discrepancia quizá dependa de criterios poco desarrollados y de la concepción (errónea) del TA como un diagnóstico de exclusión.

El TA se identifica en todas las culturas y grupos de edad, lo que incluye a los niños. Pudiera encontrarse mejor afianzado en adultos que en adolescentes, cuyos síntomas tempranos con frecuencia evolucionan para convertirse en otros trastornos mentales más definitivos. La confianza que se tiene en el diagnóstico del TA y su validez tienden a ser escasas. En un estudio reciente, sólo fue posible confirmar de manera subsecuente el TA con base en los criterios de la CIE-10 en menos de dos terceras partes de los individuos en quienes se había establecido ese diagnóstico clínico.

Los trastornos de la personalidad o de tipo cognitivo pueden hacer a una persona más vulnerable al estrés, y por ende al TA. Los pacientes en quienes se diagnostica TA con frecuencia también consumen sustancias de manera inapropiada.

Características esenciales del trastorno de adaptación

Un factor de estrés hace que alguien desarrolle síntomas de depresión, ansiedad o de conducta—pero la respuesta excede la que usted esperaría en la mayor parte de los individuos en circunstancias similares. Una vez que se elimina un factor de estrés, los síntomas pueden persistir, pero durante no más de seis meses.

La letra pequeña

Las D: • Duración (se desarrolla en el transcurso de tres meses del inicio del factor de estrés, termina en el transcurso de seis meses de la eliminación del factor) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (casi cualquier cosa que se pueda nombrar: trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo y ansiedad, trastornos relacionados con traumas, trastorno de síntomas somáticos, trastornos psicóticos, trastornos de conducta y otros conductuales, reacciones más leves a las tensiones de la vida, duelo normal).

Notas para codificación

Especificar:

F43.21 [309.0] Con estado de ánimo depresivo. El paciente se muestra ante todo lloroso, triste.

F43.22 [309.24] Con ansiedad. El paciente se encuentra más que nada nervioso, tenso o temeroso de la separación.

F43.23 [309.28] Con ansiedad mixta y estado de ánimo depresivo. Los síntomas de las dos variedades precedentes se combinan.

F43.24 [309.3] Con anomalías de la conducta. El paciente se comporta de manera inapropiada o inconveniente, quizá al violar las reglas sociales, las normas o los derechos de otros.

F43.25 [309.4] Con alteración mixta de las emociones y la conducta. El cuadro clínico corresponde una combinación de síntomas emocionales y de conducta.

F43.20 [309.9] No especificado. Se utiliza para otras reacciones de adaptación inadecuada relacionadas con el estrés, como malestares físicos, retraimiento social, inhibición laboral o académica.

Especificar si:

Agudo. La condición tiene menos de seis meses de evolución.

Persistente (o crónico). Síntomas con duración de seis meses o más, no obstante todavía no transcurren más de seis meses desde la eliminación del factor de estrés.

Clarissa Wetherby

“Ya sé que es temporal, y sé que estoy teniendo una reacción excesiva. Seguro no lo deseo, ¡pero me siento molesta!”

Clarissa Wetherby estaba hablando acerca del nuevo horario de trabajo de su esposo. Arthur Wetherby era capataz de un equipo que pavimentaba caminos, cuyo trabajo en el momento consistía en ampliar y recubrir una parte de la carretera interestatal a sólo unos cuantos kilómetros de la casa de la pareja. Debido a que la sección en que el grupo estaba trabajando incluía una desviación a otra carretera importante, el trabajo tenía que realizarse durante la noche.

Durante los últimos dos meses, Arthur había dormido durante el día, y se iba a trabajar a las 8 de la noche. Clarissa trabajaba un turno diurno como cajera en un restaurante. Excepto por los fines de semana, cuando él trataba de recuperar el horario de sueño normal para poder estar con ella, rara vez podían verse. “Me siento como si hubiera sido abandonada”, dijo ella.

Los Wetherby habían estado casados durante sólo tres años, y no tenían hijos. Ambos habían estado casados una vez antes, los dos tenían 35 años. Ninguno de ellos bebía o consumía drogas. El único encuentro previo de Clarissa con el sistema de salud mental había tenido lugar siete años antes, cuando su primer esposo la había dejado por otro hombre. “Yo respetaba su derecho a no seguir viviendo una mentira”, dijo ella, “pero me sentía terriblemente sola y humillada”.

Los síntomas de Clarissa eran ahora en buena medida similares a los de esa época. La mayor parte del tiempo cuando se encontraba en su trabajo, se sentía “casi normal” y mantenía un buen grado de interés en lo que estaba haciendo. Pero al estar sola en casa durante las noches, se sentía rebasada por olas de tristeza. Éstas la dejaban casi inmovilizada, incapaz incluso de encender la televisión para tener compañía. Con frecuencia lloraba sola y se sentía culpable por ceder ante sus emociones. “Después de todo, no es como si alguien se hubiera muerto”. Aunque tenía cierta dificultad para quedarse dormida por la noche, dormía profundamente en la mañana. Su peso se mantenía, su apetito era bueno, y carecía de ideas suicidas o deseos de muerte. No refería dificultades para la concentración. Negaba haber tenido síntomas de manía alguna vez.

La vez anterior que había solicitado ayuda, se había mantenido deprimida y molesta hasta unas cuantas semanas después de que el divorcio fue definitivo. Entonces, en forma súbita pareció poder dejarlo atrás y comenzar a salir con alguien de nuevo.

“Sé que me sentiré mejor una vez que Arthur deje ese horario”, dijo. “Supongo que esto me hace sentir despreciable, como si le estuviera haciendo segunda en el violín a alguien que toca en un paso a desnivel”.

Evaluación de Clarissa Wetherby

Tal como ella misma reconocía, la reacción de Clarissa al factor de estrés que implicaba el horario de trabajo de su esposo pudiera ser considerada extrema por algunos observadores. Ese es uno de los elementos importantes en este diagnóstico: el sufrimiento del paciente parece desproporcionado respecto del grado aparente de tensión que ha generado (criterio B1). Su historia clínica da una clave en torno a la fuente de su reacción: le recordó ese periodo terrible en que su esposo anterior la había dejado—para bien, y bajo circunstancias que ella consideraba humillantes. A pesar esto, es importante siempre analizar con detalle si la reacción del paciente corresponde a una **respuesta no patológica** a un peligno genuino, lo que no ocurre en el caso de Clarissa.

La evolución temporal de los síntomas de Clarissa era congruente con el diagnóstico de TA: se habían desarrollado poco tiempo después de que se enteró del nuevo horario de trabajo de Arthur (A). Si bien no nos es posible saber cuánto tiempo pudiera durar este episodio, su cuadro previo terminó después de unos cuantos meses, cuando concluyó el periodo de divorcio (E). Por supuesto, el duelo no formaba parte de su diagnóstico diferencial (D).

Observe que el TA no pretende ser un diagnóstico de exclusión, si bien en muchas ocasiones se aplica de esa manera. A pesar de esto, sí se integra al final de un diagnóstico diferencial largo que incluye a todas las otras condiciones que se mencionan en el DSM-5 (C). En Clarissa, los síntomas del estado de ánimo eran los más prominentes. Nunca había presentado manía, de manera que ella no calificaba para el diagnóstico de **trastorno bipolar**. Tenía abatimiento del estado de ánimo, pero únicamente cuando estaba sola en las tardes (no la mayor parte del día). Conservaba su interés en el trabajo (en vez de experimentar pérdida del interés en casi todas las actividades). Sin contar con por lo menos uno de estos síntomas, no podría establecerse el diagnóstico de **trastorno depresivo mayor** de manera independiente a sus sentimientos de culpa, baja energía y dificultad para conciliar el sueño por la noche. Por supuesto, sus síntomas habían durado menos de dos años, lo que descartaba a la **distimia**. Si bien conservaba una capacidad para desempeño normal en el trabajo, estaba muy tensa, lo que llenaba el requisito de intensidad.

En el diagnóstico diferencial del TA con mucha frecuencia se enfrenta al **TEPT** (y al **trastorno de estrés agudo**). Estos diagnósticos ponen como requisito que el factor de estrés amenace con causar un daño grave y que el paciente reaccione de maneras diversas; Clarissa no cumplía estas condiciones. En forma similar, carecía de síntomas que pudieran sugerir un **trastorno de ansiedad generalizado**, otro diagnóstico prominente en el diagnóstico diferencial del TA. Un **trastorno de la personalidad** puede empeorar (y por ende, hacerse más aparente) con el estrés, pero no existe señal alguna de que Clarissa hubiera presentado alguna patología del carácter a lo largo de su vida. Yo le asignaría una calificación EEAG de 61.

Pese 43.21 [309.0] Trastorno de adaptación, con estado de ánimo depresivo, agudo

Si bien algunos datos respaldan la utilidad del diagnóstico de TA, que se ha utilizado en la clínica durante décadas, yo recomiendo reservarlo como un “casi último recurso”. Existen varias razones por las que hago esta advertencia.

Por una parte, quizá con demasiada frecuencia lo usamos cuando carecemos de alguna idea mejor de lo que está ocurriendo. Por otra, los criterios del DSM-5 no nos indican cómo debemos diferenciar los eventos ordinarios de aquéllos que generan un estrés suficiente para inducir depresión, ansiedad o comportamiento aberrante. Sospecho que un evento se vuelve relevante sólo una vez que induce un problema emocional o del comportamiento, y eso me parece un círculo vicioso.

F94.1 [313.89] Trastorno de apego reactivo

F94.2 [313.89] Trastorno de relación social desinhibida

En dos trastornos al parecer infrecuentes pero en extremo graves, los niños que han sido sometidos a maltrato (accidental o intencional) responden mediante el desarrollo de retraimiento extremo o

extroversión patológica. De ninguno de ellos se tiene demasiada información, lo que los coloca entre los que menos se comprenden entre los trastornos mentales que afectan a los niños (o los adultos, en el caso correspondiente).

Cada trastorno se concibe como una reacción a un ambiente en el que el niño recibe cuidados que son inconstantes (cambio frecuente de progenitor o sustituto) o patológico (abuso, negligencia). Se desarrolla entonces uno de dos patrones.

En el trastorno de apego reactivo (TAR), incluso lactantes de poca edad se retraen del contacto social, y se muestran tímidos o distantes. Los niños inhibidos se resisten a la separación al hacer berrinches o asirse a la persona con desesperación. En los casos graves, los lactantes pueden mostrar un síndrome de detención del crecimiento, en que su circunferencia cefálica, talla y peso se ubican en torno a la percentila 3 de las tablas de crecimiento estandarizadas.

En contraste, la respuesta de un niño en el trastorno de relación social desinhibida (TRSD) limita con lo promiscuo. Los niños pequeños no muestran el recelo normal y se aproximan con arrojo a los extraños; en vez de asirse al progenitor, pueden parecer indiferentes si se aleja. En los dos subtipos, las respuestas anormales son más evidentes cuando el cuidador principal se encuentra ausente.

Los factores que revelan un aumento del riesgo ya sea de TAR o TRSD incluyen la crianza en un orfanato o alguna otra institución; las hospitalizaciones prolongadas; los cambios múltiples y frecuentes de cuidadores; la pobreza intensa; el maltrato (de las variedades física, emocional y sexual); y la pertenencia a una familia arrasada por muerte, divorcio o discordia. Las complicaciones que se vinculan con estos trastornos incluyen la disminución del crecimiento físico, la autoestima baja, la delincuencia, los problemas para el manejo de la ira, los trastornos de la alimentación, la desnutrición, la depresión o la ansiedad, y el consumo inapropiado de sustancias en forma subsecuente.

En cualquiera de estos trastornos se requiere una relación fortalecedora constante con un cuidador sensible para reestablecer un crecimiento físico y emocional adecuado. Sin un remedio de este tipo, las condiciones tienden a persistir hasta la adolescencia. Casi no se ha dado seguimiento hasta la vida adulta; a pesar de la escasez de información confiable, es posible (por supuesto) encontrar páginas electrónicas sobre el tema.

El DSM-IV incluía a estas dos condiciones como subcategorías de un trastorno. Ante las diferencias en cuanto a síntomas, evolución, respuesta al tratamiento y otras cuestiones relacionadas, el DSM-5 ahora las analiza como diagnósticos independientes—no obstante su supuesta etiología común. Sin embargo, algunos niños parecen retraídos cuando son muy pequeños, para luego desinhibirse más adelante, en tanto otros presentan síntomas de las dos afecciones de manera simultánea. El detalle es que algunos observadores consideran a esta dicotomía un tanto forzada.

Características esenciales del trastorno de apego reactivo

El cuidado negativo en un niño (maltrato, negligencia, cuidado insuficiente o en extremo cambiante) en apariencia ha generado que un niño desarrolle retraimiento emocional; el niño no busca el consuelo de un adulto, ni responde al mismo. Estos niños en forma habitual muestran poca respuesta emocional o social; lejos de tener un afecto positivo, pueden experimentar periodos espontáneos de irritabilidad o tristeza.

La letra pequeña

La relación etiológica se presume a partir del vínculo temporal del cuidado traumático de un niño y la conducta anómala.

Las D: • Datos demográficos (inicia antes de los 5 años; el niño tiene una edad de desarrollo de por lo menos 9 meses) • Diagnóstico diferencial (trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, trastornos depresivos).

Notas para codificación

Especificar si:

Persistente. Los síntomas se mantienen durante más de un año.

Grave. Todos los síntomas tienen un nivel de intensidad alto.

Características esenciales del trastorno de relación social desinhibida

El cuidado negativo en un niño (maltrato, negligencia, cuidado insuficiente o en extremo cambiante) en apariencia ha generado que un niño pierda las reservas para las interacciones con adultos extraños. Estos niños, más que mostrar la timidez característica de un primer contacto, dudan poco en salir con un adulto extraño; no “verifican” con los cuidadores con quienes están familiarizados, y se familiarizan con facilidad extrema. Al hacerlo, pueden rebasar los límites culturales y sociales normales.

La letra pequeña

La relación etiológica se presume a partir del vínculo temporal del cuidado traumático de un niño y la conducta anómala.

Las D: • Datos demográficos (el niño tiene una edad de desarrollo de por lo menos 9 meses) • Diagnóstico diferencial (trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual, trastornos depresivos, TDA/H).

Notas para codificación

Especificar si:

Persistente. Los síntomas se mantienen durante más de un año.

Grave. Todos los síntomas tienen un nivel de intensidad alto.

F43.8 [309.89] Otro trastorno relacionado con traumas o factores de estrés especificado

Este diagnóstico sirve para catalogar a los pacientes para quienes existe un factor de estrés o trauma evidente, pero que por alguna razón específica y detallada no cumplen los criterios de alguno de

los diagnósticos estandarizados ya mencionados. El DSM-5 incluye varios ejemplos, entre otros, dos variedades de trastornos similares al de adaptación (una variedad con inicio tardío y otra con duración prolongada en relación con el trastorno de adaptación). Otros más son los siguientes:

Trastorno de duelo complejo y persistente. Durante por lo menos un año un paciente experimenta duelo intenso por la muerte de alguien cercano. Pueden presentarse melancolía y pensamientos persistentes sobre la persona, o rumiación constante respecto de sus circunstancias de muerte. Varios síntomas más expresan la pérdida de identidad y la tensión reactiva del paciente. En la sección III del DSM-5, en la página 789, se muestran los criterios propuestos y una discusión.

Síndromes culturales diversos. Usted encontrará varios de ellos en el apéndice del DSM-5, en la página 833.

F43.9 [309.9] Trastorno relacionado con traumas o factores de estrés no especificado

Este diagnóstico servirá para clasificar a los pacientes en quienes existe un factor de estrés o trauma evidente, pero que no cubren los criterios de alguno de los trastornos ya mencionados, y en quienes no se desea especificar las razones por las que aquéllos no se cumplen.

Trastornos disociativos

Guía rápida para los trastornos disociativos

Los síntomas disociativos son el tema principal de este capítulo, pero existen algunas afecciones (en particular las que implican la pérdida o las lagunas de la memoria) que se clasifican en otro sitio. Si, el número de página que se presenta tras cada elemento indica el sitio en que inicia una discusión más detallada.

Trastornos disociativos primarios

Amnesia disociativa. El paciente no puede recordar información importante que suele ser de naturaleza personal. Esta amnesia tiende a relacionarse con el estrés (p. 239).

Trastorno de identidad disociativo. Una o más identidades toman de manera intermitente el control del comportamiento del enfermo (p. 245).

Trastorno de despersonalización/desrealización. Existen episodios de desprendimiento, como si el individuo estuviera observando su propio comportamiento desde el exterior. En esta condición, no existe una pérdida verdadera de la memoria (p. 237).

Otro trastorno disociativo especificado o no especificado. Los pacientes que presentan síntomas sugestivos de cualquiera de los trastornos previos, pero que no cumplen los criterios para alguno de ellos, pueden incluirse en alguna de estas dos categorías (p. 248).

Otras causas de pérdida intensa de la memoria

Cuando se identifican síntomas disociativos a lo largo de la evolución de algún otro cuadro de tipo mental, de ordinario no se establece un diagnóstico independiente de trastorno disociativo.

Ataque de pánico. Algunos pacientes con pánico pudieran experimentar despersonalización o desrealización como parte de un ataque de pánico agudo (p. 173).

Trastorno de estrés postraumático. Un mes o más después de un trauma grave, el paciente pudiera no recordar aspectos importantes de su historia personal (p. 219).

Trastorno de estrés agudo. De inmediato tras un trauma grave, los pacientes pudieran no recordar aspectos importantes de su historia personal (p. 224).

Trastorno de síntomas somáticos. Los pacientes que cuentan con el antecedente de síntomas somáticos que no pueden explicarse con base en mecanismos patológicos conocidos también pudieran olvidar aspectos importantes de su historia personal (p. 251).

Trastorno del despertar del sueño no REM, tipo con sonambulismo. El sonambulismo se asemeja a los trastornos disociativos, en el sentido de que existe amnesia relativa a un comportamiento dirigido. Sin embargo, se clasifica en otra sección para mantener todos los trastornos del sueño juntos (p. 331).

Trastorno de la personalidad límite. Cuando existe tensión intensa, estas personas en ocasiones experimentan episodios de disociación, como la despersonalización (p. 545).

Simulación. Algunos individuos de manera conciente fingen síntomas de pérdida de memoria. Su objetivo es una ganancia material, como evitar el castigo, o conseguir dinero o drogas (p. 599).

Introducción

La disociación se presenta cuando un grupo de procesos mentales normales se separa del resto. En esencia, algunos de los pensamientos, sentimientos o comportamientos del individuo quedan libres de la conciencia y el control. Por ejemplo, un estudiante universitario saludable en otros sentidos, no puede recordar los eventos ocurridos durante las dos semanas previas.

Al igual que muchos otros síntomas mentales, usted puede desarrollar disociación sin que exista algún trastorno; si es un cuadro leve, puede ser del todo normal (quizá, por ejemplo, mientras en alguna ocasión hacía una lectura aburrida, sin estar conciente de que alguien esperaba alguna respuesta de su parte, ¿soñó usted despierto acerca de sus planes para el fin de semana?). También existe una conexión estrecha entre los fenómenos de disociación y la hipnosis. Más de la mitad de los individuos entrevistados en algunos censos ha cursado con alguna experiencia de naturaleza disociativa.

Los episodios de disociación con gravedad suficiente para constituir un trastorno cuentan con varias características en común:

- Suelen tener inicio y terminación súbitos.
- Se perciben como una interrupción de la información que requiere el individuo. Pueden ser **positivos**, en el sentido de que se agrega algo (p. ej., recuerdos súbitos), o **negativos** (un periodo que la persona no recuerda).

- Si bien los clínicos muchas veces difieren en torno a su etiología, muchos episodios en apariencia son precipitados por un conflicto psicológico.
- Aunque por lo general se consideran raros, sus cifras pudieran ir en aumento.
- En la mayor parte de ellos (excepto en el trastorno de despersonalización/desrealización) existe una afección intensa de la memoria.
- Se requiere una disminución del desempeño o una sensación subjetiva de tensión sólo para diagnosticar la amnesia disociativa y el trastorno de despersonalización/desrealización.

Los síntomas conversivos (típicos de los trastornos de síntomas somáticos) y la disociación tienden a implicar los mismos mecanismos psíquicos. Siempre que usted identifique a un paciente que se disocia, analice si aquel diagnóstico también se justifica.

F48.1 [300.6] Trastorno de despersonalización/ desrealización

La **despersonalización** puede definirse como una sensación de separación o desprendimiento de uno mismo. Esta sensación puede experimentarse a manera de visión de los propios procesos mentales o comportamiento; algunos individuos se sienten como si estuvieran en un sueño. Cuando un enfermo sufre una tensión repetida generada por episodios de despersonalización y no existe algún otro trastorno que pueda explicar mejor los síntomas, usted puede diagnosticar trastorno de despersonalización/desrealización (TDD).

El DSM-5 ofrece otra alternativa para establecer ese diagnóstico: a través de la experiencia de **desrealización**, un sentimiento de que el mundo exterior es irreal o extraño. Los pacientes pueden percibir que la forma o el tamaño de los objetos se modificó, o que otras personas parecen robotizadas o incluso muertas. Sin embargo, la persona siempre retiene la conciencia de que tan sólo se trata de un cambio de la percepción—que el mundo en si mismo sigue igual.

Puesto que casi de la mitad de todos los adultos ha tenido por lo menos un episodio de este tipo, necesitamos establecer algunos límites en cuanto a quiénes reciben este diagnóstico. No debe establecerse a menos que los síntomas sean persistentes o recurrentes, y a menos que comprometan el desempeño o generen tensión relevante (esto implica algo que rebasa por mucho la reflexión desconcertada, “Vaya, ¡eso fue extraño!”). La despersonalización y la desrealización se identifican con mucha más frecuencia como síntomas que como diagnóstico. Por ejemplo, la desrealización o la despersonalización constituye uno de los síntomas que justifican el diagnóstico del ataque de pánico (p. 173).

Los episodios de TDD con frecuencia son precipitados por el estrés; pueden iniciar y terminar de manera súbita. El trastorno suele tener inicio durante la adolescencia o poco después de los 20 años; por lo general es crónico. Aunque todavía no están bien estudiadas, las tasas de prevalencia en la población general parecen encontrarse en torno a 1 o 2%, con una proporción casi idéntica entre varones y mujeres.

Características esenciales del trastorno de despersonalización/desrealización

Un paciente experimenta despersonalización o desrealización, pero las pruebas sobre la realidad no revelan cambios (vea las definiciones en la p. 237).

La letra pequeña

Las D: • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, trastornos psicóticos, trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, otros trastornos disociativos).

Francine Parfit

“Se siente como si estuviera volviéndome loca”. Francine Parfit tenía sólo 20 años de edad, pero ya había trabajado como cajera durante casi dos años. Habiendo recibido varios aumentos de sueldo durante ese periodo, consideraba que era buena en su trabajo—concienciosa, agradable y confiable. Y saludable, aunque se sentía cada vez más afligida por sus “experiencias extracorpóreas”, como las denominaba.

“Estoy parada detrás de mi ventanilla y, de pronto, también estoy parada unos 60 cm más allá. Parezco estar asomándome sobre mi propio hombro al tiempo que hablo con mi cliente. Y en mi cabeza me estoy haciendo comentarios sobre mis propias acciones, como si fuera una persona distinta a quien estuviera observando. Cosas como ‘Ahora ella tendrá que llamar al subgerente para solicitarle autorización para esa transferencia de fondos’. Vine a la clínica porque pasaron algo como esto en la televisión hace algunas noches, y la persona fue sometida a tratamiento con electrochoque. Ese fue el momento en que comencé a preocuparme de que algo estaba realmente mal”.

Francine negaba haber tenido desmayos, convulsiones, golpes en la cabeza, cefaleas intensas o mareo. Había fumado marihuana una o dos veces en la secundaria, pero excepto por eso carecía de antecedentes de consumo de drogas y alcohol. Su salud física había sido excelente; sus únicas consultas médicas habían sido para las vacunaciones, la toma de Papanicolaou y la exploración física que le habían practicado antes de entrar a trabajar dos años antes.

Cada episodio comenzaba de manera súbita, sin aviso. Primero, Francine se sentía muy ansiosa; luego notaba que su cabeza parecía moverse un poco de arriba hacia abajo, sin que ella pudiera controlarla. En ocasiones percibía una sensación de calor en la parte superior de su cabeza, como si alguien le hubiera roto un huevo medio cocido, cuya yema escurriera por la raíz de su pelo. Los episodios rara vez duraban más que unos minutos, pero se estaban volviendo más frecuentes—ahora ocurrían varias veces por semana. Si se presentaba mientras estaba en el trabajo, con frecuencia podía tomar un descanso hasta que cedían, pero en varias ocasiones había ocurrido cuando estaba conduciendo. Le preocupaba que pudiera perder el control de su auto.

Francine nunca había escuchado voces o tenido alucinaciones de algún otro de los sentidos; negaba haber creído que hablaran sobre ella o conspiraran contra ella de alguna forma. Nunca había tenido ideas suicidas y en realidad no se sentía deprimida.

“Sólo espantada”, concluyó. “Es tan espeluznante sentir como si de alguna manera hubieras muerto”.

Evaluación de Francine Parfit

La sensación de ser un observador externo a uno mismo puede ser inquietante; muchas personas que no son pacientes la han experimentado una o dos veces. Lo que distingue a la experiencia de Francine es el hecho de que reincidía con mucha frecuencia (criterio A1) y con violencia suficiente para generarle tensión considerable—en cualquier caso, suficiente para solicitar una valoración (C; su caso era un poco inusual en el sentido de que sus episodios no parecían ser precipitados por el estrés; en muchas personas, sí lo son). Observe que ella describía su experiencia “como si yo fuera una persona distinta”, y no como “yo soy una persona distinta”. Esto nos dice que ella conservaba el contacto con la realidad (B).

Las experiencias de Francine y sus sensaciones eran muy parecidas a las que tenía Shorty Rheinbold (p. 174), excepto porque las de él correspondían a síntomas del **trastorno de pánico**. Varias afecciones más incluyen la despersonalización como un síntoma: **trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad, cognitivos, del estado de ánimo, de la personalidad y relacionados con sustancias; esquizofrenia; y epilepsia** (D, E). Sin embargo, Francine no refería ataques de pánico o cursaba con síntomas de otros trastornos que pudieran explicar sus manifestaciones.

Observe una característica nueva en el DSM-5: Francine también podría haber recibido este diagnóstico si tan sólo experimentara síntomas de desrealización. Con una calificación EEAG de 70, su diagnóstico sería:

F48.1 [300.6] Trastorno de despersonalización/desrealización

Si bien no se menciona en el DSM-5, en ocasiones se presentan una serie de síntomas que constituyen el que se denomina **síndrome de despersonalización de ansiedad fóbica**, en particular en mujeres jóvenes. Además de la depresión, no resulta sorprendente que estas personas cursen con fobias, ansiedad y despersonalización. Esta condición puede constituir una variedad del trastorno depresivo mayor, con características atípicas.

F44.0 [300.12] Amnesia disociativa

Existen dos requisitos principales para diagnosticar la amnesia disociativa (AD): (1) el paciente olvidó algo importante y (2) se han descartado otros trastornos. Por supuesto, la característica central es la incapacidad para recordar eventos relevantes. Hace más de 100 años, clínicos como Pierre Janet reconocieron varios patrones en los que es posible que ocurra el olvido:

Localizado (o circunscrito). El paciente no recuerda ninguno de los eventos que se verificaron en un marco temporal específico, con frecuencia al ocurrir alguna desgracia, como una batalla en tiempos de guerra o un desastre por un fenómeno natural.

Selectivo. Se olvidan ciertas fracciones de un periodo, como el nacimiento de un bebé. Esta variedad es menos frecuente.

Los siguientes tres tipos son mucho menos comunes, y pueden de manera eventual determinar un diagnóstico de trastorno de la identidad disociativo (vea más adelante):

Generalizado. Se olvidaron todas las experiencias de la vida del individuo.

Continuo. El paciente olvida todos los eventos desde un momento determinado hasta el presente. Esto es en la actualidad en extremo extraño.

Sistematizado. El paciente olvidó ciertos tipos de información, como la relativa a su familia o el trabajo.

La AD tiene inicio súbito, por lo general tras padecer una tensión intensa, como una lesión física, culpa en relación con una aventura extramarital, abandono por el cónyuge o conflicto interno relacionado con cuestiones sexuales. En ocasiones el afectado vaga sin rumbo cerca del hogar. Su duración es muy variable, desde minutos hasta quizá años, después de los cuales la amnesia suele terminar en forma abrupta, con una recuperación completa de la memoria. En algunos individuos puede desarrollarse de nuevo, quizá más de una vez.

La AD aún no se ha sometido a estudio suficiente, de manera que se sabe muy poco acerca de sus patrones demográficos, su distribución en familias y cuestiones similares. Con inicio durante los primeros años de la edad adulta, se refiere las más de las veces en mujeres jóvenes; puede afectar a 1% o menos de la población general, no obstante censos recientes señalan una cifra un poco más alta. Muchos pacientes con AD refieren traumas sexuales durante la niñez, siendo un porcentaje elevado incapaz de recordar el abuso ocurrido.

Fuga disociativa

En el subtipo de AD que se conoce como fuga disociativa, la persona con amnesia de manera súbita sale de su hogar. Esto con frecuencia ocurre tras un estrés intenso, como un conflicto marital o un desastre por un fenómeno natural o inducido por el hombre. El individuo puede experimentar desorientación y una sensación de perplejidad. Algunos asumen una identidad y un nombre nuevos, y durante meses incluso pueden trabajar en un nuevo empleo. A pesar de esto, en la mayor parte de los casos el episodio corresponde a un viaje breve, que dura algunas horas o días. A veces, pueden existir estallidos de violencia. La recuperación suele ser súbita, con amnesia subsecuente del episodio.

La fuga disociativa es otro de esos trastornos raros y en extremo interesantes—leña para novelas y películas—, acerca de la cual se ha realizado poca investigación reciente. Por ejemplo, se sabe poco sobre su distribución entre sexos o de los antecedentes familiares. Esto forma parte de la razón (después de su rareza general) que explica que la fuga disociativa haya sido degradada como diagnóstico independiente en el DSM-IV para convertirse en tan sólo un subtipo de la amnesia disociativa en el DSM-5. Por cierto, el DSM-5 señala que la fuga alcanza su prevalencia más alta entre pacientes con trastorno de la identidad disociativo.

Características esenciales de la amnesia disociativa

Por mucho algo mayor que la tendencia al olvido ordinaria, existe una pérdida de la capacidad para recordar información personal importante (misma que suele generar tensión o ser traumática).

La letra pequeña

Las D: • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos cognitivos, trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, trastorno de la identidad disociativo, trastorno de síntomas somáticos, falla ordinaria de la memoria).

Nota para codificación

De ser relevante, especifique:

F44.1 [300.13] Con fuga disociativa.

Holly Kahn

Un clínico de salud mental presentó el siguiente dilema a un especialista en ética de un centro médico.

Una mujer soltera de 38 años había acudido varias veces a la clínica de atención ambulatoria. Había referido depresión y ansiedad, las cuales eran leves. Estos síntomas parecían concentrarse en el hecho de que tenía 38 años y no estaba casada, y que “su reloj biológico seguía andando”. No tenía problemas del sueño, apetito, ganancia o pérdida ponderales, y no había pensado en el suicidio.

Durante meses, Holly Kahn había deseado tanto un hijo que de manera intencional se embarazó de su novio. Cuando él descubrió lo que había hecho, rompió el contacto con ella. A la semana siguiente, ella tuvo un aborto espontáneo. Atascada en su empleo aburrido y poco productivo como encargada de ventas en una tienda que se especializaba en materiales para enseñanza, dijo que había ido a la clínica para pedir ayuda para “encontrarle significado a mi vida”.

Hija mayor en una familia del medio Oeste, Holly había pasado gran parte de su adolescencia cuidando de sus hermanos más pequeños. Aunque había ido a la Universidad durante dos años alrededor de los 25 años, había egresado sin grado o profesión para demostrarlo. En la última década había vivido con tres hombres distintos; su última relación había sido la más duradera y parecía la más estable. Carecía de antecedentes de consumo de drogas o alcoholismo, y tenía buen estado de salud física.

La descripción verbal del clínico fue la de una mujer sencilla, que ya no era joven (y quizá nunca había lucido juvenil), de complexión robusta, con una mandíbula cuadrada y cabello crespo. “Se parece mucho a esta”. El clínico sacó un esbozo de la cabeza de una mujer y sus hombros. Estaba un poco mal definido y borroso, pero las características correspondían a la descripción verbal. El especialista en ética lo reconoció como un volante que había tenido gran distribución en fecha reciente. La copia bajo la imagen decía: “Buscada por el FBI por sospecha de secuestro”.

Un neonato de un día de nacido había sido secuestrado de un servicio de maternidad del hospital local. La madre primeriza, que apenas superaba la adolescencia, le había dado la niña a una mujer que vestía una pijama quirúrgica. La mujer se había presentado como supervisora de enfermería, y dijo que necesitaba llevar a la bebé para pesarla y explorarla por última vez antes de que la madre pudiera llevársela a casa. Ésa fue la última ocasión en que alguien podía recordar haber visto a la mujer o a la bebé. El retrato había sido dibujado por un artista de la policía a partir de la descripción provista por la desconsolada madre. Los abuelos de la niña estaban ofreciendo una recompensa.

“La penúltima vez que vi a mi paciente, estábamos tratando de analizar las alternativas mediante las cuales ella podría tomar el control de su propia vida. Parecía tener un poco más de confianza, estar menos deprimida. A la semana siguiente llegó tarde, y parecía aturrida. Refería no tener memoria de cualquier cosa que hubiera hecho durante los últimos días. Yo le pregunté si había estado enferma, si había recibido algún golpe en la cabeza o algo por el estilo. Ella negó todo eso. Comencé a indagar en retrospectiva para ver si podía ejercitar su memoria, pero ella se agitó cada vez más y por último salió corriendo. Dijo que regresaría a la semana siguiente, pero no la he visto desde entonces. No fue sino hasta ayer que me percaté de su semejanza con la mujer en el retrato”.

El terapeuta se quedó sentado mirando el volante durante algunos segundos, y luego dijo: “Éste es mi dilema. Creo que sé quién cometió este crimen realmente terrible, pero tengo una relación privilegiada con la persona de quien sospecho. ¿Cuál es mi obligación ética?”.

Evaluación de Holly Kahn

La cuestión de si Holly había secuestrado a la bebé no es el punto aquí. La cuestión es la causa de su amnesia, que era su problema urgente más reciente (criterio A). Había estado bajo tensión por su deseo de tener un bebé, y esto pudiera haberle dado el estímulo para su amnesia. El episodio era sin duda tan estresante en sí mismo que ella rompió el contacto con su clínico (B).

No existe información en el caso clínico que pudiera respaldar otras causas (en su mayoría, biológicas) de la amnesia (D). De manera específica, no había antecedente de **traumatismo craneoencefálico** que pudiera haber inducido algún **trastorno neurocognitivo mayor** debido a una **lesión cerebral traumática**. El **trastorno neurocognitivo inducido por sustancias, de tipo persistente**, podría descartarse por el antecedente negativo de consumo de sustancias de Holly (C). Su salud general era buena y no había antecedente de movimientos físicos anormales, lo que reducía la probabilidad de que cursara con **epilepsia**. Aunque había tenido un aborto espontáneo, había transcurrido demasiado tiempo para que fuera posible una **psicosis posaborto**. Algunos individuos con amnesia también desarrollan mutismo; se les puede diagnosticar en forma errónea alguna **otra afección médica con síntomas catatónicos**. Y tan sólo para hacer un recuento completo, debemos señalar que su pérdida de la memoria es mucho más llamativa y relevante que la **falla ordinaria de la memoria**, que es lo que los humanos experimentamos todo el tiempo.

No existía antecedente de algún trauma reciente y masivo que pudiera indicar la presencia de un **trastorno de estrés agudo**. Si estaba **simulando**, lo hizo sin un motivo aparente (de haber estado tratando de evitar el castigo por un crimen, el simple hecho de permanecer alejada del centro médico le habría funcionado mejor). No parecía ser un caso de **ensoñación** normal. Holly tenía suficiente claridad en cuanto a su identidad personal, y no se alejó de su casa, de manera

que no calificaría para un diagnóstico con el subtipo **con fuga disociativa**. Aunque debemos tener precaución para no establecer un diagnóstico en un paciente que no entrevistemos en forma personal y en quien carecemos de información colateral adecuada, si el material con el que contamos se confirma a partir de la investigación subsecuente, su diagnóstico quedaría como se indica en seguida. Yo le asignaría una calificación EEAG de 31.

F44.0 [300.12] Amnesia disociativa

John Doe

Cuando el hombre entró caminando por primera vez al refugio para personas sin hogar, no recordaba quién era, ni siquiera su nombre. Había sido referido de un servicio de urgencias de un hospital, pero le dijo al médico en turno que sólo había ido ahí para tener un sitio dónde quedarse. Hasta donde sabemos, su salud física era buena. Su problema era que no recordaba nada acerca de su vida previa a su despertar en una banca del parque ese día al amanecer. Más adelante, al llenar la documentación, el clínico había registrado con lápiz “John Doe” como nombre del paciente.

Excepto por el hecho de que sólo podía referir una historia de cerca de sólo 8 h, el examen de la condición mental de John Doe era normal. Parecía tener poco más de 40 años. Vestía de manera casual utilizando pantalones de vestir, una camisa rosa, y un saco sport de pana que le quedaba bien y tenía parches de cuero en los codos. Su lenguaje era claro y coherente; su afecto en general era agradable, aunque era evidente que estaba inquieto por su problema de pérdida de la memoria. Negaba haber tenido alucinaciones o ideas delirantes (“hasta donde recuerdo”), si bien señalaba con lógica suficiente que “no podría asegurar qué tipo de ideas locas pudiera yo haber tenido ayer”.

John Doe parecía ser inteligente, y su acervo de información era bueno. Podía nombrar a los cinco presidentes más recientes en orden, y era capaz de discutir eventos nacionales e internacionales recientes. Podía repetir ocho dígitos en cuenta progresiva y seis en regresiva. Tuvo una calificación de 29 de 30 en el *Mini-Mental State Exam*, en el que sólo no pudo identificar el condado en que estaba ubicado el albergue. Aunque suponía que estaba casado (llevaba puesto una alianza), después de media hora de conversación no podía recordar nada en cuanto a su familia, su empleo, su sitio de residencia o su identidad personal.

“Déjeme buscar dentro de su saco”, le dijo el clínico.

John Doe lo miró perplejo, pero se desabrochó el saco y lo entregó abierto. La etiqueta tenía el nombre de una tienda de ropa para hombres en Cincinnati, a casi 800 kilómetros de distancia.

“Intentemos ahí”, sugirió el clínico. Después de varias llamadas telefónicas, el Departamento de policía de Cincinnati identificó a John Doe como un abogado cuya esposa lo había reportado como desaparecido dos días antes.

A la mañana siguiente, John Doe subía al autobús para ir a casa, pero pasaron varios días antes de que el clínico escuchara el resto de la historia. Especialista de 43 años en testamentos y legitimación, John Doe había sido acusado de mezclar las cuentas bancarias de sus clientes con la propia. Había protestado inocencia y contratado a su propio abogado, pero la *Ohio State Bar Association* estaba lista para proceder contra él. La presión para poner en regla sus libros, conservar su carrera de leyes, y defenderse en la corte y contra la barra de abogados de su propio

Estado, había sido enorme. Dos días antes de desaparecer, le había dicho su esposa: “No sé si podré soportar esto mucho más sin volverme loco”.

Evaluación de John Doe

De manera característica, John Doe no podía recordar información autobiográfica importante—ningún dato al respecto (criterio A). Es comprensible—y un requisito (B)—que esto le molestara.

Ni en el momento de la evaluación ni en el seguimiento se identificó evidencia de trastornos alternativos (D). John no había alternado entre identidades, lo que descartaría un **trastorno de la identidad disociativo** (usted no diagnosticaría los dos trastornos juntos). Excepto por la amnesia indudable, no existía evidencia de algún **trastorno cognitivo**. A la edad de 43 años, sería poco probable un caso nuevo de **epilepsia del lóbulo temporal**, pero una valoración completa debería incluir estudios neurológicos. Por supuesto, cualquier paciente que cursa con episodios de amnesia debe ser valorado para descartar **trastornos relacionados con sustancias** (en particular, alcohol; C).

La imitación conciente de la amnesia propia de la **simulación** puede ser muy difícil de diferenciar de la amnesia que ocurre en la AD con fuga disociativa. Sin embargo, si bien John Doe tenía dificultades legales, éstas no se hubieran aliviado al simular una amnesia (cuando la simulación parece una posibilidad, la historia referida por parientes o amigos de un comportamiento previo de este tipo o de **trastorno de la personalidad antisocial** puede ayudar). El antecedente de síntomas médicos diversos a lo largo de la vida pudiera sugerir un **trastorno de síntomas somáticos**. John carecía de las características transversales que sugerirían ya fuera un **episodio maníaco** o **esquizofrenia**, en cualquiera de los cuales pueden presentarse vagabundeo u otras conductas extrañas.

La **epilepsia** siempre se menciona en el diagnóstico diferencial de los trastornos disociativos. Sin embargo, la epilepsia y la disociación no serían difíciles de diferenciar en la práctica, incluso sin el beneficio de un electroencefalograma. Los episodios epilépticos no suelen durar más que algunos minutos, e implican conductas de lenguaje y motoras que son repetitivas y en apariencia carecen de propósito. Por otra parte, el comportamiento disociativo puede durar varios días o más, y acompañarse de un lenguaje completo y conductas motoras que parecen tener propósito.

Si bien el caso de John Doe no es clásico (no asumió una identidad nueva o adoptó una nueva vida), sí viajó desde su hogar y de manera intencional buscó un albergue. Eso determina el especificador para su diagnóstico. Y, por cierto, su calificación EEAG sería de 55.

| | |
|----------------|---|
| D44.1 [300.13] | Amnesia disociativa, con fuga disociativa |
| Z65.3 [V62.5] | Investigación por asociación de barra de abogados |

Observe que el subtipo con fuga cuenta con un código distinto a la simple y vieja amnesia disociativa. Esto refleja el hecho de que en la CIE-10 y la CIE-9 un estado de fuga es un diagnóstico distinto e independiente de la amnesia disociativa. Así, el cambio de número no es un error.

F44.81 [300.14] Trastorno de la identidad disociativo

En el trastorno de la identidad disociativo (TID), que alcanzó antes la fama como trastorno de personalidad múltiple, la persona posee por lo menos dos identidades diferentes. Alcanzando hasta una cifra de 200, estas identidades pueden tener sus propios nombres; ni siquiera tienen que compartir el género del paciente. Algunas pueden ser simbólicas, como “el trabajador”. Pueden variar en gran medida en edad y estilo: si el paciente es de ordinario tímido y quieto, una identidad pudiera ser extrovertida e incluso escandalosa. Las identidades pueden estar concientes en cierto grado de la existencia de las otras, no obstante sólo una interactúa a la vez con el ambiente. La transición de una a otra suele ser súbita, con frecuencia precipitada por el estrés. Casi todas ellas están concientes de la pérdida de tiempo que ocurre cuando otra identidad mantiene el control. Sin embargo, algunos pacientes no están concientes de su estado peculiar hasta que un amigo cercano les señala las modificaciones temporales de carácter que muestran.

De relevancia diagnóstica particular son los estados de **posesión** patológica, que pueden tener características similares al TID. Pueden ser descritas por el paciente como un espíritu u otro ser externo que toma el control del funcionamiento de la persona. Si este comportamiento forma parte de una práctica religiosa aceptada y reconocida, no suele calificar para el diagnóstico de TID. Sin embargo, un individuo que cursa con estados recurrentes de posesión que generan tensión y se ajustan en otros sentidos a los criterios del DSM-5 puede calificar en forma adecuada para el diagnóstico. Por supuesto, no pudiéramos diagnosticar TID en un niño utilizando como base el que tenga un amigo imaginario.

Identificada en hasta 1% de la población general, el TID se diagnostica con mucha mayor frecuencia entre los clínicos de Norteamérica que los de Europa. Este hecho ha dado origen a una disputa de largo alcance. Los clínicos europeos (claro) indican que el trastorno es raro, y que al prestar tanta atención a los pacientes que se disocian, los clínicos del Nuevo Mundo favorecen el surgimiento de casos. En el momento en que redacté este documento, la disputa seguía sin resolverse.

El inicio de este quizá demasiado fascinante trastorno suele tener lugar durante la niñez, aunque no se detecta en esa etapa con frecuencia. La mayor parte de los pacientes la constituyen mujeres, y muchas han sufrido abuso sexual. El TID tiende a la cronicidad. Puede presentarse en familias, pero tampoco está resuelta la cuestión de la transmisión genética.

Características esenciales del trastorno de la identidad disociativo

Un paciente parece tener por lo menos dos personalidades independientes bien definidas, cada una con atributos específicos de estado de ánimo, percepción, recuerdo, y control del pensamiento y la conducta. El resultado: una persona con brechas de memoria de información personal que de ordinario no pueden explicarse a partir la tendencia ordinaria al olvido.

La letra pequeña

Las D: • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo o ansiedad, trastornos psicóticos, trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, otros trastornos disociativos, estados de posesión religiosa aceptados en culturas distintas a la occidental, amigos imaginarios de la niñez/juego fantástico).

Effie Jens

En su primera visita a la clínica de salud mental, Effie lloró y habló sobre su falla de memoria. A la edad de 26 años—demasiado joven para padecer Alzheimer—se sentía senil algunos días. Durante varios meses había observado “huecos en su memoria”, que en ocasiones tenían dos o tres días de duración. Su problema para recordar no era sólo parcial; en cuanto a lo que sabía sobre sus actividades en esos días, bien pudiera haber permanecido anestesiada. Sin embargo, a partir los datos colaterales—como la comida que había desaparecido de su refrigerador, y algunas cartas que habían llegado en fecha reciente y estaban abiertas—sabía que debía haber estado despierta y en actividad durante esos periodos.

Mientras se completaban los procedimientos de la separación de bienes por su divorcio reciente, Effie vivía sola en un pequeño departamento; su familia vivía en un estado lejano. Disfrutaba los pasatiempos silenciosos, como leer y ver la televisión. Era tímida y tenía dificultad para conocer gente; no había nadie que ella viera con frecuencia suficiente para ayudarle a explicar el tiempo perdido.

En ese sentido, Effie no estaba del todo segura a cerca de los detalles de los primeros años de su vida. Era la segunda de tres hijas de un pastor itinerante; sus memorias de la niñez temprana eran una mezcla de campos de trabajo, habitaciones baratas de hotel y sermones bíblicos. Para cuando llegó a los 13 años, había acudido a 15 escuelas distintas.

Más adelante en la entrevista, reveló que prácticamente carecía de memorias de su treceavo año completo. La labor pastoral de su padre había tenido un éxito moderado, y se habían establecido durante algún tiempo en un pueblo pequeño en el sur de Oregón—el único periodo en que había iniciado y terminado algún grado en la misma escuela. Pero, ¿qué es lo que había ocurrido en esos meses? De ese periodo ella no recordaba nada.

A la semana siguiente Effie regresó, pero se veía diferente. “Llámeme Liz”, dijo y dejó caer la bolsa que llevaba colgada al hombro en el piso, y se reclinó en la silla. Sin algún aviso, se embarcó en una referencia larga, detallada y dramática de las actividades que había realizado durante los últimos tres días. Había salido a cenar y bailar con un hombre que había conocido en la tienda de abarrotes, y después habían ido a un par de bares juntos.

“Pero yo sólo tomé Ginger Ale”, dijo, sonriendo y cruzando sus piernas. “Nunca bebo. Es terrible para la figura”.

“¿Hay una parte de la última semana que no pueda recordar?”

“Oh, no. Es ella la que tiene amnesia”.

“Ella” era Effie Jens, a quien Liz con claridad consideraba una persona diferente a ella. Lisa era feliz, despreocupada y sociable; Effie tendía a la introspección y prefería la soledad. “No digo que ella no sea un ser humano decente”, aceptó Liz, “pero usted la conoce—¿no cree usted que es algo apocada?”. Aunque durante muchos años había “compartido el espacio de vida” con Effie, no fue sino hasta después del divorcio que Liz había comenzado a “salir”, como ella lo refería. Al principio esto había ocurrido tan sólo durante 1 o 2 h, en particular cuando Effie estaba cansada o deprimida, y “necesitaba un descanso”. En fecha reciente Liz había tomado el control durante periodos cada vez más largos; una vez lo había hecho durante tres días.

“He tratado de ser cuidadosa, pues ella se asusta tanto”, dijo Liz con un gesto de preocupación. “He comenzado a pensar seriamente en tomar el control todo el tiempo. Creo que puedo hacer un mejor trabajo y sin duda tendré una mejor vida social”.

Además de haber sido capaz de contar sus actividades durante los periodos en blanco que habían obligado a Effie a solicitar atención, Liz podía atestiguar también todas las actividades concientes de Effie. Incluso sabía lo que había ocurrido durante el año “perdido” de Effie, cuando tenía 13 años.

“Fue papi”, dijo enrollando el labio. “Dijo que era parte de su misión religiosa ‘practicar para recrear la Anunciación’. Pero en realidad tan sólo era otro macho libidinoso metiendo mano a su propia hija, y algo peor. Effie le dijo a mamá. Al principio, mamá ni siquiera le creía. Luego, cuando por fin lo hizo, obligó a Effie prometer que nunca lo diría. Dijo que eso rompería la familia. Todos estos años he sido la única que lo sabe además de ella. No me extraña que esté perdiendo el control—eso incluso me hace sentir enferma”.

Evaluación de Effie Jens

Las dos personalidades de Effie (criterio A) son típicas del TID: una era silenciosa y discreta, casi apagada, en tanto la otra era mucho más asertiva (la historia de Effie era atípica en el sentido de que la regla la constituyen más de dos personalidades). Lo que ocurría cuando Liz tomaba el control era algo desconocido para Effie, quien experimentaba estos episodios como amnesia. Esta dificultad para recordar era más vasta que la que usted esperaría de la tendencia ordinaria al olvido (B). Generaba tensión suficiente para enviar a Effie a la clínica (E).

Deben analizarse varias causas más de amnesia en el diagnóstico diferencial de esta condición. Por supuesto, cualquier **afección médica** potencial debe descartarse primero, pero Effie/Liz carecía de antecedentes que sugirieran tanto algún **trastorno compulsivo** como **por consumo de sustancia** (en este caso estamos pensando en las lagunas mentales del alcohólico y las convulsiones parciales). Incluso si Effie (o Liz) tenía un problema importante con la amnesia, no era su problema **principal**, como ocurriría en la **amnesia disociativa**, que recurre con menos frecuencia y no involucra identidades múltiples diferenciadas. Observe también la ausencia de alguna información de que Effie perteneciera a algún grupo cultural o religioso cuyas prácticas incluyeran trances u otros rituales que pudieran explicar su amnesia (D).

Con frecuencia la **esquizofrenia** ha sido confundida con el TID, en particular por personas comunes que consideran que “personalidad dividida” (que es la forma en que muchos describen a la esquizofrenia) es lo mismo que trastorno de personalidad múltiple, la denominación anterior del TID. A pesar de esto, si bien es posible identificar un comportamiento bizarro en el TID, no es característico que alguna de las identidades sea psicótica. Al igual que otros trastornos disociativos, puede ser difícil diferenciarlo de la **simulación**; los datos más valiosos se obtienen a partir de la información de otros en torno a una posible ganancia material. La historia de Effie no era típica de alguno de estos diagnósticos.

Algunos pacientes con TID también cursan con **trastorno de la personalidad limítrofe**. El riesgo es que este último sólo será diagnosticado por un clínico que confunda las personalidades alternantes con la inestabilidad del estado de ánimo y el comportamiento que son típicos del trastorno de la personalidad limítrofe. En ocasiones los **trastornos relacionados con sustancias** se presentan a la par del TID; ni Effie ni Liz bebían alcohol (E). Su calificación EEAG sería de 55.

F44.81 [300.14] Trastorno de la identidad disociativo
Z63.5 [V61.0 3] Divorcio

F44.89 [V300.15] Otro trastorno disociativo especificado

Esta categoría es para pacientes cuyos síntomas representan un cambio a partir de la función integradora normal de la identidad, la memoria o la conciencia, pero que no cumplen los criterios para uno de los trastornos disociativos específicos mencionados antes. Aquí se presentan algunos ejemplos; debe indicarse una condición particular a continuación del otro diagnóstico especificado.

Compromiso de la identidad por persuasión coercitiva prolongada e intensa. Las personas que han sido sometidas a lavado cerebral o a quienes se ha inductrinado de alguna otra manera, pueden desarrollar estados disociativos mixtos.

Reacciones disociativas agudas a eventos estresantes. El DSM-5 menciona que estos cuadros con frecuencia sólo duran algunas horas, pero siempre menos de un mes, y se caracterizan por síntomas disociativos mixtos (despersonalización, desrealización, amnesia, interrupciones de la conciencia, estupor).

Trance disociativo. En este caso la persona pierde la conciencia del aquí y el ahora, y puede mostrar un comportamiento automático (una persona que participa en un ritual religioso o cultural aceptado no podría constituir un ejemplo de trance disociativo).

F44.9 [V300.15] Trastorno disociativo no especificado

Este diagnóstico servirá para catalogar a los pacientes en quienes existen síntomas disociativos evidentes, pero que no cumplen los criterios de alguno de los diagnósticos estandarizados que ya se mencionaron, o en quienes usted no desea especificar las razones por la que no cumplen los criterios.

Trastorno de síntomas somáticos y otros relacionados

Guía para el trastorno de síntomas somáticos y otros relacionados

Cuando los síntomas somáticos (corporales) son un motivo prominente para la valoración clínica, el diagnóstico con frecuencia corresponderá a alguno de los trastornos (o las categorías) que se listan más abajo. Como siempre, el número de página que se presenta tras cada elemento indica el sitio en que inicia una discusión más detallada.

Trastornos de síntomas somáticos primarios

Trastorno de síntomas somáticos. Denominado antes trastorno de somatización, esta afección crónica se caracteriza por la presencia de síntomas físicos que carecen de explicación. Se identifica casi de manera exclusiva en mujeres (p. 251).

Trastorno de síntomas somáticos, con predominio de dolor. El dolor en cuestión carece de una base física o fisiológica clara, o excede por mucho las expectativas usuales, dada la condición física existente en la persona (p. 257).

Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). Estos pacientes refieren síntomas aislados que parecen no tener una etiología física (p. 262).

Trastorno de ansiedad por enfermedad. Denominado antes hipocondriasis, este es un trastorno en el que las personas con salud física desarrollan un temor infundado de padecer alguna enfermedad grave que con frecuencia amenazan la vida, como el cáncer o la cardiopatía—pero con pocos síntomas somáticos (p. 260).

Factores psicológicos que influyen sobre otras afecciones médicas. Los aspectos mentales o emocionales del paciente influyen sobre el curso de la atención de un trastorno médico (p. 266).

Trastorno facticio aplicado a uno mismo. Los pacientes que desean desempeñar el papel del enfermo (o quizá disfrutan de la atención que se les brinda al permanecer en un hospital) falsean de manera consciente los síntomas para atraer la atención de los profesionales de la salud (p. 268).

Trastorno facticio aplicado a otro. Una persona adjudica síntomas a otra, con frecuencia un niño, quizá con el propósito de obtener atención (p. 269).

Otro trastorno de síntomas somáticos o relacionado, especificado o no especificado.

Estas categorías están diseñadas para recibir a todo tipo de pacientes cuyos síntomas somáticos no cumplen los criterios de algún trastorno mejor definido (p. 275).

Otras causas de manifestaciones somáticas

Enfermedad física real. Sólo deben considerarse las causas psicológicas para explicar los síntomas físicos una vez que se descartan trastornos físicos.

Trastornos del estado de ánimo. El dolor sin causa física aparente es una característica en algunos pacientes con trastorno depresivo mayor (p. 122) y trastorno bipolar I, episodio activo o más reciente depresivo (p. 129). Puesto que son sensibles de tratamiento y tienen potencial de poner en riesgo la vida, estas alternativas deben investigarse en forma temprana.

Consumo de sustancias. Los pacientes que consumen sustancias pueden referir dolor u otros síntomas físicos. Pueden derivar de los efectos de la intoxicación (p. 411) o la abstinencia (p. 402).

Trastorno de adaptación. Algunos individuos que experimentan una reacción a alguna situación ambiental refieren dolor u otros síntomas somáticos (p. 228).

Simulación. Estos pacientes saben que sus síntomas somáticos (o psicológicos) son falsos, y su motivo es algún tipo de ganancia material, como evitar el castigo o el trabajo, o conseguir dinero o drogas (p. 599).

Introducción

Durante siglos, los clínicos han reconocido que los síntomas físicos y las inquietudes relativas a la salud pueden tener un origen emocional. El DSM-III y sus sucesores han reunido varias alternativas a los diagnósticos orgánicos bajo un mismo grupo. De manera colectiva, se designan ahora trastornos de síntomas somáticos y relacionados, puesto que los cuadros que desencadenan pueden asemejarse a la enfermedad somática (corporal). Al igual que muchos otros grupos de trastornos que se analizan en este libro, estas condiciones no se encuentran ligadas entre sí por etiologías comunes, antecedentes familiares, tratamientos u otros factores. Este capítulo es tan solo otra conjunción conveniente—en este caso, de condiciones que se refieren ante todo a síntomas físicos.

Distintos tipos de problemas pueden sugerir un trastorno de síntomas somáticos. Incluyen los siguientes:

- Dolor excesivo o crónico
- Síntomas conversivos (véase el texto entre barras más adelante)
- Síntomas crónicos múltiples que parecen carecer de una explicación adecuada
- Malestares que no mejoran, no obstante la administración de un tratamiento que ayuda a la mayor parte de los pacientes
- Preocupación excesiva en torno a la salud o el aspecto corporal

Los pacientes con trastornos de síntomas somáticos y relacionados suelen haber sido valorados (quizá muchas veces) para descartar algún trastorno físico. Estas valoraciones con frecuencia conducen a la realización de pruebas y tratamientos que son costosos, consumen tiempo, son ineficaces y, en ocasiones, peligrosos. Los resultados de estos tratamientos pudieran traer consigo tan sólo un reforzamiento de la creencia temerosa del paciente en alguna enfermedad médica inexistente. En algún momento, el personal de atención de la salud reconoce que lo que está mal tiene un sustento emocional fuerte, y refiere a estos individuos para que sean sometidos a una valoración de salud mental.

Es importante reconocer que, con la evidente excepción del trastorno facticio, estas personas pudieran no estar simulando sus síntomas. Con frecuencia creen que en ellos hay algo mal; esta creencia puede generarles gran ansiedad y disfunción. Sin desearlo, se infligen un gran sufrimiento, y también se lo general a quienes les rodean.

Por otra parte, también hay que recordar que la mera presencia del trastorno de síntomas somáticos no asegura que más adelante no pueda desarrollarse otra afección médica. Estos pacientes también pueden desarrollar otras formas de alteración mental.

F45.1 [300.82] Trastorno de síntomas somáticos

Los criterios del DSM-5 para el trastorno de síntomas somáticos (TSS) sólo ponen como requisito la existencia de un síntoma somático, pero éste debe generar tensión o provocar compromiso marcado en el desempeño del paciente. De manera independiente a esto, el paciente clásico muestra un patrón de síntomas físicos y emocionales múltiples que pueden referirse a distintas (con frecuencia muchas) partes del organismo, entre los que se encuentran manifestaciones de dolor, problemas de la respiración o el latido cardíaco, malestares abdominales, trastornos menstruales o todos ellos. Por supuesto, también pueden identificarse síntomas conversivos (disfunción corporal, como la parálisis o la ceguera que carecen de base anatómica o fisiológica). El tratamiento que suele aliviar los síntomas cuya causa es una enfermedad física real suele ser a la larga ineficaz en estos pacientes.

El TSS* inicia en una fase temprana de la vida, por lo general durante la adolescencia o alrededor de los 20 años, y puede persistir muchos años—quizá toda la vida del paciente. Con

*La información que se presenta aquí y en el resto de este capítulo se basa en estudios realizados en pacientes definidos con base en los criterios del DSM-IV. Cuando se redactaron los criterios del DSM-5 simplemente no había datos disponibles sobre los trastornos que definen los criterios nuevos.

frecuencia no reconocida por los profesionales de la atención de la salud, esta condición afecta a cerca de 1% de todas las mujeres; se identifica con menos frecuencia en varones, no obstante se desconoce la proporción real, si se toma en consideración que la definición del TSS acaba de integrarse. El TSS puede corresponder a entre 7 y 8% de los pacientes que acuden a clínicas de salud mental y quizá un porcentaje casi idéntico de individuos hospitalizados por problemas de salud mental. Muestra una tendencia intensa a distribuirse en familias. Su transmisión quizá sea tanto genética como ambiental; el TSS pudiera ser más frecuente en individuos de condición socioeconómica baja y un nivel educativo menor.

La mitad o más de los afectados por TSS muestran síntomas de ansiedad y del estado de ánimo. Existe un peligro permanente de que los clínicos diagnostiquen un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo e ignoren el TSS subyacente. En esos casos, el resultado más común es que el paciente reciba un tratamiento específico para el trastorno del estado de ánimo o de ansiedad, más que un abordaje que pudiera hacer frente al TSS subyacente.

Características esenciales del trastorno de síntomas somáticos

La preocupación relativa a uno o más síntomas somáticos conduce al paciente a expresar un nivel intenso de ansiedad por su salud, al invertir un tiempo excesivo en los cuidados de la salud o preocuparse en extremo en cuanto a la gravedad de los síntomas.

La letra pequeña

Las D: • Duración (seis meses o más) • Diagnóstico diferencial (el DSM-5 no indica alguno; citaría el consumo de sustancias y los trastornos físicos, así como trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, psicóticos o de estrés, y los disociativos).

Notas para codificación

Especificar si:

Con predominio de dolor. Para enfermos que refieren ante todo dolor. Consúltense la discusión adicional que se presenta en la página 257.

Persistente. Si la evolución se encuentra marcada por síntomas graves, gran disfunción, y una duración superior a seis meses.

Han de considerarse los comportamientos siguientes relacionados con la gravedad de los síntomas del paciente: pensamientos excesivos, ansiedad intensa persistente, inversión excesiva de energía/tiempo. A continuación se califica la intensidad:

Leve. Una de estas conductas.

Moderado. Dos o más conductas.

Grave. Dos o más conductas, junto con malestares somáticos numerosos (o un malestar en extremo grave).

A lo largo de varios años, este trastorno mental ha recibido cuatro nombres distintos. La palabra **histeria** fue acuñada hace más de 2 000 años por los griegos, quienes eran famosos por creer que sus síntomas derivaban de un útero que se desplazaba por todo el cuerpo, produciendo dolor, deteniendo la respiración u ocluyendo la garganta. El término ancestral continuó en uso hasta la mitad del siglo XX, en que recibió una etiqueta nueva y una definición más complicada.

Síndrome de Briquet fue la denominación que se integró en honor al médico francés del siglo XIX que describió por vez primera la presentación polisintomática típica del trastorno. Para establecer el diagnóstico, se requería la presencia de 25 síntomas (de 60 posibles), cada uno de los cuales el médico tenía que identificar, para descartar que contaran con una base a partir de la exploración física o los estudios de laboratorio. El listado incluía síntomas pseudoneurológicos (como ceguera temporal o afonía), pero también síntomas emocionales como depresión, crisis de ansiedad y alucinaciones—además de muchos otros.

Veinticinco síntomas eran demasiado para algunos clínicos. En 1980, los autores del DSM-III implementaron el concepto **trastorno de somatización** para poner en relieve criterios nuevos que reducían el número de síntomas, junto con una alternativa para descartar todos los síntomas mentales y emocionales a partir del listado de síntomas de Briquet. El DSM-III-R y el DSM-IV redefinieron y acortaron el listado una vez más (algunos dirían que lo “bajaron de nivel”). Algunos síntomas de Briquet daban resultados excelentes desde la perspectiva de aislar a un grupo de pacientes que después resultaban **no** padecer una enfermedad física verdadera, y que respondían bien al tratamiento psicológico y conductual. Incluso a pesar de contar con los síntomas más simples del trastorno de somatización, pocos pacientes llegaban a recibir un diagnóstico; quizá los clínicos no querían molestarse, o quizá los síntomas eran tan sólo demasiado restrictivos con fines prácticos.

Ahora, con el TSS, estamos de nuevo donde comenzamos: un solo síntoma, acompañado de un cierto grado de inquietud de parte del paciente será suficiente para establecer un diagnóstico según el DSM-5. Vale la pena señalar que al tiempo que los nombres han sufrido una elongación progresiva, los grupos de criterios se han ido acortando—con la excepción evidente de la histeria misma, que era un diagnóstico que se establecía “por instinto” y que implicaba la identificación de un solo síntoma, muchas veces de tipo “conversivo” pseudoneurológico. Queda por ver lo bien que los criterios del DSM-5 para el TSS permitirán discriminar a estos pacientes de aquéllos con otros diagnósticos del grupo de los trastornos de síntomas somáticos y relacionados, y de los individuos con padecimientos físicos. Pero temo que en realidad pudiéramos haber descrito un círculo completo, hasta llegar al punto en que de nuevo estamos en peligro de identificar en forma inapropiada las personas cuyos síntomas son desconcertantes, incluso misteriosos, pero que bien pudieran presagiar un trastorno físico real.

Existe otra cuestión que merece nuestro escrutinio: en ningún punto los criterios del DSM-5 ponen como requisito que se descarten otras causas para los síntomas del paciente. Eso coloca a los criterios del TSS en una compañía selecta (discapacidad intelectual, trastornos de la personalidad, trastornos por consumo de sustancias, anorexia nerviosa y trastornos de parafilias) para la que no se requiere la consideración de algún diagnóstico diferencial.

Por último, sugiero no utilizar esta parte del DSM-5. Hasta que no se obtengan datos que me persuadan en cuanto a que el TSS es un concepto útil que promueva el bienestar de mis pacientes, seguiré utilizando ya sea los lineamientos antiguos del DSM-IV para el trastorno de somatización (vea el texto entre barras siguiente, p. 256) o incluso los más antiguos criterios para el síndrome de Briquet. Y aquí está mi garantía: cualquier paciente que se someta a diagnóstico con cualquiera de estos estándares también calificará para recibir un diagnóstico de TSS según el DSM-5.

Cynthia Fowler

Cuando Cynthia Fowler relató su historia, estaba llorando. A la edad de 35 años, estaba hablando con el más reciente de su serie de profesionales de atención de la salud. Su historia era complicada; había iniciado a la mitad de su adolescencia con artritis que parecía desplazarse de una articulación a otra. Se le había dicho que se trataba de “dolores del crecimiento”, pero los síntomas habían seguido apareciendo y desapareciendo a lo largo de los 20 años que habían transcurrido. Si bien se le diagnosticaron de manera subsecuente distintos tipos de artritis, las pruebas de laboratorio nunca sustanciaron alguno de esos diagnósticos. Una sucesión larga de tratamientos no había sido fructífera.

Cerca de los 25 años, Cynthia fue valorada por dolor en el flanco izquierdo, pero de nuevo no se identificó nada. Más adelante, el dolor abdominal y las crisis de vómito se estudiaron con gastroscopia y radiología con medio de contraste. Cada uno de estos estudios tuvo resultados normales. Se agregó un antagonista de la histamina a su listado creciente de medicamentos, que incluía distintos antiinflamatorios, así como analgésicos de venta con y sin receta.

Cynthia había pensado en alguna época que muchos de sus síntomas se intensificaban por su síndrome premenstrual, que ella misma había reconocido tras leer sobre él en una revista para mujeres. De manera invariable se mostraba irritable y presentaba dolor cólico antes de su menstruación, que solía ser tan abundante que en ocasiones le hacía permanecer en la cama durante varios días. De esa manera, cuando tenía 26 años, se sometió a una histerectomía total. Seis meses después, el vómito persistente obligó a la realización de una laparoscopia; excepto por la identificación de adherencias, no se identificaron anomalías. Los cuadros alternantes de diarrea y constipación la llevaron entonces a experimentar con una serie de formulaciones para regular sus evacuaciones.

Cuando se le interrogó en torno al sexo, Cynthia se movió incómoda en su silla. No le importaba mucho y nunca había experimentado un orgasmo. Su falta de interés no era un problema para ella, aunque cada uno de sus tres esposos se había quejado mucho. Cuando era una adolescente joven algo de tipo sexual pudiera haberle ocurrido, aceptó por último, pero esa era una parte de su vida que no podía recordar. “Es como si alguien hubiera arrancado todo un año de mi diario”, explicó.

Cuando ella tenía 2 años y su hermano 6 meses de edad, el padre de Cynthia había abandonado a la familia. Su madre tuvo que trabajar entonces como mesera y vivió con varios hombres, con algunos de los cuales se casó. Cuando Cynthia tenía 12 años, su madre se escapó de uno de los padrastros de Cynthia; colocó entonces a los dos niños bajo resguardo temporal.

De una manera u otra, cada uno de los clínicos anteriores de Cynthia la había defraudado. “Ninguno de los otros supo cómo ayudarme. Pero sé que usted encontrará lo que está mal. Todo el mundo dice que usted es el mejor en la ciudad”. A través de sus lágrimas, logró esbozar una sonrisa confiada.

Evaluación de Cynthia Fowler

A primera vista, podemos afirmar que Cynthia muestra síntomas somáticos que le generan tensión (criterio A) que, durante años (C) le han consumido gran cantidad de tiempo y esfuerzo (B). Eso, en esencia, le merece un diagnóstico de TSS según el DSM-5. Sin embargo, yo preferiría analizar su condición a la luz de los lineamientos del trastorno de somatización del DSM-IV (de nuevo, consúltese el texto entre barras, p. 256).

Cynthia necesitaba tener por lo menos ocho síntomas en las cuatro áreas sintomáticas, y lo conseguía: dolor (abdominal, en flanco, articular y menstrual); gastrointestinal (diarrea, vómito); sexual (hemorragia menstrual excesiva, indiferencia sexual); y un síntoma seudoneurológico aislado (amnesia). Los criterios del DSM-IV ponen como requisito que estos síntomas no puedan explicarse con base en algún trastorno físico, y que comprometan de alguna manera el desempeño de la paciente—no considero tampoco que muchos estarán en desacuerdo en ese sentido. Inició mucho antes de que ella cumpliera 30 años, y no existe nada más que sugiera que ella los estuviera fingiendo. *Quod erat demonstrandum*.

Aún así, al igual que con casi cualquier otro trastorno mental, la primera posibilidad que se buscaría descartar es **otra afección médica**. Entre los trastornos médicos y neurológicos a considerar se encuentran la esclerosis múltiple, los tumores de la médula espinal, y los trastornos cardíacos y pulmonares. Cynthia ya había sido sometida a estudios para descartar distintas afecciones médicas y se le habían prescrito numerosos medicamentos, ninguno de los cuales le había hecho demasiado bien. A juzgar por el último párrafo del caso clínico, sus médicos previos pudieran haber tenido problemas para diagnosticarla o manejarla de manera efectiva.

Lo que diferencia a la experiencia de Cynthia de los pacientes con enfermedad física real es (1) el número y la variedad de síntomas (no obstante el criterio A no pone como requisito alguno de ellos); (2) la ausencia de una explicación adecuada para los síntomas a partir de la anamnesis, los resultados de laboratorio y la exploración física; y (3) el alivio inadecuado con los tratamientos que de ordinario son útiles para los síntomas en cuestión. Observe una vez más que si bien los criterios del TSS permiten establecer el diagnóstico con base en un número menor de síntomas que los que Cynthia mostraba, su historia clínica es típica de un grupo de pacientes a quienes los clínicos han intentado ayudar durante milenios.

Ciertos trastornos de síntomas somáticos y relacionados requieren de un análisis específico. En el **TSS con predominio de dolor**, el afectado se concentra en un dolor somático intenso, en ocasiones incapacitante. Si bien Cynthia refería dolor en distintas ubicaciones, tan sólo se trataba de un aspecto de un cuadro mucho más amplio de enfermedad somática. Las personas con **trastorno de ansiedad por enfermedad** (antes hipocondriasis) pueden mostrar síntomas físicos múltiples, pero su inquietud se concentra en el temor de padecer un trastorno físico específico y no, como en el caso de Cynthia, síntomas particulares. Cynthia no presentaba alguno de los síntomas físicos clásicos de la conversión (p. ej., anestesia en calcetín o guante, hemiparesia), pero esto ocurre en muchos pacientes con TSS. A continuación, el **trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales)** entra al diagnóstico diferencial. Sin embargo, al igual que en el TSS con predominio de dolor, el trastorno de conversión no debe diagnosticarse en algún individuo que cumpla los criterios para el más incluyente TSS. Además, la amnesia de Cynthia pudiera calificar para el diagnóstico de **amnesia disociativa** si constituyera el problema dominante.

Siempre debe interrogarse en forma cuidadosa en torno a los **trastornos relacionados con sustancias**, que se identifican hasta en una cuarta parte o más de los pacientes con TSS. Y cuando los individuos acuden con los proveedores de salud mental para recibir atención, con frecuencia lo hacen debido a un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad concomitante.

Muchos pacientes con TSS también padecen uno o más **trastornos de la personalidad**. Muestra prevalencia particular el trastorno de la **personalidad histriónico**, no obstante también es posible diagnosticar los **trastornos de la personalidad límite** y **antisocial**. Las palabras que Cynthia dirige al clínico en el último párrafo sugieren un trastorno de la personalidad, pero con información insuficiente yo diferiría el diagnóstico por el momento. No existe forma de co-

dificarlo, de manera que yo mencionaría “posible trastorno de la personalidad” o agregaría una frase similar en mi resumen.

Con una calificación EEAG de 61, el diagnóstico actual de Cynthia quedaría como sigue:

F45.1 [300.82] Trastorno de síntomas somáticos

Este es un resumen del trastorno de somatización (TS) del DSM-IV:

- Desde una edad temprana, estas pacientes muestran malestares físicos que aparecen y desaparecen, al tiempo que se agregan otros nuevos cuando los previos se resuelven. Ante la ineffectividad característica del tratamiento, las pacientes tienden a cambiar de proveedor de atención de la salud en búsqueda de una cura.
 - Una variedad amplia de síntomas potenciales se distribuye en varios grupos.
 - Dolor (se requiere su presencia en sitios distintos): en cabeza, espalda, tórax, abdomen, articulaciones, brazos, piernas o genitales; o en relación con funciones corporales, como la micción, la menstruación o el coito.
 - Gastrointestinales (distintos al dolor): distensión, constipación, diarrea, náusea, crisis de vómito (excepto durante el embarazo) o intolerancia a distintos alimentos (tres o más).
 - Sexuales o del sistema reproductivo (distintos al dolor): problemas para la erección o la eyaculación, irregularidad menstrual, flujo menstrual excesivo, o vómito que persiste durante el embarazo.
 - Pseudoneurológicos (distintos al dolor): ceguera, sordera, visión doble, sensación de nudo en la garganta o dificultad para deglutir, incapacidad para hablar, equilibrio o coordinación deficientes, parálisis o debilitamiento muscular, retención de orina, alucinaciones, insensibilidad al tacto o al dolor, convulsiones, amnesia (o cualquier otro síntoma disociativo), o pérdida del estado de conciencia (distinta al desmayo).
 - La paciente típica presenta ocho síntomas o más, cuatro de los cuales (o más) derivan del grupo del dolor, dos del grupo gastrointestinal y por lo menos uno de cada uno de los dos grupos adicionales. La mayor parte de las pacientes presenta más de ocho síntomas. Estas manifestaciones requieren tratamiento o comprometen el desempeño social, personal o laboral.
 - El DSM-IV ponía como requisito un inicio previo a los 30 años, pero casi todas las afectadas han estado enfermas desde la adolescencia o alrededor de los 20 años. Los síntomas de TS no deben poder explicarse por alguna otra afección médica (lo que incluye el consumo inapropiado de sustancias). Las personas que también presentan enfermedades físicas reales con frecuencia reaccionan a ellas con mayor ansiedad que la que se esperaría.
 - Por supuesto, una enfermedad física real debe ser la primera en el listado de los diagnósticos diferenciales. Y, puesto que el TS es difícil de tratar, existen muchos otros trastornos mentales y emocionales que es necesario descartar. Entre otros pueden mencionarse los trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, los trastornos psicóticos, y los trastornos disociativos o de estrés. Los trastornos por consumo de sustancias pueden ser concomitantes al TS. Yo incluiría al trastorno facticio y a la simulación entre los diagnósticos diferenciales, pero éstos ocupan un sitio cercano al final del listado.
-

Trastorno de síntomas somáticos con predominio de dolor

Algunas personas con TSS experimentan ante todo dolor, en cuyo caso existe indicación para utilizar el especificador **con predominio de dolor**. El DSM-IV lo denominaba trastorno de dolor, una afección independiente con sus propios criterios (a partir de aquí, se hace referencia a este cuadro como TSS-dolor). De manera independiente a cómo se le denomine, es necesario tener en mente los siguientes hechos:

- El dolor es subjetivo—los individuos lo experimentan en forma diversa.
- No existe una patología anatómica evidente.
- La cuantificación del dolor es compleja.

De esta forma, es difícil saber si un individuo que refiere dolor crónico o insoportable, y en apariencia carece de una patología objetiva que lo explique, cursa en realidad con algún trastorno mental (en el DSM-5, los pacientes que tienen dolor real, pero que muestran una inquietud excesiva en torno al mismo, pueden recibir el diagnóstico de TSS-dolor).

El dolor en cuestión suele ser crónico y muchas veces intenso. Puede tener expresiones diversas, pero en particular frecuente es aquél ubicado en espalda baja, cabeza, pelvis o articulación temporomandibular. De manera característica, el TSS-dolor no aparece y desaparece al transcurrir el tiempo, ni disminuye con la distracción; pudiera tener sólo una respuesta limitada a los analgésicos, si hubiera alguna.

El dolor crónico interfiere con la cognición, y hace que las personas tengan problemas de memoria, concentración y para terminar tareas. Se asocia con frecuencia a depresión, ansiedad y autoestima baja; el sueño puede comprometerse. Estos pacientes pueden experimentar una respuesta más lenta a los estímulos; el temor ante una posible intensificación del dolor pudiera limitar su actividad física. Por supuesto, el trabajo se compromete. En más de la mitad de los casos, los clínicos manejan en forma inadecuada el dolor crónico.

El TSS-dolor suele iniciar entre los 30 y los 40 años, a menudo tras un accidente o algún otro tipo de enfermedad física. Se diagnostica en más ocasiones en mujeres que en varones. Al tiempo que su duración aumenta, conduce con frecuencia a una incapacidad creciente tanto laboral como para la vida social, y en ocasiones hasta la incapacitación completa. Si bien algún tipo de dolor afecta a muchos adultos de la población general—quizá hasta 30% en EUA—nadie sabe con seguridad la prevalencia del TSS-dolor.

Ruby Bissell

Ruby Bissell puso una mano sobre el brazo de la silla y se movió incómoda. Había estado hablando por casi media hora, y el dolor constante y sordo había empeorado. Utilizando las dos manos, se empujó para levantarse. Hizo una mueca al tiempo que presionaba con un puño la parte baja de su espalda; las arrugas en su cara agregaron una década más a sus 45 años.

Aunque Ruby había padecido este problema durante casi seis años, no estaba del todo segura sobre cuándo había comenzado. Pudiera haberlo hecho cuando ayudó a pasar a un paciente de la mesa quirúrgica a una camilla. Pero el primer ortopedista que consultó le explicó que la distensión del ligamento era leve, de tal manera que ella siguió trabajando como enfermera de quirófano

durante casi un año. La espalda le dolía ya fuera que estuviera sentada o parada, de tal manera que tuvo que renunciar a su empleo; no podía mantener alguna postura por más de pocos minutos.

“Me permitieron hacer trabajo de supervisión durante algún tiempo”, dijo, “pero tuve que renunciar a eso también. Mis únicas opciones eran estar sentada o parada, y tengo que pasar algunos minutos cada hora recostada sobre mi espalda”.

De sus padres, obreros consolidados, Ruby había heredado su ética laboral. Se mantenía sola desde los 17 años, de manera que su retiro forzado había sido un golpe. Sin embargo no podía decir que se sentía deprimida acerca de ello. Nunca se había preocupado demasiado por sus sentimientos y en realidad no podía explicar cómo se sentía sobre muchas cosas. Negó haber tenido alguna vez alucinaciones o ideas delirantes; excepto por el dolor de su espalda, su salud física había sido buena. Aunque en ocasiones despertaba por la noche con dolor de espalda, no padecía insomnio real; su apetito y peso se habían mantenido normales. Cuando el entrevistador le preguntó si alguna vez había tenido deseos de muerte o ideas suicidas, se sintió un poco ofendida y los negó con intensidad.

Diversos tratamientos habían modificado poco la condición de Ruby. Los analgésicos casi no lo aliviaban, y los había dejado todos antes de depender de ellos. La terapia física le generaba más dolor, y la unidad de estimulación eléctrica parecía quemarle la piel.

Un neurocirujano había encontrado que no existía patología anatómica y le explicó a Ruby que era poco probable que una laminectomía y una fusión espinal mejoraran la situación. La experiencia de su propio esposo le había hecho desconfiar de cualquier intervención quirúrgica. Él se había lesionado en un accidente en un camión un año antes de que comenzaran sus propias dificultades; la laminectomía subsecuente a la que se sometió no sólo lo dejó discapacitado para trabajar, sino también impotente. Sin hijos a quienes sostener, los dos vivían con comodidad razonable con sus pensiones por discapacidad combinadas.

“La mayor parte del tiempo permanecemos en casa”, señaló Ruby. “Nos cuidamos mucho entre nosotros. Nuestra relación es el aspecto verdaderamente bueno de mi vida”.

El entrevistador le preguntó si todavía podían tener algún tipo de vida sexual. Ruby aceptó que no lo hacían. “Solíamos ser muy activos, y yo lo disfrutaba mucho. Después de su accidente, y cuando ya no pudo hacerlo, Gregory sintió una culpa terrible por no poder satisfacerme. Ahora mi dolor de espalda me impediría tener relaciones, de manera independiente a eso. Casi es un alivio que no tenga que cargar con toda la responsabilidad”.

Evaluación de Ruby Bissell

Durante varios años (mucho más que los seis meses que requiere el criterio C para el TSS), Ruby había referido dolor intenso (A) que afectaba en forma profunda su vida, en particular su capacidad para trabajar. Había invertido sin duda una gran cantidad de tiempo y esfuerzo (B) tratando de controlar su dolor. Ahí, en breve, se cubren los tres requisitos para el diagnóstico TSS-dolor.

Si bien los criterios no ponen como requisito que se descarten otras causas, todo médico responsable debe hacerlo de cualquier manera, por supuesto. En particular se necesita saber que su dolor no derivó de **otra afección médica**. El caso clínico aclara que había sido valorada en forma detallada por su ortopedista, quien determinó que no padecía alguna patología que pudiera explicar de manera apropiada la intensidad de sus síntomas (incluso si padeciera alguna patología

definida, el TSS-dolor también pudiera sospecharse si la distribución, la relación temporal a la descripción del dolor resultara atípica para alguna enfermedad física).

¿Podría Ruby está presentando **simulación**? Esta pregunta es en particular relevante para cualquier persona que reciba una compensación por una lesión de tipo laboral. Sin embargo, el sufrimiento de Ruby parecía genuino y el caso clínico no aporta alguna indicación de que sus problemas físicos hubieran disminuido cuando dejó de trabajar que mientras lo hacía. Su referencia no se había hecho en un contexto legal, y su cooperación para la exploración fue completa. Por otra parte, la simulación no parecería congruente con la ética laboral que enarbolaba desde mucho tiempo atrás.

El dolor es con frecuencia un síntoma de **depresión**; muchos médicos en forma automática recomiendan un ciclo de antidepresivos a casi cualquier persona que refiere dolor intenso o crónico. Aunque Ruby negaba sentirse en particular deprimida, sus síntomas de dolor pudieran ser una vía de entrada para un trastorno del estado de ánimo. Pero carecía de ideas suicidas, trastornos del sueño o anomalías del apetito que pudieran respaldar un diagnóstico de este tipo. Aunque los pacientes con trastornos relacionados con sustancias en ocasiones inventan (o imaginan) dolor para obtener medicamentos, Ruby había sido cuidadosa para evitar el desarrollo de dependencia de algunos analgésicos.

Varios trastornos de síntomas somáticos más deben analizarse en breve. Los individuos con **trastorno de ansiedad por enfermedad** tienden a mostrar síntomas distintos al dolor, que fluctúan al transcurrir el tiempo. El dolor no es un síntoma típico del **trastorno de conversión**. Las personas con **trastorno de adaptación** en ocasiones desarrollan síntomas físicos, pero tales condiciones se asocian a factores precipitantes identificables y desaparecen a la par del factor que induce estrés.

El DSM-5 no impone como requisito que se identifiquen los factores psicológicos que pudieran subyacer al dolor. Presumir que existe un mecanismo psicológico ya no constituye un criterio para el TSS. A pesar de esto, resulta útil analizar sobre los factores psicológicos posibles que pudieran contribuir a la inducción o el mantenimiento de una experiencia de dolor en un paciente dado. La historia clínica de Ruby incluye varias de estas posibilidades. Entre otras, su percepción de los sentimientos de su esposo acerca de su impotencia, su ansiedad por convertirse en la única proveedora del hogar y quizá su propio resentimiento por haber trabajado desde que era adolescente (muchos pacientes cuentan con elementos psicológicos múltiples a considerar)

Así, los factores psicológicos pudieran estar desencadenando o empeorando el dolor de Ruby incluyen al estrés que derivan de las relaciones interpersonales, el trabajo y las finanzas. Con una calificación EEAG de 61, su diagnóstico sería el siguiente:

| | |
|----------------|--|
| F45.1 [300.82] | Trastorno de síntomas somáticos, con predominio de dolor |
| Z65.8 [V62.89] | Problemas de salud y discapacidad en el esposo |

Algún paciente ocasional, como Ruby, pudiera ser del todo incapaz de describir el componente emocional del dolor. La incapacidad para expresar por medios verbales las emociones que se perciben se ha denominado **alexitimia**, que en griego significa “sin expresión del estado de ánimo”.

F45.21 [300.7] Trastorno de ansiedad por enfermedad

Las personas con trastorno de ansiedad por enfermedad (TAPE) muestran una preocupación terrible ante la posibilidad de padecer una enfermedad grave. Su ansiedad persiste no obstante exista evidencia médica que indique lo contrario y la reafirmación de los profesionales de la atención de la salud. Algunos ejemplos comunes incluyen el temor a la cardiopatía (que pudiera iniciar al percibirse alguna palpitación) y el cáncer (¿alguna vez se ha preguntado acerca de ese lunar—parece haberse oscurecido un poco?). Estos pacientes no muestran psicosis: aceptan de momento que sus síntomas pudieran tener origen emocional, no obstante con rapidez revierten a su obsesión temerosa. Entonces rechazan cualquier sugerencia de que no padecen patología física e incluso pueden ponerse iracundos y rehusarse a recibir una consulta de salud mental.

Muchos de estos pacientes presentan síntomas físicos que les harían calificar para algún trastorno de síntomas somáticos, como acaba de analizarse. Sin embargo, cerca de una cuarta parte de ellos tiene gran inquietud en lo que se refiere a padecer una enfermedad, pero no muestra cambios relevantes en cuanto a síntomas somáticos. En ocasiones los individuos padecen alguna afección orgánica demostrable, pero sus síntomas hipocondríacos salen de proporción respecto de la gravedad de la condición médica existente. Para definir a estos pacientes con más claridad, se modificó el nombre de este cuadro (el término **hipocondriasis** se considera peyorativo) y se redactaron criterios nuevos.

Si bien se le ha reconocido durante siglos, el TAPE no se ha estudiado en forma detallada; por ejemplo, ni siquiera se sabe si tiene distribución familiar. Sin embargo, según lo que se dice es frecuente (quizá 5% de la población general), en particular en los consultorios de los médicos que no atienden casos de salud mental. Tiende a iniciar entre los 20 y los 30 años, y alcanza una prevalencia máxima entre los 30 o los 40. Quizá tenga una frecuencia a similar entre varones y mujeres. Si bien no muestran tasas altas de enfermedades médicas activas, estos pacientes refieren una prevalencia elevada de enfermedad durante la niñez.

Desde la perspectiva histórica, la hipocondriasis ha sido una fuente de diversión para los caricaturistas y los dramaturgos (léase “El inválido imaginario” de Molière), pero en realidad el trastorno genera un sufrimiento real. Aunque puede resolverse por completo, las más de las veces muestra una evolución crónica, y durante años interfiere con el trabajo y la vida social. Muchos pacientes van de un médico a otro con la intención de encontrar a alguien que les libere de los trastornos graves que creen de seguro padecer; para unos cuantos, como la pobre criatura de Molière, Argan, conducen a la invalidez total.

Características esenciales del trastorno de ansiedad por enfermedad

A pesar de la ausencia de síntomas físicos graves, el paciente muestra una inquietud extraordinaria por la posibilidad de estar enfermo. La ansiedad intensa acoplada a un umbral bajo de alarma trae consigo comportamientos recurrentes relativos a la salud (buscar consuelo reiterado, verificar una y otra vez la existencia de signos físicos). Algunos individuos se adaptan por el contrario al evitar acudir a hospitales y citas médicas.

La letra pequeña

Las D: • Duración (seis meses o más, no obstante las inquietudes pueden variar) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo o ansiedad, trastornos psicóticos o por estrés, trastorno por dismorfia corporal, trastorno de síntomas somáticos).

Notas para codificación

Especificar el subtipo:

Del tipo con búsqueda de atención. El paciente recurre a los servicios médicos con más frecuencia que la normal.

Del tipo con evitación de la atención. Ante la existencia de niveles de ansiedad elevados, el paciente evita solicitar atención médica.

Julian Fenster

“¡Guau! Este expediente a debe tener 5 cm de altura”. Julian Fenster estaba siendo sometido a revisión por su tercera visita a un servicio de urgencias en el último mes. “Ése sólo es el volumen 3”, le dijo la enfermera.

A los 24 años, Julian vivía con su madre y una hermana adolescente. Años antes, había comenzado a ir a una universidad a varios cientos de kilómetros de distancia. Después de un sólo semestre, había regresado a casa. “No quería estar tan lejos de mis médicos”, señaló. “Cuando usted está tratando de prevenir la enfermedad del corazón, nada es demasiado”. Con mano entrenada, se ajustó el manguito del esfigmomanómetro en torno al brazo.

Cuando Julian se encontraba en los primeros años de la adolescencia, su padre había muerto. “Él mismo se causó la muerte”, señaló Julian. “Había padecido fiebre reumática siendo niño, lo que hizo que su corazón creciera. Y lo único que alguna vez ejercitó fue su derecho a comer cualquier cosa frita, lo que incluía Twinkis. Y fumaba—era un hombre orgulloso que fumaba dos cajetillas diarias. Mire a dónde lo llevó eso”.

Julian no contaba con alguno esos riesgos de salud, puesto que no sino cuidadoso con lo que le daba a su organismo. Había invertido horas buscando en internet información sobre la dieta, y había acudido a una plática de Dean Ornish. “He seguido una dieta con base vegetal desde entonces”, dijo Julian. “Me gusta en particular el tofu. Y el brócoli”.

Julian nunca había referido muchos síntomas—tan sólo esa palpitación extraña, quizá “bochor-no” en algún día en particular húmedo. “No me siento mal”, explicó. “Sólo me siento asustado”.

En esta ocasión había escuchado un reporte en la NPR acerca de personas jóvenes con cardiopatía. Se había alarmado tanto que tiró el plato que estaba poniendo en la alacena. Sin haber siquiera recogido los pedazos, tomó el siguiente autobús para ir al servicio de urgencias.

Julian aceptó que necesitaba una estrategia distinta para atender sus necesidades de atención de la salud, y pensó que pudiera estar dispuesto a intentar con la terapia cognitivo-conductual. “Pero primero”, solicitó, “¿podría medirme la presión arterial sólo una vez más?”

Evaluación de Julian Fenster

Los requisitos para el TAPE no son onerosos; Julian los cubría con facilidad. Tenía una inquietud desproporcionada en relación con una afección que se le había asegurado no padecía (criterio A). Tenía tanto ansiedad intensa como umbral bajo para la alarma (sólo se requirió un reportaje en el radio para espantarlo y hacerlo acudir de nuevo al servicio de urgencias; C). Sus síntomas reales no sólo eran leves—en gran medida eran inexistentes (B)—de manera que es posible descartar el **trastorno de síntomas somáticos**. Invertía gran cantidad de tiempo para buscar en internet información sobre salud (D). Por último, había padecido todos estos síntomas durante mucho más que el mínimo de seis meses que se requiere (E) para el diagnóstico del TAPE.

Al igual que para cualquier afección que se analiza en este capítulo (excepto para el denigrado [por mí] trastorno de síntomas somáticos), el primer elemento del listado a descartar es **otra afección médica**: la ansiedad intensa, mas no extraordinaria, respecto de la salud es muy frecuente en pacientes ambulatorios con afecciones médicas. Puede ser fácil pasar por alto los trastornos físicos, en particular si el individuo tiene un antecedente de malestares de larga evolución que parecen carecer de una base física. Sin embargo, los síntomas de Julian habían sido evaluados una y otra vez, hasta el punto en que había poco riesgo de que algo se hubiera pasado por alto. Aún así, incluso las personas con comportamiento hipocondríaco son mortales, de tal forma que los trastornos físicos deben seguir siendo un trastorno relevante a descartar, que sus clínicos deben tener siempre en mente.

La preocupación ansiosa respecto de la salud puede desarrollarse también en otros trastornos mentales, pero es posible identificar algunas diferencias para facilitar la discriminación. Entre éstos se encuentran el **trastorno de dismorfia corporal** y los trastornos de ansiedad y relacionados (por ejemplo, el **trastorno de ansiedad generalizada**, el **trastorno de pánico** y el **trastorno obsesivo-compulsivo**). Julian carecía de síntomas que sugirieran alguno de éstos. Cuando se presentan inquietudes somáticas en la **esquizofrenia**, tienden a ser delirantes y bizarras (“Mi cerebro se está convirtiendo en pan”). En el **trastorno depresivo mayor**, son egosintónicas, pero pueden recibir influencia de la melancolía (“Mis intestinos se han convertido en cemento”). De manera independiente a la agudeza con la que busco datos de depresión en casi cualquier paciente de salud mental, no veo síntomas depresivos en este caso. Yo le asignaría una calificación EEAG de 65.

El volumen del expediente de Julian daría respaldo al especificador del subtipo de búsqueda de atención.

F45.21 [300.7] Trastorno de ansiedad por enfermedad, del tipo con búsqueda de atención

Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales)

Un síntoma conversivo se define como (1) un cambio del funcionamiento del organismo cuando (2) no es posible encontrar una anomalía física o fisiológica que lo explique. Estos síntomas con frecuencia se denominan **pseudoneurológicos**, e incluyen tanto manifestaciones sensoriales como motoras—con o sin compromiso del estado de conciencia.

Los síntomas conversivos por lo general no corresponden al patrón anatómico que se esperaría de una condición con una causa física bien definida. Un ejemplo sería la **anestesia en calcetín**, en la que el paciente refiere adormecimiento del pie que termina de manera abrupta en una línea

que circunda la pierna. El patrón real de inervación de la extremidad inferior es distinto; no generaría un adormecimiento definido por una línea tan clara. Otros ejemplos de síntomas conversivos sensoriales incluyen ceguera, sordera, visión doble y alucinaciones. Algunos ejemplos de deficiencias motoras que corresponden a síntomas de conversión e incluyen compromiso del equilibrio o marcha inestable (en alguna época denominada **astasia-abasia**), debilidad o parálisis muscular, referencia de sensación de nudo en la garganta o dificultad para deglutir, pérdida de la voz y retención de orina.

Durante décadas, los criterios del trastorno de conversión obligaron al clínico a determinar que la causa del síntoma conversivo era algún conflicto emocional o un estrés psicológico específico (p. ej., el desarrollo de ceguera en un individuo tras encontrar a su esposa en la cama con un vecino). El DSM-5 abandonó ese requisito, en vista del potencial de desacuerdo en relación con la etiología: un clínico pudiera identificar un “vínculo causal” entre casi cualesquiera dos eventos, en tanto otro pudiera presentar un argumento sólido en contra de alguna conexión.

Los síntomas conversivos se presentan con frecuencia, en poblaciones médicas diversas; hasta una tercera parte de los adultos ha presentado por lo menos un síntoma en su vida. Sin embargo, el trastorno de conversión rara vez se diagnostica entre los pacientes de salud mental—quizá sólo en uno entre 10 000. Suele tratarse de un trastorno propio de personas jóvenes y quizá sea mucho más frecuente entre mujeres que en varones. Es un tanto más probable identificarlo en personas con nivel educativo bajo y sin sofisticación en cuestiones médicas, y que viven en sitios en que la práctica médica y el diagnóstico se encuentran aún en surgimiento. Puede diagnosticarse con más frecuencia entre personas que acuden a la consulta de un hospital general.

Debe observarse que los criterios no ponen como requisito que los pacientes se sometan a pruebas de laboratorio o imagen. Lo único que se requiere es que después de una valoración física y neurológica cuidadosa el síntoma del paciente no puede explicarse a partir de algún proceso patológico médico neurológico conocido. La anestesia en calcetín que mencioné cumpliría ese requisito; lo mismo ocurriría con la ceguera total en un individuo cuyas pupilas se constriñen en respuesta a una luz brillante. Existen publicaciones numerosas y entretenidas que tratan sobre las pruebas clínicas que pueden aplicarse para detectar los síntomas pseudoneurológicos.

La presencia de un síntoma conversivo pudiera no permitir hacer predicciones significativas en torno a la evolución del paciente a futuro. Los estudios de seguimiento encuentran que muchas personas que han presentado algún síntoma conversivo carecen de un trastorno mental. Años después, mucho se encuentran bien y sin trastornos físicos o mentales. Algunos cursan con trastorno de somatización (o de síntomas somáticos) o algún otro trastorno mental. En unos cuantos se descubre la existencia de alguna enfermedad física real (en ocasiones, neurológica), entre otras tumores cerebrales o de la médula espinal, esclerosis múltiple, o distintas afecciones médicas y neurológicas. Si bien los clínicos han mejorado sin duda su capacidad para diferenciar los síntomas conversivos de la “enfermedad real”, sigue siendo en extremo simple cometer errores.

Características esenciales del trastorno de conversión

El síntoma o los síntomas del paciente—cambios de la función sensorial o motora voluntaria—desde la perspectiva clínica parecen incongruentes con cualquier enfermedad médica conocida.

La letra pequeña

Una exploración “normal” o un resultado abigarrado en un estudio no resulta suficiente para confirmar el diagnóstico; debe existir evidencia que respalde el diagnóstico. Esta evidencia debe incluir un cambio en los hallazgos, de positivo negativo, cuando se recurre a una prueba distinta (o cuando se distrae al paciente), o bien hallazgos imposibles, como visión en túnel.

Las D: • Tensión o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal)
• Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, trastornos de dismorfia corporal y disociativos).

Notas para codificación

Especificar si:

Episodio agudo. Los síntomas tienen menos de seis meses de evolución.

Persistente. Los síntomas han durado más de seis meses.

Especificar: **{Con} {sin} factor de estrés psicológico**

Especificar el tipo de síntoma:

F44.4 [300.11] Con debilidad o parálisis; con movimiento anormal (temblor, distonía, marcha anormal); con síntomas para la deglución; o con síntoma del lenguaje.

F44.5 [300.11] Con convulsiones.

F44.6 [300.11] Con anestesia o pérdida sensorial; o con un síntoma sensorial particular (alucinaciones u otros trastornos visuales, auditivos, olfativos).

F44.7 [300.11] Con síntomas mixtos.

Hay algo que falta en los criterios del DSM-5 para el trastorno de conversión. En el DSM-IV nosotros los clínicos teníamos que descartar la generación intencional de síntomas—de manera específica, simulación y trastorno facticio. Si bien todavía se nos solicita asegurarnos que no exista algún otro diagnóstico que explique mejor el síntoma, esos dos diagnósticos ya no tienen mención explícita. En mi opinión, haya algo bueno al respecto, debido a que es difícil (en ocasiones imposible) determinar con seguridad que un paciente está simulando. Pero en el caso de los síntomas conversivos, siempre debemos tener en mente la posibilidad y hacer todo lo posible para descartarla, a la par de cualquier otro diagnóstico que pudiera inducir confusión.

Rosalind Noonan

Rosalind Noonan acudió al servicio de salud para estudiantes universitarios por presentar tartamudeo. Esto llamaba la atención debido a que tenía 18 años y sólo había estado tartamudeando durante dos días.

Había comenzado en la tarde del martes, durante su seminario de temas de la mujer. El grupo había estado discutiendo sobre el acoso sexual, lo que de manera gradual condujo a analizar la agresión sexual. Para fomentar la discusión, el estudiante de posgrado que dirigía el seminario

pidió a cada uno de los participantes que hiciera algún comentario. Cuando llegó el turno de Rosalind, tartamudeó tanto que decidió dejar de hablar.

“Todavía n-n-n-no puedo entenderlo”, le dijo al entrevistador. “Es la primera vez que he tenido este pro-pro-pro—esta dificultad”.

Rosalind era estudiante de primer año y había decidido graduarse en psicología, indicó, “para ayudarme a aprender más de mí misma”. Entre lo que ya sabía estaba lo siguiente.

Rosalind carecía de información acerca de sus padres biológicos. Había sido adoptada cuando tenía sólo una semana de edad por un maestro de física de secundaria y su esposa, que no tenían hijos. Su padre era un hombre estricto y perfeccionista que dominaba tanto a Rosalind como a su madre.

Siendo una niña pequeña, Rosalind era en extremo activa; durante sus primeros años escolares había tenido dificultad para concentrar su atención. Quizá en ella pudiera haberse establecido el diagnóstico de trastorno por déficit de atención/hiperactividad, pero la única valoración a la que se le sometió la realizó el médico familiar, que pensó que se trataba de “sólo una etapa” que pronto superaría. No obstante la ausencia de rigor diagnóstico, cuando tenía 12 años comenzó superarlo. Para la época en que ingresó a la secundaria, estaba recibiendo calificaciones de 10 en casi todo su trabajo.

Aunque indicó que había hecho muchos amigos en la secundaria y salido a muchas citas, nunca había tenido un novio formal. Su salud física había sido excelente y sus únicas visitas al médico habían sido para recibir vacunas. Su estado de ánimo casi siempre era brillante y alegre; no tenía antecedente de ideas delirantes o alucinaciones, y nunca había consumido drogas o alcohol. “Cr-cr-crecí saludable y feliz”, protestó. “¿Esa es la razón por la que n-n-n-no entiendo esto!”.

“Rara vez alguien llega a la edad adulta sin tener algún problema”. El entrevistador hizo una pausa para recibir una respuesta, pero no la recibió, así que continuó: “Por ejemplo, ¿alguien se acercó a ti para tener relaciones sexuales cuando eras una niña?”.

La mirada de Rosalind pareció perder su enfoque al tiempo que las lágrimas salieron de sus ojos. Con pausas al inicio, y luego con gran rapidez, surgió la siguiente historia. Cuando tenía entre 9 y 10 años, sus padres se habían hecho amigos de una pareja casada, los dos maestros de Inglés en la escuela de su padre. Cuando tenía 14 años, la mujer había muerto en forma súbita; después de eso, invitaron al hombre a cenar en varias ocasiones. Una noche él había consumido mucho vino y lo acostaron a dormir en el sofá de la sala. Rosalind despertó para encontrarlo encima de ella en su cama, cubriéndole la boca con la mano. Nunca estuvo segura de si en realidad la había penetrado, pero al parecer su lucha le había hecho eyacular. Después de eso, la dejó en su cuarto. Él nunca regresó a su casa.

Al día siguiente ella le contó lo ocurrido a su madre, quien al inicio le aseguró a Rosalind que debía haber estado soñando. Cuando enfrentó la evidencia de las sábanas manchadas, la madre la obligó a no decirle nada sobre la cuestión a su padre. Fue la última vez que se habló del tema en su casa.

“No estoy segura de lo que pensamos que mi papi hubiera hecho de enterarse”, comentó Rosalind, con fluidez notoria, “pero las dos teníamos miedo de él. Me sentía como si hubiera hecho algo por lo que debía ser castigada, y supongo que mamá se habrá sentido preocupada de que atacara al otro maestro”.

Evaluación de Rosalind Noonan

El tartamudeo Rosalind es un síntoma clásico de conversión: sugería o imitaba una afección médica, y su aparición súbita, de *novo*, a edad universitaria, no sería lo que se esperaría del tartamudeo

del **trastorno de la fluidez del lenguaje** (criterios A y B). Muchos clínicos estarían de acuerdo en que fue precipitado por el estrés que le generaba discutir acerca del abuso sexual oculto por mucho tiempo. Este aspecto del trastorno—los factores psicológicos putativos relacionados con los síntomas—constituía un criterio para el diagnóstico, que fue eliminado en la revisión del DSM-5. Sin embargo, es algo de lo que debe tomarse nota cuando se identifica.

El error más grave que un clínico pueda cometer en este contexto es diagnosticar un trastorno de conversión cuando el síntoma deriva de **otra afección médica** (C). En forma eventual se descubre que algunos síntomas muy peculiares tienen una base médica. Sin embargo, resulta casi un hecho que el inicio abrupto del tartamudeo en un adulto carezca de causa orgánica identificable. El hecho de que la dificultad de Rosalind desapareciera durante la plática aportaba evidencia adicional de que se trataba de un síntoma conversivo.

Rosalind indicó que su salud física siempre había sido buena, pero de manera independiente a esto sería recomendable que su médico la interrogara acerca de otros síntomas que pudieran revelar algún **trastorno de síntomas somáticos**, en el que también se encuentran con mucha frecuencia síntomas conversivos. El hecho de que ella se concentrara en el síntoma, más que en el temor de padecer alguna enfermedad grave descartaría al **trastorno de ansiedad por enfermedad** (hipocondriasis) del análisis. Si bien el dolor no se excluye en los criterios, por convención los síntomas conversivos no suelen incluir dolor; cuando se presenta dolor como síntoma que se desencadena o intensifica ante la presencia de factores psicológicos, el diagnóstico tiene probabilidad de corresponder al **trastorno de síntomas somáticos con predominio de dolor**. Otra afección en que los síntomas conversivos se identifican en ocasiones es la **esquizofrenia**, pero no existía evidencia de que Rosalind hubiera presentado psicosis en algún momento. Tampoco había evidencia de que simulara el síntoma de manera conciente, lo que descartaría al **trastorno facticio** y la **simulación**.

Rosalind estaba preocupada por su tartamudeo (D), que es casi lo opuesto a la indiferencia (en ocasiones denominada *la belle indifférence*) que se relaciona con frecuencia a los síntomas conversivos. Si bien muchos de estos pacientes también cursan con un diagnóstico de **trastorno de la personalidad histriónico, dependiente, limítrofe** o **antisocial**, no existía indicación de que alguno de éstos existiera en el caso de Rosalind. Al igual que en el trastorno de síntomas somáticos, muchas veces los **trastornos del estado de ánimo, de ansiedad** y **disociativos** se asocian al trastorno de conversión.

Aunque Rosalind estaba muy estresada por la vejación sexual, su desempeño general era bueno; de ahí que su calificación EEAG sería de 75. El tipo de síntoma y el factor de estrés psicológico que se presume se detallan en el diagnóstico final:

F44.4 [300.11] Trastorno de conversión, con síntoma del lenguaje (tartamudeo), episodio agudo, con factor de estrés psicológico (cuestiones relativas al abuso sexual)

F54 [316] Factores psicológicos que influyen sobre otras afecciones médicas

Los profesionales de la salud mental enfrentan todo tipo de problema capaz de influir sobre la evolución o el cuidado de una condición médica. El diagnóstico de los factores psicológicos que

actúan sobre otras enfermedades médicas puede utilizarse para reconocer a estos pacientes. Si bien se codifica como un trastorno mental y junto con los trastornos mentales, no constituye uno, de manera que no se presenta un caso clínico completo—tan sólo algunas citas para ilustrar la forma en que el diagnóstico pudiera aplicarse. En realidad, esta condición debería haber recibido un código Z y haber sido asignada al final con otras afecciones de este tipo, no obstante esa no era una posibilidad: la CIE-10 define las reglas. Aún así, no ocupa tampoco el asiento delantero.

Características esenciales de los factores psicológicos que influyen sobre otras afecciones médicas

Un síntoma o enfermedad de tipo físico recibe influencia de un factor psicológico o conductual que precipita, agrava, interfiere o prolonga la necesidad de tratamiento en un paciente.

La letra pequeña

Las D: • Diagnóstico diferencial (otros trastornos mentales, como trastorno de pánico, trastornos del estado de ánimo, otros trastornos de síntomas somáticos y relacionados, trastorno de estrés postraumático).

Notas para codificación

Especificar la intensidad actual:

Leve. El factor incrementa el riesgo médico.

Moderado. El factor agrava la condición médica.

Grave. El factor induce a una consulta de urgencia u hospitalización.

Extremo. Induce un riesgo grave, que amenaza la vida.

Codificar primero el nombre de la afección médica relevante.

Algunos ejemplos

El DSM-IV incluía seis categorías específicas de factores capaces de modificar la evolución de alguna enfermedad médica. En parte debido a que rara vez se usaban, el DSM-5 desechó esas categorías. Sin embargo, las utilizo como ejemplos que pudieran alertar a los clínicos para definir el tipo de problema que pudiera influir sobre las decisiones terapéuticas. Si hay más de un factor psicológico, debe elegirse el más prominente.

Trastorno mental. Durante 15 años, el apego de Philip a la terapia de la esquizofrenia había sido inconstante. Ahora sus voces le alertaban para rechazar la diálisis.

Síntomas psicológicos (insuficientes para establecer un diagnóstico del DSM-5). Con pocos síntomas mentales más, el estado de ánimo de Alice se ha mantenido tan abatido que ella no se ha molestado por resurtir sus medicamentos para la diabetes tipo 2.

Rasgos de la personalidad o el estilo de adaptación. El odio que había sentido Gordon durante toda la vida contra las figuras de autoridad le había conducido a rechazar la recomendación de su médico de colocarle un stent.

Conductas de salud maladaptadas. Con un peso cercano a 200 kg, Tim sabe que debe evitar el consumo de bebidas endulzadas, pero casi todos los días le gana su amor por el Big Gulps.

Respuesta psicológica relacionada con el estrés. El trabajo de April como comunicadora del gobernador es tan demandante que ha tenido que duplicar su dosis de antihipertensivos.

Otros factores psicológicos especificados o no especificados. La religión de Harold le prohíbe aceptar una transfusión sanguínea. En la cultura Nanjas, una mujer no debe permitir que algún individuo distinto a su marido la vea sin ropa; su internista es Derek.

Por supuesto, usted pudiera detectar algún factor psicológico o dos que intervienen en casi cualquier condición médica. Para aplicar en forma efectiva este diagnóstico, resérvelo para las situaciones en las cuales resulte claro que el factor psicológico tiene una contribución adversa sobre la evolución de la enfermedad.

F68.10 [300.19] Trastorno facticio

El término **facticio** implica que algo es artificial. En el contexto de los pacientes de salud mental, significa que un trastorno parece como una enfermedad verdadera, pero no lo es. Estos pacientes logran esto al simular síntomas (por ejemplo, referir dolor) o signos físicos (por ejemplo, calentar un termómetro con el café o al enviar una muestra de orina a la que agregaron arena). En ocasiones refieren síntomas psicológicos, entre otros depresión, alucinaciones, ideas delirantes, ansiedad, ideas suicidas y comportamiento desorganizado. Puesto que son subjetivos, estos síntomas mentales inventados pueden ser muy difíciles de detectar.

El DSM-5 menciona dos subtipos de trastorno facticio: uno en el que los comportamientos atañen al perpetrador en su persona, y uno en que afectan a otros individuos.

Trastorno facticio aplicado a uno mismo

Las personas afectadas por el trastorno facticio aplicado a uno mismo (TFAM) pueden mostrar síntomas dramáticos, acompañados por mentiras francas en torno a la gravedad de la enfermedad. El patrón general de signos y síntomas puede resultar atípico para la enfermedad citada, y algunos pacientes modifican sus historias al volver a referirlas; cualquier evidencia de este tipo en relación con la incongruencia facilita su identificación. Sin embargo, otros pacientes con TFAM saben mucho acerca de los síntomas y la terminología de la enfermedad, lo que dificulta más la detección de su comportamiento. Algunos se someten sin dudar a muchos procedimientos (algunos de ellos dolorosos y peligrosos) para seguir interpretando su papel de pacientes. Cuando se les administra un tratamiento que de ordinario resulta apropiado para su “enfermedad”, sus síntomas no remiten o se transforman en complicaciones.

Una vez que se les hospitaliza, los individuos con TFAM a menudo tienden a quejarse con amargura y discutir con los miembros del personal. Es característico que permanezcan hospitalizados pocos días, tengan pocos visitantes en caso dado, y egresen contra las recomendaciones médicas una vez que sus pruebas resultan negativas. Muchos se trasladan de una ciudad a otra para solicitar atención médica. En ocasiones se dice que los viajeros y confabuladores más persistentes entre éstos padecen síndrome de Münchhausen, cuya denominación deriva del varón de fábula que contaba mentiras increíbles sobre sus aventuras.

Contrario a su predecesor inmediato, el DSM-5 no pone como requisito la especulación como un motivo potencial del TFAM (o su hermano, el trastorno facticio aplicado a otro), que se analiza más adelante)—una bendición para los clínicos que rechazan la implicación de tener capacidad para leer la mente. Resulta suficiente detectar un patrón de este tipo de comportamiento en un paciente cuya conducta no afecta a otra persona.

Los pacientes con TFAM difieren en gran medida de otros simuladores, que pueden exhibir algunos de los mismos comportamientos—agregar sedimentos a sus muestras de orina, embellecer los informes subjetivos de su sufrimiento. Sin embargo, los simuladores hacen esto para calificar para una compensación financiera (como los pagos de seguros), obtener drogas o evitar el trabajo, el castigo o, en épocas pasadas, el servicio militar. La motivación en el TFAM es en apariencia más compleja: estos individuos pudieran necesitar tener la sensación de que son cuidados, de que engañan al personal médico o de que simplemente reciben gran cantidad de atención de personas importantes. Cualquiera que sea la razón, inventan síntomas físicos o psicológicos de tal forma que son capaces de afirmar que están fuera de su control.

El diagnóstico de TFAM se establece al excluir la enfermedad física y otros trastornos (si bien es concebible que un paciente pudiera inventar un trastorno de la personalidad, no conozco algún caso de ese tipo). A pesar de esto, muchos individuos con TFAM también cursan con trastornos de la personalidad genuinos.

Estos trastornos comienzan en una fase temprana de la vida. Nadie sabe qué tan raros son, pero es probable que sean más comunes en varones que en mujeres. Con frecuencia todo inicia con una hospitalización por problemas físicos genuinos. Esto desencadena una disfunción intensa: estos individuos muchas veces se encuentran desempleados, y no mantienen lazos estrechos con miembros de la familia o amigos. Sus vidas se complican (y en ocasiones se ponen en riesgo) por la realización de pruebas, el uso de medicamentos y la realización de procedimientos quirúrgicos innecesarios.

Trastorno facticio aplicado a otro

Condición que sólo ha existido durante unos cuantos años, el trastorno facticio aplicado a otro (TFAO) acaba de emerger de un apéndice para integrarse al cuerpo del DSM (esto genera una imagen un poco desconcertante). Solía denominarse trastorno facticio (o síndrome de Münchhausen) **por cuidador**, debido a que los síntomas no lo sufría el paciente. Se trata de un cuidador que adjudica los síntomas facticios a otra persona y recibe el diagnóstico. Esa “otra persona” casi siempre es un niño, no obstante una búsqueda en Medline reveló entre los afectados a algún anciano ocasional y por lo menos a un perro.

Tres cuartas partes de los perpetradores, y en ocasiones más, son mujeres—por lo general, las madres de los niños a quienes se adjudican los síntomas. Puesto que muchas de estas personas tienen antecedentes en el ámbito de la salud, puede ser difícil identificarlas. Cuando se les aprehende

con frecuencia se detecta que padecen algún trastorno del estado de ánimo o de la personalidad, o bien ambos; es rara la psicosis. Algunos perpetradores tienen antecedente de TFAM.

Algunos progenitores con TFAO parecen creer que sus hijos están enfermos; tienden a comportarse como “adictos al médico” que precisan la atención que se obtiene al tener a un hijo en extremo enfermo. Estas personas suelen limitarse a referir signos y síntomas falsos de enfermedad, como convulsiones o apnea. A pesar de esto, otros más inducen los síntomas—las más de las veces mediante sofocación o envenenamiento, pero también al alterar muestras de orina o heces, u otros especímenes de laboratorio. Quizá la mitad de las víctimas cursa además con una enfermedad física verdadera.

En general, la TFAO es rara, con una incidencia anual de tan sólo 0.4 a 2 casos por 100 000 personas. Esto se traduce quizá en 600 casos nuevos en EUA cada año. La mayor parte de quienes lo padecen no son progenitores solteros; con frecuencia se les describe como progenitores ejemplares, no obstante pudieran reaccionar de manera inapropiada (p. ej., emoción) al recibir noticias malas. Tres cuartas partes de los casos de TFAO tienen lugar en hospitales.

Las víctimas son casi por igual varones y mujeres. Si bien casi todas tienen menos de 5 años, algunas son mayores. Como es de esperar, cuando se ve afectado un adolescente existe muchas veces cierto grado de complicidad con el perpetrador. La tasa de muerte general corresponde a un impresionante 10%, que las más de las veces se vincula con el envenenamiento o la sofocación.

El personal puede verse persuadido para prescribir un tratamiento innecesario y quizá dañino para el niño. El médico puede ser el más involucrado; en algún caso aislado, incluso se enoja con los miembros del personal que recaban evidencia en torno a la perfidia del cuidador. Algunos expertos recomiendan no informar al médico cuando se planea una vigilancia encubierta, para reducir el riesgo de que el perpetrador se entere.

Las sospechas del personal médico pueden derivar del contacto con algún progenitor que no muestre preocupación suficiente en torno a la enfermedad de un niño, por síntomas que parecen carecer de sentido, o por la persistencia de síntomas en un niño no obstante la administración de un tratamiento que debería ser adecuado. Sin embargo, en algunos casos el progenitor perpetrador parece tan tenso que el médico no sospecha en lo absoluto el potencial de engaño. En estos casos, las lesiones continuarán hasta que el perpetrador sea detenido, el niño muera o, al pasar el tiempo, el perpetrador decida comenzar a utilizar a un niño más pequeño. En un censo, más de 70% de las víctimas sufrió desfiguración o discapacidad permanente.

Los pacientes con trastorno facticio en ocasiones adoptan los síntomas de enfermedades nuevas (y con frecuencia mal investigadas)—el fenómeno de “la enfermedad **de moda**”. Los criterios para los diagnósticos no son muy específicos, y los pacientes son difíciles de manejar y con frecuencia desagradables. Resulta demasiado sencillo dejarlos ir con un diagnóstico de trastorno facticio sin dar pasos antes para asegurarse de haber descartado cualquier otro cuadro mental (y físico) con potencial etiológico.

Yo también señalaría que en este caso, en el diagnóstico diferencial, utilicé el concepto de **simulación**—algo raro en este libro. ¿Por qué lo hice? Sin duda otras personas simulan otros síntomas y trastornos. Por supuesto, pueden hacerlo y en ocasiones lo hacen. Pero yo creo sin dudar que es imperativo que los clínicos sean en extremo cautelosos con la simulación como formulación diagnóstica.

Características esenciales del trastorno facticio

Para presentar la imagen de que alguien está enfermo, lesionado o muestra disfunción, [el paciente] [otra persona que actúa en nombre del paciente] simula síntomas físicos o mentales, o bien signos de enfermedad, o induce algún padecimiento o lesión. Este comportamiento ocurre incluso sin que exista evidencia de que se obtendrán beneficios (como alguna ganancia financiera, venganza o evasión de la responsabilidad legal).

La letra pequeña

Las D: • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo o ansiedad, trastornos psicóticos, trastornos relacionados con traumas o factores de estrés, trastornos disociativos y cognitivos, simulación).

Notas para codificación

Diagnosticar:

Trastorno facticio aplicado a uno mismo. El perpetrador también es el paciente.

Trastorno facticio aplicado a otro. El perpetrador y la víctimas son individuos distintos (el perpetrador es quien recibe el código del trastorno facticio; la víctima recibe un código Z que evidencia el abuso).

Para cualquiera de estos tipos, especificar:

Episodio único.

Episodios recurrentes.

Jason Bird

Jason Bird no llevaba consigo una cartilla de salud—refería que su cartera la habían robado unas horas antes de acudir al servicio de urgencias de un hospital Midwestern a hora avanzada de una noche de sábado, refiriendo dolor torácico retroesternal de tipo opresivo. Si bien su electrocardiograma (ECG) mostraba anomalías francas, no revelaba los cambios característicos del infarto agudo del miocardio. El cardiólogo de guardia, al observar la palidez cenicienta y la tensión evidente, indicó que fuera ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, para luego esperar los resultados de las enzimas cardíacas.

Al día siguiente, el ECG de Jason seguía sin mostrar cambios, y las enzimas séricas no revelaron evidencia de daño al miocardio. El dolor torácico persistía. Se quejaba en voz alta de estar siendo ignorado. El cardiólogo con urgencia solicitó una valoración de salud mental.

A los 47 años, Jason tenía una constitución delgada y una mirada brillante y ágil, a la vez que una barba de cuatro días sin rasurar. Hablaba con un acento tono nasal de Boston. En el hombro derecho llevaba un tatuaje de una bota con la leyenda “Nacido para patear culos”. Durante la entrevista refirió con frecuencia dolor torácico, pero respiraba y hablaba con normalidad, y no mostraba datos evidentes de ansiedad en torno a su afección médica.

Indicó que habían crecido en Quincy, Massachusetts, y era hijo de un médico. Después de la preparatoria había ido a la Universidad durante varios años, pero descubrió que era “demasiado creativo” para dedicarse a alguna profesión o empleo convencional. En vez de esto, había decidido inventar dispositivos médicos, y entre sus éxitos se encontraba un ventilador de presión positiva que llevaba su nombre. Aunque había amasado varias fortunas, había perdido casi todo por su inclinación a invertir en el mercado bursátil. Estaba de visita en la zona, relajándose, cuando inició el dolor en el tórax.

“¿Y nunca lo había presentado antes?”, preguntó el entrevistador, mirando el expediente.

Jason negó que hubiera tenido antes algún problema cardíaco. “Ni siquiera una punzada. Siempre he tenido la bendición de una buena salud”.

“¿Ha estado hospitalizado alguna vez?”

“No. Bueno, no desde que me hicieron una amigdalectomía cuando era niño”.

El interrogatorio adicional tampoco fue productivo. Al tiempo que el entrevistador salía, Jason estaba exigiendo un servicio de comida adicional.

Por una corazonada, el entrevistador comenzó a telefonar a médicos de servicios de urgencias en el área de Boston, para preguntarles acerca de algún paciente con el nombre o el tatuaje peculiar de Jason. A la tercera llamada dio pie con bola.

“¿Jason Bird? Me preguntaba cuando volveríamos a saber de él. Ha estado entrando y saliendo en la mitad de las instituciones del estado. Su ECG singular—quizá un infarto del miocardio antiguo—se ve mal, así es que siempre se le ingresa, pero nunca ha existido evidencia de que tenga algún cuadro agudo. No creo que sea adicto. Hace un par de años ingresó por una neumonía genuina, y estuvo toda una semana sin fármacos contra el dolor y sin desarrollar síntomas de abstinencia. Permanece un par de días en UCI y le toma el pelo al personal. Luego se va. Parece que le gusta a provocar al personal médico”.

“Me dijo que era hijo de un médico y que era un inventor rico”.

Al otro lado de la línea se escuchó una risita. “La historia del ventilador. La revisé cuando ingresó aquí por tercera vez. Se trata de otro Bird, completamente distinto. No sé que Jason haya inventado algo en su vida—excepto por su historia clínica. En cuanto a su padre, creo que era quiropráctico”.

Al regresar al servicio para agregar una nota en el expediente, el entrevistador descubrió que Jason había solicitado su alta contra las indicaciones médicas y egresado, dejando tras de sí una carta de reclamación al administrador del hospital.

Evaluación de Jason Bird

El caso de Jason ilustra la dificultad principal para establecer el diagnóstico de trastorno facticio: los criterios dependen en gran medida de la capacidad del clínico para determinar que los signos y los síntomas que existen han sido falseados de manera intencional (criterio A). En ocasiones esto es sencillo, como cuando se descubre a un paciente rascándose para abrirse una herida o colocando el termómetro sobre un calentador. Pero con frecuencia es necesario inferir la intención de engaño, como en el caso de Jason, a partir de una serie de visitas a distintas instituciones de atención de la salud por la misma queja. El ECG de Jason no se modificaba y sus enzimas cardíacas no mostraban elevación, de tal manera que su entrevistador infirió que Jason estaba simulando o exagerando en gran medida su dolor torácico. Esa conjetura pudiera haber sido correcta, pero no existían pruebas que la respaldaran, excepto por los reportes del servicio de urgencias.

Jason se presentó como enfermo (B), incluso en ausencia de alguna motivación externa, como una ganancia monetaria o el escape de un castigo (C) eso era importante, pues un comportamiento de este tipo es el ingrediente principal que permite diferenciar trastorno facticio de la **simulación**—que por supuesto, debe descartarse, si bien sólo para refutarla. La simulación no lleva consigo criterio alguno, pero de ordinario se acepta que se presenta cuando una persona de manera conciente pretende padecer un trastorno para ganar algo de valor: dinero (de un seguro, una demanda legal, una compensación); drogas (de un médico compasivo); evitar una convicción por un crimen; o lograr la liberación de, por ejemplo, el servicio militar. En el caso de Jason no existía alguna ganancia aparente de este tipo.

El resto del listado de diagnósticos diferenciales es predecible. Por supuesto, lo más importante es que el TFAM ha diferenciarse de las **enfermedades físicas**. Esto se estableció con rapidez en el caso de Jason. A continuación deben descartarse otros trastornos mentales. Los pacientes con **trastorno de síntomas somáticos** también pudieran referir manifestaciones que carecen de una base orgánica aparente. Quienes padecen **trastorno de la personalidad antisocial** pueden mentir sobre la sintomatología, pero suelen tener alguna ganancia material en mente (evitar el castigo, obtener dinero). Algunos individuos con **esquizofrenia** muestran un estilo de vida bizarro que pudiera confundirse con las andanzas del síndrome de Münchhausen clásico, pero el contenido de su pensamiento por lo general incluye ideas delirantes y alucinaciones francas. Pudiera parecer que los pacientes que simulan síntomas psicológicos cursan con **demencia o trastorno psicótico breve**. Ninguno de estos trastornos podría respaldarse a partir de la historia clínica de Jason o de un cuadro aislado.

Varios trastornos más pueden acompañar al TFAM. Entre otros, se encuentran **trastornos relacionados con sustancias** (lo que incluye a los sedantes y los analgésicos) y **trastornos de la personalidad dependiente, histriónico y límite**. Muchos pacientes con TFAM padecen un trastorno de la personalidad grave, pero por supuesto se cuenta con muy poca información para establecer un diagnóstico de este tipo en el caso de Jason. Sería necesario mencionar la posibilidad en el resumen que se integrara. Con una calificación EEAG de 41, este es el diagnóstico que yo le asignaría a Jason Bird:

F68.10 [300.19] Trastorno facticio aplicado a uno mismo

Claudia Frankel

Los informes de la policía suelen ser secos; a menudo hacen que los ojos se humedezcan. El caso Frankel es la excepción a esa regla.

Cuando Rose Frankel tenía tan sólo 2 años de edad, comenzó a experimentar síntomas intestinales y de otros tipos, que ocuparían los siguientes 6 años de su vida. Esto inició con crisis de vómito que parecían refractarias al tratamiento. En total, fue llevada una y otra vez al consultorio del pediatra, y con frecuencia el hospital, alrededor de 200 veces. Cada visita llevaba a la realización de nuevas pruebas, esfuerzos renovados de tratamiento que no conducían a algún sitio. Había sido sometida a casi dos docenas de procedimientos quirúrgicos y deglutido numerosos fármacos contra la diarrea, las infecciones, las convulsiones, las crisis de vómito, cuando por fin las enfermeras en una Unidad de cuidados intensivos pediátricos observaron que Rose parecía ir mejorando hasta que su madre, Claudia, llegó y la transfirió a una habitación privada. Podían

escuchar que Rose lloraba, y su salud volvía a declinar—en ocasiones, justo cuando se pensaba que estaba lista para ser dada de alta.

En total, Rose sufrió cerca de doce infecciones graves; una de ellas, una sepsis que puso en riesgo su vida e implicó a microorganismos múltiples. Durante todo el proceso, Claudia trabajaba en cercanía al médico de la familia. Hablaban en persona o por vía telefónica varias veces al día, y el Dr. Bhend se expresaba de Claudia como su “buen brazo derecho” mientras trataba de llegar al fondo de la calamidad que estaba atacando a su paciente.

Durante los cuatro años de su dura experiencia médica, la única época en que Rose se mantuvo saludable durante más de un mes fue cuando Claudia salió del pueblo para cuidar de su propia madre, durante la que resultó ser la última enfermedad de la anciana. En las últimas semanas de su primer año de preescolar, Rose floreció. Pero se enfermó de nuevo, poco después de que su abuela muriera y que Claudia regresara a casa.

Varios elementos del personal del hospital sospechaban. Una vez habían hallado una botella de ipecacuana desechada en la habitación que Rose había ocupado. En otra ocasión se encontró apagado un dispositivo para monitoreo que tres miembros del personal habían verificado menos de una hora antes. Cuando le comentaron a los encargados de la investigación, la mayor parte de los miembros del personal había concluido que Claudia era la responsable directa de la enfermedad de su hija, de manera que habían escondido una cámara en la habitación privada que Claudia siempre utilizaba durante los muchos ingresos de Rose. Cuando lo descubrió, el Dr. Bhend, preocupado por la pérdida de la confianza, le advirtió a Claudia de “la picadura inminente”. Esa tarde, ella solicitó el alta de Rose del hospital, y se les perdió para el seguimiento. El personal reveló todos los detalles a la policía, que abrió un expediente pero nunca fue capaz de obtener información sólida.

El TFAO es tan sólo uno entre los trastornos nuevos del DSM-5, que se encontraba incluido en un apéndice del DSM-IV como diagnóstico potencial que requería estudio adicional. El gran momento también llegó después de años de estudio para el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno neurocognitivo leve, el trastorno de atracones, y (mi favorito) la abstinencia de cafeína.

Evaluación de Claudia Frankel

Dos de los criterios que se requieren para establecer el diagnóstico de trastorno facticio se satisfacían con facilidad. No existía algo que sugiriera alguna recompensa externa para el comportamiento de Claudia, como alguna ganancia financiera (criterio C), y sin duda presentaba a Rose como si padeciera una disfunción (D). Debemos inferir dos más sin mayor prueba: si bien existía evidencia circunstancial fuerte de que los síntomas de Rose eran inducidos, el personal no fue capaz de obtener pruebas (A). Y no podemos estar seguros de que Claudia no padeciera algún otro trastorno mental, o trastorno delirante, que pudiera explicar mejor su comportamiento (D). Por ende, el diagnóstico integrado debe señalarse como provisional. Yo haría una nota en su expediente para señalar que se requeriría investigación adicional en relación con un trastorno de la personalidad; en la CIE-10 ya no puede codificarse “diagnóstico diferido” en esa categoría.

La asignación de la calificación EEAG de Claudia conduce a cierta discusión. ¿Debe basarse el juicio en el hecho de que era capaz de tener un desempeño bueno en la mayor parte de sus áreas de vida, o en el efecto que tenía su comportamiento sobre Rose y en su relación? En mi

opinión, las consecuencias desastrosas de su juicio comprometido constituirían en este caso el factor decisivo; de ahí la calificación EEAG baja de 30. Sin embargo, otros pudieran considerar su situación muy distinta y discutirían esto.

Obsérvese que a Rose le asignaría el código Z69.010 [V61.21] para señalar el hecho de que había sufrido maltrato físico de parte de uno de sus progenitores.

F68.10 [300.19] Trastorno facticio aplicado a otro (provisional)

F45.8 [300.89] Otro trastorno de síntomas somáticos o relacionado especificado

Esta categoría se diseñó para pacientes cuyos síntomas somáticos no cumplen los criterios de alguno de los trastornos de síntomas somáticos y relacionados que se analizan antes, pero sobre los que se cuenta con cierta información. Los diagnósticos que se sugieren aquí aún no se estudian con detalle suficiente para merecer una inclusión formal en el DSM-5, y deben considerarse provisionales. Es necesario tener en mente que mientras más información exista, un paciente pudiera calificar para un diagnóstico que pertenezca a un capítulo distinto o para otro diagnóstico de este mismo capítulo.

Pseudociesis. La palabra **pseudociesis** significa “embarazo falso”, y hace referencia a las pacientes que tienen una creencia incorrecta de estar embarazadas. Desarrollan signos de embarazo, como abultamiento abdominal, náusea, amenorrea y congestión mamaria—e incluso manifestaciones como la sensación de movimientos fetales y dolores del parto.

Trastorno de ansiedad por enfermedad breve. Duración a seis meses.

Trastorno de síntomas somáticos breve. Le dejo esta definición como tarea.

F45.9 [300.82] Trastorno de síntomas somáticos no especificado

Esta categoría se utiliza para los casos en los que no se cumplen los criterios completos para alguno de los trastornos analizados en este capítulo, y no se desea especificar una razón o alguna presentación potencial.

Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos

El capítulo del DSM-5 sobre los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos ha crecido con rapidez. Contiene ahora diagnósticos apropiados para niños (y lactantes) y también para adultos. Y el número total de afecciones aumentó al doble, o incluso más.

Guía rápida para los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos

Como es costumbre, el número de página que sigue a cada elemento indica el sitio en que inicia una discusión más detallada.

Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos primarios

Cada uno de los trastornos primarios de tipo alimentario y de la ingesta de alimentos implica comportamientos anormales relativos al acto del consumo. La anorexia nerviosa es menos frecuente que la bulimia nerviosa, y ambas son más infrecuentes que el recién integrado trastorno de atracones. La prevalencia general de estos tres trastornos pudiera ir en aumento. Los tres trastornos específicos adicionales provienen de la sección antigua de niñez/adolescencia del DSM-IV.

Anorexia nerviosa. A pesar del hecho de tener una deficiencia ponderal intensa, estos pacientes se perciben obesos (p. 277).

Bulimia nerviosa. Estos pacientes ingieren alimentos en atracones, y luego evitan la ganancia ponderal al inducirse vómito, purgarse o hacer ejercicio. Si bien su aspecto les resulta importante para su autoevaluación, no muestran la distorsión de la imagen corporal que caracteriza a la anorexia nerviosa (p. 281).

Trastorno de atracones. Estos pacientes consumen alimentos en atracones, pero no tratan de compensarlo mediante vómito, ejercitación o uso de laxantes (p. 284).

Pica. El afectado ingiere materiales que no son alimento (p. 288).

Trastorno de rumiación. La persona de manera persistente regurgita y vuelve a masticar el alimento que ya había deglutido (p. 289).

Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. La incapacidad para consumir alimento suficiente que muestra un individuo le conduce a la pérdida de peso o imposibilita la ganancia ponderal (p. 291).

Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado o no especificado. Estas categorías se utilizan para designar a aquel trastorno alimentario o del consumo de alimentos que no cumple los criterios de alguno entre los mencionados antes (p. 292).

Otras causas de anomalías del apetito y el peso

Trastornos del estado de ánimo. Los pacientes con episodio depresivo mayor (o distimia) pueden experimentar ya sea anorexia con pérdida ponderal o hiperexia con ganancia ponderal (pp. 122 y 138).

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En ocasiones se identifican en pacientes psicóticos hábitos abigarrados de consumo alimentario (p. 64).

Trastorno de síntomas somáticos. En estos pacientes pueden identificarse referencias de fluctuación intensa del peso y anomalías del apetito (p. 251).

Obesidad simple. No se trata de un diagnóstico del DSM-5 (no existe evidencia de que se vincule con alguna patología mental o emocional definidas). Sin embargo, los problemas emocionales que contribuyen al desarrollo o la persistencia de la obesidad pueden codificarse como factores psicológicos que influyen sobre otras afecciones médicas (p. 266). También existen ahora códigos médicos independientes para el sobrepeso y la obesidad.

Introducción

El consumo de muy poco o demasiado alimento quizá haya generado problemas desde que existen entes que se alimentan. Casi cualquier persona ha sufrido alguna de estas conductas en un momento dado. Pero al igual que muchos comportamientos, cuando se llevan a los extremos pueden resultar peligrosos; en ocasiones se vuelven mortales. Si bien los criterios permiten diferenciar con nitidez uno de otro, los pacientes pueden transitar entre los cuadros clínicos y los subclínicos.

Anorexia nerviosa

Reconocida durante casi 200 años, la anorexia nerviosa (AN) cuenta con tres componentes principales. El paciente (1) limita su consumo alimentario hasta el punto en que existe una reducción intensa de su peso corporal, a pesar de lo cual (2) persiste en él una preocupación exagerada respecto de la obesidad o la ganancia ponderal, y (3) tiene una percepción personal distorsionada de tener un peso excesivo. Otros síntomas corresponden a modificaciones de comportamientos de consumo maladaptativas—restricción de alimentos, ejercicio excesivo, y vómito u otras técnicas de purgado. Si bien muchas pacientes dejan de menstruar, la amenorrea no determina una diferencia significativa, de manera que se abandonó como criterio. Los pacientes con AN pueden

cursar con anomalías de los signos vitales (disminución de la frecuencia cardiaca, hipotensión); también pueden presentarse anomalías de los valores de laboratorio y otras pruebas (anemia, pérdida de la densidad ósea, cambios electrocardiográficos).

La AN trae consigo consecuencias graves para la salud. Aunque dos terceras partes de los pacientes de una muestra comunitaria mostraron remisión a los cinco años, su mortalidad (por consumo de sustancias, suicidio y desnutrición) fue de casi seis veces la de la población general. Las poblaciones clínicas pueden evolucionar mucho peor (lo que no sorprende). Quienes incurrir en atracones y luego se purgan para mantener un peso bajo tienden a ser de mayor edad, mostrar enfermedad más grave y tener evolución más negativa que quienes tan sólo restringen su consumo, lo que da origen a la existencia de dos subtipos clínicos. Sin embargo, se observan desplazamientos entre los subtipos (con más frecuencia partiendo del tipo restrictivo que dirigiéndose a él), lo que limita su validez predictiva. La depresión y la ansiedad son afecciones concomitantes frecuentes.

La AN afecta a un poco menos de 1% de la población femenina; la tasa en varones quizá corresponda a una tercera parte de ese porcentaje. Es más frecuente entre adolescentes y adultos jóvenes, en particular en patinadoras artísticas o gimnastas (mujeres), o jinetes de competencia o corredores de fondo (varones). El tipo con restricción es más usual. La tasa de concordancia es mayor en gemelos idénticos que en los fraternos, lo que pone al descubierto cierta base genética. Los médicos familiares atienden a más pacientes con AN que los especialistas de la salud mental.

Características esenciales de la anorexia nerviosa

Se trata de pacientes que suelen ser mujeres jóvenes que (1) consumen una cantidad tan escasa de alimento que tienen un aspecto esquelético, no obstante (2) siguen temiendo a la obesidad o la ganancia ponderal, y (3) muestran una autopercepción distorsionada en relación con que tienen exceso de peso.

La letra pequeña

Algunos pacientes pudieran no admitir el temor al sobrepeso, no obstante toman medidas para evitar la ganancia ponderal.

Las D: • Duración (obsérvese que los criterios diagnósticos no especifican en realidad la duración; sin embargo, se solicita la especificación del subtipo que haya aplicado durante los tres meses previos, lo que sugiere una evolución mínima) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo o ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de síntomas somáticos, bulimia nerviosa).

Notas para codificación

Especificar el tipo existente durante los tres meses previos:

F50.02 [307.1] Tipo de atracones/purgas. El paciente se ha purgado de manera repetida (vómito, uso inapropiado de enemas, laxantes o diuréticos) o ha incurrido en atracones.

F50.01 [307.1] Tipo restrictivo. El paciente no ha incurrido en atracones o purgas en fecha reciente.

Con base en el índice de masa corporal (IMC; kg/m^2), especificar la gravedad (el nivel puede incrementarse si existe compromiso funcional). En los adultos los niveles son los siguientes:

Leve. IMC de 17 o más.

Moderado. IMC de 16 a 17.

Grave. IMC de 15 a 16.

Extremo. IMC inferior a 15.

Especificar si:

En remisión parcial. Durante lo que el DSM-5 denomina “un periodo sostenido” (p. 339), el paciente ya no presenta defecto significativo del peso, pero sigue mostrando preocupación extrema en torno al mismo, o conserva los conceptos erróneos en torno a su peso corporal o figura.

En remisión completa. Durante “un periodo sostenido” el paciente no ha cumplido los criterios para la AN.

Marlene Richmond

Una rubia imponente (1.70 m de altura), Marlene Richmond pesaba sólo poco más de 36 kg el día que ingresó al hospital. Vestida con unos pants y calentadores, invirtió parte de la entrevista inicial haciendo sentadillas. La información de sus antecedentes también fue provista por su hermana mayor, quien la acompañó al hospital.

Mar creció en un pueblo pequeño en el sur de Illinois. Su padre, que se dedicaba a la perforación de pozos, tenía un problema con la bebida. Su madre, con sobrepeso intenso, había comenzado muchas dietas rápidas pero nunca había tenido gran éxito con alguna de ellas. Una de las primeras memorias de Marlene era su propia resolución de nunca ser como alguno de sus progenitores.

Las inquietudes de su grupo social de primero de preparatoria giraban en torno al aspecto, la ropa y la dieta. Tan sólo ese año, Marlene había perdido 7.5 kilos a partir del peso más alto que alguna vez hubiera alcanzado, que era de 57 kg; incluso entonces se quejaba con sus amigas de que estaba demasiado gorda. Durante toda la preparatoria sintió fascinación por los alimentos. Cursó las materias Introducción a la economía del hogar y Economía del hogar avanzada. Invirtió gran parte de su tiempo de la clase de Ciencias de la computación diseñando una base de datos que pudiera contar las calorías de cualquier receta.

Siempre que se le permitía hacerlo, Marlene comía en su habitación mientras miraba la televisión. Si se veía forzada a comer con la familia, pasaba gran parte del tiempo reacomodando los alimentos en su plato, o triturándolos con un tenedor e ingiriendo los pedazos más pequeños que no caían entre sus dientes.

“No es como si no tuviera hambre”, dijo durante su entrevista de ingreso. “Pienso en la comida casi todo el tiempo. Pero me veo tan distendida y desagradable—no soporto verme en el espejo. Si como tan sólo un poco más de lo debido, me siento tan llena y culpable que tengo que devolverlo”.

Dos años antes, Marlene había comenzado a vomitar cada vez que pensaba que había comido demasiado. Al inicio se metía el dedo o el extremo de un lápiz en la garganta; en alguna ocasión intentó con el jarabe de ipecacuana, que encontró en el botiquín de medicamentos en la casa de

una amiga. Pronto aprendió a vomitar a voluntad, sin requerir auxiliares químicos o mecánicos. También redujo su peso con diuréticos y laxantes. Los diuréticos le ayudaban a deshacerse de 500 g o 1 kg, pero la dejaban tan sedienta que pronto recuperaba el peso. Una o dos veces por semana se daba un atracón de alimentos ricos en carbohidratos (prefería los totopos de maíz y los refrescos de cola), y luego vomitaba lo que había consumido.

Excepto por su delgadez y palidez excepcionales, la segunda de las cuales se atribuyó después a la anemia, el aspecto de Marlene en el momento del ingreso era normal. Dejó de ejercitarse cuando el médico se lo solicitó, pero preguntó si el hospital tendría alguna escaladora que ella pudiera utilizar después. Su estado de ánimo era alegre, y su flujo de pensamiento, lógico. No presentaba ideas delirantes o alucinaciones, no obstante admitía que se sentía aterrorizada por la posibilidad de subir de peso. Sin embargo, negaba tener alguna otra fobia, obsesión o compulsión; nunca había presentado un ataque de pánico. La mayor parte de sus comentarios espontáneos eran relativos a la planeación del menú y la cocina; indicó de manera voluntaria que pudiera desear convertirse en dietista. Se le miraba brillante y atenta, y logró una calificación perfecta en el *Mini-Mental State Exam* (MMSE).

La única inquietud médica de Marlene era que no había presentado sangrado menstrual durante cinco o seis meses. Sabía que no estaba embarazada porque no había tenido ni siquiera una cita durante todo un año. “Creo que sería más atractiva si tan sólo pudiera perder otro kilo más”, dijo.

Evaluación de Marlene Richmond

A pesar del hecho de que presentaba una deficiencia marcada del peso respecto de su talla (criterio A), Marlene seguía expresando una inquietud inapropiada relativa a la ganancia ponderal (B). Su malestar ante su propia imagen en el espejo sugiere la visión distorsionada que tienen los pacientes con AN sobre sí mismos (C). Su pérdida ponderal era suficiente para que ella no hubiera presentado un periodo menstrual durante varios meses. Si bien no todos los pacientes toman medidas activas para evitar la ganancia ponderal (algunos tan sólo restringen el consumo), el vómito y el uso de diuréticos y laxantes de Marlene son característicos de la AN.

La pérdida del apetito y el peso se identifican con frecuencia en distintas **enfermedades médicas** (hepatopatía, infecciones graves y cáncer, por mencionar unas cuantas); deben descartarse por medio de una historia clínica apropiada y estudios de laboratorio y gabinete. Debido a que los síntomas de la AN son tan peculiares, rara vez se les confunde con otros trastornos mentales.

La pérdida del peso y la anorexia pueden identificarse en el **trastorno de síntomas somáticos**, pero para establecer **ese** diagnóstico, un paciente debe mostrar inquietud excesiva en torno a los síntomas—y la actitud de Marlene parecía la antítesis de la misma. Los individuos con **esquizofrenia** en ocasiones muestran hábitos de consumo singulares, pero a menos que desarrollen una deficiencia peligrosa del peso y muestren una distorsión típica de la autoimagen, no deben establecerse los dos diagnósticos. Las **huelgas de hambre** suelen ser breves y ocurren en el contexto de la búsqueda de influencia sobre otros para obtener beneficios personales o políticos. Los pacientes con **bulimia nerviosa** por lo general mantienen un peso corporal en nivel aceptable. A pesar del hecho de que Marlene comía en atracones y se purgaba, ni la bulimia nerviosa ni el **trastorno de atracones** deben diagnosticarse cuando las dos conductas tan sólo ocurren mientras se padece AN. Sin embargo, algunos enfermos que al inicio cursan con AN desarrollan más adelante bulimia. La bulimia nerviosa también puede diagnosticarse si existe el antecedente de ciclos de atracón/purga durante los periodos en que el individuo no cumple los criterios para la AN.

Varios trastornos mentales se relacionan con frecuencia con la AN. El **trastorno depresivo mayor** podría diagnosticarse si Marlene tuviera síntomas de trastorno del estado de ánimo. El **trastorno de pánico**, la **agorafobia**, el **trastorno obsesivo-compulsivo** y el **consumo de sustancias** también pueden dificultar el diagnóstico y el tratamiento. Los individuos con AN también pueden temer el consumo de alimentos en público, no obstante no se establecería el diagnóstico adicional de **trastorno de ansiedad social** si los síntomas de ansiedad sólo se limitaran a las conductas para la alimentación. No se han identificado **trastornos de la personalidad** específicos, pero se refiere que los pacientes con AN son un tanto rígidos y perfeccionistas.

El antecedente de Marlene de ciclos atracón/purga correspondería con el especificador del tipo de atracones/purgas, que se agrega a su codificación. Su calificación EEAG sería de 45; su diagnóstico completo sería el siguiente:

| | |
|----------------|---|
| E44.0 [263.0] | Desnutrición, moderada |
| F50.02 [307.1] | Anorexia nerviosa, tipo de atracones/purgas |

F50.2 [307.51] Bulimia nerviosa

Comencemos por definir (imaginar) una hora ideal para comer. ¿No implicaría una anticipación placentera por compartir los alimentos con amigos, saborear cada pedazo mientras se permanece en la mesa por la compañía y la conversación? Ésa no es la perspectiva de los pacientes con bulimia nerviosa (BN), cuyas experiencias durante la comida tienden a dirigirse al polo opuesto. De manera característica, en respuesta a los sentimientos de depresión o estrés, devoran los alimentos, y consumen cantidades muy superiores a las de una comida normal. Puesto que se avergüenzan de su comportamiento fuera de control, comen solos. Y luego se dirigen al baño y vomitan todo. Su autoevaluación hace referencia a la figura de su cuerpo y su aspecto; en ese sentido, se asemejan a los pacientes con anorexia nerviosa. De lo que carecen es de la visión distorsionada de tener peso excesivo cuando no es así.

A partir de la adolescencia avanzada o poco después de los 20 años, los pacientes con BN devoran cantidades prodigiosas de alimentos una o más veces por semana, con frecuencia más allá del punto de la saciedad incómoda (estos atracones pueden ser discontinuos; p. ej., en ocasiones algunos se interrumpen por el desplazamiento hacia distintos sitios de consumo). El hecho de que estos pacientes por lo general tengan un peso casi normal (algunos muestran sobrepeso, pero no obesidad) sería sorprendente, si no fuera por su comportamiento de compensación. Además de vomitar, que algunos hacen con tanta frecuencia que se deteriora el esmalte de sus piezas dentales, que pueden utilizar laxantes u otros fármacos; otros se ejercitan en exceso, justo como en la anorexia nerviosa. Otros más hacen ayunos entre atracones. Pero casi todos vomitan.

La BN es mucho más frecuente que la anorexia nerviosa, y afecta a entre 1 y 2% de las mujeres adultas (un porcentaje mucho menor de varones; la tasa de desplazamiento entre BN y anorexia nerviosa se aproxima a 10%). Se identifica con más frecuencia en personas cuyas profesiones o actividades hacen énfasis en las líneas corporales esbeltas—gimnasia, patinaje artístico, danza, modelaje. Por razones que se desconocen, su incidencia quizá haya disminuido un poco durante los últimos 20 años. Al igual que los pacientes con otros trastornos de la alimentación, quienes padecen BN muchas veces padecen afecciones comórbidas (en particular, trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, pero también problemas del control de impulsos y por consumo de sustancias).

Con el paso del tiempo, casi la mitad de los pacientes con BN se recupera por completo, y otra cuarta parte mejora. Pero el último cuarto se establece en un comportamiento bulímico crónico. Si bien las tasas de mortalidad son superiores al promedio para cualquier grupo de edad con que se compare, la condición es menos letal que la AN. A pesar de esto, la tasa de suicidio es más alta que la de la población general. En el cuadro 9-1 se comparan la BN, la anorexia nerviosa y el trastorno de atracones/purgas, que se analiza a continuación.

Características esenciales de la bulimia nerviosa

Un paciente pierde el control sobre su alimentación, y consume en atracones una cantidad de alimento mucho mayor que la normal para un tiempo similar. Para el control del peso se puede recurrir a dietas, vómito, ejercitación física extrema, y abuso de laxantes u otros fármacos.

La letra pequeña

Las D: • Duración (cada semana durante tres meses o más) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo o ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de síntomas somáticos, anorexia nerviosa, comida tradicional del Día de Gracias).

Notas para codificación

Especificar si:

En remisión parcial. Durante lo que el DSM-5 denomina “un periodo sostenido”, el paciente ya no cumple todos los criterios para la BN.

En remisión completa. Durante “un periodo sostenido” el paciente no ha cumplido los criterios para la BN.

Con base en el número de episodios semanales de comportamiento compensatorio inapropiado, especificar la gravedad (el nivel puede incrementarse si existe compromiso funcional):

Leve. Uno a tres episodios por semana.

Moderado. Cuatro a siete episodios por semana.

Grave. Ocho a 13 episodios por semana.

Extremo. 14 o más episodios por semana.

Bernardine Hawley

“Como cuando estoy deprimida, y estoy deprimida cuando como. Estoy completamente fuera de control”. Al tiempo que contaba su historia, Bernardine Hawley con frecuencia se secaba los ojos con toquitos, con un fajo de pañuelos desechables. Era soltera y tenía 32 años, y daba clases en segundo grado de primaria. Nunca antes había solicitado atención de salud mental.

Durante sus dos primeros años en la Universidad, Bernardine había cursado con anorexia moderada. Convencida de que estaba demasiado gorda, dejó de comer y se purgó hasta pesar

Cuadro 9-1. Comparación de los tres trastornos del consumo de alimentos

| | Anorexia nerviosa | Bulimia nerviosa | Trastorno de atracones |
|--------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Come en atracones | No | Sí | Sí |
| Autopercepción | Anormal (se percibe obeso) | Influencia del peso y la figura | Sin particularidad |
| Compensa con ejercicio, purgas | Sí | Sí | No |
| Peso corporal bajo | Sí | No | No |
| Percibe falta de control | No | Sí | Sí |

apenas 44 kg, distribuidos a lo largo de su estructura de 1.65 m. En esos años siempre estaba muy hambrienta y con frecuencia comía en atracones, durante los cuales “vacía el refrigerador—el mío o el de cualquier otra persona”. Más adelante admitió, “debo haberme visto flaca”. Para la época en que terminó la universidad, su peso se había recuperado a 54 kg y se mantenía estable, controlado mediante el vómito autoinducido.

Durante los 10 años que transcurrieron desde entonces, Bernardine había seguido un patrón de atracones y purgas. En promedio, dos veces por semana llegaba a casa de su trabajo, preparaba una comida para tres y la consumía. Prefería los dulces y los almidones—en una sola sentada podía consumir dos platos de lasaña precocida, un litro de yogurt congelado y una docena de donas azucaradas, ninguno de los cuales tomaba demasiado esfuerzo preparar. Entre un platillo y otro vomitaba casi todo lo que había consumido. Si no se sentía “con ganas de cocinar”, salía para comprar comida rápida, y devoraba hasta cuatro hamburguesas grandes en media hora. Lo que disfrutaba no parecía ser el sabor sino el acto de consumir; una tarde se comió una barra de mantequilla cubierta con azúcar para confitería. En un momento de remordimiento, calculó que durante un solo atracón nocturno había consumido y regurgitado alrededor de 10 000 calorías.

También se purgaba con frecuencia utilizando laxantes. Los laxantes eran efectivos, pero costaban lo suficiente como para que Bernardine se sintiera obligada a robarlos. Para reducir al mínimo la posibilidad de ser detectada, tenía cuidado de robar sólo un paquete cada vez. Siempre se las arreglaba para contar con por lo menos una provisión para tres meses en el anaquel de la parte posterior de su clóset.

Bernardine era la única hija de una pareja que vivía en el Medio Oeste y que ella describió como “sólidamente disfuncional”. Puesto que sus padres nunca celebraron la fecha de su aniversario, ella asumió que su propia concepción había precipitado al matrimonio. Su madre trabajaba en un banco, y era fría y controladora; su padre, un barbero, bebía. En la lucha marital que derivaba, Bernardine era censurada e ignorada de manera alternativa. Había tenido amigos siendo niña y adulta, pero algunas de sus amigas se quejaban de que se preocupaba demasiado por su peso y figura. Por las pocas veces que lo había intentado en la Universidad, había descubierto que tenía un apetito saludable por el sexo. Sin embargo, los sentimientos de pena y vergüenza por su bulimia le impedían establecer relaciones interpersonales duraderas. Con frecuencia se sentía sola y triste, aunque estos sentimientos nunca duraban más que algunos días.

Si bien Bernardine admitió que su peso actual era normal, estaba muy preocupada sobre él. Recortaba recetas bajas en grasas y pertenecía a un club de salud. Con frecuencia se había dicho

que daría cualquier cosa que tuviera para deshacerse de su tendencia a comer en atracones. En fecha reciente le había ofrecido a un dentista \$2 000 para que le cerrara las mandíbulas utilizando alambre. El dentista le había señalado la problemática evidente de que entonces se moriría de hambre, y la refirió a la clínica de salud mental.

Evaluación de Bernardine Hawley

Al igual que en muchos pacientes con BN, el trastorno de Bernardine comenzó con un comportamiento típico de la **anorexia nerviosa** moderada. Sin embargo, en este momento ella no calificaría para ese diagnóstico (su peso era normal y no tenía distorsión de la autoimagen—criterio E). Durante sus episodios posteriores de atracón/purga, perdía el control y comía mucho más que lo normal (A1 y A2). También mantenía su peso mediante el vómito y el consumo de laxantes (B). Sus amigas le habían señalado que se concentraba en exceso en su figura y peso (D). Sus episodios se presentaban con frecuencia más de una vez por semana y habían evolucionado por mucho más que el mínimo de tres meses (C).

El robo no es un criterio para la BN, pero es frecuente que los dos fenómenos ocurran juntos. Si bien cualquier antecedente de robo debería inducir a sospechar la posibilidad de **trastorno de la personalidad antisocial** o **límitrofe**, no existe evidencia de éstos en el caso clínico. Cuando se cubren los criterios para **cleptomanía**, también debe diagnosticarse.

En ocasiones infrecuentes, los **trastornos neurológicos** (algunas epilepsias, síndrome de Kleine-Levin) pueden presentarse con consumo excesivo. El apetito exagerado también es posible en el **trastorno depresivo mayor con características atípicas**. Bernardine no mostraba evidencia de alguno de estos trastornos. Tampoco consumía **alcohol** o **drogas** en forma inapropiada, no obstante muchos pacientes con BN lo hacen.

Bernardine incurría en episodios de consumo excesivo y purga un par de veces por semana; esto definiría la gravedad de su trastorno como leve. Sin embargo, el caso clínico no revela datos sobre su nivel general de desempeño, de tal manera que es necesario basar su calificación EEAG de 61 tan sólo en sus comportamientos de consumo. Su clínico tendría que indagar a profundidad para determinar si su comportamiento de consumo había tenido impacto sobre sus relaciones interpersonales o su experiencia laboral. De igual manera, si esto fuera grave, sería deseable incrementar el nivel de gravedad tanto de su BN (los lineamientos del DSM-5 lo permiten) como de su calificación EEAG (mis lineamientos lo recomiendan). En este momento, su diagnóstico sería:

F50.2 [307.51] Bulimia nerviosa, leve

F50.8 [307.51] Trastorno de atracones

En lo que se refiere a la comida, ¿quién entre nosotros nunca se ha sobrepasado? (En consecuencia, quizá nadie debería arrojar la primera piedra/el primer bizcocho). Un trozo adicional de pay el Día de Gracias, un helado con tres bolas después del almuerzo, y quedamos repletos y gimiendo, jurando no volver a pecar. Acomódense porciones adicionales en cada plato, decórense con vergüenza, caliéntense y sírvanse a libre demanda, y se tiene la receta para el trastorno de atracones (BED).

El comportamiento de consumo excesivo suele iniciar durante la adolescencia o poco después de los 20 años, en ocasiones casi al terminar una dieta. Las dos características centrales son la

tasa de consumo (los volúmenes totales pueden ser prodigiosos) y el sentido de pérdida de control sobre la conducta alimentaria. Los pacientes no presentan búsqueda específica de alimentos, y su selección puede ser tanto variada como variable al transcurrir el tiempo. A diferencia de los pacientes con anorexia o bulimia nerviosa, los individuos con BED no suelen pasar de un trastorno de la alimentación a otro.

Si bien el BED es nuevo entre los diagnósticos con reconocimiento oficial (el DSM-IV indicaba que requería más estudio), es el más común entre los trastornos de la alimentación, y afecta a cerca de 2% de los adultos y a la mitad de esa cifra entre adolescentes. Ocurre casi dos veces con tanta frecuencia en mujeres que en varones, y por alguna razón tiene prevalencia singular en personas con diabetes tipo 2. Aunque a menudo se le asocia a la obesidad, sólo cerca de una cuarta parte de los pacientes con sobrepeso padece BED. A pesar de esto, las personas obesas tienen más probabilidad que la población general de experimentar episodios de alimentación en atracones; quienes en realidad padecen BED pueden enfrentar más dificultades para perder peso.

Esta afección en parte hereditaria comienza muchas veces al tiempo que una dieta va llegando a su fin. Los atracones ocurren en forma característica cuando la persona se siente triste o ansiosa, y con frecuencia implican alimentos deliciosos ricos en grasas, azúcar, sal y culpa. La ingesta rápida precede a la saciedad, hasta que se ha consumido demasiado, lo que genera una sensación incómoda de plenitud excesiva. El consumo en atracones puede darse en secreto, como consecuencia del remordimiento y la vergüenza, que contribuyen todavía más a la tensión y a los problemas de la calidad de vida que el simple fenómeno de la obesidad.

Características esenciales del trastorno de atracones

Un paciente perdió el control y consume en atracones una cantidad mucho mayor de alimento que la normal para un marco temporal similar. Durante un atracón, el paciente come demasiado rápido, demasiada cantidad (hasta alcanzar una plenitud dolorosa), no obstante en verdad no perciba hambre. La alimentación en atracones genera culpa (en ocasiones, depresión) y alimentación en solitario (para evitar la vergüenza), pero **no** da origen a comportamientos (como vómito y ejercitación excesiva) destinados a encubrir el consumo excesivo.

La letra pequeña

Las D: • Duración (cada semana durante tres meses o más) • Tensión respecto del comportamiento alimentario • Diagnóstico diferencial (trastornos del estado de ánimo, bulimia o anorexia nerviosa, sobrepeso ordinario).

Notas para codificación

Especificar si:

En remisión parcial. Durante lo que el DSM-5 denomina “un periodo sostenido”, el paciente ha incurrido en atracones con una frecuencia menor a una vez por semana.

En remisión completa. Durante “un periodo sostenido” con el paciente no ha cumplido los criterios para el BED.

Especificar la gravedad (el nivel puede incrementarse si existe compromiso funcional):

Leve. Uno a tres atracones por semana.

Moderado. Cuatro a siete atracones por semana.

Grave. Ocho a 13 atracones por semana.

Extremo. Catorce o más atracones por semana.

Monica Hudgens

“Sé que soy obesa de acuerdo con los estándares de cualquiera”, dijo Monica Hudgens a su internista, “y me lo estoy provocando”.

Incluso siendo niña, Monica había tenido sobrepeso. Ahora, con 1.61 m de estatura, pesaba 95 kg. “Ahora tengo 37; durante años, mi IMC ha ido siguiendo a mi edad”.

El consumo en atracones de Monica había comenzado años antes, casi al tiempo en que se rompía una de sus relaciones de pareja. Ahora, por lo menos dos veces por semana cocinaba la cena—le gustaba en particular la pasta con avellanas. Devoraba una porción, y luego consumía otra y otra más. Incluso si no tenía hambre, comía helado (“**Por lo menos** dos porciones—lo engullo, sin pensar en ello”) y galletas. Aunque se sintiera llena (“de bocadillos y remordimiento”), nunca vomitaba lo que había consumido; nunca había utilizado laxantes u otros fármacos para purgarse. Mientras lavaba los trastes al terminar, era común que se sorprendiera de que tan sólo hubieran transcurrido 30 min.

“Siempre he sido gorda. Pero hasta hace un par de años había hecho muchas dietas. Ahora parece que simplemente me di por vencida”, dijo Monica al tiempo que tocaba el panquecillo de salvado que traía oculto en su bolsa. Negó algún antecedente de consumo inapropiado de sustancias; excepto por la obesidad, su internista le indicó que estaba saludable.

Nacida y educada en la Costa Oeste, Monica se había casado y divorciado; ahora vivía con su hijo de 15 años, Roland, cuyo peso era normal. Tendía a incurrir en atracones durante los fines de semana, cuando no estaba trabajando. Esto se había intensificado desde que Roland había formado su propio grupo de amigos y estaba “fuera, haciendo sus propias cosas”.

La autoimagen de Monica era mixta: “Tengo un sentido del humor excelente y una cara en verdad bonita, pero sé que soy enorme. A mi exmarido le encantaba caminar por las montañas, pero al final decidió que no quería estar casado con una”.

Monica trabajaba como locutora en la radio en la filial de la radio pública local. Su momento “cumbre” fue aquel en el que casi recibe una oferta para un mejor trabajo. “Un productor de televisión en cable me escuchó en la radio y le gustó mi voz. Pero cuando nos encontramos para tomar un café, perdió el interés”. Pareció triste un momento, pero entonces, con una sonrisa discreta, agregó: “¿Puede imaginarme en la televisión? Tendría que ser en pantalla ancha”.

Evaluación de Monica Hudgens

A la hora de una comida, Monica ingería una cantidad mucho mayor que la que consumiría casi cualquier persona en circunstancias similares, y ella expresaba con claridad la pérdida de control (“Me di por vencida... sin pensar en ello” (criterios A1 y A2). Estos episodios de atracones ocurrían por lo menos una vez por semana y habían ocurrido por muchos meses (D). Durante un episodio, comía con rapidez (“tragaba” su comida), se sentía llena y molesta, y comía aún sin tener hambre

(B1, B2 y B3). También expresaba desprecio por su propia conducta de consumo y comía sola (B4 y B5); esto pudiera deberse a que sintiera vergüenza, no obstante el caso no aclara este punto. Sólo se requieren tres de los síntomas del criterio B para establecer el diagnóstico. Su tensión (C) era evidente a partir de su primera afirmación al médico. Monica no calificaría para algún trastorno alimentario alternativo: la ausencia de purgas y otras conductas para compensar su consumo excesivo (E) descartarían la **bulimia nerviosa**, y es evidente que su peso no correspondería a **anorexia nerviosa**. Sin embargo, en ella se justificaba por completo el diagnóstico de BED.

Algunas **enfermedades médicas** que implican un consumo excesivo ya se mencionaron en relación con la bulimia nerviosa. En adición a esas, Monica carecía de evidencia de **síndrome de Prader-Willi** (que se genera por la delección de varios genes del cromosoma 15), en que el paciente con frecuencia desarrolla sobrepeso intenso y come con voracidad. Sin embargo, esa condición suele evidenciarse a partir de la niñez y se relaciona con defectos de inteligencia limitada. Monica también negaba haber consumido alguna vez marihuana; la **intoxicación por Cannabis** en ocasiones se acompaña de aumento del apetito.

Casi todos los pacientes con BED cuentan con antecedentes de otros diagnósticos del DSM-5, en particular trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, y problemas por consumo de sustancias; en muchos casos, existe un trastorno por consumo de sustancias concomitante. Cualquier diagnóstico concomitante predice que el individuo presentará síntomas más intensos de BED. Monica debería ser valorada en forma completa para descartar **trastorno depresivo mayor con características atípicas**, que pudiera acompañarse de ingesta excesiva y ganancia ponderal.

Monica sólo incurría en atracones un par de veces por semana, que los criterios de intensidad calificarían como leve. Sin embargo, yo pensé haber detectado cierto grado de desesperación en lo que dijo el clínico. No obstante una calificación EEAG saludable de 61, voy a asignarle un nivel de intensidad leve a moderado. ¿Alguien quiere discutirlo?

F50.8 [307.51] Trastorno de atracones, moderado
E66.9 [278.00] Obesidad

En tanto una línea delgada separa a la mayor parte de los trastornos físicos de la normalidad, un número impresionante de trastornos mentales corresponde en general a la intensificación de comportamientos cotidianos. Los trastornos del consumo de alimentos, por uso de sustancias, de depresión, de ansiedad, de síntomas somáticos e incluso de la personalidad se encuentran constituidos por elementos del comportamiento que en un momento u otro presentan personas del todo normales. El DSM-5 recurre a varias características para discriminar la patología diagnóstica de lo cotidiano.

Número de síntomas. Si usted se siente un poco ansioso en ocasiones, ¡bienvenido a la vida del siglo XXI! Si usted presenta episodios que incluyen ansiedad intensa, disnea, palpitaciones, sudoración y debilidad, pudiera sufrir un trastorno de pánico.

Nivel de malestar. Muchos de los diagnósticos del DSM-5 (quizá la mayor parte) contienen la afirmación de que el trastorno hace que el paciente (o quienes se asocian con él) perciban tensión intensa...

Disfunción... y si no presentan tensión, muestran disfunción laboral, social o en el contexto personal.

Tiempo. Mientras otros factores se mantienen sin cambio, podrá requerirse cubrir una duración o frecuencia mínimas de presentación de los síntomas para establecer el diagnóstico. Por ejemplo, considere la distimia (duración) y el trastorno ciclotímico (duración más frecuencia).

Secuelas graves. Incluyen suicidio o intentos de suicidio, pérdida intensa del peso y exoactuación.

Criterios de exclusión. La mayor parte de los trastornos hace necesario que se descarten enfermedades médicas y consumo de sustancias; en el caso del BED, se excluye a los pacientes con anorexia o bulimia nerviosas. En su mayoría, existen otros trastornos mentales que deben analizarse en el diagnóstico diferencial.

Algunas de las series de criterios son creadas conforme a los mecanismos mencionados; otros utilizan una estrategia de abordaje aseguradora y cautelosa para diagnóstico, como de cinturón y tirantes. Algunos pocos más utilizan la mayoría de todas estas categorías, y de ser posible, tratan de asegurarse apretando más el cinturón con los dedos.

El resto de las condiciones que se mencionan en este capítulo pueden identificarse ante todo en niños. Dos de ellas (pica y trastorno de rumiación) ocurren durante el desarrollo normal, en la infancia temprana. En realidad se desconoce la frecuencia con que se presentan en adultos, pero parece ser baja en la mayor parte de las poblaciones de salud mental. En consecuencia, no se acompañan de casos clínicos.

Pica

La pica, o consumo de sustancias no nutritivas, se informa con frecuencia en niños pequeños y mujeres embarazadas. El listado de sustancias consumibles es largo, y la variedad en ocasiones impresionante—tierra, gis, yeso, jabón, papel e incluso (rara vez) heces. Un paciente en India había ingerido grandes cantidades de clavos de hierro y cuentas de vidrio. La pica se ha relacionado con la deficiencia de hierro, no obstante pueden estar relacionados otros minerales (el zinc, por ejemplo). Por supuesto, es posible el desarrollo de distintas complicaciones, entre ellas la toxicidad por plomo, y la ingesta de distintos parásitos que viven en la tierra o en otros materiales que no son comestibles. El comportamiento en ocasiones se reconoce sólo cuando el paciente llega a cirugía por obstrucción intestinal.

Los pacientes con trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual tienden en particular a la pica—un riesgo que se incrementa a la par de la intensidad de cada trastorno. Los niños afectados pueden provenir de un medio socioeconómico bajo y con negligencia. El comportamiento suele iniciar alrededor de los 2 años de edad y remite durante la adolescencia, o cuando se corrige la supuesta deficiencia de hierro (o de otro mineral). Debe señalarse que si la pica se identifica en el contexto de otro trastorno mental o médico, debe contar con intensidad suficiente para justificar una atención clínica adicional.

A pesar de esto, la literatura también está repleta de ejemplos de personas cuyo consumo dietético anómalo inició durante la vida adulta. La pica con frecuencia se detecta en los antecedentes familiares de los adultos afectados, cuyos propios antecedentes pudieran datar de la niñez. De manera tradicional se le ha vinculado con el embarazo (no obstante en un censo realizado

entre mujeres danesas embarazadas sólo se encontró una prevalencia de 0.02%), pero también se observa en personas con esquizofrenia.

Los médicos especialistas tienden a pensar en la pica como un fenómeno infrecuente, pero es posible encontrar muchos casos si se investiga la población correcta. Por ejemplo, se diagnosticó en gran parte de los pacientes con pérdida hemática gastrointestinal que generaba anemia por deficiencia de hierro. La pagofagia (ansiedad por consumir hielo) es en particular frecuente entre pacientes con deficiencia de hierro. En estos casos, así como en los vinculados con la esquizofrenia, la discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista, antes de establecer el diagnóstico es necesario asegurarse que el paciente requirió atención clínica adicional por efecto de la pica.

Derivado de la picaza, un ave negra y blanca cuyo género científico es *Pica*, este término que hace referencia a un comportamiento de consumo anómalo data de hace por lo menos 400 años. Quizá alguien que observaba a las picazas recolectando lodo para sus nidos asumió que lo estaba consumiendo.

Desde hace 4 000 años y en culturas innumerables, los humanos han masticado y deglutido lodo. Los investigadores no saben por qué ocurre; entre las hipótesis pueden mencionarse las que presumen un papel de detoxificación del lodo y la absorción de micronutrientes a partir del mismo.

Características esenciales de la pica

El paciente insiste en consumir tierra o algo más que no es comida.

La letra pequeña

Las D: • Duración y datos demográficos (un mes o más en una persona que tiene por lo menos 2 años de edad) • Diagnóstico diferencial (deficiencias nutricionales, comportamiento normal del desarrollo, trastornos psicóticos, práctica respaldada por la cultura del individuo).

Notas para codificación

Especificar si: **En remisión.**

Codificar según la edad del paciente:

F98.3 [307.52] Pica en niños.

F50.8 [307.52] Pica en adultos.

F98.21 [307.53] Trastorno de rumiación

En la **rumiación**, un individuo regurgita un bolo alimenticio desde el estómago y vuelve a masticarlo. Esto ocurre por medio del mecanismo de peristalsis retrógrada, que forma parte normal

del proceso digestivo del ganado vacuno, los venados y las jirafas—después de todo, son rumiantes. Sin embargo, en el humano resulta anormal y tiene potencial de generar problemas, y se le denomina trastorno de rumiación (TR). También es infrecuente, y se desarrolla más a menudo en lactantes, una vez que comienzan a recibir alimentos sólidos. Los niños se afectan con más frecuencia que las niñas.

La mayor parte de las personas que presentan rumiación vuelve a deglutir después el alimento. Sin embargo, algunos—en particular los lactantes y quienes cursan con discapacidad intelectual—la escupen, lo que les pone en riesgo de desnutrición, detención del crecimiento y el desarrollo (en lactantes), y vulnerabilidad a la enfermedad. Se han referido tasas de mortalidad hasta de 25%. El TR pudiera no diagnosticarse durante años, quizá debido a que no se interroga al respecto.

Su causa se desconoce, no obstante se han sugerido sospechosos habituales. Entre las causas potenciales se encuentran las orgánicas (podría tratarse de un síntoma del reflujo gastroesofágico), las psicológicas (podría corresponder a una anomalía de la relación madre-hijo) y las conductuales (podría ser reforzada por la atención que atrae).

Entre los individuos con discapacidad intelectual que viven en instituciones, entre 6 y 10% se afecta en ocasiones; se refiere en casos aislados en adultos sin discapacidad. El TR también se vincula con la bulimia nerviosa, no obstante quienes padecen los dos trastornos tienen menos probabilidad de volver a deglutir el alimento. En casi todos los casos el comportamiento cede de manera espontánea, no obstante pudiera persistir durante toda la vida. Se refiere que un adulto con rumiación de este tipo fue Samuel Johnson, el lexicógrafo del siglo XVIII, cuyos conocidos hacían comentarios sobre su conducta de masticación de alimentos.

Observe que, al igual que la pica (y un grupo adicional de afecciones diseminadas en los capítulos del DSM-5), el TR que ocurre en el contexto de otro trastorno mental o médico debe tener gravedad suficiente para justificar una atención clínica adicional.

El TR y la pica son dos entre un número escaso de afecciones del DSM-5 que no tienen como requisito criterios de relevancia clínica. Esto es, a menos que se presenten en el contexto de otro trastorno mental, no se requiere algún enunciado de daño, tensión, investigación adicional o compromiso funcional en el paciente u otras personas. Por ende, no existe una línea que separe al comportamiento de lo que es normal.

Características esenciales del trastorno de rumiación

Durante por lo menos un mes, el paciente ha estado regurgitando alimento.

La letra pequeña

Las D: • Duración (un mes o más) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, discapacidad intelectual, otros trastornos de la alimentación).

La pica y el TR se listan ahora junto con la anorexia y la bulimia nerviosa, en el sitio en que se les asignó por vez primera en el DSM-III. El DSM-IV los colocó junto a otros trastornos que de manera característica inicia durante la niñez.

F50.8 [307.59] Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Muchos niños pequeños (casi la mitad) experimentan cierto grado de dificultad para ser alimentados, pero la mayor parte de ellos la supera. Los que no lo hacen pudieran cursar con alguna variante del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA), que corresponde a la reiteración más reciente de lo que solía denominarse trastorno de la alimentación de la infancia o la niñez temprana. Esta nueva denominación expresa el hecho de que en realidad no se desconoce la razón por la que algunos pacientes comen muy poco como para poder mantenerse saludables, y esto tan sólo ocurre—y no siempre—en la niñez temprana.

El comportamiento puede iniciar en el contexto de un conflicto progenitor-hijo que se centra en torno a la alimentación. Negligencia, maltrato y psicopatología en los progenitores (depresión, estados de ansiedad o trastornos de la personalidad, por ejemplo) se han mencionado como causas. A pesar de esto, la vasta mayoría de los casos quizás se deba a algún tipo de trastorno médico. Entre éstos se encuentran las barreras físicas para la masticación y la deglución, y la sensibilidad extrema a ciertas características de los alimentos, como la textura, el sabor y el aspecto. El DSM-5 recomienda reconocer que los niños con TERIA caen dentro de tres categorías principales: los que básicamente no quieren comer; los que limitan su dieta por cuestiones sensoriales (ciertos alimentos no les parecen apetitosos) y los que no comen por haber tenido una experiencia desagradable (quizá se sofocaron al tratar de deglutir). En cualquier caso, las consecuencias del comportamiento extienden esta definición mucho más allá del niño que es quisquilloso al comer.

La mayor parte de los niños con TERIA tiene menos de seis años, pero, ¿podiera incluso diagnosticarse este trastorno en algún adulto? No existe algún elemento en los criterios del DSM-5 que impida hacerlo, pero no se hallan ejemplos con facilidad.

Características esenciales del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Sin anomalías relativas a la autoimagen, el paciente consume muy poco para mantener una nutrición o un peso apropiados (en los niños, para crecer o ganar peso). Como consecuencia, el individuo pudiera requerir alimentación por sonda o complementación nutricional. La vida social y personal también puede alterarse.

La letra pequeña

Las D: • Diagnóstico diferencial (afecciones médicas, prácticas culturales aceptadas, carencia de alimentos, trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, anorexia nerviosa, trastornos psicóticos o facticios).

Notas para codificación

Especificar si:

En remisión. El paciente no ha cubierto los criterios de lo que el DSM-5 denomina “un periodo sostenido”.

F50.8 [307.59] Otro trastorno alimentario o del consumo de alimentos especificado

Muchos pacientes caen fuera de las definiciones de los trastornos alimentarios y el consumo de alimentos principales; muchos padecen enfermedad grave (también guarda importancia crítica asegurarse que estos pacientes no tengan algún otro diagnóstico definitivo, como un trastorno del estado de ánimo, esquizofrenia, trastorno de síntomas somáticos o cualquier afección derivada de alguna enfermedad médica). En seguida se señalan algunos que pueden especificarse con un nombre, que se incluye tras los números de código y con la etiqueta “Otro... especificado”.

Anorexia nerviosa atípica. Algunos individuos pierden peso considerable, temen desarrollar sobrepeso y piensan que se ven obesos, no obstante su peso sigue siendo normal.

Bulimia nerviosa (con frecuencia baja o duración limitada). Un paciente que cumple la mayor parte de los criterios de la bulimia nerviosa no incurre en atracones con la frecuencia y la duración suficientes para sujetarse a los criterios temporales.

Síndrome de consumo nocturno. Los episodios de consumo en atracones se presentan durante la noche, mientras el paciente se encuentra en alguna fase del sueño; al día siguiente, el individuo puede olvidar lo que hizo.

Trastorno de purgas. Sin consumir en atracones, un individuo se purga de manera repetida (vomita o utiliza fármacos de manera intencional) para modificar su peso o aspecto.

F50.9 [307.50] Trastorno alimentario o del consumo de alimentos no especificado

Al igual que para los diagnósticos de otras secciones del DSM-5, esta etiqueta se utiliza cuando el paciente no se ajusta del todo a los criterios para uno de los diagnósticos descritos, y no se desea hacer una especificación más detallada.

Trastornos de la excreción

Guía rápida para los trastornos de la excreción

Encopresis. A la edad de 4 años o más, el paciente evacúa de manera repetida en sitios inapropiados (294).

Enuresis. A la edad de 5 años o más, se presenta micción repetida (puede ser voluntaria o involuntaria) en la cama o la ropa (p. 293).

Introducción

La encopresis y la enuresis ocurren casi siempre de manera independiente, pero en ocasiones se identifican juntas, en particular en un niño que sufre negligencia intensa o privación emocional. Es posible calificar el diagnóstico como primario (cuando los síntomas han persistido durante todo el proceso de desarrollo del niño) o secundario (al inicio, el entrenamiento para el control de esfínteres tuvo éxito). Con frecuencia se sospechan anomalías genitourinarias, gastrointestinales o ambas, pero rara vez se les confirma, de tal manera que un interrogatorio médico cuidadoso suele ser suficiente para facilitar la integración del diagnóstico correcto.

F98.0 [307.6] Enuresis

En proporción 4:1, la enuresis primaria (el niño nunca ha logrado el control vesical) es más frecuente que la enuresis secundaria. Se limita a la micción durante el sueño; el control vesical diurno no muestra compromiso. Los progenitores de los niños que son referidos con un profesional de la salud mental suelen haber probado los remedios comunes—restringir en el niño el consumo de líquidos antes de ir a la cama, levantarlo para ir a orinar a medianoche—sin tener éxito. Puesto que los niños de manera característica mojan la cama varias veces por semana, se sienten demasiado avergonzados para quedarse a dormir con sus amigos.

En algunos niños la enuresis se vincula con el sueño sin movimientos oculares rápidos (sueño no REM), que se desarrolla en particular durante las primeras 3 h del sueño. En otros, algún

trauma, como la hospitalización o la separación de los progenitores, pudiera precipitar la enuresis secundaria, que puede presentarse más de una vez por noche u ocurrir de manera aleatoria a lo largo del periodo de sueño. Aunque algunos niños con enuresis cursan con infecciones de vías urinarias o anomalías anatómicas (lo que implicaría que **no** se establecería el diagnóstico de enuresis), en casi todos los casos la etiología se desconoce. Si bien los criterios formales indican que la micción pudiera ser voluntaria, en la mayor parte de los niños es accidental y embarazosa.

Existen vínculos genéticos fuertes: alrededor de tres cuartas partes de los niños afectados tienen un pariente en primer grado con antecedente de enuresis. Contar con dos progenitores con antecedente de enuresis constituye un factor de predicción fuerte de afectación en un hijo.

Antes de los seis años, los niños y las niñas tienen una representación casi idéntica (en general, alrededor de 5 y 10% de los niños pequeños se ven afectados). En niños de mayor edad, la enuresis es más frecuente en varones. La prevalencia se reduce a la par de la maduración, de manera que tan sólo afecta a cerca de 1% de los adolescentes. Los adultos que cursan con enuresis tienen probabilidad de seguir padeciéndola toda la vida.

Características esenciales de la enuresis

Sin que se conozca la causa, un paciente expulsa la orina en forma repetida en la ropa o la cama.

La letra pequeña

Las D: • Duración y datos demográficos (dos o más veces por semana durante un mínimo de tres meses, en un individuo de 5 años o más) • Diagnóstico diferencial (efectos colaterales de medicamentos y trastornos físicos).

Notas para codificación

Especificar el tipo:

Sólo nocturna.

Sólo diurna.

Nocturna y diurna.

F98.1 [307.7] Encopresis

Las personas con encopresis defecan en sitios inapropiados, como en la ropa o el piso. La encopresis es de dos tipos. Uno se asocia a la constipación crónica, que provoca fisuras en torno al ano. La defecación genera así dolor, que puede llevar al niño a tratar de evitar la situación al retener las heces. Como consecuencia, éstas se endurecen (lo que empeora las fisuras), y se presenta fuga de heces líquidas a partir del recto impactado, que manchan la ropa de vestir y de cama.

El tipo menos frecuente, en que no existe estreñimiento, tiene con frecuencia como base un elemento de clandestinidad/encubrimiento y negación. Los niños ocultan sus heces en sitios inusuales—detrás del excusado, en los cajones del buró—y luego refieren no saber cómo llegaron

ahí. La encopresis sin estreñimiento se asocia a menudo con el estrés y otras variantes de psicopatología familiar. Algunos de estos niños han sufrido maltrato físico o abuso sexual.

La encopresis afecta a cerca de 1% de los niños en edad escolar; los niños predominan, con un índice 6:1.

Características esenciales de la encopresis

El paciente defeca de manera recurrente en sitios inapropiados o la ropa.

La letra pequeña

Las D: • Duración y datos demográficos (una o más veces por mes durante un mínimo de tres meses o más, en un individuo de 4 años o más) • Diagnóstico diferencial (uso de laxantes y trastornos físicos).

Notas para codificación

Especificar el tipo:

Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento.

Sin estreñimiento e incontinencia de rebosamiento.

Otro trastorno de la excreción especificado

La categoría otro trastorno de excreción especificado se utiliza para clasificar los síntomas de encopresis o enuresis que no cumplen todos los criterios diagnósticos, en los casos en que se desea indicar la razón, se aplican los códigos diagnósticos siguientes:

N39.498 [788.39] Con síntomas urinarios

R15.9 [787.60] Con síntomas fecales

Trastorno de la excreción no especificado

La categoría trastorno de excreción no especificado se utiliza para los síntomas de encopresis o enuresis que no se ajustan del todo a los criterios diagnósticos, en los casos en que no se desea indicar la razón. Se recurre a los códigos diagnósticos siguientes:

R32 [788.30] Con síntomas urinarios

R15.9 [787.60] Con síntomas fecales

Trastornos del sueño-vigilia

Guía rápida para los trastornos del sueño-vigilia

Una vez más, el DSM-5 cuenta con una clasificación actualizada—en esta ocasión, una estructura más compleja que refleja los avances en el campo. En esta guía rápida, están organizados los trastornos con una lógica distinta a la del DSM-5, para hacer énfasis en los diagnósticos subyacentes con prevalencia más alta (el número de página que se incluye tras cada elemento indica el sitio en que inicia una discusión más detallada).

Dormir muy poco (insomnio)

El insomnio es con frecuencia un síntoma; en ocasiones es una causa de consulta. Sólo de vez en cuando constituye un diagnóstico independiente de un trastorno mental mayor o alguna otra afección médica (véase el texto entre barras de la p. 301).

No es posible exagerar al enfatizar la importancia que tiene analizar primero si pudiera existir otro trastorno mental o condición médica que indujeran el insomnio.

Trastorno de insomnio. Puede existir en forma concomitante a alguna afección médica (p. 301), ser primario (cuando no existe causa discernible; p. 307), o coexistir con otro trastorno del sueño o trastorno mental (p. 303). El último caso se observa con más frecuencia en individuos que sufren episodios depresivos mayores (p. 122), episodios maníacos (p. 129) o incluso ataques de pánico (p. 173).

Trastorno sueño-vigilia inducido por sustancias/medicamentos, del tipo con insomnio. Casi todas las sustancias psicoactivas que se utilizan de manera inapropiada, así como diversos fármacos de uso controlado, pueden interferir con el sueño (p. 346).

Apnea del sueño. Si bien la mayor parte de los pacientes con problemas de la respiración, como la apnea del sueño, refiere hipersomnia, algunos por el contrario cursan con insomnio. Se mencionan tres variedades principales: apnea e hipopnea obstructiva del sueño, apnea central del sueño e hipoventilación relacionada con el sueño (pp. 318 y 321).

Dormir demasiado (hipersomnolencia)

Pudiera pensarse que el término **hipersomnía sólo** significa que un paciente duerme demasiado. Sin embargo, también se usa para indicar la presencia de somnolencia en el periodo durante el cual el paciente debiera estar alerta. Se introdujo una palabra nueva, **hipersomnolencia**, para asegurar que se piensa en los dos significados.

Trastorno de hipersomnolencia. El sopor o la somnolencia excesiva puede acompañar a los trastornos mentales o médicos, o bien a otros trastornos del sueño; en ocasiones se trata de un proceso primario (p. 309).

Narcolepsia. Estos individuos experimentan una necesidad imperiosa de dormir, de manera independiente a la hora del día, lo que les hace quedarse dormidos casi de manera instantánea—en ocasiones, incluso mientras permanecen parados. También pueden cursar con parálisis del sueño, pérdida súbita de la fuerza (cataplejía) y alucinaciones al tiempo que se quedan dormidos o despiertan (p. 313).

Trastorno sueño-vigilia inducido por sustancia/medicamento, del tipo con somnolencia diurna. El uso de una sustancia tiene menos probabilidad de provocar hipersomnolencia que insomnio, pero esto puede ocurrir (p. 346).

Apnea del sueño. Los que el DSM-5 denomina trastornos del sueño relacionados con la respiración inducen a menudo somnolencia diurna. Se mencionan tres variantes principales, como se señaló en el caso del insomnio (pp. 318 y 321).

Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia

Existe una falta de correspondencia entre el reloj biológico de un individuo y el ambiente. Se mencionan cinco subtipos principales:

Tipo de fases de sueño retardadas. Dormirse y despertar después de la hora deseada (p. 324).

Tipo de fases de sueño avanzadas. Dormirse y despertar antes de la hora deseada (p. 324)

Tipo de sueño-vigilia irregular. Dormirse y despertar a horas variables (p. 325).

Tipo de sueño-vigilia no ajustado a las 24 h. Dormirse y despertar (por lo general) cada vez más tarde que lo que se desea (p. 324).

Tipo asociado a turnos laborales. Somnolencia que se relaciona con cambios del horario laboral (p. 325).

Asociado a cambio de huso horario (*jet lag*). La sensación de somnolencia o “desvelo” que deriva del cruce de usos horarios ya no se considera un trastorno del sueño; es un fenómeno fisiológico propio de la vida moderna.

Parasomnias y otros trastornos del sueño

En estos casos, ocurre algo anormal durante el sueño (o alguna fase del sueño), o en los periodos en que el paciente se está quedando dormido o despertando.

Trastorno del despertar del sueño sin movimientos oculares rápidos (no REM), del tipo con terrores nocturnos. Estos pacientes gritan, al parecer por temor, durante la primera parte de la noche. Con frecuencia en realidad no despiertan. Este comportamiento se considera patológico sólo en adultos, no en niños (p. 333).

Trastorno del despertar del sueño no REM, del tipo con sonambulismo. El sonambulismo persistente suele presentarse durante una fase temprana de la noche (p. 331).

Trastorno del despertar del sueño no REM, con confusión al despertar. Los pacientes muestran un despertar parcial, pero no caminan ni parecen atemorizados. No se trata de un trastorno oficial del DSM-5, pero las personas lo experimentan de cualquier manera (p. 335).

Trastorno del comportamiento del sueño con movimientos oculares rápidos (REM). Estos pacientes despiertan del sueño REM hablando o golpeando, en ocasiones dañándose o lesionando a su compañero de cama (p. 343).

Trastorno de pesadillas. Los sueños desagradables afectan más a ciertas personas que otras (p. 340).

Síndrome de las piernas inquietas. La necesidad incoercible de mover las piernas durante los periodos de inactividad (en particular, a hora avanzada de la tarde o la noche) desencadena fatiga y otras secuelas conductuales/emocionales (p. 336).

Trastorno sueño-vigilia inducido por sustancia/medicamento, del tipo con parasomnia. El alcohol y otras sustancias (durante la intoxicación o la abstinencia) pueden desencadenar distintos problemas del sueño (p. 346).

Otro trastorno del sueño, especificado o no especificado. Estas categorías se reservan para los problemas de insomnio, hipersomnolencia o problemas generales del sueño que no concuerdan con alguna de las categorías previas (p. 349).

Introducción

El sueño es una conducta básica de los humanos, al igual que de todos los otros animales. Es necesario tener en mente los siguientes puntos relativos al sueño normal de los humanos:

1. La normalidad muestra muchas variaciones. Esto se refiere a la cantidad de sueño, el tiempo que se necesita para conciliarlo y despertar, y lo que ocurre en el intervalo.
2. Cuando el sueño es anormal, puede tener consecuencias profundas sobre la salud.
3. En todo individuo, el sueño se modifica a lo largo del ciclo de vida. Todas las personas saben que los bebés duermen la mayor parte del tiempo. A la par del envejecimiento, las personas necesitan más tiempo para conciliar el sueño, menos tiempo para permanecer dormidas y despiertan con más frecuencia durante la noche. He escuchado decir que el mejor sueño de todos es el de un niño de 9 años. Lástima: cualquiera que esté leyendo esto ya pasó esa etapa.
4. El sueño no es uniforme; tiene variaciones de profundidad y calidad a lo largo de la noche. Las dos fases principales del sueño son la de movimientos oculares rápidos (REM), durante

la cual se verifica la mayor parte de los sueños, y el sueño no REM. Existen varios trastornos que pueden vincularse con estas fases del sueño.

5. Muchas personas que tienen un sueño menos profundo o duermen menos de lo que piensan que deberían dormir en realidad no padecen un trastorno del sueño.
6. Incluso en la actualidad, los criterios para los trastornos del sueño se basan ante todo en los hallazgos clínicos. El electroencefalograma (EEG) y otros estudios que se realizan en el laboratorio del sueño pueden confirmarlos, pero sólo se requieren para establecer el diagnóstico de unas cuantas condiciones descritas aquí.

Los especialistas en el sueño dividen a los trastornos que lo afectan en **disomnias** y **parasomnias**. Un paciente con una **disomnia** duerme muy poco, demasiado o en un momento inapropiado, pero el sueño mismo—lo que se logra—es normal. En una **parasomnia**, la calidad, la cantidad y la hora del sueño son en esencia normales. Sin embargo, ocurre algo anormal durante el periodo de sueño, o durante los periodos en que el paciente se está quedando dormido o despertando; durante el sueño y las transiciones entre el sueño y la vigilia se activan procesos motores, cognitivos o del sistema nervioso autónomo, y se desata el infierno.

Considere, por ejemplo, la apnea del sueño (disomnia) y compárela con las pesadillas (parasomnia). Las dos ocurren durante el sueño, pero las pesadillas suelen ser más problemáticas debido a que generan temor, y no porque interfieran con la actividad de dormir o comprometan el estado de alerta al día siguiente, como ocurre en muchos casos de apnea del sueño.

Dormir demasiado o muy poco

F51.01 [307.42] Trastorno de insomnio

Lo que la mayor parte de nosotros entiende por **insomnio** es lo siguiente: el sueño es demasiado breve o no permite el descanso. Algunos individuos con insomnio pudieran no darse cuenta lo tensos que se encuentran. Algunos casos pueden comenzar con insomnio secundario a otra afección médica, como el dolor por una fractura de cadera. La cadera consolida, pero el paciente se acostumbra a la idea de que es incapaz de dormir por la noche. En otras palabras, el insomnio puede ser una conducta aprendida. Muchas enfermedades médicas pueden conducir al desarrollo de los síntomas del trastorno de insomnio.

Algunas personas con insomnio pueden utilizar su cama para realizar actividades distintas a dormir o tener relaciones sexuales (comer y ver la televisión, por ejemplo). Estas asociaciones les condicionan a mantenerse alerta mientras se encuentran en la cama; forma parte de lo que los clínicos denominan **mala higiene para el sueño**. Estos pacientes pueden descubrir la fuente de su problema cuando su capacidad para dormir mejora durante los fines de semana, los días festivos o las vacaciones, cuando escapan de sus hábitos y sus hábitats usuales. De manera independiente a la causa, el insomnio puede persistir toda la vida sino se atiende en forma efectiva. El trastorno de insomnio (TI) se identifica en particular en pacientes añosos y en mujeres.

Muchas personas refieren tener un sueño que no les refresca (o que no es reparador) o que se mantienen despiertos, aún cuando sus compañeros de cama juren que durmieron toda la noche. Por esta razón, la afirmación de que el insomnio es “dormir muy poco” no es del todo correcta; el insomnio ocurre cuando el afectado **se queja de** dormir muy poco. Sin embargo, estos individuos tienen problemas que no deben menospreciarse. Conceder tiempo suficiente para que expresen su inquietud tiene importancia en la búsqueda del origen de sus dificultades.

Obsérvese que la definición del TI pone como requisito que el paciente experimente tensión o discapacidad con relevancia clínica como consecuencia. Si bien la tensión puede experimentarse durante la noche, cualquier discapacidad que resulte tiene más probabilidad de experimentarse durante el día -disminución de la eficacia laboral, conflicto interpersonal en el hogar, fatiga y somnolencia diurnas, y otras por el estilo. Quienquiera que refiera dificultad para dormir, pero que **no** indique la presencia de tensión o discapacidad, no debe recibir el diagnóstico de TI. Incluso con esas restricciones, esto deja a 10% de la población adulta afectada por TI. Es un poco más frecuente en mujeres que en varones.

El DSM-5 especifica que el diagnóstico de TI debe adjudicarse a cualquier paciente que cumpla los criterios diagnósticos, ya sea que padezca o no algún trastorno mental, médico o del ciclo sueño-vigilia concomitante (siempre y cuando el TI del individuo tenga gravedad suficiente para requerir atención clínica independiente). Esto se ilustra con tres casos clínicos.

Características esenciales del trastorno de insomnio

Es ante todo la calidad o la cantidad del sueño lo que genera el malestar: dificultad para conciliar el sueño, mantenerse dormido o despertar demasiado temprano sin poder dormirse de nuevo. En ocasiones, el sueño tan sólo no resulta reparador. Al día siguiente, el paciente se siente fatigado, molesto, o muestra mala concentración o compromiso del desempeño de algún otro tipo.

La letra pequeña

Las D: • Duración (tres noches o más por semana durante tres meses o más) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, trastornos psicóticos, trastorno de estrés postraumático, otros trastornos del sueño-vigilia, mala higiene para el sueño, poco tiempo para dormir).

Notas para codificación

Especificar si:

Episódico. Duración de uno a tres meses (cualquier trastorno de insomnio con menor duración tendría que codificarse como otro trastorno de insomnio especificado, p. 349).

Persistente. Duración de tres meses o más.

Recurrente. Dos o más episodios en un año.

Especificar si:

- Con trastorno mental comórbido no relacionado con el sueño.**
- Con otra afección médica concomitante.**
- Con otro trastorno del sueño.**

En cada caso, especificar el trastorno coexistente.

Nadie sabe qué tan frecuentes son las referencias de insomnio en un individuo que no padece alguna otra enfermedad (es decir, que no cursa con alguna otra afección médica o de tipo mental). Estos pacientes quizá constituyan una minoría minúscula entre los detectados por un profesional de la salud mental. Quizá sea más probable que estos individuos soliciten la ayuda de un proveedor de atención médica primaria. Si bien los textos indican que el insomnio persistente es común, deben buscar tratamiento entre los médicos familiares o los internistas: de los más de 15 000 pacientes de salud mental que he examinado, sólo uno padecía lo que yo consideré TI primario (sin otro trastorno médico o mental).

Trastorno de insomnio, con otra afección médica concomitante

Muchas enfermedades médicas se vinculan con problemas del sueño (insomnio en su mayoría). Estos problemas suelen relacionarse con inquietud, incremento del tiempo de latencia del sueño y despertares frecuentes durante la noche. Entre los problemas médicos citados—que pueden inducir malestar durante el día o la noche se encuentran los siguientes:

- Fiebre secundaria a infecciones diversas.
- Dolor relacionado con cefalea (en particular, ciertas variedades de migraña), artritis reumatoide, cáncer, erecciones peneanas nocturnas persistentes o angina de pecho.
- Prurito inducido por distintos trastornos sistémicos y cutáneos.
- Problemas respiratorios que derivan del asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), restricción de la capacidad pulmonar (por obesidad, embarazo o deformidad vertebral) o fibrosis quística.
- Endocrinopatías y metabolopatías, entre otras hipertiroidismo, insuficiencia hepática y nefropatía.
- Sueño en posición forzada, como por ejemplo al tener una férula.
- Trastornos neuromusculares, como distrofia muscular y poliomielitis.
- Trastornos del movimiento y otros de tipo neurológico, como enfermedad de Huntington, distonía de torsión, enfermedad de Parkinson y ciertos trastornos convulsivos.

Hoyle Garner

Hoyle Garner tenía 58 años cuando solicitó tratamiento por su insomnio. Su esposa, Edith, lo acompañó a la cita. Juntos, atendían una tienda de abarrotes familiar.

Varios años antes, Hoyle se había enterado de que padecía enfisema. Varias pruebas de función pulmonar habían hecho que su médico le pidiera que dejara de fumar. Después de tres semanas, había subido 5 kg y no podía concentrarse lo suficiente para sumar el total de los recibos de la tienda cada noche. “Estaba deprimido y tenso, y no podía dormir más de 2 h sin despertar y querer un cigarro”, dijo Hoyle.

“Yo le rogué que volviera a fumar”, dijo Edith. “Cuando lo hizo, fue un alivio para ambos”.

Hoyle dejó de ir a ver al médico, y su sueño volvió a la normalidad. Sin embargo, en los últimos meses había comenzado a despertar varias veces durante la noche. Algunas noches esto ocurría incluso cada hora. Se sentía inquieto e incómodo, con una ansiedad similar a la que había experimentado en el periodo en que había tratado de dejar de fumar. Unas cuantas veces hizo la prueba de sentarse en el borde de la cama para fumar, pero eso no parecía ayudar. Y de cualquier forma, Edith se quejaba acerca del olor del humo por la noche. Seguían atendiendo la tienda de abarrotes, y Hoyle ya no tenía problema para sumar las cifras. Nunca bebió más que una sola cerveza, por lo general en la tarde.

“No le molesta mucho despertar”, se quejó Edith. “Por lo general vuelve a dormirse de inmediato. Ni siquiera se siente somnoliento al día siguiente. Pero yo me quedo con los ojos bien abiertos, preguntándome qué tan rápido volverá a despertar”.

Las horas de vigilia de Edith le habían dado muchas oportunidades para observar a su esposo. Después de dormir en silencio alrededor de media hora, su respiración parecía volverse rápida y superficial. Nunca se detenía durante más de algunos segundos, y nunca roncaba. Habían intentado que durmiera con almohadas adicionales (eso le había ayudado a su tío Will por su insuficiencia cardíaca), pero no había mejorado el sueño de Hoyle, y “como que le lastima el cuello”.

“Espero que podamos llegar al fondo de esto”, concluyó Edith. “No parece molestarle mucho, pero yo tengo que dormir un poco”.

Anuncio desvergonzado: ¿Cómo determina usted que un evento dio lugar a otro? Por supuesto, en el diagnóstico clínico es difícil tener certidumbre alguna vez. No obstante, varias características pueden ayudarle a decidir con un grado razonable de confianza que **A** causó **B**. Yo he analizado estas cuestiones (y muchas más) en mi libro *Diagnosis Made Easier* (The Guilford Press, 2004).

Evaluación de Hoyle Garner

El problema principal de Hoyle se relacionaba con el sueño, que se caracterizaba por despertares frecuentes, varias veces cada noche, durante varios meses (criterios A2, C y D del TI) no obstante contaba con oportunidades suficientes para dormir (E). Si bien para él los efectos eran menos dramáticos (el insomnio por EPOC de manera característica no provoca somnolencia diurna), su

esposa se quejaba mucho. Y el efecto del insomnio de una persona sobre un compañero de cama o cuidador es uno de los síntomas que indica que se enfrenta un problema digno de atención (B).

Las características del insomnio de Hoyle no sugerirían un **trastorno del estado de ánimo** grave, que pudiera inducir un despertar a hora temprana de la madrugada. Además, un trastorno del estado de ánimo leve, o un **trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido**, guarda una relación característica con la dificultad para conciliar el sueño. Con base en las observaciones que hacía Edith sobre su sueño, Hoyle no padecía (F) alguna variedad de **narcolepsia** o **apnea del sueño** (debe descartarse la apnea del sueño en cualquier paciente con insomnio con alguna otra afección médica concomitante; una cifra baja presenta dos trastornos). No recibía medicamentos en el momento, pero muchos pacientes con enfermedades médicas lo hacen; así, es necesario descartar **insomnio inducido por sustancia**.

Hoyle también cursaba con un trastorno por consumo de tabaco, que quizá era responsable del enfisema en primer lugar; sería difícil atribuir su insomnio a una complicación fisiológica generada por la nicotina (G). Cuando estaba tratando de dejar de fumar, sin duda experimentó abstinencia de tabaco, y continuó fumando a pesar de su EPOC (véase la p. 461). Yo le asignaría una calificación EEAG de 61. Su diagnóstico completo sería el siguiente:

| | |
|-----------------|---|
| F51.01 [307.42] | Trastorno de insomnio, con enfisema pulmonar, persistente |
| J43.9 [492.8] | Enfisema pulmonar |
| F17.200 [305.1] | Trastorno por consumo de tabaco, moderado |

Observe que el DSM-5 ya no nos solicita especificar si el insomnio “se debe a” un trastorno físico o mental concomitante. Resulta suficiente indicar que coexisten. Eso se debe a que puede ser en extremo complicado determinar si en realidad uno genera al otro. Se nos permite (se nos anima a) diagnosticar cualquier trastorno cuyos síntomas tengan intensidad suficiente para justificar la atención clínica independiente.

Trastorno de insomnio, con trastorno mental comórbido no relacionado con el sueño

Cuando se trata de un síntoma de otro trastorno mental, el insomnio suele mostrar intensidad proporcional a la gravedad de la otra enfermedad. Y, con lógica suficiente, el sueño suele mejorar con la resolución de la afección subyacente. Entre tanto, los pacientes en ocasiones consumen un exceso de fármacos hipnóticos y de otros tipos. Éste es un resumen breve:

Episodios depresivos mayores. El insomnio quizá es las más de las veces un síntoma de un trastorno del estado de ánimo. El trastorno del sueño puede ser uno de los síntomas más tempranos de la depresión. El insomnio muestra tendencia particular a afectar a pacientes ancianos deprimidos. En la depresión grave, el insomnio terminal (despertar temprano en la madrugada y no poder volverse a dormir) es característico—y una experiencia en verdad desagradable.

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Los criterios para el trastorno de estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático mencionan en forma específica al trastorno del sueño como síntoma.

Trastorno de pánico. Los ataques de pánico pueden ocurrir durante el sueño.

Trastorno de adaptación. Los individuos que desarrollaron ansiedad o depresión en respuesta a un factor de estrés específico pueden acostarse y mantenerse despiertos, preocupados en torno a un factor de estrés específico o los eventos del día.

Trastorno de síntomas somáticos. Muchos pacientes con somatización refieren problemas para dormir, en particular insomnio inicial y de intervalo.

Trastornos cognitivos. La mayor parte de los pacientes con demencia muestra cierto grado de alteración del sueño. En forma característica, esto implica un despertar de intervalo: merodean por la noche y sufren por disminución del estado de alerta durante el día.

Episodios maníacos e hipomaniacos. En un periodo de 24 h, los pacientes con manía e hipomanía de manera característica duermen menos que durante sus periodos de eutimia. Sin embargo, no se **quejan** de insomnio. Se sienten descansados y listos para hacer más actividades; son su familia y amigos quienes se preocupan (y fatigan). Si estos pacientes refieren el síntoma, suele deberse a la prolongación de la latencia del sueño (tiempo que les toma quedarse dormidos).

Esquizofrenia. Al tiempo que se está desarrollando la enfermedad, las ideas delirantes, las alucinaciones o la ansiedad pueden mantener a los pacientes con esquizofrenia preocupados a horas cada vez más avanzadas de la noche. El tiempo total de sueño puede permanecer constante, pero se levantan cada vez más tarde, hasta que casi todo el periodo de sueño se verifica durante el día. El DSM-5 no aporta alguna alternativa para codificar algún trastorno sueño-vigilia del ciclo circadiano vinculado con un trastorno mental; el TI relacionado con la esquizofrenia (o, quizá, otro trastorno de insomnio especificado) sería la mejor alternativa a la cual recurrir.

Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo. Este trastorno la personalidad se cita con frecuencia en relación con el insomnio.

La ansiedad o la manía pueden enmascarar al insomnio que se presenta a lo largo de la evolución de otro trastorno mental. Los individuos pudieran no reconocer la presencia de una deficiencia de sueño hasta que se quedan dormidos mientras manejan o sufren un accidente industrial. Por otra parte, existe el riesgo de que los clínicos pudieran concentrarse en el problema del sueño y pasar por alto el problema mental concomitante.

Sal Camozzi

“Es sólo que no estoy durmiendo lo suficiente para poder jugar”. Sal Camozzi era un estudiante de tercer año que asistía a una pequeña universidad de artes libres en el sur de California, gracias a una beca como jugador de fútbol americano. En ese entonces era noviembre, la mitad de la temporada, y pensaba que no iba a ser capaz de mantener el esfuerzo. Siempre había dormido

con regularidad y “comía saludable”, pero durante más de un mes había estado despertando a las 2:30 de la madrugada.

“Es como si pusiera una alarma”, dijo. “Mis ojos se abren en forma automática, y ahí estoy, preocupándome acerca del siguiente juego o de pasar química, o lo que sea. Sólo duermo 5 h cada noche, y siempre he necesitado ocho. Me estoy desesperando”.

Durante algún tiempo Sal había probado con algunos medicamentos para dormir de venta sin receta. Le ayudaban poco, pero le hacían sentirse adormilado al día siguiente. Dejó de utilizarlos; siempre había evitado el alcohol y las drogas, y odiaba la sensación de tener químicos en el organismo.

Sal había tenido un problema similar durante el otoño anterior, y el anterior a ése. En aquella época había desarrollado la misma dificultad para dormir; su apetito también había disminuido. En ninguna de estas ocasiones, sin embargo, se habían puesto las cosas tan graves como ahora (este año ya había perdido 5 kg; siendo apoyador, necesitaba mantener un peso alto). Sal también indicaba que no parecía estar disfrutando la vida en general, de la manera en que solía hacerlo. Aunque su interés por el fútbol americano y su concentración en el campo habían disminuido, eso no había sido tan notorio el año pasado, y había cerrado esa temporada con estadísticas respetables.

Durante un verano en la preparatoria, Sal se había estado sintiendo lánguido y había dormido demasiado. Se le había estudiado para descartar mononucleosis infecciosa, y se le encontró sin problemas físicos. Para cuando volvieron a iniciar las clases ese otoño había recuperado la normalidad.

La situación había sido distinta durante la primavera anterior y la que le precedió. Cuando Sal salió a jugar beisbol, parecía explotar de energía, bateó 0.400 y jugó todos los partidos. En ese entonces tampoco dormía mucho, pero 5 h cada noche parecían suficientes. “Tenía muchísima energía y nunca me había sentido más feliz en mi vida. Me sentía como otro Babe Ruth”.

El entrenador había observado que Sal había tenido un desempeño “excelente durante la temporada de beisbol, todo rapidez, pero hablaba demasiado. ¿Por qué no hace el mismo esfuerzo al jugar fútbol?”

Primario (como en insomnio primario) es una de esas palabras curiosas que han adquirido muchos significados distintos a los del lenguaje cotidiano. En el medio clínico, **primario** hace referencia a una enfermedad o síntoma para la que no es posible encontrar una causa. Por supuesto, eso no implica que **no exista** una causa; tan sólo que no es posible asegurar cuál es. En este contexto, **primario** no implica que una afección sea más importante que otra, o que inicie antes que alguna otra cosa (la Organización Mundial de la Salud también aplica el término **primario** para hacer referencia a un trastorno que afecta al cerebro de manera directa o preferencial, en contraste con los que atacan al cerebro a la vez que a otros órganos o sistemas corporales). El DSM-5 no recurre al término **primario** en algún sentido oficial, pero los clínicos lo hacen para diferenciar los trastornos para los cuales es posible indicar una causa y aquéllos en los que no es posible hacerlo.

Los clínicos también utilizan el término **funcional** para describir a los trastornos en los que no es posible identificar como base de la anatomía, la química o la fisiología del cerebro. La mayor parte de los trastornos del estado de ánimo y las psicosis se denominan **funcionales**; esto es, aún se desconoce la razón por la que se desarrollan o cómo lo hacen. Si usted considera que esto es confuso, analice algunas de las palabras utilizadas en el mundo médico para decir “no tengo la menor idea de lo que está detrás”: **esencial**, como en hipertensión esencial; **idiopática**, como

púrpura trombocitopénica idiopática; **criptogénica** (de manera literal, “causa oculta”). En ocasiones utilizamos el término **psicogénico**, que genera la ilusión de que encontramos la causa, pero con frecuencia eso sólo ocurre nuestra mente (o nuestros sueños).

Evaluación de Sal Camozzi

A partir de la historia clínica de Sal, su trastorno del sueño no se relacionaba con **consumo de sustancias o alguna enfermedad física**. En el mismo sentido, carecía de evidencia de **otro trastorno del sueño**.

La dificultad de dormir que Sal presentaba tan sólo conformaba la punta de su iceberg depresivo. Lo primero que debería buscarse serían otros síntomas de un **episodio depresivo mayor**. Si bien no refería sentirse deprimido en muchas palabras, revelaba una pérdida general del gusto por la vida. Además de eso y el insomnio, Sal había perdido el apetito, el interés y la concentración. En conjunto, estos síntomas apenas cumplirían los criterios para diagnosticar un trastorno depresivo mayor. El caso clínico no hace referencia a deseos de muerte o suicidas; debería hacerlo.

Además de la depresión, los episodios evidentes de elación del estado de ánimo tendrían que considerarse en el diagnóstico. Sal presentó varios periodos en los que sentía una alegría inusual, su nivel de energía se encontraba incrementado, hablaba mucho y disminuía su necesidad de sueño. En particular en contraste con su estado de ánimo actual, su autoestima se intensificaba mucho (se “sentía como otro Babe Ruth”). Este cambio de su estado de ánimo tenía intensidad suficiente para que otros lo identificaran e hicieran comentarios al respecto, pero no comprometía su desempeño ni había obligado a la hospitalización (de ser así, se diagnosticaría un episodio maniaco). Sus síntomas corresponden a los criterios de un **episodio hipomaniaco**.

Todo esto se conjunta para establecer un diagnóstico de **trastorno bipolar II** (véase la p. 135); el episodio actual de Sal sería, por supuesto, depresivo. Casi se cumplirían los criterios para utilizar el especificador **con características melancólicas**, pero sus antecedentes de depresiones repetidas de inicio durante la misma época del año (otoño) que de manera constante se resolvían o se transforman en hipomanía durante otra estación (primavera) serían característicos para la asignación del especificador **con patrón estacional**. Si bien Sal pudiera haber cursado con un episodio de depresión que no seguía este patrón mientras cursaba la preparatoria, la mayor parte de los episodios lo hacía, lo que responde al requisito. Y los últimos dos años se adaptaban con precisión a las características específicas.

La incapacidad de Sal para dormir habría tenido relevancia clínica incluso sin que existiera trastorno bipolar II (criterios A y B del TI), debido a que le generaba fatiga y se presentaba varias noches cada semana (C). Pero aquí está el detalle: había persistido durante sólo poco más de un mes (quizá 60 días menos que los tres meses que el DSM-5 establece como requisito para diagnosticar TI). A pesar de esto, Sal cumplía los criterios del DSM-IV, y Sal no ha cambiado; tan sólo los criterios lo hicieron. ¿Qué hacer entonces?

Desde esta perspectiva, no parece razonable que una persona que padezca un trastorno que, por definición, tiene una evolución corta (los pacientes con un trastorno del estado de ánimo estacional se enferman y recuperan al pasar las estaciones del año), no pueda calificar para el diagnóstico adicional de TI. Así, tomando en cuenta que los criterios son sólo recomendaciones y no grilletas, me apegaré a mi evaluación original de Sal. Ya sea que usted esté de acuerdo con mi juicio o lo rechace, su caso todavía puede guiarnos a través del laberinto de los criterios

diagnósticos (si usted no está de acuerdo, podría codificar su trastorno del sueño como G47.09 [780.52] Otro trastorno de insomnio especificado, trastorno de insomnio breve).

La calificación EEAG de Sal sería de 55. Se nos instruye incluir en el listado el trastorno mental asociado (o médico) justo a continuación del trastorno del sueño, de manera que el vínculo quede claro. Yo quise incluir primero el trastorno del estado de ánimo, debido a que es el que resulta más crítico tratar, pero por lo menos sí mencioné los dos juntos (de acuerdo, es difícil hacer lo contrario cuando el listado sólo contiene dos elementos).

F31.81 [296.89] Trastorno bipolar II, depresivo, con patrón estacional

F51.01 [307.42] Trastorno de insomnio, con trastorno bipolar II

En cierta medida, es una cuestión de gusto establecer el diagnóstico de un trastorno del sueño que ocurre de manera concomitante a otra afección mental. El DSM-5 señala que esto resulta apropiado cuando el problema del sueño tiene gravedad suficiente para justificar una valoración por sí mismo. Si el paciente refiere como problemática el trastorno del sueño, consideraría esta situación evidencia de que tiene importancia clínica. Sin embargo, estas situaciones con frecuencia son confusas y suele resultar necesario hacer uso del juicio personal. En el ejemplo de un trastorno del estado de ánimo, cualquier problema del sueño casi sin duda corresponde a un síntoma que se resolverá una vez que la depresión se maneje en forma adecuada. Por ende, no podría culparse a alguien por tan sólo diagnosticar el trastorno del estado de ánimo.

Trastorno de insomnio [primario]

Otro tipo de TI—en que la persona en apariencia no cursa con algún otro trastorno al cual pudiera atribuirse el insomnio—es el que se diagnostica con más frecuencia. Aún así, la variedad de “únicamente vainilla” tendría que ser un diagnóstico de exclusión, que sólo se asigne después de descartar otras posibilidades (lo que incluye al insomnio inducido por consumo de sustancias; véase la p. 346).

El solo hecho de no poder discernir la etiología del insomnio, por supuesto, no implica que no tenga una causa; es sólo que no es posible señalarla. En ocasiones el insomnio puede comenzar por la presencia de ruido o algún otro tipo de estímulo que inhiba el sueño (cuando la imposibilidad para dormir se debe a un ambiente ruidoso o que por otras características no favorece el sueño, desde la perspectiva técnica no se considera que exista insomnio. La anomalía, como puede preverse, se denomina trastorno del sueño secundario al ambiente—pero no según el DSM-5).

Otro factor que contribuye es permanecer en actividad hasta justo antes de acostarse. El ejercicio vigoroso y las discusiones son dos de los tipos de actividades que pueden fomentar la falta de sueño; las personas necesitan un periodo silencioso para acceder al marco mental relajado que se requiere para la permitir la instauración del sueño. Una vez que el insomnio inicia, la tensión muscular que deriva del estado de vigilia y los pensamientos negativos persistentes (“Soy pésimo para dormir”) perpetúan el problema. El resultado son horas de frustración durante la noche, además de la fatiga y la disforia que se verifican al día siguiente.

¿Con qué frecuencia se presenta esta variedad de insomnio—que solía denominarse **insomnio primario**? En realidad nadie lo sabe. Si bien quizá una cuarta parte de los adultos se siente

inconforme con su sueño, quizá un porcentaje bajo, de un solo dígito, pudiera corresponder al diagnóstico de TI. Se identifica en particular en personas mayores y en mujeres. Al transcurrir el tiempo puede variar, pero su evolución suele ser crónica.

Curtis Usher

“Es casi de miedo. La hora a la que me voy a acostar no parece hacer diferencia—9:30, 10:00, 10:30. Como sea, mis ojos se abren a las 2:00 de la mañana, y permanecen así el resto de la noche”.

Curtis Usher había padecido este problema en forma recurrente durante años. En fecha reciente ocurría con más frecuencia. “Creo que suele ser más intenso entre semana. Cada vez que me acuesto me preocupo por el trabajo”.

Curtis era director de proyecto en una agencia de publicidad. Era un trabajo maravilloso cuando había muchos proyectos, pero eso no había ocurrido durante varios años. El jefe de Curtis era un poco tiránico, y disfrutaba decir que él no sufría dolores de cabeza; él los causaba. Curtis no padecía cefaleas, pero tampoco dormía mucho.

A la edad de 53 años, Curtis era un hombre saludable de hábitos regulares. Vivía solo desde que su esposa se había divorciado de él tres años antes, quejándose de que era soso. En ocasiones su novia se quedaba a dormir en su departamento, pero la mayor parte de las noches las pasaba en su cama viendo programas de televisión sin costo hasta que se sentía incapaz de mantenerse despierto. Nunca bebía o usaba drogas, y su estado de ánimo era bueno; ni él ni alguien más de su familia habían padecido alguna vez problemas mentales.

“No tomo siestas durante el día”, resumió Curtis, “pero quizá debiera hacerlo. No estoy seguro de estar rindiendo mucho en el trabajo”.

Evaluación de Curtis Usher

Resulta claro que Curtis tenía problemas para dormir—esto parecía incluir componentes iniciales y terminales (criterios A1 y A3 del TI)—que se habían presentado durante mucho más que los tres meses requeridos (D). A partir del relato de Curtis, esto ocurría varias veces por semana (C) y estaba disminuyendo su eficiencia laboral (B). Excepto por la permanencia ocasional de su novia, no existe más información que sugiera otras circunstancias que pudieran interferir con su oportunidad para dormir (E).

El reto verdadero es decidir si el insomnio de Curtis era un evento aislado o si sería necesario incluir en la codificación algún otro problema subyacente que estuviera destruyendo su capacidad para dormir. Si bien el caso clínico no cubre todas las posibilidades, toca algunos de los puntos principales.

Curtis quizá no cursaba con **otro trastorno mental** (H). Su estado de ánimo había sido demasiado bueno para diagnosticar un **episodio depresivo mayor**. Aunque le preocupaba su trabajo, no existe información que sugiera que cursara con la ansiedad de gran alcance típica del **trastorno de ansiedad generalizado**. No bebía ni utilizaba drogas (G); no existen datos que permitan excluir un **trastorno de la personalidad**, pero quizá estos trastornos sean infrecuentes como causa independiente de un trastorno del sueño.

Sólo se cuenta con la palabra de Curtis en cuanto a su buena salud para confirmar que no padecía alguna **otra afección médica** (de igual forma, criterio H); su clínico tendría que referirlo

para ser sometido a una valoración médica. ¿Y respecto a otros trastornos del sueño (F)? Curtis no tomaba siestas, lo que parecería descartar la **narcolepsia**. La **apnea del sueño** también parece poco probable: su anterior esposa se quejaba de que era soso, no de que roncara, entre otras cosas. Un **trastorno sueño-vigilia del ciclo circadiano, del tipo con fases del sueño retardadas** induciría un despertar tardío más que precoz, y no desarrollaba sueño a hora temprana, como ocurriría en el caso del **tipo con fases del sueño avanzadas**. El caso clínico carece de información que pudiera respaldar el diagnóstico de alguna parasomnia, como un **trastorno de pesadillas** o un **trastorno del despertar del sueño no REM**, como los **terrores nocturnos** o el **sonambulismo**.

Existen dos mecanismos que pudieran ayudar a explicar el insomnio de Curtis. Su ansiedad relacionada con el trabajo sería una (su jefe era exigente y la industria enfrentaba un periodo difícil). Además, con frecuencia se recostaba en su cama mientras veía la televisión. La relación entre esta actividad que implica mantener el estado de vigilia con la cama (mala higiene del sueño) podría estarlo condicionando a permanecer despierto.

En espera del resultado de su valoración médica, indico aquí el diagnóstico que yo asignaría a Curtis (con una calificación EEAG de 65 y un código Z que revela el área que necesita trabajarse):

F51.01 [307.42] Trastorno de insomnio, persistente
Z72.9 [V69.9] Problema del estilo de vida (mala higiene para el sueño)

El trastorno de ansiedad generalizada es relevante en el diagnóstico diferencial del TI. Al igual que los pacientes con este trastorno de ansiedad, los individuos con TI permanecen despiertos preocupándose (la diferencia es que su ansiedad se concentra en su incapacidad para dormir y también en pensar que deberían hacerlo). También es necesario mantenerse vigilantes para detectar una “depresión enmascarada”: debe interrogarse en forma cuidadosa sobre la presencia de otros síntomas vegetativos (apetito, pérdida ponderal) propios del episodio depresivo mayor al valorar a los pacientes que sólo parecen padecer TI.

F51.11 [307.44] Trastorno de hipersomnolencia

Los expertos en sueño adoptaron el término **hipersomnolencia** para sustituir el más familiar de **hipersomnia**, y ésta es la razón: este nuevo término describe mejor el hecho de que estas afecciones pueden inducir ya sea un proceso de sueño excesivo o un estado de vigilia con calidad inferior a la óptima. Esta última situación implica tanto la dificultad para despertar como aquélla para mantener una vigilia plena, lo que en ocasiones se denomina **inercia del sueño**—la sensación de no ser capaz de despertar por completo (o permanecer así) durante los periodos en que se requiere una alerta total. El trastorno de hipersomnolencia (TH) incluye condiciones en que existe hipersomnolencia que coinciden con otros trastornos médicos, mentales o del sueño, y algunas que en apariencia son aisladas.

Las personas con TH tienden a quedarse dormidas con facilidad y rapidez (con frecuencia en 5 min o menos), y pueden dormir hasta tarde al día siguiente. Si bien el tiempo total de sueño tiene probabilidad de aproximarse a 9 h o más, por cada 24 h, pueden percibir cansancio y somnolencia crónica tales que incluso tras el sueño nocturno normal necesiten tomar siestas

durante el día. Éstas tienden a ser largas y no refrescarles; no mejoran las cosas en gran medida. Estos individuos tienden a mostrar dificultad para despertar en la mañana, y pueden mantenerse atontados y tener problemas peculiares de desorientación, memoria y condición de alerta. En su condición de alerta limitada, pueden tener comportamientos más o menos automáticos, y mostrar conductas que no recuerdan a cabalidad más adelante.

Si bien no se cuenta con mucha información en torno al TH, quizá afecte casi por igual a varones y mujeres, e inicie cuando son jóvenes, por lo general en la adolescencia o alrededor de los 20 años. Pudiera afectar a hasta 1% de la población general.

Si bien la causa del TH no siempre es evidente, existen varias asociaciones conocidas. La deficiencia de hipocretina es menos común en los casos de TH que en la narcolepsia con cataplejía, no obstante en promedio su concentración es menor que en la población general. También es frecuente la existencia de un alelo (HLA DQB1*0602, para cualquiera que lleve el marcador), si bien nadie está en posición de afirmar que el TH es un fenómeno puramente genético. Algunos individuos con TH pueden experimentar dificultad para adaptarse al estrés; otros pudieran estar tratando de compensar alguna sensación de carencia en su vida. En cualquier caso, el resultado es un tiempo total de sueño que excede por mucho la norma, y hace que estas personas en ocasiones consuman medicamentos. Los estimulantes del sistema nervioso central pueden ayudar a reducir el tiempo de somnolencia; sin embargo, los tranquilizantes suelen empeorar la situación.

El TH puede presentarse con o sin alguna otra enfermedad médica o trastorno mental, pero no puede diagnosticarse si sólo se verifica a la par de otro trastorno sueño-vigilia.

Características esenciales del trastorno de hipersomnolencia

El paciente refiere somnolencia diurna intensa incluso después de haber dormido 7 h o más, toma siestas de manera repetida o se queda dormido durante el día, tiene dificultad para mantener un estado de vigilia pleno o duerme mucho (9 h por la noche o más), pero no bien (el sueño no es reparador).

La letra pequeña

Las D: • Duración (tres veces por semana o más durante tres meses o más) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, otros trastornos del sueño-vigilia o mentales, sueño normal).

Notas para codificación

Especificar si:

- Agudo.** Evolución inferior a un mes.
- Subagudo.** Evolución de uno a tres meses.
- Persistente.** Evolución de tres meses o más.

Especificar si:

- Con trastorno mental.**
- Con afección médica.**

Con otro trastorno del sueño. El diagnóstico no debe establecerse si la hipersomnolencia **sólo** se presenta a la par de otro trastorno del sueño.

En cada caso, codificar el trastorno coexistente.

Especificar la gravedad, que depende del número de días en que se presenta la dificultad para mantener un estado de alerta diurna:

Leve. Uno o dos días por semana.

Moderado. Tres a cuatro días por semana.

Grave. Cinco o más días por semana.

Colin Rodebaugh

Desde que tenía 15 años, Colin Rodebaugh había soñado con convertirse en un arquitecto. Había leído las biografías de Christopher Wren y Frank Lloyd Wright; en el verano, trabajaba en proyectos de construcción para aprender la manera en que se combinaban los materiales. Ahora tenía 23 años y estaba en el segundo año de Arquitectura, y no podía mantenerse despierto en las clases.

“Parece como si tuviera pesas colgadas de los párpados”, dijo. “Durante los últimos seis meses tengo que tomar una siesta dos o tres veces al día. Puede ser en la clase, a cualquier hora. Incluso me ocurrió una vez mientras le estaba haciendo el amor a mi novia —¡no después, sino mientras lo hacía!”

Colin refería sentirse cansado todo el tiempo, pero su salud parecía ser excelente. Su padre, un médico familiar de Arizona, había insistido en que se sometiera a una valoración física completa. Se le había interrogado de manera específica sobre el antecedente de debilidad súbita, pérdida del estado de conciencia o trastorno convulsivo, ninguno de los cuales padecía. Su madre se dedicaba la psicología clínica en Oregón, y estaba dispuesta a defender su salud mental.

“Duermo suficiente durante la noche—por lo menos 9 h. Ese no es el problema. Es que rara vez me siento descansado, de manera independiente a cuánto tiempo duermo. Si tomo una siesta, me despierto sintiéndome tan atontado como cuando me dormí”.

Incluso, además del problema para dormir de Colin, la escuela le resultaba frustrante. Aunque tenía capacidad técnica, había descubierto que no tenía el ojo para el diseño con que contaban algunos de sus compañeros. Durante el semestre anterior se había dado cuenta de que tenía talento para dibujar, no para diseñar. Su asesor no se había opuesto cuando hablaron sobre un posible cambio de carrera.

Evaluación de Colin Rodebaugh

Al igual que en el caso del insomnio, la primera tarea al valorar la hipersomnolencia consiste en descartar las muchas otras condiciones que pudieran inducirla. Si bien el caso clínico no contiene toda la información que el clínico de Colin requeriría, menciona los puntos principales.

Quizá las **enfermedades físicas** son los elementos más importantes a considerar en este diagnóstico diferencial. A partir de la valoración médica reciente, Colin parecía estar saludable. Por otra parte, carecía de antecedentes de debilidad súbita o pérdida de la conciencia, que pu-

dieran revelar un cuadro de **epilepsia psicomotora** (de acuerdo con el criterio F del DSM-5, un paciente puede cursar con una afección médica y recibir también el diagnóstico de TH, en tanto la primera no explique del todo el problema del sueño). Se carece de información acerca del consumo de sustancias (E); el clínico de Colin tendría que evaluar eso. Por lo menos su madre, una profesional de la salud mental, consideraba que no existía indicio de algún otro trastorno mental (también criterio F).

La **narcolepsia** es otro trastorno del sueño que induce somnolencia diurna (D). Sin embargo, estos individuos de manera característica se refrescan al tomar siestas breves, en tanto Colin permanecía atontado. El clínico podría interrogar a la novia de Colin en torno a si roncaba o presentaba otros síntomas que sugirieran **apnea del sueño**. El **tiempo insuficiente para el sueño nocturno** parece también una posibilidad evidente que en ocasiones se pasa por alto (debe sospecharse en individuos que duermen menos de 7 h por la noche). Colin sentía que dormía lo suficiente, 9 h o más cada noche, de manera que no se consideraría que sufriera privación de sueño (A).

A partir del caso clínico es posible deducir que el trastorno de sueño de Colin había durado alrededor de seis meses, y se presentaba casi todos los días, a diario mientras estaba en clases (B y C). En definitiva, yo incluiría en su valoración alguna mención del problema que estaba teniendo con la escuela; ayudaría a señalar el camino hacia una intervención terapéutica. Su calificación EEAG sería cercana a 65.

F51.11 [307.44] Trastorno de hipersomnolencia, persistente, grave
Z55.9 [V62.3] Desempeño escolar inadecuado

¿Un adolescente o universitario que se muestra malhumorado y le gusta dormir?

Bueno, si el comportamiento se debe al síndrome de Kleine-Levin (SKL) —uno entre muchísimos trastornos a los que abarca el diagnóstico de TH con otra afección médica— puede ser tanto inusual como estresante. ¿Qué tan inusual? Con 500 pacientes reportados en todo el mundo, el SKL pudiera ser el trastorno más raro (por varios grados de magnitud) que se menciona en el DSM-5. Si usted encuentra a algún paciente de este tipo, esto es lo que debería esperar.

Entre los casos de SKL, 80% inicia en la adolescencia. Con una proporción 2:1 o 3:1, predomina en varones, no obstante pudiera ser más grave cuando se verifica en mujeres. Todos los pacientes experimentan hipersomnolencia intensa—duermen de 12 a 24 h por día (el promedio y la mediana corresponden a 18 h). Además, casi todos los afectados experimentan anomalías de la cognición: desrealización, perplejidad y, quizá, pérdida de la concentración o problemas de la memoria (algunos individuos cursan con amnesia completa de los episodios). Los pacientes se muestran groseros o tienden a discutir y mostrarse irritables, en particular si se les impide dormir. Cuatro de cada cinco muestran un cambio de la conducta alimentaria: de manera específica, consumo voraz (que rebasa por mucho el punto de plenitud), no obstante lo cual no tiene lugar el comportamiento de purgado que caracteriza a los afectados por bulimia nerviosa.

En dos de cada tres casos, el lenguaje también presenta anomalías: los pacientes desarrollan mutismo o falta del lenguaje espontáneo; hablan tan sólo con monosílabos, o la expresión verbal es lenta, farfullante o incoherente. Casi la mitad experimenta de igual manera hipersexualidad—algunos

se exhiben o masturban en forma abierta, o hacen propuestas sexuales inapropiadas a otros. Al mismo tiempo, casi la mitad refiere estado de ánimo depresivo, que suele remitir al final de cada episodio. Entre los cuadros casi todos los afectados parecen por completo normal.

Se desconoce la etiología del SKL. En ocasiones inicia con una infección, quizá incluso tan leve como un resfriado; en algunos casos se precipita por un evento cerebrovascular, un tumor u otro trastorno neurológico, como la esclerosis múltiple. Los episodios duran entre una y tres semanas, y es característico que reincidan varias veces al año. Este patrón persiste quizá unos ocho años, o en promedio 12 episodios. Entonces, sin razón aparente, justo como comenzó, vuelve a desaparecer. Quienes siguen presentando episodios suelen encontrar que se han moderado en gran medida.

Si usted identifica a un paciente de este tipo, escriba la historia clínica para publicarla—y envíeme una copia.

Narcolepsia

La narcolepsia es un síndrome de somnolencia excesiva que se ha reconocido desde cerca de 1880. El cuadro clásico incluye cuatro síntomas: crisis de sueño, cataplejía, alucinaciones y parálisis del sueño. La mayor parte de las personas afectadas no desarrolla todos los síntomas, no obstante el cuadro clínico puede parecer extraño en grado suficiente para que se establezca en ellas el diagnóstico erróneo de algún trastorno mental no vinculado con el sueño.

- Los periodos de sueño REM inician pocos minutos después de que la persona se queda dormida, en vez de verificarse tras la hora y media usual (en pacientes mayores, la latencia del sueño tiende a prolongarse). En muchas ocasiones incluso aparecen en el estado de vigilia normal, lo que genera una urgencia irresistible para dormir. Estas crisis de sueño tienden a ser breves, y duran de pocos minutos hasta más de una hora. En contraste con la somnolencia que manifiestan con frecuencia los pacientes con trastorno de hipersomnolencia, el sueño es refrescante—excepto en niños, quienes pudieran despertar sintiéndose cansados. A continuación se presenta un periodo refractario de 1 h o más, durante el cual el individuo se mantiene completamente despierto. Las crisis de sueño pueden ser desencadenadas por el estrés o las experiencias emocionales (de manera común, experiencias positivas como los chistes o la risa). La somnolencia diurna que se desarrolla con frecuencia, es la queja más temprana de los individuos con narcolepsia.
- El síntoma más dramático de la **cataplejía**—un periodo breve y súbito de parálisis que puede afectar a casi todos los músculos voluntarios, si bien en ocasiones tan sólo afecta grupos musculares específicos, como la mandíbula o las rodillas. Cuando todos los músculos se afectan, el paciente puede colapsarse por completo. Si se afectan menos grupos musculares o si la crisis es breve, la cataplejía casi puede pasarse por alto. Los episodios de cataplejía pudieran ocurrir a la par de los ataques de sueño, pero pueden ser independientes, sin pérdida del estado de conciencia. Con frecuencia se precipitan con las emociones intensas, como la risa, el llanto o la ira, o incluso el orgasmo. La cataplejía suele desarrollarse en el transcurso de algunos meses del inicio de la hipersomnolia (las lesiones cerebrales, como tumores, infecciones o lesiones, pueden inducir cataplejía en algunas personas, sin que la acompañen los otros síntomas de la narcolepsia).

Los niños pequeños, en particular quienes han tenido una evolución corta, pudieran no mostrar cuadros clásicos de cataplejía; en vez de esto, experimentan episodios de movimientos mandibulares, gesticulación o extrusión de la lengua, que pueden ocurrir incluso sin evidencia de desencadenantes emocionales. Estas crisis en forma gradual se transforman en un cuadro más característico de cataplejía.

- Las alucinaciones, que son ante todo visuales, pueden ser los primeros síntomas de la narcolepsia. Constituyen un indicio de que el sueño REM está invadiendo de pronto el estado de vigilia, ya que las alucinaciones ocurren cuando el paciente va a dormir o despertar.
- La parálisis del sueño puede ser aterradora: el paciente tiene la sensación de estar despierto pero ser incapaz de moverse, hablar o incluso respirar en forma adecuada. La parálisis del sueño se asocia a la ansiedad y el temor de morir; en ocasiones dura menos de 10 min y puede acompañarse de alucinaciones visuales o auditivas.

El sueño REM es una fase de sueño superficial. El acrónimo deriva de *rapid eye movements*—detrás de los párpados cerrados, los ojos se mueven hacia adelante y atrás durante el sueño—periodo durante el cual ocurren también casi todos los sueños que podemos recordar. Durante el sueño REM normal, los músculos esqueléticos se paralizan, lo que de ordinario no detectamos debido a que estamos dormidos y seguros. El sueño REM ocurre durante toda la noche, y por lo general inician cerca de 90 min después de que conciliamos por primera vez el sueño, y corresponde a entre 20 y 25% del tiempo total de sueño. Durante el sueño REM la frecuencia cardíaca y la respiración son irregulares; los sueños son intensos y tienden a recordarse; pueden presentarse erecciones del pene o el clítoris.

Una historia clínica característica que incluya por lo menos tres de los cuatro síntomas clásicos (como se describe antes) constituye evidencia de presunción apropiada para la narcolepsia. Sin embargo, puesto que se trata de un trastorno crónico que puede ser difícil de manejar e implica un tratamiento de por vida, el diagnóstico debe confirmarse mediante estudios de laboratorio apropiados. En ese sentido, se implicó en fecha reciente al neuropéptido hipocretina (en ocasiones denominado orexina). Sintetizado en la región lateral del hipotálamo, promueve el estado de vigilia. Los pacientes con narcolepsia con frecuencia cuentan con concentraciones mucho menores que las normales, quizá debido a la destrucción de algunas de las neuronas que los sintetizan por un proceso autoinmunitario. Estos hallazgos tienen solidez suficiente como para haberse incluido en los criterios del trastorno.

Con gran tendencia hereditaria, la narcolepsia afecta por igual a varones que a mujeres. Aunque es infrecuente, no es para nada rara, y se observa en cerca de una persona de cada 2 000. De manera característica inicia cuando el paciente es un niño o adolescente, pero casi siempre surge antes de la edad de 30 años. Una vez que comienza, suele desarrollarse con lentitud y constancia. Puede conducir al desarrollo de depresión, impotencia, problemas de tipo laboral, e incluso accidentes en la vía pública o el sitio de trabajo. Entre sus complicaciones se encuentran la ganancia ponderal y el consumo inapropiado de sustancias, con el objetivo de mantener la

vigilia diurna. Los trastornos del estado de ánimo y el trastorno de ansiedad generalizada son en ocasiones concomitantes.

Los pares de palabras que se analizan abajo son casi homófonos, pero es necesario identificar las diferencias en forma cuidadosa. La **cataplejía** deriva del griego, y significa “caer”; se trata de un síntoma breve—por lo general, con duración de 2 min o menos, de la narcolepsia. La **catalepsia** (“mantenerse abajo”) es una variedad de inmovilidad prolongada que se verifica en la catatonía.

Hipnagógico e **hipnopómpico** son dos términos que tienen uso amplio en la descripción de eventos que tienen lugar cuando se está conciliando el sueño o despertando, respectivamente (del griego, *hypno* = “sueño”, *gogicos* = “conducir”, *pompe* = “escortar”). Y debe observarse también su ortografía: hipna e hipno—otro regalo más de los griegos.

Características esenciales de la narcolepsia

El paciente no puede resistirse a las crisis de sueño diurno, que se relacionan con cataplejía (véanse el texto entre barras previo), concentración baja de hipocretina en el líquido cefalorraquídeo y disminución de la latencia del sueño REM en la polisomnografía nocturna. La cataplejía suele asociarse a una emoción intensa, como la risa.

La letra pequeña

Las D: • Duración (varias veces por mes durante tres meses o más) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo, apnea del sueño).

Notas para codificación

Especificar:

G47.419 [347.00] Narcolepsia sin cataplejía pero con deficiencia de hipocretina.

G47.411 [347.01] Narcolepsia con cataplejía pero sin deficiencia de hipocretina (infrecuente).

G47.419 [347.00] Ataxia cerebelosa, sordera y narcolepsia de herencia autosómica dominante o **narcolepsia, obesidad y diabetes mellitus tipo 2 de herencia autosómica dominante.**

G47.429 [347.10] Narcolepsia secundaria a otra afección médica.

G47.8 [780.59] Otro trastorno del ciclo sueño-vigilia especificado: narcolepsia con cataplejía con deficiencia de hipocretina u otro trastorno del ciclo sueño-vigilia especificado: narcolepsia con cataplejía sin determinación de la concentración de hipocretina.

(Las últimas dos afecciones relacionadas con la narcolepsia quizá se encuentren entre las que se identifican con más frecuencia, no obstante no se citan de manera específica en el DSM-5. Estos códigos “otro... especificado” son los que deben utilizarse—por lo menos por el momento). Para cada variedad debe codificarse también la condición mental subyacente.

Especificar la gravedad:

Leve. Catapleja menos de una vez por semana; sólo una o dos siestas por día.

Moderado. Catapleja de una a siete veces por semana; siestas diurnas múltiples, afectación del sueño nocturno.

Grave. Catapleja refractaria al uso de fármacos; crisis múltiples durante el día, afectación del sueño nocturno.

Emma Flowers

“Ha sido así durante varios años. Sólo que ahora es peor”, dijo Eric Flowers, esposo de Emma. La había llevado a la clínica porque ella sentía que ya no podía conducir con seguridad.

Se había desplomado en la silla que estaba al lado de la de Eric. Su barbilla descansaba sobre su pecho, y su brazo izquierdo colgaba a un lado. Había permanecido en un sueño profundo durante varios minutos. “Si no hubiera estado sentada, se hubiera caído”, dijo Eric. “La he tenido que cachar media docena de veces”.

Siendo adolescente, Emma tenía sueños vívidos y en ocasiones espeluznantes, que se presentaban cuando se estaba quedando dormida, incluso si sólo se trataba de una siesta breve durante la tarde. Para la época en que se casó con Eric tenía “ataques de sueño” ocasionales, en los que presentaba una urgencia irresistible por acostarse y tomar una siesta breve. En los años siguientes, estas siestas se hicieron más frecuentes. Ahora, a los 28 años, Emma tomaba siestas de alrededor de 10 min cada 3 o 4 h a lo largo del día. Su sueño nocturno parecía completamente normal para ella, pero Eric consideraba que en ocasiones brincaba o se movía mucho mientras estaba dormida.

Eran las crisis con caídas las que habían inducido a esta valoración. Al inicio, Emma había notado sólo cierta debilidad en los músculos de su cuello cuando se sentía somnolienta. En el transcurso de un año, la debilidad se había incrementado, hasta que ahora afectaba a todos los músculos voluntarios de su cuerpo. Podía presentarse en cualquier momento, pero por lo general se asociaba al desarrollo de una somnolencia súbita. En esas ocasiones parecía perder toda su fuerza, y a veces esto era tan de improviso o que ni siquiera tenía tiempo para sentarse. Entonces, se caía, justo en el sitio en que estaba parada, aunque con frecuencia permanecía conciente. El día de hoy había ocurrido mientras estaba sentada. Una vez le había pasado mientras trataba de estacionar el auto. Había consultado a un neurólogo un mes antes, pero el electroencefalograma no había revelado evidencia de algún trastorno convulsivo, y su resonancia magnética nuclear había sido normal.

Emma se movió, bostezo y abrió sus ojos. “Lo hice de nuevo, ¿verdad?”

“¿Te sientes mejor?, preguntó su esposo.

“Siempre es así, ¿no?”

Evaluación de Emma Flowers

Este caso clínico ilustra casi todos los síntomas típicos de la narcolepsia: ataques repetidos de sueño incontrolable (criterio A) durante el día; cataplejía (que no hace que el paciente caiga de manera invariable, y durante la cual el individuo puede permanecer despierto; B1a). Algunos afectados desarrollan sueños vívidos que se verifican al inicio del sueño, así como parálisis del sueño, que también se presenta durante el sueño REM normal pero no se percibe.

La **apnea del sueño** también induce somnolencia diurna, pero suele ocurrir en pacientes varones de edad intermedia o mayores. El diagnóstico diferencial debe incluir también todas las otras causas potenciales de somnolencia excesiva: **trastornos del sueño inducidos por sustancias; episodio depresivo mayor con características atípicas**; distintos **trastornos cognitivos** (en particular, delirium); y una gran variedad de **afecciones médicas**, como hipotiroidismo, epilepsia, hipoglucemia, miastenia grave, esclerosis múltiple, y **afecciones neurológicas** más raras, como los síndromes de Kleine-Levin y Prader-Willi. Por supuesto, el clínico de Emma debería descartar cada uno de ellos. No debe olvidarse el simple **sueño insuficiente** y el **trastorno sueño-vigilia del ciclo circadiano, del tipo con fases del sueño retardadas**—los dos, en esencia propios de la adolescencia.

Si bien los síntomas clínicos de Emma cumplen los requisitos del DSM-5 para la narcolepsia, y permiten determinar el tipo para codificación, ella tendría que someterse a una punción lumbar para cuantificar la hipocretina en el líquido cefalorraquídeo. No estoy seguro de que ella (o muchos otros pacientes) aceptara someterse al procedimiento para obtener un beneficio tan limitado. La narcolepsia y la cataplejía casi siempre se asocian a una concentración baja de hipocretina, de tal manera que, con una calificación EEAG de 60, su diagnóstico casi con certeza resultaría el siguiente:

G47.8 [780.59] Narcolepsia con cataplejía, con concentración de hipocretina desconocida

El DSM-5 señala que las pruebas de laboratorio se utilizan cada vez más para la valoración y el diagnóstico de los trastornos del sueño, al grado de que ahora constituyen un requisito para la validación de ciertos diagnósticos. Una de ellas, la **prueba de latencias múltiples del sueño**, consiste en un estudio que se realiza mediante polisomnografía en un laboratorio de sueño. Descrita por vez primera por Dement y Carskadon en 1977, es el estándar a partir del cual se nos recomienda identificar la hipersomnolencia. Esta es la forma en que se realiza:

Durante un periodo normal de vigilia en el paciente, en una habitación silenciosa y oscurificada, se registra un EEG durante periodos de siesta. Después de 20 min, se despierta al paciente, y 2 h después se le solicita que vuelva a tomar otra siesta. Este procedimiento se repite cada 2 h hasta un total de cuatro o cinco sesiones. Cada episodio de sueño se interrumpe tan pronto como se detecta sueño REM, con el objetivo de conservar cierta presión REM para los episodios subsecuentes. Los tiempos que transcurran hasta que el paciente se queda dormido (latencia del sueño) se promedian, y el valor obtenido se utiliza para establecer el diagnóstico. Una calificación de 5 min suele considerarse relevante para el diagnóstico de narcolepsia, no obstante los tiempos tienden a incrementarse un poco con la edad.

La prueba de latencias múltiples del sueño no es específica para la narcolepsia: se identifican calificaciones positivas en algunos individuos con apnea del sueño o privación de sueño, e incluso en algunas personas (2 a 4%) asintomáticas.

Trastornos del sueño relacionados con la respiración

G47.33 [327.23] Apnea-hipopnea obstructiva del sueño

Apnea central del sueño

El concepto de **apnea** es simple: implica tan sólo la ausencia de respiración. **Hipopnea**—respiración superficial o infrecuente—ha recibido definiciones diversas. Por convención, se refiere ahora a un periodo de por lo menos 10 s durante el cual el flujo de aire se reduce 30% o más, y la saturación de oxígeno en la sangre disminuye como mínimo 4%.

Como quizá haya adivinado, también existe un cuadro mixto. Inicia con una apnea central y termina con una apnea obstructiva.

Éstos son dos trastornos del sueño-vigilia que pueden provocar la muerte. Durante periodos de 10 s hasta 1 min o más durante el sueño (en ningún momento mientras el paciente está despierto), el flujo de aire a través de las vías respiratorias superiores se detiene por completo. El intercambio de gases se deteriora, lo que da a quienes sufren el trastorno una probada de asfixia cada vez que se van a dormir.

En la variedad obstructiva, la más frecuente, el tórax se desplaza al tiempo que el paciente trata de inhalar, pero los tejidos de la boca y la faringe impiden el flujo normal del aire. Esto puede durar hasta 2 min, y culmina con un ronquido en extremo intenso. Todo esto puede no ser evidente para el enfermo, pero el compañero de cama suele identificarlo con claridad. La mayor parte de los pacientes experimenta mucho más que 30 cuadros de este tipo cada noche.

En la variedad central menos frecuente (que comprende diversas etiologías potenciales), el paciente simplemente deja de hacer algún esfuerzo para respirar—el diafragma toma un descanso, por decirlo así. Es posible que existan ronquidos, pero no suelen ser prominentes. Los varones afectados pueden referir en especial hipersomnolencia, y las mujeres insomnio. Debe observarse que los pacientes no necesitan presentar síntomas para calificar para este diagnóstico; los hallazgos polisomnográficos son suficientes. Sin embargo, estos individuos de manera característica observan que despiertan por la noche, con disnea, y en consecuencia se sienten somnolientos al día siguiente. Esta condición es frecuente en quienes tienen uso crónico de opioides o a la par de enfermedades neurológicas o médicas graves—trastornos que existen pocas posibilidades de identificar fuera del servicio de medicina crítica (la respiración de Cheyne-Stokes se identifica en personas que sufrieron un evento cerebrovascular en fecha reciente e insuficiencia cardíaca).

De manera independiente a la variedad, la sangre de un paciente con apnea del sueño muestra depleción de oxígeno hasta que se restablece la respiración. Muchas veces los enfermos no están concientes de estos eventos, si bien algunos pudieran presentar un despertar parcial o completo. Además de roncar y cursar con somnolencia diurna, son frecuentes los problemas de hipertensión y arritmias; los pacientes también pudieran referir cefalea matutina e impotencia. Durante la noche algunos afectados se muestran inquietos, patean la ropa de cama (o a los compañeros de cama), se levantan o incluso caminan. Otras secuelas incluyen irritabilidad y disfunción cognitiva, que se manifiesta por tendencia a la distracción, problemas para la percepción o la memoria, o desconcierto. Los pacientes pueden experimentar también sudoración

intensa y alucinaciones al comenzar a dormir, hablar despiertos o tener terrores nocturnos. La nicturia (levantarse durante la noche para ir a orinar) se vincula con frecuencia con la apnea del sueño, no obstante se desconoce la razón.

La apnea-hipopnea obstructiva del sueño afecta quizá a 5% de la población general, porcentaje que se incrementa con la edad hasta cerca de 20% a los 65 años. Además de la edad avanzada, otros factores de riesgo son obesidad (talla del cuello de la camisa superior a 16½ en varones adultos), etnicidad afroamericana, y sexo masculino y embarazo (que se excluyen entre sí). Tiene gran tendencia a distribuirse en familias, y cuenta con una base genética. El tejido amigdalino hipertrófico puede poner incluso a niños muy pequeños en riesgo.

Puesto que la apnea del sueño tiene potencial de ser letal, siempre debe descartarse en el diagnóstico diferencial ya sea de la hipersomnolencia o del insomnio. Su detección y manejo rápidos pueden salvar la vida. Si bien un compañero de cama observador puede aportar una evidencia casi definitiva de la apnea del sueño, en la actualidad un requisito para el diagnóstico es la confirmación mediante polisomnografía.

Los síntomas son similares en las dos variedades, y su discriminación depende de los hallazgos polisomnográficos específicos, de manera que se incluye sólo un caso clínico.

Los criterios convierten a la apnea central del sueño en uno de los pocos diagnósticos del DSM-5 que no puede sustentarse tan sólo con bases clínicas. No se describen características clínicas. Aunque el retraso mental, ahora discapacidad intelectual, implicaba antes la realización de una prueba de CI, incluso ese requisito (para los grados de intensidad) fue desechado por el DSM-5. Aún así, con los requisitos para el trastorno del sueño me preocupa que pudiéramos estar atestiguando el surgimiento de un cambio hacia un mundo en el que el diagnóstico de la salud mental deje de ser una disciplina clínica para convertirse en una que habite en el laboratorio.

Características esenciales de la apnea-hipopnea obstructiva del sueño

Un paciente refiere somnolencia diurna que derivan de problemas respiratorios nocturnos: pausas (con frecuencia prolongadas) de la respiración, seguidas por ronquidos o aspiraciones forzadas ruidosas. La polisomnografía revela apneas e hipopneas obstructivas.

La letra pequeña

Para el diagnóstico se precisan por lo menos cinco apneas o hipopneas por hora, a menos que la historia clínica revele que no existen síntomas respiratorios nocturnos o somnolencia diurna; en ese caso, deben existir 15 episodios de apnea/hipopnea por hora.

Las D: no existen.

Notas para codificación

Codifique la intensidad, con base en el número de apneas/hipopneas por hora:

Leve. Menos de 15.

Moderada. De 15 a 30.

Grave. Más de 30.

Características esenciales de la apnea central del sueño

Por cada hora de sueño, la polisomnografía del paciente revela cinco apneas centrales del sueño o más.

La letra pequeña

Las D: • Diagnóstico diferencial (otros trastornos del ciclo sueño-vigilia).

Notas para codificación

Especificar:

G47.31 [327.21] Apnea central del sueño idiopática.

R06.3 [786.04] Respiración de Cheyne-Stokes (patrón de incremento y disminución progresiva de la respiración, con despertares frecuentes; véase el texto).

G47.37 [780.57] Apnea central del sueño concomitante a uso de opioides.

Codificar la intensidad con base en el número de apneas/hipopneas por hora, y el grado de saturación de oxígeno y fragmentación del sueño. El DSM-5 no aporta alguna orientación adicional.

Roy Dardis

“Supongo que ha ocurrido durante 30 años o más”, dijo Lily Dardis. Se refería a los ronquidos de su esposo. “Yo solía dormir profundamente, de manera que no me molestaba. En fecha reciente ha padecido artritis, que me ha mantenido despierta. Roy hace que las ventanas se cimbrén”.

Mientras permanecía despierta por la noche esperando que el analgésico hiciera efecto, Lily tenía oportunidad de estudiar en forma detallada los hábitos de sueño de su esposo. Al igual que quienes duermen sobre su espalda, Roy siempre había hecho mucho ruido al respirar durante la noche. Pero a intervalos aproximados de 5 min dejaba de respirar. Después de entre 20 o 30 s, durante los cuales su tórax subía y bajaba, por fin comenzaba a respirar con un ronquido tremendo. Esto iba seguido con rapidez por varios ronquidos adicionales más intensos que los usuales. “Es un milagro que los vecinos no se quejen”, dijo Lily.

Roy Dardis era un hombre alto de enorme volumen—un testimonio de la cocina campirana de Lily. Él pensaba que siempre había roncado un poco; su hermano, con quien compartía una

habitación siendo niño, solía hacerle bromas al respecto. Por supuesto, como le decía de broma, el escándalo no le molestaba porque él estaba dormido todo el tiempo. El malestar de Roy consistía en que no se sentía descansado. Tendía a cabecear, ya fuera que se encontrara en el trabajo o viendo la televisión, lo que le hacía sentirse molesto.

Por las mañanas, Roy despertaba muchas veces con una cefalea que parecía localizada a la región frontal de la cabeza. Por lo general, dos tazas de café concentrado resolvían la cefalea.

Evaluación de Roy Dardis

Lily Dardis presentó evidencia sólida de que Roy cursaba con apnea del sueño: observó que Roy tenía muchos periodos en los que dejaba de respirar, para luego reiniciar con un ronquido extrafuerte. A partir de su descripción de sus esfuerzos respiratorios durante los periodos de apnea, el cuadro parecería corresponder a una apnea del sueño de tipo obstructivo. El volumen corporal de Robert, su cefalea matutina y su referencia de quedarse dormido durante el día también son típicos de la apnea del sueño. Un clínico debe interrogar a cualquier paciente como Roy en relación con la presencia de alucinaciones al estar conciliando el sueño, cambios de la personalidad (irritabilidad, agresividad, ansiedad, depresión), pérdida del interés sexual, impotencia, terrores nocturnos y sonambulismo; todos estos síntomas se identifican con frecuencia variable en la apnea del sueño. Los afectados también cursan muchas veces con cardiopatía, hipertensión arterial, evento cerebrovascular y consumo de alcohol, no obstante algunas de éstas son sin duda complicaciones y no causas.

Deben descartarse otras causas de hipersomnolencia, no obstante no parecerían apropiadas en el caso de Roy. La somnolencia diurna y las alucinaciones hipnagógicas se presentan en la **narcolepsia**, pero Roy carecía de cataplejía y sus siestas diurnas no resultaban refrescantes. Por supuesto, muchas personas normales en otros sentidos roncan, y esto debe tomarse en consideración en el diagnóstico diferencial de cualquier paciente cuyo malestar principal sea el ronquido.

A pesar de la historia clínica típica de Roy, deben solicitarse estudios de laboratorio de sueño; además de la polisomnografía como requisito para el diagnóstico, sería necesario valorar la saturación de oxígeno de su sangre durante una crisis de apnea. Deben valorarse otros trastornos mentales (en particular **trastornos del estado de ánimo y de ansiedad**) y **trastornos relacionados con sustancias**. Algunos de estos—en especial el **trastorno depresivo mayor**, el **trastorno de pánico** y el **trastorno neurocognitivo mayor**—pueden identificarse como diagnósticos concomitantes.

Roy tenía una calificación EEAG de 60. Se supone que la calificación de gravedad debe basarse en la polisomnografía. Sin embargo, sobre una base clínica yo juzgaría que Roy tenía un compromiso por lo menos moderado como consecuencia de su trastorno, y ese es el nivel que yo le asignaría—por lo menos hasta que se sometiera a algunas pruebas:

| | |
|-----------------|--|
| G47.33 [327.23] | Apnea-hipopnea obstructiva del sueño, moderada |
| E66.9 [278.00] | Obesidad |

Hipoventilación relacionada con el sueño

La salud y el bienestar demandan una regulación constante de los gases en sangre: oxígeno (O₂) alto, lo que implica un valor de 95% o más; bióxido de carbono (CO₂) adecuado—no demasiado alto ni demasiado bajo—en el intervalo de 23 a 29 mEq/L. El organismo humano logra esto me-

diante retroalimentación simple: la disminución del O_2 o la elevación del CO_2 envían señales al centro respiratorio del cerebro indicando que los pulmones necesitan trabajar más duro. A pesar de esto, en las personas con hipoventilación relacionada con el sueño los quimiorreceptores y la red neuronal medular (tallo cerebral) no son capaces de enviar una señal correcta de este tipo, de manera que la respiración sigue siendo superficial. Mientras están despiertas, estas personas pueden compensar con una respiración intencional más rápida o profunda, pero durante el sueño estas estrategias fallan y su respiración se vuelve incluso más superficial. Los síntomas suelen agravarse durante el sueño, y suelen ocurrir periodos de apnea, en que la respiración se detiene por completo.

Esta condición se identifica ante todo en personas con sobrepeso intenso o que padecen enfermedades como distrofia muscular, poliomielitis, esclerosis lateral amiotrófica, y tumores u otras lesiones de la médula espinal o el sistema nervioso central. Casi todos los pacientes adultos (por lo general varones de entre 20 y 50 años) no refieren problemas para respirar, pero sí el desarrollo insidioso de somnolencia diurna, fatiga, cefalea matutina, despertares nocturnos frecuentes y sueño no reparador. También pueden presentar edema en tobillos y cianosis, que revela un déficit de oxígeno. Incluso dosis bajas de sedantes o narcóticos pueden agravar en gran medida la respiración ya inadecuada. Desgraciadamente, también puede afectar a niños pequeños (véase el texto entre barras siguiente).

A pesar de los muchos indicios, como somnolencia diurna, fatiga y cefalea matutina, los criterios del DSM-5 dependen por completo de los resultados de la polisomnografía para el diagnóstico. El síndrome es infrecuente, de manera que no se incluye algún caso clínico.

Características esenciales de la hipoventilación relacionada con el sueño

El registro polisomnográfico de un paciente revela periodos de disminución de la respiración, con elevación de las concentraciones de CO_2 .

La letra pequeña

Las D: • Diagnóstico diferencial (otros trastornos del ciclo sueño-vigilia).

Notas para codificación

Especificar:

G47.34 [327.24] Hipoventilación idiopática.

G47.35 [327.25] Hipoventilación alveolar central congénita.

G47.36 [327.26] Hipoventilación relacionada con el sueño con afección comórbida (secundaria a un trastorno médico, como neumopatía, obesidad o distrofia muscular).

Codificar la gravedad con base en la concentración de CO_2 y la saturación de O_2 .

Incluso en reportes de investigación, la hipoventilación relacionada con el sueño, en ocasiones se denomina maldición de Ondina. El nombre hace referencia a la leyenda de Ondina (en ocasiones,

Undín), una ninfa acuática que se enamoró de un caballero. Ondín sabía que perdería su inmortalidad si se casaba con un humano y concebía un hijo de él. En aras del amor, se lanza de cualquier forma y, como consecuencia, comienza a envejecer. Al tiempo que su belleza se escapa, lo mismo ocurre con el afecto de su marido. Cuando lo encuentra roncando en los brazos de otra mujer, le recuerda que le había jurado “fidelidad a cada respiro del día”. Pronuncia entonces la maldición de que él seguirá respirando tan sólo en tanto permanezca despierto. Cuando, de manera inevitable se queda dormido, muere.

La leyenda no revela la razón por la cual la maldición de una Ondín mortal pudo conservar su fuerza, y sigue sin poder explicarse la razón por la cual el término suele vincularse tan sólo la variedad congénita de la hipoventilación. Sin embargo, uno de cada 50 000 nacidos vivos—lo que puede seguirse hasta una mutación esporádica que sufre el *PHOX2B*, un gen del cromosoma 4 que se transmite con un patrón autosómico dominante—el niño simplemente no respira mientras duerme. Estos niños suelen morir jóvenes, si bien en fechas recientes algunos han sobrevivido hasta una edad adulta casi normal mediante la realización de una traqueostomía y la aplicación de respiración mecánica asistida durante la noche.

Trastornos sueño-vigilia del ciclo circadiano

La palabra **circadiano** proviene del latín, en que significa “cerca de un día”. Hace referencia a los ciclos corporales del sueño, la temperatura y la síntesis de hormonas, que determina el núcleo supraquiasmático de la región anterior del hipotálamo, en el cerebro. Cuando no existen indicios externos relativos al horario (luz diurna natural o elementos artificiales como los relojes), el ciclo humano natural tiene una duración cercana a 24 h, 9 min—una discrepancia demasiado pequeña para generar alguna dificultad grave en la mayor parte de los individuos. Sin embargo, una correspondencia inapropiada entre los ritmos corporales naturales y las demandas laborales o de la vida social trae consigo somnolencia, sopor indeseables, o ambos.

El ciclo sueño-vigilia circadiano normal se modifica a lo largo de la vida. Se prolonga durante la adolescencia; esa es una de las razones por la que los adolescentes tienden a permanecer despiertos hasta hora avanzada de la noche y duermen hasta tarde. Se acorta con la edad avanzada, y hace que las personas mayores se queden dormidas por la tarde mientras leen o ven la televisión, y esto les genera más dificultades para adaptarse a los turnos laborales cambiantes y el cambio de husos horarios.

¿Qué le ocurrió al trastorno de adaptación por cambio de huso horario? En el DSM-IV era una de las anomalías potenciales del ritmo circadiano. Pero debido a que es tan frecuente, breve y (en realidad, si se piensa bien) normal para nuestra sensibilidad vinculada con el uso de aviones, se le retiró del panteón de los trastornos del DSM. Aún así, pudiera resultar útil mencionar sus síntomas.

Es probable que usted mismo lo haya padecido. Después de un viaje en el que se pasa por varias zonas horarias, se experimentan crisis de somnolencia intensa y fatiga. Quizá, al igual que otras personas, usted percibió náusea o tuvo algunos otros síntomas similares a los de la influenza. Pero al segundo día comenzó a adaptarse a esta nueva zona horaria, y en el transcurso de unos cuantos días volvió a sentirse bien.

Casi las personas descubren que la adaptación al huso horario es más rápida y simple tras volar hacia el Oeste que en dirección contraria. Quizá esto se deba a que el ciclo natural del organismo es un poco superior a 24 h; quizá se deba a que podemos mantenernos despiertos durante el largo viaje a casa desde Europa, y luego nos desplomemos en un sueño nocturno verdaderamente espléndido. Los estudios demostraron que la adaptación tras los vuelos hacia el Oeste se verifican a una velocidad cercana a 90 min por día, en tanto la adaptación a los viajes hacia el Este tan sólo lo hacen a 1 h por día. Esto es válido de manera independiente a la dirección en que se vuela al salir de casa. Bueno, excepto hacia el Norte o el Sur.

Así que, si (o cuando) desarrolla un problema de adaptación por cambio de huso horario, hay que enfrentarlo como se haría ante cualquier otro fenómeno normal de la vida contemporánea. Usted se encontrará en la extraordinaria situación de poder sentirse enfermo sin estarlo.

Trastorno sueño-vigilia del ciclo circadiano, tipo con fases del sueño retardadas

Puesto que se sienten alertas y activas a hora avanzada de la tarde, las personas con fases del sueño retardadas—a quienes se denomina de manera variable “búhos” o “personas nocturnas”—se van a acostar tarde (en ocasiones cada vez más tarde cada noche) y despiertan a hora avanzada de la mañana o después del mediodía. Si se les deja a su propio horario, se sienten bien. Pero si deben despertar temprano para acudir a clases o ir a trabajar (o comer el almuerzo), se sienten somnolientas e incluso pudieran parecer “borrachas de sueño”. Los hábitos de sueño irregulares y el consumo de cafeína u otros estimulantes tan sólo empeoran su apremio.

Estos individuos pueden corresponder a hasta 10% de los pacientes que refieren insomnio crónico en una clínica de sueño. La variedad con fases del sueño retardadas es por mucho la más frecuente; es en particular común entre adolescentes y adultos jóvenes. Incluso se calculó (a partir de un censo realizado por vía telefónica) que el trastorno con fases del sueño retardadas afecta a cerca de 3% de la población general mayor (de 40 a 64 años). Puede identificarse un componente familiar hasta en 40%.

Obsérvese que el trastorno con fases del sueño retardadas debe diferenciarse de los fenómenos vinculados con el estilo de vida de quienes tan sólo prefieren acostarse tarde y despertar tarde. Estas personas pudieran sentirse cómodas con sus horarios excéntricos, que no hacen demasiado esfuerzo por modificar. Las personas con el trastorno real refieren hipersomnolencia y les gustaría cambiar.

Trastornos sueño-vigilia del ciclo circadiano, tipo con fases del sueño avanzadas

Los pacientes con fases del sueño avanzadas son lo opuesto a los recién descritos; este trastorno podría denominarse “trastorno de acostarse temprano y levantarse temprano”. La hora a la que desean irse a dormir es temprana, y no tardía, de tal manera que se sienten muy bien en la mañana pero con somnolencia a hora avanzada de la tarde o temprana de la noche; en ocasiones se les dice “pollos”. El trastorno de las fases del sueño avanzadas parece ser mucho menos frecuente que aquél con fases del sueño retardadas, si bien esto podría deberse en parte a que genera menos malestar y menos problemas sociales. Se refiere un incremento de su incidencia al avanzar la edad y una distribución familiar.

Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia, tipo con ciclo sueño-vigilia no ajustado a las 24 h

Este trastorno sin ajuste a las 24 h también se denomina de tipo **libre**, y afecta ante todo a personas ciegas, que por supuesto carecen de indicios luminosos que activen sus relojes biológicos (hasta 50% de las personas con ceguera puede verse afectado, a partir del momento en que se establece la ceguera total; los individuos que tienen una percepción luminosa mínima—incluso equivalente a una sola vela—conservan una coordinación normal). Las personas con visión que se afectan tienden a ser más que nada jóvenes (adolescentes y cercanas a los 20 años) y varones; con frecuencia aparecen otros trastornos mentales. Los horarios de 18 h que acompañan la vida en un submarino también pueden inducir un ritmo biológico libre. La mayor parte de las personas con visión que se somete a un protocolo de investigación en que no existen indicios horarios visuales pueden por último desarrollar este trastorno.

Trastornos sueño-vigilia del ciclo circadiano, tipo con ciclo sueño-vigilia irregular

El patrón en este caso es que... no hay patrón. La duración total del periodo de sueño del paciente puede ser normal, pero se percibe somnoliento o con insomnio a horas variables e impredecibles del día. Puede tomar siestas, de tal forma que es importante descartar una higiene del sueño deficiente. Esta variedad irregular puede identificarse en distintos trastornos neurológicos, entre otros demencia, discapacidad intelectual y lesión cerebral traumática. La prevalencia se desconoce, pero quizá sea rara. Hasta donde se sabe, esta condición afecta a ambos sexos por igual. La edad es un factor de riesgo, más que nada a por la presencia de los trastornos médicos propios de una fase avanzada de la vida, como la enfermedad de Alzheimer.

Trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia, tipo asociado a turnos laborales

Cuando los trabajadores deben cambiar de un turno a otro, en particular cuando deben permanecer activos durante su horario de sueño previo, la somnolencia domina y el desempeño declina. El sueño durante el nuevo horario para dormir con frecuencia muestra anomalías y es demasiado breve. Los síntomas, que pueden afectar a casi una tercera parte de los individuos que laboran turnos cambiantes, se intensifican después de un cambio a un turno por la noche, a pesar de lo cual el tiempo requerido para lograr la adaptación varía en grado considerable. Otros factores incluyen edad, distancia de traslado, y el hecho de que el individuo sea de manera natural un “pollo” o un “búho”. Los síntomas pueden durar tres semanas o más, en particular si los trabajadores tratan de retomar sus horarios normales de sueño durante los fines de semana o los días festivos.

Características esenciales de los trastornos sueño-vigilia del ciclo circadiano

Una falta de correspondencia recurrente entre el patrón sueño-vigilia del paciente y las demandas ambientales dan origen a insomnio o hipersomnolencia.

La letra pequeña

Las D: • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias, otros trastornos del sueño).

Notas para codificación

Especificar:

G47.21 [307.45] Tipo con fases del sueño retardadas. El paciente tiene dificultad para quedarse dormido y despertar a tiempo.

G47.22 [307.45] Tipo con fases del sueño avanzadas. El paciente tiene dificultad para permanecer despierto hasta la hora deseada de acostarse y despierta antes de la hora en que desea levantarse.

G47.23 [307.45] Tipo con ciclo sueño-vigilia irregular. El paciente muestra periodos de sueño y vigilia que sufren variaciones irregulares durante las 24 h del día.

G47.24 [307.45] Tipo con ciclo sueño-vigilia no ajustado a las 24 h. Los horarios de inicio del sueño y la vigilia no corresponden al periodo de 24 h, y existe un desplazamiento gradual todos los días (por lo general, a una hora más avanzada).

G47.26 [307.45] Tipo asociado a turnos laborales. Debido a que el individuo trabaja en un turno nocturno o cambia con frecuencia su turno laboral al horario ordinario de sueño, el paciente experimenta hipersomnia durante el periodo de vigilia principal, o bien insomnio o ambos.

G47.20 [307.45] Tipo no especificado.

Especificar si:

Familiar. Puede aplicarse tanto al tipo con fases del sueño retrasadas como a aquél con fases avanzadas.

Sobreposición del tipo con ciclo no ajustado a las 24 h. Puede aplicarse al tipo de fases del sueño retardadas.

Especificar si:

Episódico. Los síntomas duran entre uno y tres meses.

Persistente. Los síntomas duran más de tres meses.

Recurrente. Existen dos o más episodios en el transcurso de un año.

Marcelle Klinger

Marcelle era una enfermera de 60 años, una de siete que trabajaban en un hospital comunitario pequeño en las colinas del norte de California. El hospital tenía en total sólo 32 camas, y aunque se contaba con auxiliares de enfermería y otros tipos de enfermeras para darles apoyo, la ley del estado ponía como requisito la presencia permanente de una enfermera titulada en la institución. Cuando la enfermera que trabajaba el turno de la noche (11 p.m. a 7:30 a.m.) se jubiló, el administrador del hospital solicitó una voluntaria para cubrir ese puesto.

“Nadie se ofreció” dijo Marcelle, “de manera que algún genio decidió que lo único justo era que todas nos turnáramos”.

El resultado era que tenían guardias cada cuatro semanas. A lo largo del año, cada enfermera cubría seis de esas guardias en el día, cuatro en las tardes y dos en las noches. Todo el mundo se quejaba, pero Marcelle era quien lo odiaba más. El cambio de los días a las tardes no era tan malo; vivía cerca, de manera que podía meterse a la cama a la medianoche. Pero la guardia de la noche era un desastre.

“Soy la única enfermera titulada ahí, y se supone que debo estar despierta y alerta todo el tiempo. Los pacientes dependen de mí. Pero mis ojos insisten en cerrarse y mi cerebro parece desactivarse, como si fuera a dormirse. Parte del tiempo me siento con náuseas. En una ocasión me quedé dormida en el trabajo, sólo durante 10 min o algo así. Cuando el teléfono sonó, me levanté sintiéndome cruda”.

El estado físico y de salud de Marcelle era excelente. Siempre había tenido sueño ligero, de manera que casi le era imposible dormir durante el día. Podía cubrir con telas gruesas las ventanas para evitar la entrada de la luz, pero el ruido del tráfico y los sonidos de los peatones en la banqueta afuera de su recámara la despertaban con frecuencia.

Además, el café que bebía Marcelle para mantenerse despierta durante el trabajo le impedía conciliar el sueño en cuanto llegaba a la cama. También le hacía levantarse al baño por lo menos una o dos veces. Para el momento en que su esposo llegaba a la casa en la tarde de dar clases, rara vez había dormido más de 3 o 4 h. Los fines de semana intentaba recuperar su horario normal, de tal manera que le fuera posible estar con su familia, pero eso sólo empeoraba las cosas. “Una vez volé a París y tuve problemas por el cambio de huso horario durante una semana. Ahora me he sentido así de mal durante todo un mes”.

Evaluación de Marcelle Klinger

Existen varias características de la condición de Marcelle que pudieran haber contribuido a su malestar:

1. Al igual que muchos individuos que deben cambiar turnos laborales (criterio A), trataba de readaptar su horario sueño-vigilia durante los fines de semana.
2. Las condiciones al exterior de su casa servían para despertarla cuando trataba de dormir.
3. Tenía 60 años; debido a la fisiología del sueño, las personas mayores con frecuencia tienen dificultad para adaptarse a estos cambios.
4. Bebía café para mantenerse despierta; los efectos duales de la estimulación inducida por la cafeína y su necesidad de levantarse para orinar interferían todavía más con el sueño que lograba tener. Como consecuencia, sufría por insomnio y por hipersomnolencia (B), con tensión secundaria evidente (C).

A partir de su historia clínica, sabemos que Marcelle no padecía alguna **afección física, consumo de sustancias u otro trastorno mental** (si bien los pacientes con alguna psicosis, como la **esquizofrenia**, en ocasiones se mantienen despiertos a horas cada vez más avanzadas de la noche por sus alucinaciones, los **trastornos del estado de ánimo y de ansiedad** por lo general sólo generan insomnio o hipersomnolencia). El caso clínico no aporta evidencia de algún otro trastorno sueño-vigilia: cuando Marcelle tomaba siestas, no resultaban restauradoras (esto constituiría un argumento contra la **narcolepsia**). Siempre había tenido el sueño ligero, pero el sueño ligero en sí mismo no es considerado un trastorno del sueño (excepto por algunos que lo padecen).

El subtipo es evidente; la calificación EEAG de Marcelle sería de 65.

- G47.26 [307.45] Trastorno sueño-vigilia del ciclo circadiano, tipo asociado a turnos laborales, recurrente
- Z59.9 [V62.29] Horario laboral variable

Fenton Schmidt

Llamaba la atención que Fenton Schmidt hubiera solicitado la cita más temprana que se le pudiera asignar por la mañana. Como le explicó al especialista en sueño, “En parte es porque sabía que es la hora a la que estaría peor. Pensé que usted podría tener una mejor imagen de lo que estoy enfrentando”. Se frotó los ojos, que estaban rodeados por grandes ojeras. “Lo sé, parezco un personaje de la caricatura *Doonesbury*”.

El problema de Fenton había comenzado mucho tiempo atrás, en la secundaria. “No hubiera tomado esas clases de las ocho de la mañana si mi madre no hubiera estado conmigo”. Se frotó los ojos de nuevo y bostezó. “Bueno, sobre mí. En un par de ocasiones me arrojó una olla de agua fría. Eso sí me sacó de la cama”.

En la Universidad, Fenton nunca había se había inscrito a clases antes del mediodía, siempre que le era posible. Esto funcionó bien porque vivía con su padre, quien había tenido el mismo horario nocturno durante 35 años, como gerente de una tienda de autoservicio. De esa manera, evitaba la sensación de malestar que le generaba despertar demasiado temprano. “Lo vi una vez cuando se bajó temprano de un avión. Estaba dormido de pie. **Su** padre fue un estadounidense de primera generación, la familia todavía habla un poco de alemán. Él le llamaba *Schlafrunkenheit*—borrachera de sueño”.

“‘Acostarse temprano, levantarse temprano’ es algo que debe haber escrito algún sádico”, comentó Fenton. Varias veces al pasar de los años había tratado de modificar su propio horario de sueño yéndose a acostar más temprano. Después de algunos días siempre se daba por vencido. “Durante toda mi vida, cada vez que he tratado de acostarme antes de las dos de la mañana, lo único que logro es quedarme ahí tirado, de mal humor”.

Durante un par de años, Fenton había trabajado en un horario vespertino para un fabricante de piezas electrónicas. “Esa estrategia me funcionaba a la perfección. Cuando salía a las 11:30 de la noche, podía pasar todo el tiempo que necesitaba en casa, dejando escapar la presión. Podía irme a acostar cuando quería y sólo tenía que levantarme a tiempo para comenzar mi turno a las 4. Quiero decir, a las 4 de la tarde”.

“¿Entonces cuál es el problema ahora?”, quiso saber el clínico. Fenton había comenzado a trabajar en una panadería administrada por el padre de su prometida, Jaylene. “¿Sabe a qué hora comen panquecillos las personas?”, preguntó. Él y Jaylene se levantaba temprano para abrir la tienda. “Eso le funciona bien a ella; es un pollo. Pero a las cinco de la mañana, este búho no puede ulular”.

Evaluación de Fenton Schmidt

El problema de Fenton es de inmediato aparente: sus necesidades de sueño simplemente no se ajustaban a los de su empleo y su vida social y personal (criterio A). Sin alguna **enfermedad física** (como una lesión cerebral traumática) o **problemas por consumo de sustancias** que pudieran constituir una explicación alternativa, la hipersomnolencia (B) y la tensión (C) que derivan de ello permitían integrar los criterios para el diagnóstico de trastorno sueño-vigilia del ritmo

circadiano; por supuesto, su clínico tendría que ser cuidadoso para descartar **higiene del sueño deficiente**. El hecho de que tuviera un problema genuino sugiere que no se trataba tan sólo de una **cuestión del estilo de vida**.

La historia de Fenton aporta evidencia suficiente de que, entre los subtipos potenciales, el suyo era un problema del tipo con fases del sueño retardadas. En realidad no había necesidad de verificar algo más mediante polisomnografía. Su calificación EEAG sería de 62.

- G47.21 [307.45] Trastorno sueño-vigilia del ciclo circadiano, tipo con fases del sueño retardadas, familiar
- Z60.0 [V62.89] Problema de fase de la vida (matrimonio inminente)
- Z56.9 [V62.29] Cambio de empleo

Parasomnias

Y a continuación se presentan los trastornos en los que ocurre algo anormal durante el sueño—no obstante la arquitectura misma del sueño puede ser normal.

Trastornos del despertar del sueño no REM

Aunque despertar cuando el teléfono suena en medio de la noche puede ser algo difícil, en gran medida es un paso directo del estado de sueño al despertar completo. De acuerdo, no es agradable, se siente mal, se maldice al que llama y se gira para silenciar el teléfono—pero la persona está despierta, bien, y lo sabe. Por razones que en gran medida no están claras, sin embargo, esto no siempre funciona así. En algunos individuos, una estación intermedia entre el sueño y el despertar desencadena reacciones que van desde la confusión hasta el horror franco.

Todo deriva de los tres estados posibles de la relación entre el cuerpo y la mente. Durante la vigilia, ambos se encuentran en actividad; en el sueño no REM (profundo), ambos están más o menos inactivos. No obstante, durante el sueño REM (de los sueños), la mente está funcionando pero el cuerpo reposa; los músculos voluntarios están paralizados, de manera que no es posible moverse (la cuarta combinación concebible, cuerpo activo con mente dormida, es la temática de las películas de zombis). En los trastornos del despertar del sueño no REM, los pacientes muestran patrones electroencefalográficos simultáneos de sueño y vigilia; de ahí derivan los síntomas.

Los despertares parciales súbitos a partir del sueño no REM suelen verificarse durante las primeras una o dos horas de sueño, cuando prevalece el sueño de onda lenta. Si bien los comportamientos en ocasiones se superponen, existen tres tipos principales de despertar anormal. Se listan en orden de gravedad creciente:

Despertar con confusión < sonambulismo < terror nocturno

En cada uno de estos casos, los eventos tienden a recordarse poco. Todos son más frecuentes en niños, en quienes suelen considerarse benignos, quizá derivados de la inmadurez relativa del

sistema nervioso central. Uno de ellos, el despertar con confusión, en realidad no logró posicionarse en el panteón oficial del DSM-5 (véase el texto entre barras de la p. 335).

Algunos episodios ocurren de manera espontánea, pero otros se relacionan con factores precipitantes evidentes, que pueden incluir estrés, sueño irregular, uso de drogas y privación de sueño. Aunque con frecuencia los antecedentes familiares son positivos, no se ha identificado una causa genética.

Características esenciales de los trastornos del despertar del sueño no REM

El paciente de manera repetida despierta en forma incompleta, ya sea para presentar sonambulismo o terrores nocturnos (véanse las notas para codificación). Los esfuerzos de otros para comunicarse o consolar a la persona no son de mucha ayuda. El paciente en el momento de tener pocas imágenes de sueño, si es que existen, y tiende a no recordar el episodio a la mañana siguiente.

La letra pequeña

Las D: • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos de ansiedad y disociativos, otros trastornos del sueño).

Notas para codificación

Especificar:

F51.3 [307.46] Tipo con sonambulismo. Sin despertar, la persona se levanta de la cama y camina. El individuo tiene la mirada perdida, sólo puede ser despertado con dificultad y responde de manera deficiente a los esfuerzos que otros hacen por comunicarse.

Especificar si:

Con consumo de alimentos relacionado con el sueño.

Con comportamiento sexual relacionado con el sueño (sexsomnia).

F51.4 [307.46] Tipo con terrores nocturnos. Después de lanzar un grito de pánico, la persona despierta de manera súbita y muestra temor intenso y signos de activación autonómica, como dilatación pupilar, respiración rápida, aumento a la frecuencia cardíaca y sudoración.

La **parálisis del sueño** no es un trastorno; es una característica normal del sueño. Sin embargo, puede generar temor cuando ocurre justo al inicio del sueño (o al concluir éste), cuando se tiene conciencia parcial. Pudiendo durar algunos segundos o varios minutos, los episodios pueden acompañarse por ilusiones de acercamiento de algún tipo de "criatura" que pronto se desvanece. La parálisis del sueño ocurre en cerca de 8% los adultos jóvenes mientras se encuentran parcialmente despiertos. Su frecuencia se incrementa en presencia de todos los sospechosos habituales: privación de sueño, estrés y horarios irregulares (como el cambio de turnos laborales). Por lo general no se requiere tratamiento, excepto tranquilizar a la persona.

Trastorno del despertar del sueño no REM, del tipo con sonambulismo

La conducta de sonambulismo tiende a seguir un patrón muy definido; suele ocurrir durante el primer tercio de la noche, cuando prevalece el sueño no REM. Los pacientes con sonambulismo se sientan y hacen algún tipo de movimiento recurrente (como jalar las sábanas). Es posible que se presente a continuación un comportamiento con algún fin más claro, quizá vestirse, comer o usar el baño. La cara de la persona suelen parecer inexpresiva, y la mirada mantenerse fija. Si estos individuos hablan, el lenguaje suele ser incoherente; es raro que se expresen utilizando oraciones completas. Sus movimientos tienden a la mala coordinación, lo que en ocasiones genera peligro considerable. Es usual la amnesia relativa al episodio, no obstante esto es variable.

Los episodios duran desde algunos segundos hasta 30 min, durante los cuales muchas veces es difícil despertar al individuo, aunque pueden presentarse despertares espontáneos—por lo general seguidos de un periodo breve de desorientación. Algunos afectados tan sólo regresan a la cama sin despertar. De vez en cuando una persona que se va a dormir en un sitio expresa sorpresa por despertar en otro.

El DSM-5 menciona dos subtipos de sonambulismo: con consumo de alimentos relacionado con el sueño y con comportamiento sexual relacionado con el sueño (sexsomnia—sí, el DSM-5 lo denominaba así). El primero se verifica ante todo en mujeres y difiere del síndrome de consumo nocturno, en que la persona se encuentra despierta y recuerda el episodio al día siguiente. El segundo, que incluye la masturbación y en ocasiones actividades sexuales con otras personas, es más frecuente en varones y puede tener repercusiones legales.

El sonambulismo puede presentarse todas las noches, no obstante su frecuencia suele ser menor. Al igual que las pesadillas y los terrores nocturnos, el tipo con sonambulismo no se diagnostica a menos que los episodios en recurrentes y generen disfunción o tensión. Y, al igual que en el caso de muchos trastornos del sueño, los episodios de sonambulismo tienen más probabilidad de ocurrir cuando una persona está cansada o se ha encontrado bajo estrés. En los adultos, la condición parece tener componentes familiares y genéticos.

Quizá 6% de todos los niños cursa con sonambulismo; en ellos, no se considera patológico. Suele iniciar entre los 6 y los 12 años, y dura varios años, pero es superado por la mayor parte de los pacientes para los 15 años. Es posible que 20% continúe presentando sonambulismo hasta la vida adulta; el sonambulismo afecta a hasta 4% de los varones y las mujeres adultos, con una edad típica de inicio entre los 10 y los 15 años. Luego, tiende a ser crónico hasta la cuarta década de la vida. Si bien los adultos con el trastorno del tipo del sonambulismo pueden cursar con un trastorno de la personalidad, el sonambulismo en los niños carece de relevancia pronóstica.

Ross Josephson

“Traje un video. Pensé que pudiera ayudar a explicar mi problema”. Ross Josephson le entregó un dispositivo USB al clínico. Vivía en un dormitorio con dos compañeros de habitación, que le habían dado el video.

Ross caminaba durante el sueño. Suponía que había comenzado cuando era muy pequeño, aunque no se había dado cuenta en realidad hasta que una madrugada cálida de julio, cuando tenía 12 años, había despertado en pijama, acurrucado en la silla colgante del pórtico. Cuando le dijo a su madre, ella le hizo notar que ella misma y dos de sus hermanos caminaban dormidos cuando eran pequeños. Ella supuso que Ross lo superaría también.

Pero eso no había ocurrido. Ahora en su primer año de la Universidad, Ross hacía sus paseos nocturnos una o dos veces por mes. Al principio sus compañeros de habitación se habían impresionado; el video había sido un éxito en una fiesta a improvisada que habían organizado con algunas de las chicas que vivían en el piso de abajo. Se habían quedado despiertos varias noches hasta que captaron la secuencia completa. Ross había tomado la broma de buena manera. Le había fascinado ver su aspecto mientras estaba sonámbulo.

Sin embargo, la semana anterior sus compañeros de habitación se habían alarmado cuando lo encontraron saliéndose por una ventana abierta hacia el techo del tercer piso de su edificio. Excepto por un borde estrecho que circundaba la orilla, no había nada que impidiera una espantosa caída de 10 m hasta la viña que estaba plantada bajo. Aunque lo habían jalado de nuevo hacia dentro, les había costado trabajo; resultaba claro que el Ross dormido se había resistido a ser guiado.

Después de un interrogatorio y una exploración física realizadas por un médico del servicio de salud para estudiantes, Ross había sido declarado saludable y referido a la clínica de salud mental del campus.

El clínico y Ross miraron juntos el video. La imagen era borrosa y se movía mucho, como si el camarógrafo estuviera tratando de contener la risa. Mostraba a Ross vestido con su pijama, sentado en la cama. Aunque sus ojos estaban abiertos, no parecían enfocarse en algo, y su cara no revelaba emociones. Al inicio sólo jaló—sin objetivo, al parecer—la colcha y la sábana. De pronto, se levantó y se quedó parado. Se quitó la parte superior de la pijama y la dejó caer en la cama. Luego caminó hasta la puerta y salió al pasillo.

Durante 2 a 3 min el camarógrafo siguió a Ross. Caminó de un lado al otro por el pasillo varias veces y por último desapareció en el baño, sitio al cual el camarógrafo no lo siguió. Cuando salió, otro joven (“Ese es Ted, uno de mis compañeros de cuarto”, explicó Ross) apareció en la pantalla y trató de conversar con él. Ross respondía con unas cuantas sílabas, ninguna de las cuales constituía una palabra reconocible. Por último, le permitió a Ted que lo condujera con suavidad de nuevo hacia su cama. Casi tan pronto como se acostó, pareció quedarse dormido. Todo el video duraba quizá 10 min.

“Cuando me mostraron esto la mañana siguiente, estaba impresionado. No tenía ni la menor idea de que había hecho algo mientras estaba dormido esa noche. Nunca la tengo”.

Evaluación de Ross Josephson

Aunque el sonambulismo no se considera patológico en niños, los adultos que tienen el trastorno del despertar del sueño no REM del tipo con sonambulismo pueden presentar un **trastorno de la personalidad** u otra psicopatología. Deben valorarse de manera cuidadosa mediante una entrevista completa (como debe hacerse con cualquier persona que solicite una consulta a un proveedor de salud mental). Sin embargo, el sonambulismo ocasional tiene más probabilidad de ser molesto que patológico.

Es necesario revisar con rapidez la relación que muestra Ross con los criterios del trastorno del despertar del sueño no REM. Sus despertares eran incompletos (casi inexistentes) y recurrentes (criterio A1), y durante tales periodos él caminaba dormido, mirando al vacío. En el video, su compañero de habitación no trató precisamente de confortarlo (los compañeros universitarios tienden más a lo que ocurre en *Animal House* que en *Terms of Endearment*), pero sí trató de conversar con Ross—sin lograrlo. El caso clínico no especifica si Ross presentaba imágenes de sueños (debería hacerlo; criterio B), pero señala que nunca recordaba los episodios al día

siguiente (C). Aunque Ross mismo no estaba preocupado, sus compañeros de habitación sí lo estaban: no querían ser testigos mientras Ross caía del techo (D).

El diagnóstico diferencial también incluye a la **epilepsia psicomotora**, que puede iniciar durante el sueño y acompañarse de sonambulismo. La condición disociativa conocida como **amnesia disociativa con subtipo de fuga** pueden ocasiones confundirse con el sonambulismo, pero las fugas duran más tiempo e incluyen comportamientos complejos, como hablar con oraciones completas. La deambulación nocturna a puede identificarse en la **apnea del sueño**. Ross carecía de evidencia de **consumo de sustancias** (F).

Otros trastornos nocturnos y del sueño pueden relacionarse con el sonambulismo; incluyen **enuresis** nocturna, **trastorno de pesadillas** y **trastorno del despertar del sueño no REM del tipo con terrores nocturnos**. También pueden detectarse el **trastorno de ansiedad generalizada**, el **trastorno de estrés postraumático** y los **trastornos del estado de ánimo**. Sin embargo, el caso clínico no sugiere alguna de estas condiciones (F). Ross tendría una calificación EEAG de 75; su diagnóstico sería el siguiente:

F51.3 [307.46] Trastorno del despertar del sueño no REM, tipo con sonambulismo

En los cientos de años durante los que se ha reconocido que las personas caminan dormidas, el fenómeno ha dado origen a una mitología amplia, si bien imprecisa. Denominado **sonambulismo**, ha constituido un recurso confiable para las obras de teatro (hojeando al Sr. Shakespeare) y autores innumerables de novelas de misterio. Un mito popular es que resulta peligroso despertar a un sonámbulo. Quizá esto derivó de la observación de que es **difícil** hacerlo; en cualquier caso, no conozco alguna evidencia que respalde esta creencia.

Trastorno del despertar del sueño no REM, tipo con terrores nocturnos

Los terrores nocturnos (también conocidos como terrores del sueño o *pavor nocturnus*) suelen afectar a los niños, con una edad típica al inicio de 4 a 12 años. Cuando comienzan en la edad adulta suelen ocurrir entre los 20 y los 30 años—rara vez después de los 40. Al igual que en el caso de las pesadillas y el trastorno de pesadillas (véase la p. 340), sólo los eventos que son recurrentes y generan tensión o disfunción justifican el diagnóstico de trastorno del despertar del sueño no REM del tipo con terrores nocturnos.

Una crisis de terror nocturno comienza con una vociferación o un grito fuerte durante un periodo de sueño no REM, poco después de que el paciente se acuesta. La persona se sienta, parece aterrorizada y da la impresión de despertar, pero no responde a los esfuerzos por tranquilizarla. Se presentan signos de activación del sistema nervioso simpático, como aumento de la frecuencia cardíaca, sudoración y piloerección (levantamiento del vello corporal). Con respiración profunda y pupilas dilatadas, la persona parece dispuesta a pelear o huir, en un estado de activación, pero sin posibilidad de ser despertada. Una crisis suele durar entre 5 y 15 min, y termina de manera espontánea con el reinicio del sueño. Casi todos los pacientes carecen de memoria del incidente a la mañana siguiente, no obstante algunos adultos pudieran tener recuerdos fragmentados.

Suelen transcurrir intervalos de varios días o semanas entre cada uno de los ataques de terror nocturno, no obstante el estrés y la fatiga pueden incrementar su frecuencia. En los adultos, el trastorno tiene incidencia idéntica en varones y mujeres.

Con una incidencia pico a la edad de 6 años, su prevalencia gira en torno a 3% en niños—menos que la que se refiere para adultos, pero con frecuencia suficiente para no considerarse rara. En los niños, los terrores nocturnos no se consideran patológicos. Casi de manera invariable se resuelven en forma espontánea, y los afectados no cursan con alguna patología médica o psicológica en una fase posterior de la vida. La variedad de inicio en el adulto puede asociarse a alguna otra afección mental, como un trastorno de ansiedad o de la personalidad.

Bud Stanhope

Bud Stanhope y su esposa, Harriette, acababan de comenzar a recibir asesoría de pareja. Estaban de acuerdo en una cosa, y era que el origen de muchos de sus problemas podía seguirse hasta la necesidad excesiva de apoyo que tenía Bud. Se habían casado cuando ambos estaban en un periodo de rebote, poco después de que la primera esposa de Bud se divorciara de él. “Me sentía demasiado incómodo estando solo”, dijo Bud.

Su autoestima baja crónica implicaba que Bud ni siquiera podía comenzar un proyecto de construcción relacionado con la casa sin consultar a Harriette. En una ocasión, cuando Harriette estaba fuera por haber acudido a una convención, incluso le llamó a su exesposa para pedirle consejo. Y debido a que tenía un desacuerdo con Harriette, nunca podía resolver algo. “Ni siquiera siento que pueda decirle cuánto me molesta que me despierte con esos sustos nocturnos”, dijo ella.

“¿Sustos nocturnos?”, dijo Bud. “Pensé que se habían detenido hace meses”.

Según describía Harriette, los “sustos” de Bud siempre eran iguales. Más o menos 1 h después de irse a dormir, ella despertaba por un alarido de Bud que helaba la sangre. Bud podía estar sentado con gran tensión en la cama, con una mirada de terror en la cara. Con los ojos muy abiertos, miraba hacia una esquina o la pared. Ella nunca estaba segura de si él estaba viendo algo, porque nunca había dicho algo inteligible—sólo balbuceaba o decía alguna palabra al azar. Parecía agitado, jalaba las sábanas y en ocasiones empezaba levantarse de ella.

“El vello de sus brazos se levanta. Por lo general respira rápido y perspira, incluso si hace frío en la habitación. Una vez le puse mi mano en el pecho, y su corazón parecía estar latiendo tan rápido como el de un conejo”.

Necesitaba entre 10 y 15 min para tranquilizar a Bud. Él nunca despertaba del todo, pero en forma eventual volvía a acostarse. Entonces, casi de manera instantánea se quedaba dormido de nuevo, mientras a ella en ocasiones le implicaba quedarse varias horas despierta. Bud tenía una de estas crisis cada dos o tres semanas. Sólo una vez había ocurrido dos noches seguidas, y eso había sido durante un periodo en particular malo, cuando se sentía seguro de que estaba a punto de perder su empleo.

Evaluación de Bud Stanhope

Varias características de las crisis de Bud son propias de los terrores nocturnos: la evidencia de activación autonómica (taquicardia, sudoración), su desarrollo poco tiempo después de conciliar el sueño, la incapacidad de Harriette para tranquilizarlo, su incapacidad para despertar del todo y

para recordar el evento al día siguiente. Si se analiza en conjunto, este caso es casi clásico, pero de cualquier manera se subrayan aquí los elementos importantes. Los episodios de despertar de Bud eran tanto incompletos como recurrentes (criterio A). Harriette refería tener dificultad intensa para tranquilizarlo (A2). Si tenía alguna imagen correspondiente a un sueño, no lo refería (B), y no recordaba los episodios (a Bud le sorprendió estar presentando todavía cuadros de terror nocturno; C). Sin duda (con certeza para en Bud o Harriette), en el momento generaban tensión (D). Sería necesario interrogar con más detalle para descartar el papel del consumo de sustancias en este caso (E). Como ejercicio, obsérvese la forma en que cada una de estas características facilita la diferenciación de este cuadro del **trastorno de pesadillas**.

Si bien esto no ocurría en Bud, el **sonambulismo** (en ocasiones no caminar dormido, sino correr) se identifica en individuos con terrores nocturnos. En los adultos es posible tener la necesidad de diferenciar los terrores nocturnos de la **epilepsia psicomotora**, que también puede hacer que el paciente deambule dormido. Los **ataques de pánico** en ocasiones ocurren durante la noche, pero estos individuos despiertan por completo, sin la desorientación o la conducta desorganizada característica de los terrores nocturnos.

También tenía problemas importantes de la personalidad. Como se señala en el caso clínico, necesitaba gran asesoría y apoyo (incluso había recurrido a su exesposa para solicitarle un consejo cuando Harriette estaba fuera del pueblo), y tenía dificultad para mostrarse en desacuerdo con otros. Su confianza personal escasa, el malestar por estar sólo y su prisa por casarse de nuevo cuando terminó su primer matrimonio constituían una base sólida para establecer el diagnóstico de **trastorno de la personalidad dependiente**. Otros pacientes pudieran justificar un diagnóstico de **trastorno de la personalidad limítrofe**. Sin embargo, la calificación EEAG de Bud—61—se basa más que nada en el trastorno de la personalidad y no en el trastorno del despertar. Algunas condiciones concomitantes en otros pacientes son **trastorno de estrés postraumático** y **trastorno de ansiedad generalizada**.

| | |
|----------------|---|
| Z63.0 [V61.10] | Tensión en relación de pareja |
| F51.4 [307.46] | Trastorno del despertar del sueño no REM, tipo con terrores nocturnos |
| F60.7 [301.6] | Trastorno de la personalidad dependiente |

Los despertares con confusión se presentan durante la transición del sueño no REM al estado de vigilia. La persona parece despierta pero se muestra confundida y desorientada, y puede tener comportamientos inapropiados (de ahí la frase utilizada en ocasiones, **estar borracho de sueño**).

Un episodio puede desencadenarse a partir de la privación de sueño, o el consumo de alcohol o hipnóticos a la hora de acostarse. En ocasiones desencadenado por un despertar forzado, puede comenzar con movimientos corporales y gemidos, y escalar hacia la agitación, proceso en el que el individuo (con los ojos abiertos o cerrados) grita y golpea, pero no puede despertar. Puede acompañarse de ciertos comportamientos más complejos: sentarse, hablar incoherencias y realizar acciones voluntarias pero ilógicas (y, en ocasiones, peligrosas).

Desde hace más de un siglo, distintos autores publicaron recuentos de crímenes violentos cometidos en estados de despertar con confusión. Incluyen por lo menos una serie de asesinatos, en su mayoría cometidos por personas que contaban con un antecedente personal (o, en algunos casos, familiar) de trastorno del sueño. La falta de culpabilidad de una persona dormida que asesina

o hiere a alguien se estipuló desde el siglo XIV en Francia; el principio se confirmó en los siglos posteriores en España, Reino Unido y EUA.

Los esfuerzos por tranquilizar a la persona enfrentan resistencia incluso pueden intensificar la agitación del individuo. El episodio de forma característica dura entre 5 y 15 min, en ocasiones un poco más, antes de que se recupere la calma y regrese el sueño normal. Es característica la amnesia del evento; el individuo por lo general no recuerda siquiera haber tenido algún sueño. Cuando se presenta lesión, puede deberse a que alguien se aproxima a la persona dormida o intenta interferir sus acciones. También es importante—y tranquilizante—señalar que, por un margen amplio, la mayor parte de los episodios de despertar con confusión no implican agresión o violencia.

Si bien se dice que este allegado reciente (señalado por vez primera en 1968) afecta más que nada a lactantes menores y mayores, también lo refieren entre 3 y 4% de las personas de 15 años y más. Varones y mujeres se encuentran representados en forma equitativa; los trabajadores con turnos nocturnos y cambiantes pueden ser en particular vulnerables.

G25.81 [333.94] Síndrome de las piernas inquietas

El síndrome de las piernas inquietas (SPI) es un malestar que los médicos en ocasiones ignoran debido a que no constituye una amenaza grave para alguien; sin embargo, inflige un tormento en quienes lo padecen. Sin ser de ordinario doloroso, es un malestar casi indescifrable que se localiza en el segmento distal de las extremidades inferiores y que sólo se alivia con el movimiento, al producir una urgencia irresistible de modificar la posición de las piernas cada pocos segundos. Los pacientes indican que la sensación se percibe como prurito, hormigueo, o algo que reptaba o se desliza, pero ninguna de estas descripciones capta del todo una condición que desencadena un sufrimiento inimaginable que parece carecer de trascendencia para un individuo que no está afectado.

Con tendencia a comenzar antes de la hora de dormir, este trastorno frecuente puede retrasar la conciliación del sueño; en ocasiones despierta a la persona durante la noche. Se asocia a anomalías del sueño y disminución del periodo de sueño. El alivio puede lograrse por muchas vías—caminar, moverse de un lado a otro, estirarse, frotar la zona afectada o incluso pedalear en una bicicleta estacionaria. El problema es que cada una de estas estrategias incrementa el estado de vigilia. Además de hacer que la persona se siente cansada al día siguiente, el SPI puede inducir depresión y ansiedad. Tiende a disminuir a lo largo de la noche, y permitir un sueño más refrescante al acercarse la mañana. En general, empeora al pasar el tiempo, no obstante puede intensificarse y abatirse a lo largo de semanas. Se ha relacionado con depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático y el trastorno de pánico.

Nadie en realidad sabe con seguridad cuál es la causa del SPI, no obstante pudiera relacionarse con el neurotransmisor dopamina (con frecuencia se refiere en individuos con enfermedad de Parkinson, cuyos ganglios basales muestran compromiso). Una cuarta parte de las mujeres embarazadas lo refiere, en particular en el tercer trimestre. También se identifica a la par de afecciones neurológicas como la neuropatía y la esclerosis múltiple, a la vez que en la deficiencia de hierro y en la insuficiencia renal. El SPI puede exacerbarse con el uso de medicamentos, entre otros antihistamínicos, antieméticos, mirtazapina y otros antidepresivos. Los efectos de la apnea obstructiva del sueño leve en ocasiones pueden parecer movimientos periódicos de las extremidades.

Si se le interroga, quizá 2% de la población general referirá un SPI de intensidad suficiente para traer consigo compromiso del desempeño (de manera primordial, compromiso del sueño); incluso lo refiere quizá 1% de los niños en edad escolar. Es más frecuente en estadounidenses con ascendencia europea, y es menos frecuente en individuos de ascendencia asiática; su prevalencia en mujeres pudiera ser más alta que en varones. Tiende a iniciar en una fase temprana de la vida (adolescencia o en torno a los 20 años). En ocasiones se identifican antecedentes familiares positivos para SPI; se han hallado marcadores genéticos. Un interrogatorio sencillo suele ser suficiente para establecer el diagnóstico.

Los lectores que se mantienen más alerta pudieran estar preguntándose: ¿por qué se considera al SPI un trastorno del sueño? ¿Qué es lo que tiene que ver con el sueño? En primer lugar, el SPI tiene un componente diurno, similar al movimiento de marea alta y marea baja que muestran otras afecciones relacionadas con el sueño. En segundo lugar, puede retrasar el inicio del sueño; en ocasiones incluso despierta a los pacientes durante la noche. Por último, el SPI puede traer consigo hipersomnolencia diurna.

Características esenciales del síndrome de las piernas inquietas

Sensaciones desagradables en las piernas desencadenan un impulso para moverlas, lo que tiende a aliviar los síntomas. Las piernas muestran mayor inquietud durante la tarde avanzada o a horas posteriores.

La letra pequeña

Las D: • Duración (tres veces o más por semana durante tres meses o más) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos).

Enoch Dimond

Solo en el escenario, Enoch Dimond se limpió el maquillaje. Había visto dos veces la repetición digital de las noticias de las 10 de la noche, y se había avergonzado por lo que veía: un presentador de edad mediana en quien el maquillaje difícilmente podía ocultar las líneas de expresión cada vez más profundas. Su mirada errante parecía resistirse a ver directamente hacia la cámara; sus párpados semicerrados evidenciaban sus dificultades para enfocar la letra del guión. Casi podía ver sus pies bailando tap con nerviosismo por debajo de la mesa pulida que hacía las funciones de su escritorio mientras estaba al aire.

Su concentración en un problema importante: Enoch podía distraerse con gran facilidad y comenzar a soñar, lejos de cualquier cosa que fuera su realidad. Justo la semana anterior, el director del set le había dicho: “¿Qué es lo que te pasa, E? Últimamente no pareces ir con el programa—por decirlo así”.

Bueno, eso era muy real, suponía. Había estado bien hasta hacía tres o cuatro semanas, pero últimamente no tenía interés suficiente para conducir un banco pequeño (su chiste derivaba de un especial que ellos habían transmitido en fecha reciente acerca del sistema financiero). Siempre un actor conciente, ahora no disfrutaba su trabajo; ya no se sentía bien sobre casi nada. Incluso el sexo le aburría.

No había algo que pareciera molestar a Enoch, excepto por estar dándose cuenta de manera gradual que su vida no iba en una dirección positiva; había comenzado a sentirse inquieto, una sensación de que “algo terrible estaba por ocurrir”.

¿Estaba deprimido? Eso era lo que insistía en preguntarle su esposa, pero él no se **sentía** deprimido. No es que estuviera llorando todo el tiempo, por Dios. Era un hecho que no se sentía particularmente bien. Los alimentos no le sabían bien, de tal manera que su apetito pudiera haber disminuido un poco. Y nunca había pensado en lastimarse. A partir de un documental para la red para el cual había hecho la introducción un par de meses antes, sabía lo suficiente para prestar atención a las ideas acerca de la muerte y el suicidio. “Bueno, ¡sin duda a mí me parece deprimido!”, habían sido las palabras más recientes de su esposa sobre el tema. Pero, sospechaba, no serían las últimas.

Enoch decidió que sólo necesitaba estar tranquilo. **Estaba** tranquilo, mientras estaba al aire. Pero cuando comenzaba a pensar sobre sí mismo y su familia, su interior se agitaba. Esperaba que su comportamiento público—sonrisas artificiales y afabilidad fabricada—ocultaran su miseria.

No, lo que sentía se parecía más a la apatía. Estaba fatigado. Eso era. Tan fatigado que tenía dificultad para salir de la cama, incluso después de haber dormido sus 8 h. Quizá eso pudiera explicar esa sensación peculiar de tensión en sus músculos, como si sus bíceps fueran resortes oprimidos que nunca se liberaran. Quizá debido a que estaba demasiado cansado y no pudiera relajarse, incluso en su tina de agua caliente.

Esa tensión era distinta a la sensación peculiar que había tenido en las piernas de desde hacía dos años. Difícilmente podía sentarse quieto por un tiempo suficiente durante la media hora que estaba en acción ante la cámara. Se había preocupado—¿podría eso revelar algún tipo extraño de cáncer, que estuviera escondido en sus pantorrillas? En sus pantorrillas, puesto que ambas tenían problemas. Levantarse y caminar alrededor, incluso un momento, le aliviaba por completo la sensación, pero no podía hacerlo mientras estaba filmando. Durante la noche, en la cama, tenía que levantarse y caminar con tanta frecuencia que se sentía abatido al día siguiente. Pero mientras trabajaba, incluso el alivio de caminar de un lado al otro le era imposible. “Debería haber sido un presentador del clima”, había pensado más de una vez. Tal como estaban las cosas, el único alivio que podía permitirse para sus piernas inquietas mientras estaba al aire era tratar de frotarlas una contra otra bajo el escritorio. Era peor cuando estaba acostado, y lo peor venía a horas avanzadas de la tarde (“O hacer un show matutino”).

En forma extraña (para él, puesto que en realidad no solía preocuparse demasiado), a últimas fechas imaginaba una y otra vez que sería despedido. No es que tuviera muchas razones para preocuparse—vivía el cliché irrisorio de estar casado con la hija del jefe. Por supuesto, eso no le estaba haciendo demasiado bien, tampoco. No habían hecho el amor durante un par de meses; tan sólo no sentía interés, en esa o en cualquier otra cosa. Se sentía avergonzado por su físico, no obstante Kristin decía que a ella le encantaba cómo se veía. A pesar de eso, había reflexionado más de una vez que alguien nacido como Oliver Schmick no tenía mucha probabilidad de encontrar empleos en abundancia.

Evaluación de Enoch Dimond

Enoch tenía dos problemas: uno con su estado de ánimo y el otro con sus piernas. El primero era más tendencioso, de manera que se analiza después.

Enoch tenía todos los síntomas relevantes vinculados de manera característica con el SPI: la sensación peculiar e incontrolable en ambas piernas (criterio A), que le generaba una urgencia irresistible de buscar alivio con el movimiento (A2), se presentaba tan sólo cuando se mantenía inactivo o en reposo (A1) y se intensificaba a hora avanzada de la tarde (A3). Su sueño estaba comprometido y con frecuencia se sentía “arrasado” al día siguiente (C), y su frecuencia y duración justificaban el diagnóstico (B)—si se toma en consideración que no parecería más apropiado otro diagnóstico (D y E). Con ese objetivo, sería necesario verificar su química sanguínea para descartar anemia por deficiencia de hierro e insuficiencia renal.

Y ahora, está la cuestión del estado de ánimo de Enoch. Esta es el problema: presenta varios síntomas depresivos (interés escaso, anhedonia, fatiga), pero no suficientes para diagnosticar un **episodio depresivo mayor**. También tenía una sensación de anticipación molesta que se combinaba con tensión y preocupación, no obstante no en grado suficiente para justificar el diagnóstico de **trastorno de pánico** o **trastorno de ansiedad generalizada**. En algún momento, los autores del DSM-5 consideraron un diagnóstico mixto de depresión-ansiedad (lo que quizá habría supuesto un equilibrio demasiado delicado de los criterios, para evitar que se cubrieran los criterios completos de algún otro trastorno del estado de ánimo o de ansiedad). Pero ese diagnóstico nunca se adoptó. Si se establece algún diagnóstico, sería necesario indicar que Enoch tenía una variedad no identificada de depresión, que según el DSM-5 se describe bajo el rubro otro trastorno depresivo especificado. Si estos síntomas dieran como resultado más adelante una depresión mayor, pudiera agregarse el especificador **con síntomas de ansiedad**.

Sin embargo, yo me contentaría con esperar algunos días para ver si sus síntomas depresivos y de ansiedad desaparecieran en forma espontánea. En algunas ocasiones nos sentimos demasiado dispuestos a integrar un diagnóstico, no obstante un poco de tiempo permitiría definir mejor las cosas. Apresurarse demasiado puede inducir a la integración de un diagnóstico donde no se justifica y a prescribir un tratamiento que no se encuentre indicado.

El problema de separar los síntomas de diagnósticos diversos ocurre con mucha frecuencia y se identifica en cada capítulo del DSM-5. Por ejemplo, ¿cómo se decide si la sensación particular que tiene Enoch en las piernas se debe a un estado de ánimo agitado o a otra causa del todo distinta? Dos principios deben alejar al clínico de la primera interpretación: (1) la actividad motora de Enoch no era generalizada, sino se limitaba a sus extremidades inferiores; (2) y, más importante aún, había precedido durante por lo menos un año a los otros síntomas de estado de ánimo y ansiedad. En general, yo le asignaría a Enoch Dimond sólo un diagnóstico definitivo, no obstante debe tomarse en cuenta que no se trata de uno benigno: el SPI puede inducir insomnio y otras complicaciones. También asignaría una calificación EEAG de 61. Si el departamento de registro me solicitara un diagnóstico codificado, yo daría algunos rodeos y utilizaría otro trastorno depresivo especificado, como puede verse enseguida. Pero preferiría “esperar y ver”.

- | | |
|-----------------|--|
| F32.8 [311] | Otro trastorno depresivo especificado, episodio depresivo con síntomas insuficientes |
| G25.81 [333.94] | Síndrome de las piernas inquietas |

F51.5 [307.47] Trastorno de pesadillas

A pesar de su nombre en Inglés (*nightmare*, que significa pesadilla y también pudiera traducirse como yegua de la noche), el trastorno de pesadillas nunca tuvo algo que ver con las hembras de caballo; al que se mencionaba desde por lo menos el siglo XIII, era a un duende que se sentaba sobre el pecho y engendraba sueños terribles. Debido a que la mayor parte de de las pesadillas contemporáneas hace que la persona despierte por completo con rapidez, existe una tendencia a recordarlas en forma vivida. Por lo general se refieren a algo que amenaza la seguridad o la autoestima. Cuando alguna persona sufre en forma repetida sueños terroríficos y largos de ese tipo, o sufre somnolencia diurna, irritabilidad o pérdida de la concentración, puede justificarse un diagnóstico de trastorno de pesadillas.

Las pesadillas se originan durante el sueño REM, la mayor parte del cual se verifica al final de la noche (su inicio durante una fase temprana del periodo de sueño tiene relevancia suficiente para justificar el uso de un especificador). Pueden incrementarse por la abstinencia de sustancias que suprimen el sueño REM; entre éstas se encuentran antidepresivos, barbitúricos y alcohol. Si bien es frecuente cierto grado de taquicardia, las personas con pesadillas por lo general muestran menos síntomas de activación del sistema nervioso simpático (sudoración, taquicardia, incremento de la presión arterial) que quienes sufren el trastorno del despertar del sueño no REM del tipo con terrores nocturnos.

Las pesadillas de la infancia, en particular las que se presentan en niños pequeños, carecen de relevancia patológica. Alrededor de la mitad de los adultos refiere pesadillas en algún momento. La cifra de personas a las que afligen pesadillas suficientes para considerarlas patológicas se desconoce, no obstante quizá 5% de los adultos refiere tener pesadillas frecuentes. Pudieran ser más comunes en mujeres que en varones. En cierto grado, la tendencia a tener pesadillas pudiera ser hereditaria.

Si bien es posible que los adultos con pesadillas frecuentes muestren una tendencia a la psicopatología, no existe algún consenso entre los expertos del sueño en torno a lo que tal psicopatología pudiera ser (cuando se identifique, quizá resulte que la patología tenía más relación con la persona afectada que con la experiencia misma de las pesadillas). Las pesadillas vívidas en ocasiones anteceden una psicosis. Sin embargo, en su mayoría, las pesadillas pueden constituir una reacción esperada al estrés (y, por ende, normal); algunos clínicos consideran que facilitan la elaboración de las experiencias traumáticas.

Por lo menos la mitad de la población ha tenido alguna vez una pesadilla. Así es que, ¿todas estas personas (es decir, **nosotros**) padecen un trastorno sueño-vigilia? Al igual que en el caso de muchos otros trastornos, esa decisión se toma en función de la cantidad (número de episodios de pesadillas) y de la reacción que un paciente muestra ante los episodios. Estos factores deben ser filtrados entonces a través del juicio del clínico.

Características esenciales del trastorno de pesadillas

El paciente en forma repetida despierta, de forma instantánea y por completo, por tener sueños terribles que se recuerdan en detalle espeluznante.

La letra pequeña

Las D: • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastorno del despertar del sueño no REM del tipo con terrores nocturnos, trastorno del comportamiento del sueño REM, otros trastornos mentales).

Notas para codificación

Especificar si:

Durante el periodo de conciliación del sueño.

Especificar si:

Con afección concomitante no relacionada con el sueño.

Con otra afección médica concomitante.

Con otro trastorno del sueño concomitante.

Especificar si:

Agudo. Con evolución menor de un mes.

Subagudo. Con evolución de uno a seis meses.

Persistente. Con evolución de seis meses o más.

Especificar la gravedad:

Leve. Menos de una vez por semana.

Moderado. Uno a seis episodios por semana.

Grave. Todas las noches.

Keith Redding

“Yo no hubiera venido, pero todos los chicos me obligaron a hacerlo”. Keith Redding retorció su cachucha militar entre los dedos y se veía avergonzado. “Dos de ellos están esperando en el pasillo, en caso de que se les necesite para dar información. Creo que en realidad se quedaron para asegurarse de que yo acudiera a la cita”.

Después de seis meses en el ejército, Keith acababa de ser promovido a soldado de primera clase. Se enlistó justo después de salir de preparatoria, pensando que se convertiría en un mecánico y aprendería un buen oficio. Pero sus pruebas demostraron que tenía capacidades, de tal manera que lo asignaron entre los médicos y lo enviaron a la escuela después de pasar por el campo de entrenamiento. Ahora había permanecido en su estación de servicio en Texas desde hacía dos semanas, viviendo con lujo relativo en una barraca con tres compañeros.

Tener compañeros de habitación era un problema debido a sus hábitos para dormir. “Tengo estas pesadillas”, explicó Keith. No se presentaban todas las noches, pero tenía varias por semana. Por lo general despertaba una hora o dos antes del toque, gimiendo con intensidad suficiente como para despertar a los otros. Había padecido este problema durante varios años, de manera que estaba más o menos acostumbrado a él. Pero, por supuesto, sus compañeros de cuarto no estaban de acuerdo. Había empeorado durante los últimos meses, con el estrés de salir de casa, mudarse y realizar trabajos nuevos.

Aunque los sueños de Keith variaban, tenían ciertos elementos en común. Uno de ellos era que él se encontraba entre un grupo de personas, totalmente desnudo. En fecha reciente eso había ocurrido durante una inspección. El resto de la tropa estaba formada, y se veía muy bien con sus uniformes de clase A. Él no traía nada puesto, así es que trataba de cubrirse, aunque nadie parecía notarlo. En otro sueño, era el conductor de una ambulancia vieja parecida a una caja de galletas. Por alguna razón, había recogido a un gorila herido. Enloquecido por el dolor, el gorila se estaba arrastrando hacia delante y estiraba un brazo peludo para abrazarlo.

“Desafortunadamente, tengo un recuerdo excelente. Me despierto al instante, y cada detalle de la pesadilla es tan claro como si lo hubiera visto en televisión. Luego permanezco despierto durante 1 h o un poco más, y también el resto de mis compañeros”.

El resto de la historia de Keith no era relevante. No utilizaba drogas y no bebía; su salud había sido buena, y no se había encontrado en particular deprimido o ansioso. Nunca había tenido desmayos o convulsiones, y nunca había utilizado medicamentos. Amaba su trabajo en el dispensario y creía que su oficial en jefe sabía que se mantenía alerta y trabajaba a conciencia. Sin duda, no se estaba quedando dormido en el trabajo.

“Conocí a algunos otros chicos mayores que habían tenido pesadillas después de estar en el combate”, dijo Keith. “Puedo comprender eso. Pero casi la peor cosa que me ha ocurrido desde que me enlisté es que se me ponchó una llanta”.

Evaluación de Keith Redding

Las pesadillas de Keith no le molestaban en gran medida; se había acostumbrado a ellas. Era su malestar en relación con sus compañeros de habitación que el que haría que sus pesadillas tuvieran gravedad suficiente para justificar el diagnóstico (criterio C).

Tres aspectos de la experiencia de Keith son típicos de casi todas las pesadillas: ocurrían durante la última parte de la noche, tenía un despertar completo e instantáneo (B), y recordaba con claridad su contenido (de manera característica, amenazas a su seguridad o respeto personal)—(A). Cada una de estas características sirve para diferenciar el trastorno de pesadillas del **trastorno del despertar del sueño no REM, del tipo con terrores nocturnos**: los terrores nocturnos se verifican en una fase temprana con el sueño no REM, su recuerdo es deficiente, y el paciente sólo despierta de manera incompleta, si es que lo hace. Por último, si bien pudiera existir algún grado de vocalización (en el caso de Keith, un quejido reprimido) cuando el paciente está a punto de despertar, la parálisis de los músculos que de ordinario tiene lugar durante el sueño REM impide que se presenten el grito intenso y los movimientos corporales típicos de los terrores nocturnos.

Si el malestar del paciente se refiere a la somnolencia diurna, deben analizarse otras etiologías, como alguna variante de la **apnea del sueño**. Keith no cursaba con crisis de sueño diurnas, no obstante las pesadillas pueden ser un fenómeno que acompañe a la **narcolepsia**. También deben descartarse varios trastornos en los que son posibles las pesadillas: **trastornos del estado de**

ánimo, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, trastorno de síntomas somáticos, trastorno de adaptación y trastornos de la personalidad (E).

El hecho de que Keith no tomara medicamentos también es relevante para el diagnóstico diferencial, puesto que la abstinencia de **sustancias que suprimen el sueño REM**, como los antidepresivos tricíclicos, el alcohol o los barbitúricos en ocasiones incrementa la tendencia al desarrollo de pesadillas (D). Los **trastornos convulsivos** (como las crisis parciales complejas) pueden en ocasiones presentarse con sueños desagradables; los movimientos anormales identificados por un compañero de cama durante una pesadilla aparente podrían constituir una indicación para solicitar estudios electroencefalográficos (E). Como el mismo Keith señaló, las pesadillas sobre un evento traumático se identifican con frecuencia en pacientes con **trastorno de estrés postraumático** (pueden ocurrir durante el sueño no REM, lo que constituye la razón por la que los pacientes con este trastorno tienen más probabilidad de gritar).

Keith tendría una calificación EEAG de 75. Su diagnóstico completo sería simple:

F51.5 [307.47] Trastorno de pesadillas, persistente, moderado

G47.52 [327.42] Trastorno del comportamiento del sueño REM

Durante el sueño REM normal, los músculos esqueléticos se paralizan, lo que protege a la persona de sufrir lesión mientras se encuentra inconciente. Sin embargo, en los individuos con trastorno del comportamiento del sueño REM (TCSREM) ese mecanismo en ocasiones falla. En esos casos, los sueños se manifiestan como una actividad, y puede ocurrir algo indeseable.

Si bien los comportamientos motores en cuestión tan sólo pudieran corresponder a contracciones musculares discretas, pueden escalar hasta convertirse en movimientos súbitos y en ocasiones violentos—al golpear, patear o incluso morder, los afectados pueden lesionarse o lesionar a su compañero de cama con gravedad. En vez de un comportamiento motor franco, o en ocasiones en adición al mismo, los pacientes a veces susurran, hablan, gritan, maldicen, ríen o lloran. Pero la prevalencia general de lesión a sí mismo u otros supera 90%.

Por lo general, estos individuos mantienen sus ojos cerrados—otra diferencia del sonambulismo—y es raro que se levanten de la cama. Una vez que despiertan, lo que logran con facilidad, muchos afectados por TCSREM refieren sueños vívidos, en que muchas veces enfrentan amenazas, o son atacados por animales o personas. Su actividad puede corresponder en forma precisa al contenido del sueño, lo que en ocasiones se describe como “actuar los sueños”. En otros casos, un sueño chistoso puede hacer que la persona sonría o ría. Cuando el cuadro es grave, estos comportamientos se presentan incluso cada semana o con más frecuencia.

Entre quienes presentan TCSREM existe una mayoría franca de varones (80% o más). El inicio usual es posterior a los 50 años, de manera que el paciente típico es un varón de edad mediana o avanzada. Sin embargo, incluso los niños pueden verse afectados. Hasta una tercera parte de los pacientes no tiene conciencia de sus síntomas, y quizá la mitad no recuerde haber tenido sueños desagradables. En general, la condición afecta a menos de 1% de la población general en adultos.

El diagnóstico inicial puede sospecharse partir de las observaciones realizadas por un compañero de cama; la confirmación (con una excepción) hace necesaria la polisomnografía. La excepción es la siguiente: el individuo cursa con manifestaciones que sugieren TCSREM y alguna sinucleinopatía, como la enfermedad de Parkinson o algunas otras (véase el texto entre barras a continuación).

Entre los pacientes que acuden a clínicas del sueño por TCSREM, cerca de la mitad padece o desarrolla una de estas enfermedades: demencia por cuerpos de Lewy, enfermedad de Parkinson o atrofia sistémica múltiple. De manera colectiva, se denominan **sinucleinopatías**, debido a que su causa subyacente es la existencia de conglomerados intracelulares anormales constituidos por la proteína sinucleína α . Se trata del único ejemplo en el que puedo pensar en que se sospecha que un trastorno de salud mental constituye un factor de predicción poderoso de alguna enfermedad médica cuyo desarrollo puede ocurrir en un futuro lejano. Es posible que esto nos haga sentir tanto animados como en choque.

Características esenciales del trastorno del comportamiento del sueño REM

El paciente cursa con episodios recurrentes de despertar durante el sueño, que se acompañan por gritos o expresiones orales, o bien por acciones físicas que pueden lesionar al paciente o al compañero de cama. Estos síntomas a menudo se correlacionan con el contenido del sueño. Los despertares subsecuentes tienden a ser plenos. Puesto que ocurren durante el sueño REM, estos episodios tienden a ocurrir una vez que la persona ha permanecido dormida durante un buen rato, y no durante las siestas.

La letra pequeña

Si persona cuenta con la historia clínica característica descrita, a la par de una sinucleinopatía (como la enfermedad de Parkinson o la demencia por cuerpos de Lewy), no se requiere la polisomnografía. Si no existe el antecedente, debe contarse con evidencia polisomnográfica de sueño REM con conservación del tono muscular.

Las D: • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, otros trastornos del sueño-vigilia).

Jackson Rudy

Jackson Rudy atrajo atención clínica considerable cuando casi muere en el inmovilizador que había diseñado para sí mismo. Una madrugada de noviembre, su esposa Shawna tuvo que llamar a los paramédicos.

Durante varios años, explicó después Jackson, había tenido sueños **en verdad** vívidos. Por lo general eran positivos, pero de vez en cuando “soñaba que estaba siendo perseguido por enormes animales peludos con mandíbulas por las que escurría baba. Después de atacarme, comenzaban a atacar a Shawna”. En su sueño, golpeaba con sus puños y pies, pero por supuesto el único blanco disponible era su esposa. “Pensé que tenía que mantenerla segura—¡pero supongo que era de mí!”.

Siendo niño, Jackson había vivido en un rancho en el que todavía rondaban los lobos. Aunque nunca había visto un ataque real, más de una vez los había visto merodeando en torno al ganado de la familia.

Varios meses antes, cuando su comportamiento nocturno se limitaba a gritar o a mover en torno de sí los brazos y las piernas en ocasiones, había consultado a su médica de atención primaria. “Ella pensó que yo podía quedarme a dormir en la habitación para huéspedes. Shawna y yo pensamos que eso era lamentable”. De esa manera, Jackson se dedicó a lustrar sus conocimientos para el trabajo con cuero, provenientes de sus días en el rancho, y construyó un cincho para limitar sus movimientos. “Se suponía que debía dar vueltas en torno a mis brazos y tórax para impedirme que le diera puñetazos”, dijo, “pero de alguna manera me enredé en él. Casi me ahorco”.

Con la autorización de Jackson, los clínicos entrevistaron a Shawna. Ella afirmó que sus ataques ocurrían casi siempre en las horas previas al amanecer, y que cuando él despertaba recuperaba un estado de alerta total al instante. ¿Había estado deprimido? ¿Bebía o utilizaba drogas o medicamentos? (Todas las respuestas negativas). ¿Era en general bueno su interés en todas las cosas? ¿En el sexo?

Shawna sonrió. “Incluso a los 60, es mucho mejor para hacer el amor que para hacer inventos”.

Evaluación de Jackson Rudy

En primer lugar, es necesario encargarse de los criterios. Se sabe, a partir de la historia clínica (lo que incluye la información útil provista por Shawna), que los episodios de Jackson eran repetidos y tenían un componente físico (criterio A), que se presentaba mientras estaba soñando a hora avanzada de la noche (no cuando acababa de quedarse dormido—criterio B) y que parecía ser un reflejo físico de sus sueños. Despertaba de inmediato (C), y no había estado bebiendo, o utilizando drogas o medicamentos que pudieran generar comportamientos similares (F). La llamada a los paramédicos indica que su comportamiento era peligroso y tenía relevancia clínica (E).

La polisomnografía también pudiera facilitar el diagnóstico diferencial de algunos otros trastornos que implican violencia durante el sueño: tanto el **sonambulismo** como el **trastorno del despertar del sueño no REM del tipo con terrores nocturnos**, las **convulsiones nocturnas** y la **apnea-hipopnea obstructiva del sueño**. A pesar de esto, su historia clínica carece de solidez suficiente para sustentar alguno de estos de trastornos, y considero que es apropiado hacerlos a un lado. No existe evidencia de algún otro trastorno médico o mental (G).

El criterio remanente (D), la verificación mediante polisomnografía, no resulta un elemento tan relevante como el DSM-5 pudiera hacer pensar. Algunos expertos indican que es posible omitirla en los casos leves, en que no existe inquietud relevante en torno a otros trastornos. Sin embargo, por la intensidad de los puñetazos de Jackson, la seguridad es el elemento más importante de la evaluación. Quizá Jackson todavía no se considerara viejo, pero es necesario saber si padece alguno de los trastornos neurológicos degenerativos que pueden constituir la etiología del TCSREM: **demencia con cuerpos de Lewy** (alrededor de 70% de los casos se relaciona con TCSREM), **enfermedad de Parkinson** (50%) y **atrofia sistémica múltiple** (más de 90%). El TCSREM también se identifica con los **eventos cerebrovasculares**, los **tumores** y el uso de algunos **medicamentos** (betabloqueadores, algunos antidepresivos), no obstante es raro en la enfermedad de Alzheimer.

Por efecto de las circunstancias en las que Jackson casi muere, se justifica hacer algunas preguntas relativas a las parafilias, y su clínico podría desear tener en mente la posibilidad de intento suicida—una pista falsa en este caso, pero algo en lo que hay que pensar en ocasiones.

El diagnóstico de Jackson Rudy se menciona a continuación. Si bien se llamó a los paramédicos, yo pensaría que el peligro que enfrentó se limitó a esa ocasión, y existen pocas probabilidades de que se repita. Yo le asignaría una calificación EEAG de 70. Su médico tendría que mantener

una vigilancia cuidadosa para descartar en él el desarrollo de algún trastorno adicional (véase el texto entre barras precedente).

G47.52 [327.42] Trastorno del comportamiento del sueño REM

Otros trastornos del sueño-vigilia

Trastorno del sueño inducido por sustancia/medicamento

Como puede esperarse, el consumo excesivo de sustancias puede generar distintos trastornos del sueño, la mayor parte de los cuales corresponden al insomnio o la hipersomnolencia. El problema específico con el sueño puede verificarse tanto durante una intoxicación como en la abstinencia.

Alcohol. El consumo intenso de alcohol (intoxicación) puede dar origen a un sueño que no reparador por supresión intensa del sueño REM y disminución del tiempo total de sueño. Los pacientes pueden experimentar insomnio terminal y en ocasiones hipersomnolencia, y sus problemas del sueño pudieran persistir durante años. La abstinencia del alcohol incrementa en grado intenso la latencia del sueño y genera inquietud durante el mismo, con despertares frecuentes. Los pacientes pueden experimentar delirium con temblor y alucinaciones (en particular, visuales); esto se conocía antes como *delirium tremens*.

Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos. Entre estos medicamentos se encuentran los barbitúricos, los antihistamínicos y los bromuros de venta sin receta, las benzodiazepinas de acción corta y las dosis elevadas de benzodiazepinas de acción prolongada. Cualquiera de estas sustancias puede utilizarse con el objetivo de resolver el insomnio de otra etiología. También pueden generar un trastorno del sueño ya sea durante la intoxicación o la abstinencia.

Estimulantes del sistema nervioso central. Las anfetaminas y otros estimulantes de manera característica inducen incremento de la latencia del sueño, disminución del sueño REM y un número mayor de despertares. Una vez que el medicamento se suspende, pueden ocurrir hipersomnolencia con inquietud y sueños de rebote durante el periodo REM.

Cafeína. Esta droga popular induce insomnio durante la intoxicación e hipersomnolencia durante la abstinencia (sin sorpresas en este rubro).

Otras sustancias. Entre éstas se encuentran antidepresivos tricíclicos, neurolépticos, ACTH, anticonvulsivos, fármacos tiroideos, marihuana, cocaína, LSD, opioides, PCP y metildopa.

Características esenciales del trastorno del sueño inducido por sustancia/medicamento

El consumo de alguna sustancia parece haber inducido en el paciente un problema grave del sueño.

La letra pequeña

En el texto entre barras de la página 95 se muestran algunas recomendaciones para la identificación de la relación etiológica con sustancias.

- Las D:** • Malestar o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal)
- Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, delirium, otros trastornos del sueño).

Este diagnóstico sólo debe establecerse cuando los síntomas tener gravedad suficiente para justificar su atención clínica **y** son más graves que lo que se esperaría a partir de una intoxicación o abstinencia ordinaria.

Notas para codificación

En la CIE-9 la codificación era simple: 291.82 para el alcohol, 292.85 para todas las otras sustancias. La codificación en la CIE-10 depende de la sustancia que se utiliza y de si se presentan todos los síntomas para en efecto diagnosticar un trastorno por consumo de sustancias (y de ser así, la gravedad que tiene). Consúltese el cuadro 15.2 en el capítulo 15.

Especificar:

Con inicio durante la {intoxicación} {abstinencia}. Esto se agrega al final de la frase.

Con inicio tras el uso de medicamento. Es posible agregar este especificador a otros (véase el texto entre barras de la p. 94).

Especificar:

Tipo con insomnio.

Tipo con somnolencia diurna.

Tipo con parasomnia (comportamiento anómalo durante el sueño).

Tipo mixto.

Dave Kincaid

Dave era un escritor *free-lance*. Como lo explicó a su médico, “free-lance” era el término que utilizaba la industria para indicar que una persona no tenía un contrato. Tuvo resultados razonablemente buenos, al especializarse en entrevistas con personas que no eran importantes (pero muy interesantes). La mayor parte de su trabajo se publicaba en revistas menores y en publicaciones especializadas. Su novela y un volumen de ensayos sobre viajes se habían agotado pronto, con críticas buenas pero ventas decepcionantes.

Cuando tenía necesidad, Dave complementaba su ingreso realizando trabajos temporales. Para conseguir material para sus escritos, trataba de que sus empleos fueran lo más variado posible. Había conducido un taxi, había sido portero en un bar, vendido bienes raíces y (en sus años mozos) fungido como guía en el crucero del Río de la jungla en Disneylandia. Ahora, con 35 años, durante varias semanas había estado respaldando su trabajo en su tercer libro, un misterio relativo a un asesinato, con su trabajo en una tostadora de café al Norte de San Francisco. No pagaban mucho más que el salario mínimo en este empleo, pero tampoco era demasiado exigente. Excepto por 2 o 3 h de labor intensa cercanas al mediodía, tenía tiempo suficiente para esbozar alguna sección de su libro y trabajarla por la noche.

Esto también le permitía tener a Dave tiempo para tomar café. Además de moler la semilla o venderla entera, la tostadora comerciaba café preparado. Los empleados podían beber lo que quisieran. Dave era un bebedor de café, pero siempre se había limitado a tres o cuatro tazas por día. “Sin duda no es suficiente para explicar cómo me siento ahora”.

La forma en que se sentía era, en una palabra, nervioso. Era peor por la noche. “Tengo esta sensación incómoda ‘acelerada’, y deseo escribir. Pero en ocasiones no me puedo quedar quieto frente al procesador de palabras. Tengo esa sensación de ‘carne viva’ que se produce cuando los músculos se contraen solos. Y mi corazón late rápido y mi intestino parece expulsar agua, de manera que paso mucho tiempo en el baño”.

Rara vez Dave se lograba dormir antes de las 2 a.m., en ocasiones después de acomodarse una y otra vez y dar vueltas. Los domingos dormía hasta el mediodía, pero de lunes a sábado despertaba con su reloj de alarma, sintiéndose desvelado y desesperado por beber una taza de café.

La salud de Dave había sido excelente, lo que era bueno debido a que rara vez había tenido un empleo que le concediera un plan de salud. Excepto en las mañanas, su estado de ánimo era bueno. Había probado la marihuana en el pasado, pero no le gustaba. Limitaba la bebida al café, pero “sólo tres o cuatro tazas por día”, dijo de nuevo. También negaba beber té, chocolate o bebidas de cola. Después de un momento agregó: “Por supuesto, también están las semillas de café”.

Cuando las cosas se ponían lentas durante la tarde y Dave estaba pensando en su novela, empezaba a comer semillas de café recubiertas, que la tostadora también vendía (a \$11.45 los 250 g). Venían cubiertas con chocolate blanco u oscuro; prefería el oscuro. También contaban con semillas descafeinadas, pero éstas estaban recubiertas con yogurt, que a él no le gustaba.

“No cuento el número de semillas que me como”, dijo Dave, “pero en total, es posible que cada tarde me coma unos cuantos puñados. O algo así”.

Evaluación de Dave Kincaid

Aunque Dave bebía cantidades moderadas de café, era muy fuerte y quizá contenía más de los 250 mg aproximados que se requieren para generar una intoxicación por cafeína. También consumía semillas de café; de acuerdo con el origen de las semillas, quizá se necesiten 70 para preparar una tasa de café concentrado, y él consumía puñados de semillas recubiertas con chocolate. Así, es posible que hubiera consumido el equivalente a una o dos tazas adicionales de café por día (además, el chocolate contiene teobromina, una xantina con efectos similares a los de la cafeína). No resulta extraño que se sintiera nervioso. En la sección correspondiente (p. 417), se analizan los síntomas de intoxicación por cafeína que muestra Dave.

A la par de su consumo de cafeína, Dave había identificado un incremento de la latencia del sueño. Se sentía cansado cuando era hora de levantarse y tenía que consumir café para mantenerse en actividad. Así, se cubren los criterios básicos para el trastorno del sueño inducido por sustancia: el consumo de una sustancia causa (criterio B1) un problema para dormir con gravedad suficiente para requerir atención clínica (A, E). Por supuesto, la cafeína tiene fama por asociarse a la incapacidad para dormir.

Sin duda, sería posible pensar en todo tipo de trastornos del sueño capaces de inducir los síntomas de Dave (C, D)—pero la vía racional sería eliminar el consumo de cafeína, para luego revalorar al paciente. Esto fue lo que hizo el clínico de Dave. En algunos casos, puede existir confusión en torno a las contribuciones etiológicas de las afecciones médicas y los fármacos que se utilizan para su manejo. En ocasiones se justifica la integración de dos diagnósticos.

Con los especificadores para el subtipo que se incluyen como requisito en los criterios (y una calificación EEAG de 65), el diagnóstico de Dave sería el siguiente:

F15.929 [305.90] Intoxicación por cafeína, moderada

F15.982 [292.85] Trastorno del sueño inducido por cafeína, tipo con insomnio, con inicio durante la intoxicación

El diagnóstico de **cualquier cuadro** inducido por sustancia depende de decidir si los síntomas son más graves que lo que se esperaría a partir de una intoxicación o una abstinencia ordinaria. Esto es una cuestión de juicio. En el caso de Dave Kincaid, los síntomas tenían prominencia suficiente para inducirlo a solicitar una valoración.

G47.09 [780.52] Otro trastorno de insomnio especificado

El DSM-5 presenta los ejemplos siguientes:

Trastorno de insomnio breve. Insomnio con menos de tres meses de evolución.

Restringido a sueño no reparador. La persona no se siente refrescada con el sueño, mismo que en otros sentidos carece de características peculiares.

G47.00 [780.52] Trastorno de insomnio no especificado

Este diagnóstico se utiliza cuando los síntomas de insomnio de un paciente no cumplen los criterios completos para el trastorno de insomnio (o cualquier otro trastorno del sueño) y se decide no especificar las razones.

G47.19 [780.54] Otro trastorno de hipersomnolencia especificado

G47.10 [780.54] Trastorno de hipersomnolencia no especificado

Puede recurrirse a una de estas categorías al descartar todas las otras posibilidades en torno a la hipersomnolencia de un paciente. En este caso se aplican los lineamientos usuales para elegir si se utiliza otro trastorno especificado u otro trastorno no especificado.

G47.8 [780.59] Otro trastorno sueño-vigilia especificado

G47.9 [780.59] Trastorno sueño-vigilia no especificado

Disfunciones sexuales

Guía rápida para las disfunciones sexuales

El DSM-5 hace referencia a tres problemáticas que guardan relación directa con el desempeño sexual. En el DSM-IV y las ediciones previas, se incluían todas en el mismo capítulo; ahora las disfunciones sexuales, la disforia de género y los trastornos parafilicos se encuentran distribuidos en tres capítulos distintos. Al igual que en el caso de casi todos los otros diagnósticos, los pacientes pueden mostrar problemas en áreas diversas, que a la vez pueden coexistir con otros trastornos mentales.

Con la excepción de la disfunción sexual inducida por sustancias, las disfunciones sexuales son específicas según el sexo. La organización del DSM-5 es alfabética; en este libro se agrupan los trastornos con base en el sexo del paciente y la etapa del acto sexual en el que se presenta la disfunción. El número de página que aparece tras cada elemento indica el sitio en que comienza una discusión más detallada.

Disfunciones sexuales

Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón. El paciente no tiene gran interés en el sexo, no obstante su desempeño pudiera ser adecuado una vez que se inicia la actividad sexual (p. 352).

Trastorno eréctil. La erección del pene es insuficiente para dar inicio o completar el coito (p. 355).

Eyacuación prematura (precoz). Un varón alcanza el clímax antes, durante o justo después de la penetración, en ocasiones repetidas (p. 357).

Eyacuación retardada. No obstante experimentar por un proceso normal de excitación sexual, el clímax en un varón se presenta en forma tardía o no se alcanza (p. 359).

Trastorno del interés/excitación sexual femenino. Una mujer carece de interés en el sexo o no alcanza una excitación suficiente (p. 362).

Trastorno de dolor genito-pélvico/ penetración. Se presenta dolor genital (sólo en la mujer) por el coito, con frecuencia durante la penetración (p. 364).

Trastorno orgásmico femenino. No obstante un periodo normal de excitación sexual, el clímax en la mujer ocurre de manera tardía o no se alcanza (p. 368).

Disfunción sexual inducida por sustancia/medicamento. Muchos de estos problemas también pueden deberse a intoxicación o abstinencia de alcohol u otras sustancias (p. 370).

Otra disfunción sexual, especificada o no especificada. Se trata de categorías a las que se asignan todos los problemas sexuales que no se ajustan a los criterios de alguna de las disfunciones sexuales mencionadas antes (p. 371).

Otras causas de dificultad para el desempeño sexual

Trastornos parafilicos. Incluyen distintos comportamientos que la mayor parte de las personas considera desagradable, inusual o anormal. En su mayoría son practicados de manera casi exclusiva por varones.

Disforia de género. Algunas personas se identifican con tanta intensidad con el género opuesto que se sienten incómodas con sus roles de género asignados (p. 372).

Trastornos mentales que afectan el desempeño sexual. Muchos pacientes desarrollan disfunción sexual como consecuencia de otros trastornos mentales. Puede identificarse falta de interés en el sexo en particular en el trastorno de síntomas somáticos (p. 251), el trastorno depresivo mayor (p. 122) y la esquizofrenia (p. 64).

Introducción

Las disfunciones sexuales suelen iniciar en una fase temprana de la edad adulta, si bien algunas pudieran no aparecer sino hasta una etapa posterior de la vida—cada vez que surge la oportunidad de tener una experiencia sexual. Casi todas son muy frecuentes. Cualquiera puede derivar de factores psicológicos o biológicos, o bien una combinación de ellos. De ordinario no se integraría alguno de estos diagnósticos si el comportamiento sólo se presenta a la par de otro trastorno mental.

De igual forma, cualquiera de estas disfunciones pudiera haber estado presente durante toda la vida o desarrollarse en algún momento. El término **primario** (que en este caso hace referencia al proceso que lo origina) implica que esa disfunción ha existido desde el inicio de la vida sexual activa. El término **adquirido** implica que en algún momento el paciente fue capaz de tener relaciones sexuales sin alguna disfunción específica. Las disfunciones primarias son más resistentes a la terapia.

Por otra parte, la mayor parte de las disfunciones sexuales pueden ser **generalizadas o situacionales** (es decir, que se limitan a situaciones específicas). Por ejemplo, un varón pudiera experimentar eyaculación prematura con su esposa, pero no con otra mujer. Algunas disfunciones no requieren que el paciente tenga una pareja; pueden presentarse durante la masturbación, por ejemplo (estos dos conceptos, generalizado y situacional, no se aplican al trastorno de dolor genito-pélvico/por penetración).

El DSM-5 hace recomendaciones más estrictas en torno al grado de disfunción que se requiere para establecer un diagnóstico. El paciente debe tener síntomas en la mayor parte de las ocasiones (en los criterios se expresa como “casi todas o todas”) en que se verifica actividad sexual, durante

un periodo de seis meses—y esas frases se definieron de manera explícita, y también confusa, para hacer referencia a 75% o más. Sin embargo, los criterios también especifican que deben inducir “malestar o ansiedad con relevancia clínica”, lo que da cierto espacio al juicio clínico que toma como base el tiempo de evolución del problema, y el grado al cual afecta al paciente y su pareja. Este juicio recibe influencia de las circunstancias que circundan a la actividad sexual específica— como el grado de estimulación sexual, la cantidad de actividad y la persona con quien ocurre. Por ejemplo, no debe establecerse el diagnóstico de trastorno del interés/excitación sexual femenino si sólo se presenta cuando se intenta el coito tras un periodo breve o nulo de juego preliminar.

Además de estas cuestiones, existen algunos factores adicionales que deben tomarse en cuenta (obsérvese que en el DSM-IV existían subtipos que se indicaban al final del nombre oficial de cada trastorno sexual; en esencia, el DSM-5 las degradó para sólo reconocerlos con fines de asesoramiento).

- Factores de la pareja (como problemas sexuales o condición de salud de la pareja).
- Factores de la relación interpersonal (como comunicación deficiente, discordia, discrepancias en cuanto al deseo de actividad sexual).
- Factores de vulnerabilidad individuales (como antecedente de abuso o imagen corporal deficiente).
- Factores culturales o religiosos (por ejemplo, inhibiciones vinculadas con la prohibición de la actividad sexual).
- Factores médicos relevantes para el pronóstico, la evolución o el tratamiento (cualquier enfermedad crónica pudiera constituir un ejemplo).

Si bien son frecuentes, las disfunciones sexuales tienden a ser ignoradas por los médicos que no se especializan en su valoración y tratamiento; con demasiada frecuencia, no se interroga al respecto. Un clínico alerta puede ser capaz de establecer el diagnóstico de una o más de estas condiciones en un individuo que acude para solicitar consulta en relación con otros problemas de salud mental independientes.

F52.0 [302.71] Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón

Se sabe poco acerca del interés sexual y el deseo escasos en el varón, en comparación con esas situaciones en la mujer. Esto en parte deriva de la presunción infundada de que es un problema infrecuente. Aún así, en un censo realizado en 1994 que incluyó a 1 400 varones, 16% aceptó que había cursado con algún periodo de varios meses en que carecía de interés en el sexo (en comparación con 33% en la mujer). Estos varones tendían a ser de mayor edad, a no estar casados, carecer de una instrucción académica de nivel avanzado, de afroamericanos y de recursos económicos limitados. En comparación con otros varones tenían más probabilidad de haber sufrido un “tocamiento” inapropiado antes de la pubertad, haber experimentado actividad homosexual en algún momento de su vida, y consumir alcohol a diario. Incluso un porcentaje bajo de varones jóvenes (entre 20 y 30 años) acepta una carencia relativa de deseo sexual, no obstante rara vez alcanza el nivel del trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón (TDSHV).

El TDSHV puede ser primario o adquirido. El tipo primario (con una frecuencia menor relativa) se vincula con algún tipo de secreto sexual (como vergüenza en torno a la orientación sexual, algún trauma sexual previo, o quizá la preferencia de la masturbación a las relaciones

sexuales con una pareja). Este deseo sexual escaso en el varón puede quedar enmascarado por el efecto de un romance nuevo; este resplandor de manera típica sólo persiste algunos meses antes de que se establezcan la frustración y la aflicción (y un mayor grado de ocultamiento), tanto para el paciente como para la pareja.

El TDSHV adquirido corresponde al patrón más frecuente. A menudo se desarrolla como consecuencia de disfunciones para la erección o la eyaculación (precoz o tardía). A su vez, éstas pueden derivar de etiologías diversas: diabetes, hipertensión, consumo de sustancias, trastornos del estado de ánimo o ansiedad, o en ocasiones falta de intimidad con una pareja. De manera independiente a su origen, la confianza del varón en su capacidad para desarrollar o mantener una erección (o satisfacer a su pareja) cede ante un patrón de ansiedad anticipada y falla. Muestra dificultad para aceptar que su relación sexual no es perfecta, y de esa manera se retira, derrotado e incapaz de comunicarse.

Este patrón puede iniciar casi en cualquier etapa de la vida, no obstante casi dos de tres parejas dejan de tener relaciones sexuales a una edad cercana a los 75 años. De manera independiente a la edad, cuando esto ocurre en parejas heterosexuales existe una gran probabilidad (90%) de que dependa de la iniciativa del varón.

Características esenciales del trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón

Un varón carece de pensamientos o deseos eróticos relativos a la actividad sexual.

La letra pequeña

El clínico debe juzgar la deficiencia a la vista de la edad y otros factores que puedan influir sobre la función sexual.

Las D: • Duración (seis meses o más) • Malestar para el paciente • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, problemas de relación, otros trastornos mentales).

Notas para codificación

Especificar:

{Primario} {Adquirido}.

{Generalizado} {Situacional}.

Especificar la intensidad de la tensión generada por los síntomas: **{Leve} {Moderada} {Grave}.**

Nigel O'Neil

“Ella no es la típica esposa de exposición”, le dijo Nigel O'Neil al terapeuta como confidencia. “Amo a Gemma por ser tan competente y organizada—una persona muy agradable”, agregó, casi como un reparo. “Pero no me excita, como solía hacerlo Beatriz”.

A los 53 años, Nigel llevaba varios años en su segundo matrimonio, que concretó tres años después de que su primera esposa muriera por un melanoma maligno. Durante varios años, Gemma

había sido su asistente personal en la oficina. En la época en que Beatriz murió, había acudido a ella para algo más que pedirle su taza matutina de té negro. En su primera sesión aceptó que aún se sentía culpable por eso.

Nacido en Londres, Nigel fue educado como un católico estricto. “Eso tuvo como consecuencia el hecho de que, antes de casarnos, Beatriz y yo no hubiéramos hecho demasiado. Éramos muy jóvenes y teníamos poca experiencia”. Después de esto, él había podido mantener una erección de manera satisfactoria para el coito “la mayor parte del tiempo”. Se negó a dar más detalles, y sólo indicó que en comparación con su relación actual, parecían ser menores.

Gemma tenía 15 años menos que Nigel. Durante varios meses habían sostenido una vida sexual activa. En la oficina, él apreciaba la forma en que controlaba su horario. “En casa no tanto”. Durante los últimos seis meses, cuando ella se aproximaba a él para tener relaciones sexuales, él solía alejarla con la excusa de que estaba demasiado cansado o preocupado. En las pocas ocasiones en que ella lograba persuadirlo para intentarlo, él no podía mantener una erección durante tiempo suficiente para lograr la penetración. Cuando tenían relaciones sexuales, la atención de Nigel “se iba a la oficina”, y terminaba antes de que cualquiera de ellos alcanzara el orgasmo.

El médico de Nigel revisó sus concentraciones de testosterona, mismas que se encontraban dentro del intervalo normal. En su segunda visita al consultorio, también acudió Gemma. Ambos afirmaron que bebían un poco de alcohol y nunca habían consumido drogas o tabaco. Gemma agregó que unos meses antes, desesperada, se había suscrito a *Playboy* por él. “Es el único hombre que conozco que sólo lee los artículos”, comentó.

Nigel no había visto a otras mujeres; ni siquiera se masturbaba. “Por meses, la revista es a la única a la que he llevado a la cama. Ya ni siquiera tengo fantasías lujuriosas”. La cuestión no le preocupaba a Nigel mismo (“¡Es sólo que no es algo en lo que piense!”), pero casi lloraba al hablar de cuánto se preocupaba por Gemma, lo mucho que deseaba que ella fuera feliz—que no lo abandonara por alguien más.

En una sesión en la que Nigel estaba en el consultorio, Gemma explicó: “Además de libros y revistas, nuestra compañía hace películas, en particular acerca del amor y de cómo hacerlo. Nigel piensa que ésa es una ironía absoluta, pero yo no creo que ya hayamos disparado la última bala”.

Evaluación de Nigel O’Neil

La clínica de Nigel está cargada de indicadores de algún trastorno sexual persistente, lo que incluye las ocasiones numerosas en que fue incapaz de mantener la erección, el interés y la respuesta (a las invitaciones de Gemma), e incluso sus fantasías (criterio A). Su interés en el trabajo era bueno y negaba sentirse deprimido, de tal manera que parece poco probable un **trastorno del estado de ánimo** (B), no obstante parecería una buena idea realizar una revisión detallada para descartar algún **trastorno de ansiedad** potencial. Los antecedentes parecen descartar algún papel etiológico de las **drogas** o el **alcohol** (también D); no existía alguna tensión aparente en la relación interpersonal—todavía, en cualquier caso. La duración cumplía el requisito de seis meses (B), y la tensión de Nigel era palpable (C).

Además, Nigel quizá calificaría para el diagnóstico de **trastorno eréctil**. En ese caso, también ese diagnóstico tendría que establecerse (es posible la coexistencia de otros trastornos sexuales con el TDSHV). Se trata de otra problemática que él y su clínico tendrían que explorar.

Una vez que se establece el diagnóstico principal, debe comenzar el trabajo verdadero del clínico—examinar las causas potenciales de la falta de interés sexual de Nigel. Cada una de ellas corresponde a una vía terapéutica que debe explorarse. Deben valorarse factores contribuyentes potenciales numerosos:

Factores de la relación—¿resentía Nigel el control excesivo que ejercía Gemma sobre sus vidas?

Factores médicos—¿padecía Nigel, por ejemplo, diabetes o alguna afección cardiovascular? (si los factores médicos fueran la única causa de los problemas sexuales de Nigel, no se establecería este diagnóstico; véase el criterio D).

Cuestiones culturales o religiosas— la relación sexual de Nigel con Gemma mientras el primero aún estaba casado con Beatriz pudiera tener algún vínculo.

Si bien no existe información en cuanto a los factores de la pareja o factores de vulnerabilidad individuales, como depresión, se requerirían sin duda entrevistas de exploración adicionales tanto con Nigel como con Gemma.

Los problemas sexuales aún sin elaborar de Nigel con Beatriz llevan a preguntarse si su problema pudiera haber existido toda la vida, en vez de ser adquirido. ¿Pudiera haber sido su interés sexual bajo con ella también? ¿Se había quejado ella? ¿Tenía él fantasías acerca de otras mujeres? ¿Varones? ¿Qué tan cariñosos eran como pareja?

En su expresión más simple, el diagnóstico de Nigel quedaría como se indica abajo, pero se requiere mucho más trabajo. A pesar de su dificultad para el sexo, yo le asignaría una calificación EEAG saludable de 70.

F52.0 [302.71] Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón, adquirido, generalizado, grave

F52.21 [302.72] Trastorno eréctil

El trastorno eréctil (TE), conocido también como impotencia, puede ser parcial o completo. En cualquier caso, la erección es insuficiente para permitir un coito satisfactorio. La impotencia también puede ser situacional, en cuyo caso el paciente es capaz de lograr una erección sólo en ciertas circunstancias (por ejemplo, con prostitutas). El TE quizás sea el trastorno sexual con prevalencia más alta en el varón, y se presenta por lo menos en 2% de los varones **jóvenes**; esa cifra no mejora al avanzar la edad. Entre todas las disfunciones sexuales, se trata de la que más probabilidad tiene de presentarse por primera vez en una fase posterior de la vida.

Distintas emociones pueden participar en el desarrollo o la perpetuación del TE. Incluyen ansiedad, miedo, ira, culpa y desconfianza de la pareja sexual. Cualquiera de estos sentimientos puede distraer de tal manera la atención del individuo, que le hace incapaz de concentrarse de manera apropiada en la percepción del placer sexual. Incluso un solo cuadro puede generar ansiedad anticipatoria, que luego precipita otro ciclo de disfunción. Los prominentes investigadores en materia sexual, Masters y Johnson, también hablaron acerca del factor que denominaban **expectación** (*spectatoring*), en que el paciente evalúa su desempeño con tanta persistencia que es

incapaz de concentrarse en el disfrute del sexo. Un paciente de este tipo pudiera desarrollar una erección durante el juego preliminar, pero perderla en el momento de la penetración.

El TE no debe diagnosticarse si existen factores biológicos como causa primordial o única. Esta última situación es poco probable si ocurren erecciones espontáneas, durante la masturbación o con otras parejas. Algunas autoridades calculan en la actualidad que la mitad o más de los pacientes que refieren impotencia cuentan con algún factor biológico que la explique, como la prostatectomía por cáncer. Cuando los factores psicológicos se consideran parte de la causa, como suele ocurrir, es posible establecer este diagnóstico.

Igual que en el caso de otras disfunciones sexuales, el TE puede ser primario o adquirido; el primero es raro y difícil de tratar.

Características esenciales del trastorno eréctil

El paciente casi siempre tiene dificultad intensa para alcanzar o mantener una erección suficiente para consumar el coito.

La letra pequeña

Las D: • Duración (seis meses o más) • Tensión para el paciente • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, problemas de relación, otros trastornos mentales).

Notas para codificación

Especificar:

{Primario} {Adquirido}.
{Generalizado} {Situacional}.

Especificar la intensidad de la tensión respecto de los síntomas: **{Leve} {Moderada} {Grave}.**

Parker Flynn

“Creo que debo ir de bajada”.

Si no se contaban las tres sesiones de asesoría que había recibido mientras enfrentaba el fracaso de su primer matrimonio, se trataba de la primera visita de Parker Flynn a un profesional de la salud mental. A los 45 años había estado casado durante sólo siete meses, y temía estar perdiendo su potencia sexual.

Todo había estado bien antes de la boda, pero la primera noche de la luna de miel Parker simplemente había sido incapaz de desarrollar una erección suficiente para lograr algo bueno para él o su esposa. Se suponía que había bebido demasiada champaña—de ordinario, no bebía alcohol. Su esposa también había estado casada antes, y sabía una o dos cosas acerca de los hombres. No lo había criticado; incluso dijo que estaría bien. Pero ella era atractiva y 10 años menor que Parker, y él estaba preocupado: la mayor parte del tiempo desde entonces no había podido tener un coito.

“Algunos de los chicos me advirtieron que es lo que ocurre cuando uno envejece”, insistió Parker. “Lo que debería ser fácil se vuelve difícil, y lo que debería serlo no lo es”. Antes de que surgiera la interrogante, se había sometido a una exploración física completa. Excepto por tener algunos kilos de más—Parker sentía devoción por el helado de chocolate—recibió una constancia de salud impecable. Excepto por el helado, negaba alguna otra adicción, lo que incluía alcohol, drogas y tabaco.

“Me pongo muy nervioso cuando llega la hora de hacer el amor”, explicó Parker. “Puedo lograr una erección muy buena cuando estamos jugueteando, pero cuando llega la hora de la verdad, la pierdo. Su primer esposo era un semental, y me pregunto todo el tiempo como se compara mi actividad con la de él”.

Evaluación de Parker Flynn

El interés de Parker en el sexo parecía ser bueno; tenía todas las indicaciones (erecciones normales) de que no había nada mal en la fase de excitación. Pero debido a que se sentía preocupado acerca del mantenimiento de su erección, presentaba dificultad para hacerlo (criterio 2A), lo que le generaba estrés suficiente para solicitar atención (C). Su problema se exagera por el fenómeno de expectación (véase antes), en que su desempeño se afectaba al preocuparse sobre qué tan bueno era su desempeño durante el mismo. Su problema había existido por siete meses—lo justo para cubrir el requisito de tiempo del DSM-5 (B, no obstante en algunos casos evidentes yo relajaría este criterio; después de todo, especifica “aproximadamente”).

La condición física de Parker era buena, lo que descartaba en gran medida como causa una **enfermedad física** (D). Algunos pacientes con impotencia pueden sufrir **apnea del sueño**; por supuesto, resulta vital explorar esa posibilidad, por efecto de la naturaleza letal potencial de ese trastorno. No había padecido problemas de salud mental previos que impidieran establecer el diagnóstico de TE. Su dificultad pudiera haber ocurrido por vez primera como un incidente relacionado con el alcohol, pero según sus antecedentes, el consumo de sustancias no desempeñaba algún papel en su perpetuación. También debe observarse que, al tiempo que los varones tienen más edad, pudieran requerir más estimulación para alcanzar una erección que durante la juventud; este cambio fisiológico no debe considerarse evidencia de TE. Los **problemas eréctiles esporádicos** que no provocan tensión relevante tampoco deben justificar ese diagnóstico.

El problema de Parker no había existido durante toda su vida, sino era adquirido; el caso clínico no aporta evidencia de que se presentara tan sólo en situaciones particulares, de manera que no se especificaría un tipo situacional o generalizado. Sin otros especificadores evidentes que señalar (y una calificación EEAG de 70), su diagnóstico sería:

F52.21 [302.72] Trastorno eréctil, adquirido

F52.4 [302.75] Eyaculación prematura (precoz)

Como lo sugiere el nombre del trastorno, el varón alcanza el clímax antes de desearlo—en ocasiones justo cuando él y su pareja se encuentran listos para la penetración. Sin embargo, distintos estudios recurren a estándares diversos en relación con el número de minutos que permite calificar al fenómeno como **temprano**: ¿Se trata de 7 min? ¿De 1 min? Se han propuesto los dos estándares.

De manera independiente a la duración, el clímax genera decepción y una sensación de fracaso en los dos miembros de la pareja; en ocasiones la consecuencia es la impotencia secundaria. El estrés en una relación puede exacerbar la condición, que por supuesto conduce a una pérdida aún mayor del control. Sin embargo, algunas mujeres pudieran valorar la eyaculación prematura (EP) debido a que disminuye su exposición a una actividad sexual indeseable o al embarazo.

La EP es un trastorno frecuente; es la manifestación de casi la mitad de los varones que reciben tratamiento por trastorno sexuales. Es en particular frecuente en varones con instrucción académica de nivel más alto—quizá debido a que su grupo social es en particular sensible al tema de la satisfacción de la pareja. En tanto la ansiedad suele ser un factor contribuyente, la enfermedad física o las anomalías rara vez inducen este problema.

Características esenciales de la eyaculación prematura (precoz)

El paciente casi siempre eyacula antes de desearlo, a pocos minutos de la penetración.

La letra pequeña

Las D: • Duración (seis meses o más) • Ansiedad para el paciente • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos).

Notas para codificación

Especificar:

{Primaria} {Adquirida}.
{Generalizada} {Situacional}.

Especificar la intensidad:

Leve. El paciente eyacula entre 30 y 60 s después de la penetración.

Moderada. 15 a 30 s después de la penetración.

Grave. 15 s después de la penetración, o menos (incluso antes de la penetración).

Seamos prácticos. Y honestos. Los criterios oficiales indican dos tiempos estandarizados en el paciente con eyaculación precoz, que se resumen como “cerca de 1 min” y “demasiado pronto”. El DSM-5 afirma que los varones pueden calcular con precisión el tiempo en tanto se trate de 1 min o menos, y al calor del momento, parece en extremo poco probable que alguien vaya a tomar un cronómetro para medir la actividad. Por ende, en la gran mayoría de los pacientes se descarta el reloj y se acepta la declaración “Fue demasiado rápido”.

Claude Campbell

Claude Campbell podía recordar, con embarazoso detalle, la primera vez que le había ocurrido. Era un teniente segundo muy joven de la marina, con base en Vietnam durante el último año de

la guerra. Habiendo recibido en forma inesperada un permiso para ir al pueblo, pidió prestados un par de pantalones de un informe clase A al capellán del batallón.

Claude y dos de sus amigos estaban sentados en una mesa en la banquetta, para beber una mezcla que los militares llamaban “Soltar las bombas”, cuando una prostituta se sentó a su lado. Cuando empezó a trabajar, calentando su mano entre sus muslos, sólo le tomó a Claude algunos momentos darse cuenta de que había perdido el control. Un tono rojo carmesí se extendió por su cara al tiempo que una mancha oscura aparecía al frente de los pantalones caqui del capellán.

“Ése fue uno de los peores momentos, pero sin duda no el último”, dijo Claude. Después de salir de la marina, terminó la universidad y consiguió un trabajo de venta de computadoras. Pronto se casó con una chica con la que había salido durante la preparatoria. La noche de su boda, y casi todas las otras noches que pasaron juntos, nunca fueron tan desastrosas como lo que ocurrió ese día en el bar de Vietnam, nunca duraba más de 1 min, después de la penetración.

“No es que le molestará”, comentó Claude con remordimiento. “De cualquier manera, ella nunca disfrutaba mucho el sexo. Siempre se sentía contenta al acabar con rapidez. Ahora sé por qué ella insistió en ‘reservarlo’ hasta que nos casáramos. Desde el inicio nunca quiso invertir en eso”.

Claude siempre había esperado que sus problemas se debieran en gran medida a la mojigatería y la reprobación de su esposa, pero varios meses después de haberse casado por segunda vez, las cosas no mejoraron mucho. “Ella está siendo muy paciente”, dijo, “pero los dos estamos empezando a desesperarnos”.

Evaluación de Claude Campbell

La dificultad de Claude lo acompañaba desde que comenzó su vida sexual, y ocurría en todas las ocasiones (criterio B). Aunque algunos de esos incidentes pudieran pasarse por alto en un joven o en cualquier individuo con una pareja nueva, en un adulto maduro (desconocemos la edad de Claude en el momento de la valoración) que se ha mantenido en una relación duradera con actividad sexual frecuente, deben considerarse patológicos (A). La dificultad de Claude sin duda le estaba generando tensión (C); sería necesario interrogarle en torno al consumo de sustancias (D). Como se señala antes, la **enfermedad física** no juega algún papel significativo en el desarrollo de la EP.

El problema de Claude no era situacional (le había ocurrido con sus dos esposas y con la prostituta). Hasta donde sabemos, siempre lo había presentado. Yo le asignaría una calificación EEAG de 70.

F52.4 [302.75] Eyaculación prematura, generalizada, primaria, moderada

F52.32 [302.74] Eyaculación retardada

Los varones con eyaculación retardada (ER), tienen erecciones sin dificultad, pero muestran problemas para alcanzar el orgasmo. A algunos les toma mucho tiempo; otros no pueden eyacular dentro de la pareja. La fricción prolongada puede hacer que la pareja de estos pacientes refieran irritación. La ansiedad en torno al desempeño puede generar impotencia secundaria en los individuos mismos.

Incluso si ha existido durante toda la vida, un varón suele poder eyacular mediante la masturbación (solo o con ayuda de su pareja sexual). La personalidad de los individuos con ER primaria se describe como rígida y puritana; algunos parecen considerar que el sexo es un pecado. De igual manera, el trastorno puede derivar de dificultades interpersonales, temor al embarazo o falta de encanto sexual en la pareja. La ER es un poco más frecuente en pacientes con trastornos de ansiedad.

La ER quizá sea infrecuente. Cuando los varones en realidad presentan problemas por un clímax tardío (o nulo), existe muchas veces una etiología médica; algunos ejemplos son hiperglucemia, prostatectomía, cirugía aórtica abdominal, enfermedad de Parkinson y tumores de la médula espinal. Algunos varones tienen alguna anomalía física que, en el momento del orgasmo, hace que el semen pase hacia la vejiga urinaria (eyaculación retrógrada). Se ha implicado a medicamentos, como α metildopa (un antihipertensivo) y tioridazina (un neuroléptico), así como al alcohol. Si cualquiera de estos factores es la **única** causa, no puede considerarse el diagnóstico de ER.

El medicamento tioridazina, que es capaz de inhibir el orgasmo en un varón, en ocasiones se utiliza para manejar a los pacientes con eyaculación precoz (véase el diagnóstico previo).

Características esenciales de la eyaculación retardada

El varón experimenta una tardanza intensa para alcanzar el clímax, o éste ocurre con poca frecuencia.

La letra pequeña

Las D: • Duración (seis meses o más) • Tensión para el paciente • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, problemas de relación).

Notas para codificación

Especificar:

{Primaria} {Adquirida}.
{Generalizada} {Situacional}.

Especificar la intensidad: **{Leve} {Moderada} {Grave}.**

Rodney Stensrud

Rodney Stensrud y su novia, Frannie, acudieron a la clínica en búsqueda de una cura para el “problema de desempeño” de Roque. Habían estado juntos durante casi un año, y no concordaban en cuanto al alcance del problema.

Rodney estaba muy preocupado. Siempre le había tomado mucho tiempo alcanzar el clímax, y ahora, después de más o menos 40 min de coito vigoroso, en ocasiones se encontraba langui-

deciendo ante la presión. Frannie era más optimista. Su novio anterior nunca había sido capaz de durar más de 5 min, y con frecuencia ella acababa sintiéndose frustrada.

“Ahora casi siempre tengo más de un orgasmo”, dijo con aire de satisfacción. En fecha reciente, a Rodney le había tomado incluso más tiempo, y ella aceptaba que se sentía irritada. “Quizá pudiéramos limitarlo a una media hora”, sugirió.

Los padres de Rodney lo habían educado en forma estricta. Durante su niñez había acudido a la escuela parroquial, de tal manera que tenía “muy claro el concepto del bien y el mal”. Aceptó que se sentía culpable porque él y Frannie estaban viviendo juntos sin la bendición del clero, pero ella no estaba todavía lista para dar el paso. Solía reírse y decirle que ella quería “guardar algo para después de que llegara el bebé”.

Antes de conocer a Frannie, la única experiencia de Rodney había sido con dos prostitutas que había conocido mientras estaba en la marina. Le había tomado poco tiempo con ambas. Pensaba que la que lo había hecho con la boca le había cobrado de más. “Sin duda no hubo alguna tardanza”, dijo. Tampoco había experimentado algún problema particular al masturbarse, ya fuera durante la adolescencia o en época más reciente, cuando Frannie salía por viaje de negocios largo.

Fue referido por un neurólogo, quien no encontró algún problema físico. El consumo de alcohol de la pareja sólo correspondía a una copa de vino blanco ocasional. En una época, Rodney había probado la marihuana en las fiestas, pero Frannie estaba completamente en contra de las drogas, así es que la había dejado un año antes.

Evaluación de Rodney Stensrud

Después de cursar con fases en apariencia normales de deseo y excitación, Rodney siempre requería un tiempo en extremo prolongado para alcanzar el clímax (criterio A1). A partir del caso clínico, esto no parece haber sido un problema durante toda su vida, no obstante para el momento de la consulta había persistido durante muchos meses (B). El problema le estaba produciendo tensión suficiente para solicitar ayuda (C); todo parecía indicar que estaba avanzando hacia el camino de la impotencia secundaria.

El problema de Rodney era situacional; no había experimentado tardanza alguna para la eyaculación con una prostituta o al masturbarse. El médico que lo refería no había identificado **enfermedades físicas** que pudieran explicar su trastorno, y tampoco existía un **consumo de sustancias** importante; sin evidencia de algún **otro trastorno mental** que pudiera diagnosticarse, se agotan las posibilidades del criterio D. Su educación había sido puritana, lo que reforzaba la impresión de que la base de su trastorno era psicológica y no física.

La reacción de Frannie ante el trastorno de Rodney quizá era un poco atípica. Las compañeras sexuales en ocasiones refieren malestar por la necesidad de un coito prolongado para alcanzar el orgasmo del varón. ¿Podría representar el hecho de que Frannie encontrara conveniente el trastorno de Rodney un problema potencial que requiriera terapia? Al trabajar con la pareja, el clínico de Rodney tendría que tener en mente este factor—junto con la posibilidad de que él cursara con un trastorno de ansiedad.

La calificación EEAG de Rodney sería de casi 70. Su diagnóstico sería el siguiente:

F52.32 [302.74] Eyaculación retardada, adquirida, situacional, moderada

F52.22 [302.72] Trastorno del interés/excitación sexual femenino

El trastorno del interés/excitación sexual femenino (TIESF) representa la fusión de dos diagnósticos antes independientes: trastorno de deseo sexual hipoactivo y trastorno de la excitación sexual en la mujer. El DSM-5 los combinó por varias razones. En particular en la mujer, existe una sobreposición amplia entre el deseo y la excitación; algunas autoridades consideran el deseo como el componente cognitivo de la excitación. Por otra parte, una fase no siempre precede a la otra; su interrelación depende del individuo. Y el tratamiento del deseo escaso también favorece a la excitación.

El deseo sexual depende de diversos factores, entre otros el impulso inherente de la paciente y su autoestima, la satisfacción sexual previa, la disponibilidad de pareja y una relación de buena calidad con la pareja en otros ámbitos distintos al sexo. El deseo sexual puede suprimirse por una abstinencia prolongada. Puede manifestarse como actividad sexual infrecuente, o como una percepción de falta de atractivo en la pareja. Algunas pacientes desarrollan aversión al sexo, y expresan desagrado ante cualquier contacto genital u otros aspectos del contacto sexual genital.

La falta de interés en el sexo es la molestia más común en mujeres que solicitan tratamiento. Cerca de 30% de las mujeres de 18 a 59 años acepta haber tenido un periodo de por lo menos algunos meses en que tuvo carencia de deseo sexual. Como consecuencia, quizá la mitad percibe tensión, que puede tener un efecto directo sobre ellas o sus relaciones. El deseo sexual escaso es mayor en las mujeres posmenopáusicas (ya sea que la menopausia haya sido natural o derive de una cirugía). Puede existir el antecedente de coito doloroso, sensación de culpa, violación u otro trauma sexual durante la niñez o en algún punto de la vida sexual previa de la mujer.

El TIESF no se diagnostica si el problema sólo se presenta en el contexto de otra enfermedad mental, como un trastorno depresivo mayor o por consumo de sustancias (entre los fármacos capaces de contribuir se encuentran los antihistamínicos y los anticolinérgicos). También debe señalarse que las mujeres posmenopáusicas pudieran requerir más juego preliminar para lubricar en el mismo grado que cuando eran más jóvenes. Sin embargo, el TIESF a menudo coexiste con algún otro trastorno sexual, como el trastorno orgásmico femenino. Una mujer que no expresa interés en el sexo pero responde a la actividad sexual con excitación no debe recibir el diagnóstico de TIESF. Tampoco una mujer que considera haber sido “asexual” durante toda su vida.

Características esenciales del trastorno del interés/excitación sexual femenino

El interés o la excitación sexuales escasos en una mujer se ponen en evidencia ante una atracción mínima por la actividad sexual, los pensamientos eróticos, la respuesta a las propuestas de la pareja y el disfrute del sexo. Por lo general no da pie a la actividad sexual y no “se excita” con lecturas, películas u otros materiales eróticos.

La letra pequeña

Las D: • Duración (seis meses o más) • Ansiedad para la paciente • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, problemas relacionales).

Notas para codificación

Especificar:

{Primario} {Adquirido}.
{Generalizado} {Situacional}.

Especificar la intensidad: **{Leve} {Moderada} {Grave}.**

Ernestine Paget

“Rara vez quiere hacerlo”, le dijo James Paget al terapeuta de pareja.

“Eso no es del todo preciso”, respondió Ernestine. “La verdad es que nunca quiero hacerlo. Es asqueroso”.

Cuando se casaron, tres años antes, Ernestine no había manifestado interés en el sexo, pero se mostraba receptiva a la idea. “Parecía significar mucho para él, así es que lo acepté”, explicó. “Pero él nunca se sentía satisfecho. De manera independiente a la frecuencia con que hiciéramos el amor, unos cuantos días después ahí estaba, pidiendo más. Me cansé pronto”.

“Eso es lo que se espera de ordinario”, señaló su esposo con sequedad, “y no es mi culpa la forma en que la educaron”.

En la familia de Ernestine el sexo nunca se discutía y no se permitía la desnudez. Ernestine no podía recordar haber sentido nunca mucha curiosidad sobre el sexo, sin mencionar algún interés. Había sido hija única. “Supongo que sus padres sólo lo hicieron una vez”, intervino James.

Durante los primeros meses, Ernestine se quedaba acostada sin moverse y pensaba en otras cosas, soportando lo que para ella era tan sólo una actividad aburrida, pues era importante para su esposo. Su ginecólogo le había asegurado que en lo relativo a su anatomía y sus hormonas, se encontraban normales. A menos que se tratara de recordar si era tiempo de comenzar a tomar sus nuevas píldoras anticonceptivas, nunca pensaba en el sexo.

“Dios sabe que yo nunca sueño sobre eso”, dijo Ernestine. “Quizá si él me hubiera conducido un poco más hacia eso, habría ayudado. Su idea de preparación es media hora de David Letterman y una nalgada”. Una vez trató de explicarle eso a James, pero él sólo la llamó “frígida”. Esa fue la última palabra que habían intercambiado sobre el tema, hasta ahora.

Ahora James en gran medida ignoraba a Ernestine. Ella se desvestía dentro del vestidor; dormían cada uno en una orilla de su cama king-size. Ella no sabía dónde conseguía sexo él en estos días, pero no era en casa, e indicaba que no le importaba.

“Por lo menos no tiene que preocuparse de que yo trataré de cortárselo, como esa mujer Bobbitt”, dijo Ernestine. “Ni siquiera me gusta verlo, mucho menos lo tocaría con un cuchillo de 25 cm”.

Evaluación de Ernestine Paget

El interés sexual escaso de Ernestine no sólo lo demostraba la ausencia de interés mismo (criterio A1); negaba incluso tener fantasías (A2) respecto a lo que para ella era una actividad aburrida (A4). Este es un punto importante: algunas pacientes pueden rechazar la idea del sexo con la

pareja actual (o cualquier otra), no obstante aún albergan un interés abstracto en el sexo con esa persona u otra hipotética. Cuando Ernestine comenzó su vida sexual con su esposo, tres años antes (B), ella tan sólo no se sentía interesada en el sexo. Fue sólo tras la experiencia que desarrolló intolerancia a la simple idea del contacto sexual, a partir de lo cual es posible inferir el criterio A3 (un requisito para el diagnóstico de TIESF es cubrir tres de los seis puntos del criterio A). Si bien podría enfrentar la perspectiva de vivir sin sexo con ecuanimidad, su esposo no podía, y esa disparidad les estaba generando tensión; así, se satisface el criterio C.

El clínico de Ernestine necesitaría asegurarse de que no cursa con algún trastorno importante—como **trastorno depresivo mayor, trastorno de síntomas somáticos o trastorno obsesivo-compulsivo**—que pudiera explicar la antipatía que siente por el sexo (D). De existir alguno de ellos, ella tan sólo recibiría un diagnóstico adicional TIESF si sus síntomas de origen sexual persistieran una vez que la otra patología se resolviera. Argumentos similares serían válidos para el consumo de sustancias u otra afección médica.

Los Paget también tienen problemas serios en otros aspectos de su matrimonio—suficientes para justificar su mención como un problema de relación de pareja. La abominación que ella siente por el contacto sexual pudiera cumplir también los criterios de **fobia específica**; sin embargo, bajo las circunstancias no se requiere un diagnóstico adicional de este tipo. De acuerdo con el DSM-IV, Ernestine habría calificado para un diagnóstico de trastorno de aversión sexual, pero el DSM-5 lo eliminó.

La condición de Ernestine parece haber existido durante toda su vida sexual. Con la información con que se cuenta en este momento, no sería posible determinar si su trastorno es generalizado o situacional. Si bien es posible sospechar que algún aspecto de su crianza pudiera ser la raíz, el DSM-5 no provee algún código para hacer referencia a esa etiología potencial. Con una calificación EEAG actual de 61, su diagnóstico sería el siguiente:

F52.22 [302.72] Trastorno del interés/excitación sexual femenino, primario, grave
Z63.0 [V61.10] Tensión relacional con el esposo (distanciamiento emocional)

Los trastornos que se vinculan con la excitación sexual y el orgasmo en la mujer con frecuencia muestran una correlación estrecha. Entre los profesionales de la atención de la salud, es posible encontrar un apego poco servil a los criterios que se utilizan para diagnosticar estos trastornos.

F52.6 [302.76] Trastorno de dolor genito-pélvico/por penetración

El trastorno de dolor genito-pélvico/por penetración (TDGP), diagnóstico nuevo en el DSM-5, engloba las categorías de dispareunia y vaginismo del DSM-IV, que se combinaron debido a que no podían diferenciarse de manera confiable. Es probable que los términos anteriores conserven su uso como elementos descriptivos de variedades específicas de malestar.

Algunas mujeres experimentan malestar intenso al tratar de practicar el coito. El dolor puede experimentarse como una contracción similar a un calambre en los músculos vaginales (vaginismo) que pudiera describirse como dolor sordo, punzante o agudo. La ansiedad puede

generar tensión en el piso pélvico, y traer consigo un dolor de intensidad suficiente para impedir la consumación del coito (en ocasiones, durante años). Pronto, la ansiedad sustituye al gozo sexual. Algunas pacientes ni siquiera pueden utilizar tampones; se requiere anestesia para llevar a cabo una exploración vaginal.

Casi una tercera parte de las mujeres sometidas a cirugía ginecológica experimenta algún grado de dolor durante el coito. Infecciones, cicatrices y enfermedad pélvica inflamatoria también se refieren como causas. El TDGP no debe diagnosticarse si el dolor es sólo un síntoma que deriva de otra afección médica o se debe a un consumo inapropiado de sustancias. Todavía se desconoce el porcentaje de mujeres en quien puede justificarse un diagnóstico de TDGP.

A continuación se presentan dos ejemplos de esta condición con denominación tan deslucida.

Características esenciales del trastorno de dolor genito-pélvico/por penetración

Una paciente tiene dolor importante y repetido, o bien otros problemas, al intentar el coito vaginal; puede experimentar ansiedad, temor o tensión de los músculos pélvicos.

La letra pequeña

Las D: • Duración (seis meses o más) • Ansiedad para la paciente • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, problemas relacionales).

Notas para codificación

Especificar:

{Primario} {Adquirido}.
{Generalizado} {Situacional}.

Especificar la intensidad: **{Leve} {Moderada} {Grave}.**

Mildred Frank

Mildred Frank y su hermana gemela, Maxine Whalen (véase el caso siguiente), habían estado teniendo problemas de dolor durante el coito. Sus síntomas eran distintos, pero entre ellas siempre hablaban sobre todo lo que les sucedía. Ahora habían tomado en conjunto la decisión de solicitar ayuda. El ginecólogo las refirió a ambas a la clínica de salud mental.

“Es una especie de ardor”, fue la frase con que Mildred describió su problema. “Cuando es intenso, se siente como cuando las manos se deslizan hacia abajo por una cuerda. ¡Es terrible! Incluso si me aplico vaselina sigue molestándome”.

La nota de referencia señalaba que se había sometido a una cirugía por prolapso uterino pero que se encontraba saludable en otros sentidos. “Yo podría haberle dicho eso”, dijo. “Nunca he ido al médico, excepto para tener a mis hijos”.

En un interrogatorio detallado, Mildred aceptó que el dolor no se presentaba con frecuencia. Sin embargo, en los últimos uno o dos años siempre se sentía temerosa de que se presentara, y eso le hacía tensarse en forma invariable cuando practicaba el coito con su esposo. Había padecido algunas infecciones vaginales, pero éstas se habían mantenido en gran medida bajo control durante los últimos meses; el ginecólogo no consideraba que fueran las que le generaban el dolor que refería. La nota también señalaba que su exploración física se había podido llevar a cabo con facilidad, sin evidencia de espasmo vaginal.

“Quizá tengo una reacción excesiva”, dijo. “Por lo menos eso es lo que me dice mi esposo. Dice que soy demasiado excitable y que sólo debo relajarme”.

Evaluación de Mildred Frank

Muchas mujeres presentan **dolor esporádico durante el coito**, en cuyo caso el diagnóstico no suele justificarse. Pero durante un par de años (criterio B), Mildred había experimentado dolor, tensión y temor; cada uno de estos síntomas era suficiente para justificar en ella el diagnóstico de la variedad de TDGP que en alguna época se conoció como dispareunia (A2, A4, A3). Su tensión era evidente (C); como siempre, el problema verdadero es descartar primero otras etiologías.

Mildred se describía saludable en otros sentidos, y su ginecólogo no mencionó más **problemas médicos**. Si bien había padecido algunas infecciones vaginales, el médico consideraba que no explicaban por completo su dolor. El clínico tendría que descartar la existencia de algún **trastorno inducido por sustancias**, no obstante esto parecía poco probable. Es posible esperar disfunción sexual junto con diversos trastornos mentales (**trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y psicóticos**), pero sus antecedentes no respaldan alguno de éstos como causa potencial. El dolor durante el coito tiene fama por presentarse en pacientes con **trastorno de síntomas somáticos**, pero Mildred refería estar saludable en otros sentidos, lo que en gran medida podría reducir la probabilidad de este diagnóstico. Todos los factores anteriores tendrían que permitirnos relajar nuestra inquietud en torno a otras causas (D).

Si bien el dolor de Mildred durante el coito había sido adquirido en una fecha reciente y sólo se presentaba de manera ocasional, le indujo a buscar tratamiento. No tenía parejas adicionales a su esposo, no obstante no hay algún dato en el caso clínico que sugiera que su situación hubiera sido distinta con alguien más. Si bien no se señalan síntomas suficientes para justificar un diagnóstico de **trastorno de la personalidad**, su clínico tendría que hacer mención en el expediente sobre cualquier comportamiento que pareciera justificar alguna investigación adicional. Yo le asignaría una calificación EEAG de 71.

F52.6 [302.76] Trastorno de dolor genito-pélvico/por penetración, adquirido, leve a moderado

En el varón es raro un síntoma de dolor durante el coito, y casi siempre se relaciona con alguna afección física, como la enfermedad de Peyronie (una deformidad del pene que le genera desviación respecto de su eje longitudinal mientras se encuentra erecto), prostatitis o infecciones (por ejemplo, gonorrea y herpes). Puede producir incapacidad para llevar a cabo la penetración durante el coito—o temor de que se presente dolor. Sin embargo, por lo menos un estudio refirió que, contrario a lo esperado, los varones con un síndrome de dolor pélvico experimentan un impacto mínimo en sus

relaciones interpersonales; los grados de dolor y una adaptación adecuada en la relación guardaban una proporción directa. Una situación de este tipo impediría establecer el diagnóstico de TDGP, incluso si el DSM-5 hubiera dispuesto la posibilidad de establecerlo en un varón.

Maxine Whalen

Maxine Whalen y su hermana gemela, Mildred Frank (véase el caso clínico precedente), habían estado teniendo problemas de dolor durante el coito; como se señala en el caso previo, tomaron la decisión conjunta de buscar ayuda. Al no identificarse problemas anatómicos como causa en alguna de ellas, el ginecólogo las refirió a la clínica de salud mental.

Maxine todavía no se casaba, y no creía desearlo. “No es que no me excite”, explicó. “Y me encanta el juego preliminar. Podría hacerlo toda la noche. Pero cada vez que un hombre ha tratado de penetrarme, algo dentro se aprieta como si fuera una trampa. Ni siquiera podría meterme un lápiz, mucho menos un pene. Y ni siquiera puedo utilizar un tampón”.

Maxine solía aliviar su frustración masturbándose, lo que sin fallar le permitía alcanzar el clímax. El sexo oral también había funcionado. “No es probable que muchos hombres queden satisfechos con eso durante mucho tiempo”, señaló. “Me hace sentir como si yo fuera un fracaso”.

Los espasmos que contraían los músculos vaginales de Maxine le generaban un dolor intenso, similar a un calambre. Eran tan extremos que su ginecólogo había tenido que insertar el espejo vaginal bajo anestesia general. La exploración no reveló anomalías físicas.

En su segunda consulta, Maxine recordó algo que Mildred al parecer ignoraba. Cuando las niñas tenían 4 años, habían sufrido algún tipo de abuso sexual. Incluso Maxine no estaba del todo segura sobre lo que había pasado. Sólo sabía que un hombre—que pensaba que pudiera haber sido su tío Max, en cuyo honor ella había sido bautizada—las había llevado a una taberna, las había parado sobre la barra y había dejado que otros individuos “juguetearan” con ellas.

Evaluación de Maxine Whalen

El antecedente de toda la vida de Maxine (criterio B) de dolor intenso e imposibilidad para la penetración (A1 y A2—sólo se requiere uno) sugiere el diagnóstico. El hecho de que el espasmo se reprodujera al intentar la introducción del espejo vaginal es un dato diagnóstico. A menos que la paciente muestre falta de apego y se sienta conforme en relación con abstenerse del coito, es incuestionable que los espasmos vaginales generarán tensión y problemas interpersonales (C).

Los antecedentes de Maxine no revelan que hubiera habido alguna época desde que iniciara su vida sexual activa en que no existiera el espasmo vaginal (B); así, se calificara como primario. También se repetía en distintos contextos, de tal manera que se trataba de un proceso generalizado y no situacional. Su ginecólogo no identificó alguna causa física (lo que no produce sorpresa, puesto que no suele reportarse alguna—D). Su calificación EEAG sería de 65.

De acuerdo con el DSM-IV-TR, el diagnóstico de Maxine habría sido vaginismo.

F52.6 [302.76] Trastorno de dolor génito-pélvico/por penetración, primario, generalizado, grave

F52.31 [302.73] Trastorno orgásmico femenino

Alcanzar el clímax es complicado para un gran número de mujeres, no obstante los estudios han sido siempre inconstantes en torno a lo que esto significa con precisión. Quizá 30% de las mujeres refiera dificultad relevante; 10% nunca aprende el truco. Unas cuantas afecciones físicas, entre otras hipotiroidismo, diabetes y daño estructural a la vagina, pueden contribuir a la condición; si se juzga que son la causa exclusiva, se descarta el diagnóstico de trastorno orgásmico femenino (TOF). El orgasmo también puede ser inhibido por medicamentos, como los antihipertensivos, los estimulantes del sistema nervioso central, los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa. Algunos factores psicológicos potenciales son el temor del embarazo, la hostilidad de la paciente hacia su pareja y la sensación de culpa a en torno al sexo en general. Edad, experiencia sexual previa y suficiencia del juego preliminar también deben tomarse en consideración para establecer el diagnóstico de TOF.

Una vez que la adquiere, la capacidad de la mujer para alcanzar el orgasmo persiste, y con frecuencia mejora a lo largo de la vida. Sin embargo, las mujeres no se quejan por presentar orgasmos precoces, como lo hacen los varones. Si bien esto ocurre (según lo revelan los censos), con frecuencia no implica un problema. Muchas mujeres pueden disfrutar el sexo sin experimentar el clímax con frecuencia. El TOF es a menudo concomitante con otras disfunciones sexuales, en particular el trastorno del interés/excitación sexual femenino.

Características esenciales del trastorno orgásmico femenino

Una mujer presenta orgasmos demasiado lentos, infrecuentes o débiles.

La letra pequeña

En el texto entre barras de la página 95, se presentan algunos tips para identificar los cuadros derivados del uso de sustancias.

Las D: • Duración (seis meses o más) • Ansiedad para la paciente • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, problemas en la relación de pareja).

Notas para codificación

Especificar si: **Sin experimentación de un orgasmo en alguna situación.**

Especificar:

{Primario} {Adquirido}.
{Generalizado} {Situacional}.

Especificar la intensidad: **{Leve} {Moderado} {Grave}.**

Rachel Atkins

“No creo que alguien se acerque a entender la palabra **frustrante** como yo lo hago”, le dijo Rachel Atkins a su ginecólogo.

Sus antecedentes lejanos eran “una pesadilla sociológica”. Era la hija de una chica de 16 años que había abandonado la preparatoria, y se había enredado en una vida de matrimonios serios y alcoholismo. Desde que estaba en secundaria, varios de sus padrastros tuvieron acercamientos sexuales a Rachel, hasta cuando cumplió 16 y salió huyendo, salió huyendo—a la prostitución.

“Qué irónico es eso, ¿escapar del sexo entrando al juego?”, preguntó. Pero ella había tenido suerte suficiente para evitar contraer SIDA y, cuando tenía 22 años, inteligencia suficiente para aprovechar una oportunidad para ingresar a la universidad, que le financió un cliente previo en un golpe de conciencia.

Siendo trabajadora sexual, había experimentado con cientos de hombres. “No era tan malo como pudiera imaginarse”, explicó. “Podía escoger a quienes yo quería, y algunos me gustaban—no como la colección de ratas de mamá”. Una víctima posible de sus experiencias era su orgasmo, que siempre había estado ausente. “Siempre imaginé que estaría ahí cuando yo lo quisiera. Sólo que nunca ocurrió”.

Ahora graduada de la universidad y establecida en forma sólida en el mundo académico (enseñaba antropología en una universidad de su comunidad), Rachel se estaba acercando los 30 años y tenía un novio que quería casarse con ella. “Él sabe acerca de mi pasado, y no tiene problema con ello. Pero quiere que yo tenga un orgasmo cuando tenemos relaciones. Creo que le daría la certeza de que es distinto a todos los demás. Yo quiero complacerlo con desesperación, pero simplemente hay algo que me falta. ¡Es más que angustiante!”

Rachel amaba la intimidad que percibía con Henry, y lubricaba bien. “Simplemente nunca llego a la cima. Es algo como cuando usted piensa que va a estornudar, ¿sabe? Y en vez de eso, la sensación desaparece de la nariz”. Había intentado con música ambiental, alcohol, marihuana, literatura erótica y estimulación del clítoris. “Pero es tan inútil como desenterrar trozos de cerámica”.

Excepto por la experimentación usual de la adolescencia y un coqueteo “terapéutico” breve con el vino blanco y la marihuana, Rachel no utilizaba drogas. Su salud general era excelente, dijo.

“Yo le prometí a Henry ser siempre sincera con él, y tengo la intención de mantener mi promesa. Así es que me rehúso a fingirlo. Sin embargo, podría hacerlo—¡sin duda tengo práctica!”

En realidad se desconoce la razón por la cual las mujeres tienen orgasmos. Por supuesto, la razón en el varón es evidente: su ausencia nos dejaría sin varones o mujeres. Una de las teorías más populares es que se desarrolló a la par del orgasmo masculino, y no ha existido alguna presión evolutiva que haga que desaparezca. El autor de esa teoría debe haber sido un varón.

Discusión de Rachel Atkins

El problema de Rachel no era su falta de interés en el sexo—lo deseaba con su novio, y durante el juego preliminar ella lubricaba con normalidad. Su única dificultad era su incapacidad para alcanzar el clímax—nunca lo hacía (criterio B). Incluso si hubiera tenido orgasmos ocasionales, o sólo alcanzara el clímax mediante la masturbación, todavía podría recibir este diagnóstico de acuerdo con el criterio A1 del DSM-5; la presencia de orgasmos de baja intensidad también justificaría el

diagnóstico (A2). No existía evidencia de que alguna **otra afección médica o mental o consumo de sustancias** contribuyera en lo más mínimo (D). Lo que tenía en abundancia era tensión (C).

Puesto que nunca había experimentado el clímax, sería necesario agregar esa especificación a su diagnóstico (que hace innecesario el uso de otros especificadores potenciales). Su calificación EEAG recibiría una calificación muy alta (95) para cualquier persona, debido a su excelente adaptación general. Yo calificaría la gravedad de su TOF sólo como moderada, en gran medida debido a la compostura y al equilibrio con que hacía frente a la vida, que mostró durante la discusión con su médico.

F52.31 [302.73] Trastorno orgásmico femenino, sin experimentación de un orgasmo en alguna situación, moderado

Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos

Igual que en los trastornos físicos, distintas sustancias psicoactivas pueden comprometer el desempeño sexual de los varones y las mujeres. Cabe observar que el diagnóstico de disfunción sexual inducida por sustancia/medicamento puede ser sustituido por un diagnóstico de intoxicación por alguna sustancia específica en el caso de que los síntomas en esa área sean excesivos para el curso de la intoxicación por sí misma.

En promedio, quizá la mitad de los pacientes que utilizan fármacos antipsicóticos y antidepresivos refiere efectos colaterales de tipo sexual, aunque estos no siempre alcanzan una intensidad con relevancia clínica. Los usuarios de drogas ilegales también muestran con frecuencia efectos colaterales de tipo sexual, no obstante pudieran referir menos molestia, puesto que valoran más el uso de la droga que el sexo.

El gran número de expresiones potenciales me persuadió de incluir algún caso clínico en esta sección.

Características esenciales de la disfunción sexual inducida por sustancia/medicamento

El uso de una sustancia parece haber inducido disfunción sexual.

La letra pequeña

Las D: • Malestar para el paciente • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, delirium, trastornos sexuales primarios).

Este diagnóstico sólo se establecería cuando los síntomas tienen gravedad suficiente para justificar la atención clínica **y** son más intensos que los esperaría a partir de una intoxicación o abstinencia ordinaria.

Notas para codificación

Al redactar el diagnóstico se incluye el nombre de la sustancia precisa: por ejemplo, disfunción sexual inducida por alcohol.

En la CIE-9 la codificación era simple: 292.89 para el alcohol, 292.89 para todas las otras sustancias. Para la codificación de acuerdo con la CIE-10, consúltese el cuadro 15-2 en el capítulo 15.

Especificar si:

Con inicio durante la {intoxicación} {abstinencia}. Esto se agrega al final del diagnóstico.

Con inicio tras el uso de medicamento. Es posible utilizar este especificador además de otros.

Especificar la intensidad:

Leve. Disfunción en 25 a 50% de los encuentros sexuales.

Moderada. En 50 a 75% de los encuentros.

Grave. En 75% o más.

F52.8 [302.79] Otra disfunción sexual especificada

F52.9 [302.70] Disfunción sexual no especificada

Cualquiera de estas categorías se asigna a pacientes cuya disfunción sexual no se ajusta a alguna serie específica de criterios entre los descritos. Estas condiciones incluirían a aquéllas en las que se concluye que existe un problema de tipo sexual, pero prevalece una de las características siguientes:

Síntomas atípicos. Los síntomas son mixtos, atípicos o no alcanzan el umbral para un trastorno sexual definido.

Etiología indefinida.

Información insuficiente.

De la manera usual, la alternativa con especificación debe utilizarse en los casos en los que se decide indicar las razones por las cuales no se elige algún otro de los diagnósticos descritos en el capítulo; la alternativa sin especificación se usa cuando se determina no hacerlo.

Disforia de género

Guía rápida para la disforia de género

Igual que en capítulos previos, el número de página que aparece después de cada entrada indica el sitio en que comienza una discusión más detallada.

Disforia de género primaria

Disforia de género en adolescentes y adultos. Los pacientes se identifican con intensidad con el rol de género opuesto al que les es asignado, mismo con el que se sienten incómodos. Algunos solicitan cirugía para reasignación de sexo, con el objetivo de aliviar este malestar (p. 372).

Disforia de género en niños. Niños de incluso 3 o 4 años pueden no sentirse satisfechos con su género asignado (p. 374).

Otra disforia de género, especificada o no especificada. Estas categorías se utilizan para clasificar los síntomas de disforia de género que no cumplen otros criterios diagnósticos (p. 377).

Otras causas de falta de satisfacción o comportamiento transgenérico

Esquizofrenia. Algunos pacientes con esquizofrenia expresan la idea delirante de pertenecer a otro género (p. 64).

Trastorno por travestismo. Estas personas muestran pulsiones sexuales en relación con el uso de ropa asignada al sexo opuesto, pero no desean pertenecer a ese género (p. 583).

F64.1 [302.85] Disforia de género en adolescentes y adultos

Los pacientes adultos con disforia de género (DG) se sienten muy incómodos en su propio rol de género asignado (que en ocasiones se denomina **género de nacimiento**). Algunos detestan sus genitales. Desean vivir como miembros del otro género, y muchos de ellos adoptan la vestimenta y los modales del género opuesto. El uso de ropa del género opuesto (si bien no para lograr la estimulación sexual) es un primer paso frecuente hacia un cambio completo del género.

A continuación, pueden solicitar el uso de hormonas para detener la menstruación, hacer crecer sus mamas, suprimir las características sexuales del varón, o realizar otro cambio de su aspecto o funcionamiento corporal.

Unas cuantas personas con DG se sienten tan incómodas en su género nominal asignado que solicitan tratamiento hormonal o cirugía para reasignación. Si bien muchas personas que se someten a una cirugía de este tipo se refieren satisfechas y viven contentas con su nuevo género, algunas solicitan por último que se revierta el cambio. Unos pocos individuos con genética masculina conservan sus genitales pero buscan aumentar su volumen mamario ya sea por medios químicos o quirúrgicos.

La DG, a la que aún se denomina con el término popular **transexualismo** (no obstante dista mucho que todos los pacientes con DG deseen tomar medidas para reasignación del sexo), es uno de los trastornos descritos en fecha más reciente e incluidos en el DSM-5. Hasta la década de 1950, los clínicos ni siquiera reconocían la existencia de individuos con DG. Fue gracias a la amplia publicidad que se generó en 1952, después de que Christine Jorgensen fuera sometida a cirugías para reasignación de sexo en Dinamarca y se presentara como mujer, que este trastorno comenzó a reconocerse de manera general. Incluso la DG es en la actualidad infrecuente (alrededor de 1% de individuos genéticamente masculinos y quizá una tercera parte de este porcentaje en personas con genéticamente femeninas). El proceso inicia en una etapa temprana de la niñez (de manera característica, en la preescolar) y parece ser crónico. La causa no se conoce con seguridad. Sin embargo, existe evidencia que respalda por lo menos un componente genético débil.

Muchos de los individuos nacidos con genética masculina y que cursan con DG tienen un impulso sexual bajo; si tienen experiencias sexuales, la mayor parte prefiere tenerlas con varones. Casi todas las mujeres afectadas sienten atracción sexual por otras mujeres.

Especificador postransición

El especificador **postransición** revela que el individuo vive ahora de manera exclusiva como una persona del género que desea, y se sometió (o va a someterse) a uno o más procedimientos para cambio del sexo. Éstos incluyen regímenes tales como la administración de hormonas del sexo opuesto con regularidad y la cirugía para reasignación al sexo deseado. La cirugía implicaría orquiectomía, penectomía y vaginoplastia en un individuo con genética masculina, y mastectomía y faloplastia en alguien con genética femenina.

En 2013, el soldado de primera clase de la Armada Bradley Manning fue convicto por la publicación de 700 000 documentos en WikiLeaks. Al día siguiente de ser sentenciado a 35 años de prisión, anunció que deseaba recibir terapia hormonal y vivir el resto de su vida como una mujer, Chelsea Manning.

Michelle Kosilek ha languidecido durante los últimos 20 años en una prisión de Massachusetts, sentenciada por matar a su esposa durante una pelea doméstica (no obstante haber presentado problemas relativos a la disforia de género durante casi toda su vida, al casarse Michelle todavía se desempeñaba en su género natal). Cinco especialistas han recomendado una cirugía para cambio de sexo.

Las vidas de estas dos personas resaltan la distancia que se ha recorrido para reconocer esta condición tirante, y aquélla que aún queda por recorrer.

F64.2 [302.6] Disforia de género en niños

En la población general, un porcentaje bajo de niños (1 a 2%) —y un porcentaje incluso menor de niñas— desea pertenecer al género contrario. Se trata ante todo de niños los que son referidos para una valoración clínica, quizá debido a que a los padres les inquieta más tener un hijo afeminado que una hija ruda. Si bien los comportamientos del género opuesto suelen iniciar a los tres años, el paciente por lo general no es referido sino hasta años después.

¿A qué comportamiento se hace referencia en forma precisa? Desde una edad muy temprana, estos niños saben que son diferentes. Los varones prefieren jugar con muñecas, asumen un rol femenino en el juego, se visten como el sexo opuesto y, de manera particular, se vinculan con un grupo de niñas de la misma edad. Las niñas con DG adoptan el rol masculino en los juegos de familia y rechazan con intensidad las actividades femeninas, como jugar con muñecas. Por supuesto, todos estos niños y en particular los varones, se encuentran en riesgo de sufrir burlas, acoso escolar y otros tipos de rechazo de otros de su misma edad. El libro *Transición*, publicado en 2011, refiere la angustia que Chaz (de origen, *Chastity*) Bono sufrió cuando el desarrollo de sus mamas y el inicio de la menstruación durante la pubertad le generaban un tormento tanto físico como emocional, y que describe la lucha que sostuvo durante su niñez con su propia identidad de género.

Por supuesto, la DG no es la única explicación potencial del comportamiento “distinto”: algunos niños tan sólo gustan de los deportes o los juegos rudos, y algunas mujeres, prefieren la ropa de niño por las ventajas sociales normales del varón. Y, sin duda, los estudios de seguimiento en niños que fueron referidos al medio clínico por un comportamiento propio de DG encuentran que la mayor parte de ellos ya no califica para ese diagnóstico formal en una fase avanzada de la adolescencia. En promedio, quienes siguen afectados (los casos **persistentes**, como en ocasiones se denominan) padecían un grado más intenso de DG siendo niños. Las niñas muestran una tendencia un poco mayor que los varones a persistir con disforia.

Es mucho más frecuente que los varones con DG crezcan y se conviertan en varones homosexuales, y no persistan con DG; una minoría desarrolla una heterosexualidad normal; quizá unos cuantos cursan con DG durante la edad adulta (no obstante, en los estudios el porcentaje muestra una variación tremenda). La tasa de persistencia entre personas con genética femenina es mayor, pero sigue siendo mucho menor que 50%. El diagnóstico definitivo en niños o adolescentes pudiera hacer necesaria una valoración prolongada.

El caso clínico que se presenta más adelante sobre Billie Worth contiene mucha información que ilustra la DG, tanto en niños como en adultos.

Características esenciales de la **disforia de género**

En adolescentes o adultos

Existe una disparidad intensa entre el género nominal (natal) y el que el paciente experimenta con una sensación de pertenencia. Esto puede expresarse como un rechazo o un deseo de no contar con las características sexuales propias o tener aquéllas de los individuos del género opuesto. El paciente también pudiera expresar el deseo de pertenecer al otro género y ser tratado como si ese fuera el caso. Algunos pacientes piensan que sus respuestas son típicas del otro género.

En niños

Las características de la DG en niños son similares a las que se identifican en el adulto, pero con manifestaciones propias de la edad. De esta manera, en su deseo intenso de pertenecer al género opuesto, los niños pueden insistir en que eso es lo que **son**; prefieren la ropa, los juguetes, los juegos, los compañeros de juego y los roles de fantasía del género opuesto y rechazan los del propio; también pueden decir que odian sus propios genitales y que desean los que no tienen. Obsérvese que, en los niños, el número de criterios que se requiere (seis de ocho) es mucho mayor que en los adultos (dos de seis); se trata de una disposición de seguridad para las personas que aún no alcanzan la madurez.

La letra pequeña

Las D: • Duración (seis meses o más, de manera independiente a la edad) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos psicóticos, trastorno de dismorfia corporal y [en adolescentes/adultos] trastorno de travestismo).

Notas para codificación

Especificar si:

Con un trastorno del desarrollo sexual (junto con la codificación del trastorno congénito existente).

Postransición (para adolescentes/adultos). El paciente vive con el género deseado y se ha sometido a por lo menos un procedimiento quirúrgico o tratamiento médico (como un régimen hormonal) para reasignación de sexo.

La adición del especificador postransición hace referencia al hecho de que los pacientes que se someten a procedimientos para asumir el género deseado ya no cubren los criterios para DG; a pesar de ello, continúan recibiendo psicoterapia, tratamiento hormonal u otros remedios para atender la condición que les fue diagnosticada en alguna época.

Billie Worth

“Sólo quiero deshacerme de eso. De todo eso”. Por tercera vez en el día, Billie Worth explicó sus sentimientos. No estaba deprimido ni era melodramático. Con paciencia y en silencio explicó los hechos.

Una de sus primeras memorias consistía en haber visto a una actriz en la televisión. Cuando caminaba, rozaba su falda con la mano, de forma que parecía que estaba bailando. Él había tratado de imitar esa manera de caminar, para deleite y aplauso de su madre. Durante años, su padre había estado preso por falsificación.

Cuando tenía 6 años, Billie descubrió que jugar con pistolas de corcho y naves espaciales como los otros niños le producía una cefalea intensa. Prefería una muñeca Barbie que otra niña

había tirado a la basura, y elegía a sus compañeros de juego, en tanto le era posible, entre las niñas de la colonia de su misma edad. Al jugar a la casita insistía en que una de ellas fuera “el papá”.

Siendo un bebé, su hermana de seis años, Marsha, había muerto de meningitis. La madre de Billie había conservado la habitación de Marsha justo como estaba en el momento en que murió. Algunas de las tardes más alegres de su niñez las pasó poniéndose los vestidos de Marsha y sentado en la cama de su hermana con su Barbie. En ocasiones, al tiempo que deseaba ser una niña, pretendía ser Marsha. Siguió metiendo los pies torcidos a la fuerza en los zapatos negros de piel de la niña hasta mucho tiempo después de que dejaran de quedarle.

En los primeros años de su adolescencia, más o menos a la edad en que los adolescentes comienzan a pensar con seriedad en torno a sí mismos, se dio cuenta del hecho de que él era una niña. “De pronto me percaté de que la única cosa masculina que tenía eran estas cosas asquerosas entre mis piernas”, le dijo mucho más tarde a uno de sus médicos. Refiriendo asma crónica, persuadió a un médico para que le concediera permiso de no participar en la clase de gimnasia en secundaria y preparatoria. Aunque era un buen nadador, la repugnancia que sentía por los vestidos le impidió hacer una prueba para entrar al equipo. Cursó taquigrafía y economía del hogar (cuatro semestres de cada una). Se unió al club de ciencias, que era el club más asexual que pudo encontrar. Un año después ingresó a un proyecto en la feria de la ciencia en relación con el uso de distintas levaduras para la preparación de pan.

Cuando tenía 16 años, compró su primer sostén y sus primeras pantaletas con el dinero que había ganado cuidando niños. Cuando se los puso por primera vez, percibió que parte de su tensión se desvanecía. Aunque en ocasiones se llevaba puesta su ropa interior a la escuela, no comenzó a vestirse con ropa de mujer con seriedad hasta que ingresó a la universidad. Puesto que vivía fuera del campus tenía privacidad suficiente para experimentar con faldas, blusas y maquillaje. Un médico solidario le recetó estrógenos, y en el primer año cambió la ortografía de su nombre y comenzó a vivir como mujer.

Dos años después de salir de la universidad, Billie solicitó una cirugía para reasignación de sexo. Ella había tenido varios amantes varones homosexuales—experiencias que no le eran satisfactorias debido a que no se consideraba homosexual. “No soy un hombre homosexual; considero que soy una mujer heterosexual”. Para ese momento, gracias a las hormonas, tenía mamas pequeñas pero bien desarrolladas; su pene y sus testículos “sólo se atraviesan en el camino”. Deseaba deshacerse de ellos, y le dijo el médico que la atendía que si fuera necesario se sometería a la cirugía en México.

Evaluación de Billie Worth

El que Billie se diera cuenta en forma temprana de que no pertenecía de alguna manera al grupo de niños corresponde a un fenómeno típico de los niños con DG. Esto lo revelaba por distintos tipos de comportamiento, que constituyen los indicadores principales para este diagnóstico, cuando se establece durante la niñez: al pretender ser Marsha, deseaba ser una niña (criterio A1). Prefería vestirse con los vestidos y los zapatos de su hermana (A2). Al preferir un rol del género contrario para sí mismo, asignaba a las niñas para desempeñar el papel del padre (A3). Rechazaba los juegos de niños (A6) y prefería los de niñas (A4), al tiempo que también sentía preferencia por jugar con niñas (A5).

Siendo adulto, cumplía con varios de los criterios sintomáticos del DSM-5. Expresaba una incongruencia profunda entre su género natal y el que prefería (A1), el deseo de ser una mujer (A4) y deshacerse de sus genitales (A2), la aspiración de tener senos y vagina (A3), y la

convicción de que tenía las características de una mujer heterosexual (A6). Sólo necesitaba dos de esas manifestaciones para cumplir los criterios del DSM-5.

Billie no se dio cuenta sino hasta la adolescencia de que había nacido con el sexo incorrecto. Más o menos al mismo tiempo, comenzó un proceso progresivo—primero vestirse como mujer, luego vivir como mujer y tomar hormonas—que culminó con la solicitud de una cirugía para reasignación de sexo. Si bien el caso clínico no especifica que no existía una condición intersexual, tampoco contiene información que la sugiera (sin embargo, esto no es importante: el DSM-5 permite que los pacientes con un trastorno del desarrollo de las características sexuales reciban el diagnóstico de DG. En una persona de este tipo se asignaría un especificador adicional). Durante toda su niñez, la adolescencia y hasta la vida adulta, la tensión de Billie era por mucho mayor que la que le habría conferido “relevancia clínica”.

El diagnóstico diferencial de DG incluye a la **esquizofrenia**, en que el paciente pudiera en ocasiones mostrar ideas delirantes de pertenecer al sexo opuesto. Billie carecía de evidencia de ideas delirantes, alucinaciones o algún otro síntoma típico. La ausencia de excitación sexual como reacción al uso de ropa del género opuesto descartaría un **trastorno de travestismo**, no obstante algunos individuos con DG cursan al inicio con esta parafilia.

Muchos (quizá la mayor parte) de los pacientes con DG también cursan con un trastorno de la personalidad asociado, como **trastorno de la personalidad limítrofe** o **narcisista** (esto pudiera ser válido con menos frecuencia en personas nacidas con genética femenina que padecen DG). En el caso clínico no existe evidencia de algún trastorno de la personalidad, no obstante el clínico de Billie tendría que hacer una búsqueda diligente de una patología de este tipo, que pudiera influir con intensidad sobre el manejo y evolución de esta condición. Una nota en el resumen constituiría un recordatorio importante para no olvidar este paso. Como es posible esperar, los **trastornos de ansiedad y del estado de ánimo** también son características relacionadas comunes. El **consumo de sustancias** (alcohol, drogas callejeras o ambos) puede ser un factor, en particular en las personas con genética femenina.

El diagnóstico de Billie en el momento de la valoración (calificación EEAG de 71) quedaría como sigue:

F64.1 [302.85] Disforia de género en adulto

Si se le hubiera entrevistado siendo niño, habría cubierto por completo incluso los criterios restrictivos para niños del DSM-5:

F64.2 [302.6] Disforia de género en niños

F64.8 [302.6] Otra disforia de género especificada

En este rubro se incluiría al paciente que ha cumplido los criterios para DG durante menos de seis meses.

F64.9 [302.6] Disforia de género no especificada

El diagnóstico DG no especificada se utiliza cuando existen síntomas de DG que no cubren los criterios diagnósticos completos y respecto de los cuales no se desea hacer mayor especificación.

Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

Guía rápida para los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

Como siempre, el número de página que sigue a cada entrada indica el sitio en que inicia una discusión más detallada.

Trastorno de la conducta. Un niño viola en forma persistente las reglas o los derechos de otros (p. 381).

Trastornos de la conducta, con emociones prosociales limitadas. Se puede utilizar el especificador con emociones prosociales limitadas en niños cuya conducta trastornada es cruel y destructiva, sin mostrar remordimiento o consideración por los sentimientos de otros (p. 383).

Trastorno negativista desafiante. Existen ejemplos múltiples de comportamiento negativista, que persisten por un periodo mínimo de seis meses (p. 380).

Trastorno explosivo intermitente. Estos pacientes cursan con episodios durante los cuales actúan con agresividad sin que exista otra patología demostrable (psicológica o médica). Como consecuencia, lesionan a otros o destruyen la propiedad (p. 384).

Cleptomanía. Estos pacientes roban de manera repetida objetos que les son necesarios, al sentir una pulsión irresistible por hacerlo. El concepto “ansiedad y alivio” define mejor este comportamiento (p. 390).

Piromanía. Los incendiarios sienten “ansiedad y alivio” como consecuencia de comenzar un fuego (p. 387).

Trastorno de la personalidad antisocial. El comportamiento irresponsable y a menudo criminal de las personas con trastorno de la personalidad antisocial (TPA) tiene inicio durante la niñez o la adolescencia temprana, con ausentismo escolar, fuga, crueldad, peleas, destructividad, mentiras y robo. Además del comportamiento criminal, siendo

adultos pudieran evadir el pago de deudas o mostrar irresponsabilidad en otros sentidos; actúan en forma descuidada o impulsiva, y no sienten remordimiento por su conducta. El DSM-5 incluye al TPA en este capítulo, no obstante detalla sus síntomas junto con los otros trastornos de la personalidad (p. 541).

Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta, especificado o no especificado. Utilice alguna de estas categorías para los trastornos de la conducta o los comportamientos de oposición que no satisfacen los criterios para los otros diagnósticos analizados en este grupo (p. 392).

Otros trastornos asociados a comportamiento disruptivo o impulsivo

Tricotilomanía (trastorno por arrancamiento del cabello). El arrancamiento del pelo de distintas partes del cuerpo se acompaña con frecuencia de sentimientos de “tensión y liberación” (p. 210).

Trastornos parafilicos. Algunas personas (casi siempre varones) muestran una pulsión sexual recurrente que implica distintas conductas que para otros resultan cuestionables. Pueden actuar en función de ellas para obtener placer (p. 564).

Trastornos relacionados con sustancias. Con frecuencia existe un componente impulsivo en el consumo inapropiado de distintas sustancias (p. 396).

Trastorno bipolar I. Los pacientes con ese trastorno pueden robar, jugar, actuar con violencia y participar en otros comportamientos sociales indeseables, no obstante esto sólo ocurre durante un episodio maníaco agudo (p. 129).

Esquizofrenia. En respuesta a las alucinaciones o las ideas delirantes, los pacientes con esquizofrenia pudieran incurrir por impulso en distintas conductas ilegales o inconvenientes (p. 64).

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. El estado de ánimo negativo de un niño se mantiene, entre episodios frecuentes e intensos de explosión temperamental (p. 149).

Comportamiento antisocial en el niño o el adolescente. Este código (Z72.810 [V71.02]) puede resultar útil cuando el comportamiento antisocial en una persona joven no puede explicarse por un trastorno mental, como el trastorno negativista desafiante o el trastorno de la conducta (p. 593).

Comportamiento antisocial en el adulto. Este código (Z72.811 [V71.01]) se utiliza para describir al adulto que realiza actividades ilegales, pero que no lo hace en el contexto de algún trastorno mental (p. 593).

Introducción

Esta sección analiza las afecciones que de acuerdo con otras profesiones pudieran juzgarse como “mala conducta”. Por fortuna, en este caso se cuenta con el lujo de no tener que juzgarlas; es

posible estudiarlas con el objetivo de comprender la razón por la cual ocurren y descubrir cómo mejorarlas.

Estos trastornos se relacionan con problemas de la regulación del comportamiento y las emociones. Las conductas en cuestión pueden presentarse al calor del momento, o pueden planearse; algunas se acompañan de esfuerzos por resistir. Los actos mismos son con frecuencia ilegales, con lesión consiguiente del perpetrador u otras personas.

Cada trastorno de su propia manera lleva al paciente a entrar en conflicto con lo que se conoce como normas sociales. En cada uno de ellos predominan los varones; de manera característica, todo comienza en la niñez o la adolescencia. En ocasiones puede evolucionar a otro trastorno—por ejemplo, del trastorno negativista desafiante (TND) al trastorno de la conducta (TC) al TPA. Sin embargo, no debemos concluir erróneamente que una vez iniciado el camino llegaremos al final del mismo. La mayor parte de los pacientes con TND no desarrolla TC, justo como casi todos los pacientes con TC no avanzan a TPA. Aún así, en una minoría importante de pacientes se identifica esa secuencia.

Por lo general, los diagnósticos para los niños se incluyen el final de cada capítulo. En este caso se rompe esa regla, para poner en relieve la progresión (ocasional) de un trastorno al siguiente.

F91.3 [313.81] Trastorno negativista desafiante

El TND encabeza una triada de trastornos que corresponde a un espectro de conductas que van desde la resistencia que apenas rebasa las acciones esperadas hasta aquéllas que son execrables. El TND mismo puede ser leve, con síntomas de negativismo y desafío que parecen surgir de la búsqueda ordinaria de independencia del niño. Por un lado, se distinguen de la oposición normal por su intensidad y duración; por el otro, se diferencian del más problemático TC a partir del hecho de que los niños con TND no violan los derechos básicos de otros o las reglas sociales apropiadas para la edad.

Los síntomas de TND aparecen por vez primera en torno a los 3 o 4 años; el diagnóstico de manera característica se establece pocos años después. Los niños pequeños muestran un comportamiento de oposición casi todos los días, en tanto en los mayores la frecuencia tiende a declinar. Los efectos son peores en casa, no obstante las relaciones con maestros y compañeros también pueden afectarse. La aparición a edad más temprana y la intensidad mayor en los síntomas pueden orientar a un pronóstico menos favorable. El DSM-5 recomienda que se analicen factores modificadores potenciales, como edad de desarrollo, cultura y género; señala que los síntomas **deben** manifestarse ante personas distintas a los hermanos.

Si bien el TND muestra distribución familiar, no existe certeza en cuanto a sus orígenes genéticos. Algunas autoridades atribuyen el TND a la disciplina rigurosa e inconstante, otros a la imitación del comportamiento de los progenitores. El estado socioeconómico bajo pudiera contribuir, por el efecto de la tensión que genera vivir dentro o cerca de un cinturón de pobreza.

Junto con el TC, el TND se encuentra entre las causas más frecuentes de referencia a los profesionales de la salud mental. Afecta a cerca de 3% de todos los niños (predominan los varones), con un intervalo amplio, que de acuerdo con el estudio varía entre 1 y 16%. Cuando se presenta en niñas, su expresión puede ser al mismo tiempo más verbal y menos manifiesta; las predicciones que se integran a partir de su diagnóstico pueden ser menos sólidas que en los varones.

Más de la mitad de quienes al inicio cumplen los criterios para TND ya no lo hacen varios años después. Sin embargo, el TC se desarrolla en un momento posterior en cerca de una tercera parte de los pacientes, en particular aquéllos en quienes el TND tiene inicio temprana y coexiste con el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDA/H; estos trastornos son concomitantes con frecuencia). Hasta un 10% de estos pacientes eventualmente serán diagnosticados como TPA. Los síntomas de estado de ánimo irritable del TND pueden evolucionar a otro trastorno posterior de ansiedad y depresión; los síntomas desafiantes apuntan en dirección al TC.

El TND puede diagnosticarse en adultos y lo es: 12-50% de adultos con TDAH lo presentan. Sin embargo, en los adultos los síntomas de TND pueden ser enmascarados por otros trastornos, o pudieran parecer elementos de un trastorno de la personalidad.

Características esenciales del trastorno negativista desafiante

Estos pacientes con frecuencia se muestran iracundos e irritables, y tienden a la sensibilidad y al temperamento explosivo. Desobedecen a figuras de autoridad o discuten con ellas, y pudieran rehusarse a cooperar o seguir las reglas—tan sólo por molestar. En ocasiones culpan a otros de algo que ellos mismos hacen; algunos parecen maliciosos.

La letra pequeña

Las D: • Duración y datos demográficos (seis meses o más—más o menos a diario para niños de 5 años o menos; cada semana en niños mayores) • Discapacidad o malestar (para el paciente u otros)(disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias, TDA/H, trastornos psicóticos o del estado de ánimo, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, crecimiento y desarrollo ordinario de la niñez).

Notas para codificación

Especificar la intensidad:

- Leve.** Los síntomas sólo se presentan en un sitio (hogar, escuela, con amigos).
- Moderado.** Algunos síntomas ocurren en dos sitios o más.
- Grave.** Síntomas en tres sitios o más.

Trastorno de la conducta

Incluso desde los 2 años de edad, los varones por lo general muestran un comportamiento más agresivo que las niñas. Sin embargo, de manera independiente a esto, la ruptura agresiva de las reglas domina el comportamiento de una minoría sustancial de niños. En algunos pacientes los síntomas de TC pudieran representar tan sólo una expresión extrema de los esfuerzos normales por diferenciarse de los progenitores. Pero debe observarse que la mayor parte de los síntomas de TC, ya sea que se presenten durante los primeros años o más adelante, son muy graves y pueden conducir al arresto o tener otras consecuencias legales. El TC se define en parte por el

grado al cual la vida familiar, social o escolar del niño se afecta como consecuencia de este tipo de conducta. Esto puede ocurrir incluso desde los 5 o 6 años.

Las 15 conductas que menciona el DSM-5 pertenecen a cuatro categorías: (1) agresión, (2) destrucción, (3) mentira y robo, y (4) violación de reglas. Tres de estos 15 síntomas resultan suficientes para establecer el diagnóstico (no necesitan pertenecer a distintas categorías). Con estos criterios, entre en 6 y 16% de los niños se confirma el diagnóstico de TC; en las niñas la prevalencia quizá sea de la mitad. Entre las causas imputadas se encuentran el ambiente (familias grandes, negligencia, maltrato o abuso) y genéticas (consumo de sustancias, TC, TDA/H, psicosis).

Alrededor de 80% de los niños en quienes se diagnostica TC cursaron antes con TND algunos autores cuestionan si el TND y el TC son dos trastornos distintos o sólo uno). Sin embargo, lo que en realidad se desea saber es lo siguiente: ¿a qué grado este comportamiento persistirá hasta la adolescencia y más allá?

Los niños con gran agresividad a los 7 u 8 años se encuentran en riesgo de desarrollar un estilo de vida antisocial/agresivo intenso y constante. Tienen tres veces más probabilidad que otros niños de contar con antecedentes delictivos siendo adultos. La edad de inicio—antes o después de los 10 años—tiene un poder predictivo suficiente para impulsar a aplicarlo como especificador. Quienes tienen un inicio más temprano (en particular, varones), tienen más probabilidad de ser agresivos; la mitad de ellos evoluciona a un diagnóstico de TPA. El inicio más tardío predice una evolución menos negativa. Las niñas con TC de inicio temprano tienen menos probabilidad que los varones de desarrollar TPA; pudieran desarrollar algún trastorno de síntomas somáticos, comportamiento suicida, problemas sociales y laborales, o trastornos emocionales distintos.

¿Y qué ocurre con el TC en los adultos? Al igual que en el caso del TND, su diagnóstico es posible, por lo menos en teoría, pero es mucho más probable que un adulto curse con algún otro trastorno que enmascare los síntomas de TC.

Los antecedentes tempranos de Milo Tark (p. 543) ilustran algunos de los síntomas del TC; los antecedentes tempranos de Dudley Langenegger (p. 437) incluyen algunos de sus elementos.

Características esenciales del trastorno de la conducta

Por distintas vías, estas personas rompen las reglas de manera crónica, y no respetan los derechos de otros. En la forma más conspicua, recurren a la agresión contra sus compañeros (y en ocasiones, contra sus mayores)—acoso, inicio de peleas, uso de armas peligrosas, muestra de crueldad contra personas o animales, e incluso abuso sexual. Pudieran iniciar incendios de manera intencional o destruir propiedad por otros medios; en su repertorio se encuentran bien representados el allanamiento, la mentira y el robo. El ausentismo escolar, las fugas repetidas y la renuencia a cumplir los deseos de los progenitores de que regresen a casa por la noche completan su repertorio.

La letra pequeña

Las D: • Duración (desarrollo de síntomas en el transcurso de un año, con un síntoma o más en los últimos seis meses) • Discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (TDA/H, TND, trastornos del estado de ánimo, crecimiento y desarrollo ordinario de la niñez, TPA, trastorno explosivo intermitente).

Notas para codificación

Con base en la edad de inicio, especificar:

F91.1 [312.81] Tipo con inicio durante la niñez. Por lo menos un problema de la conducta inicia antes de los 10 años.

F91.2 [312.82] Tipo con inicio en la adolescencia. No se presentan problemas de la conducta antes de los 10 años.

F91.9 [312.89] Edad de inicio no especificada. Información insuficiente.

Especificar la intensidad:

Leve. Cuenta con síntomas suficientes, pero no demasiados, y el daño a otros es mínimo.

Moderado. Los síntomas y el daño a otros son de grado intermedio.

Grave. Muchos síntomas, gran daño a otros.

Especificar si:

Con emociones prosociales limitadas. Véase el análisis independiente que sigue.

Trastorno de la conducta con emociones prosociales limitadas

Los criterios descritos antes para el TC hacen referencia al comportamiento en estos individuos. Utilizar el especificador **con emociones prosociales limitadas** implica a analizar las bases emocionales de —o las reacciones secundarias— ese comportamiento

El comportamiento del TC puede tener dos expresiones. En una, el paciente tiene dificultad para regular emociones intensas, iracundas y hostiles. Estos niños suelen provenir de familias disfuncionales que tienden al maltrato físico. Tienen probabilidad de ser rechazados por sus compañeros, lo que genera agresividad, holgazanería y asociación con delincuentes.

Más que expresar emociones como ira y hostilidad, una minoría de pacientes con TC carece de algo —empatía y culpa. Estos niños tienden a utilizar a otros para su beneficio. Con niveles de ansiedad bajos y tendencia al hastío, prefieren actividades novedosas, emocionantes e incluso peligrosas. Como consecuencia, de manera característica muestran los cuatro síntomas que se mencionan en el especificador **con emociones prosociales limitadas**.

Esto implica que **es posible** que refieran los cuatro síntomas del especificador. Sin embargo, la franqueza no es necesariamente el fuerte de estas personas jóvenes, que se niegan a revelar los sentimientos personales (y mucha información en torno al comportamiento). De esta manera, resulta más importante que nunca buscar fuentes de información adicionales.

Al consultar el prototipo es posible identificar la razón por la cual en ocasiones se denomina variante **insensible e inmutable** del TC, que se modificó para dar origen al especificador actual debido a que la denominación antigua parecía tan peyorativa (el uso del diagnóstico de TC ha disminuido en los años recientes, de cualquier manera, puesto que es estigmatizante **en si mismo**). De manera independiente a cómo se le nombre, este tipo de TC predice una adolescencia con problemas de comportamiento más serios y persistentes.

Características esenciales del **trastorno de la conducta con emociones prosociales limitadas**

Estos pacientes carecen de bases emocionales importantes. Tienen una ausencia despiadada de empatía (es decir, no les preocupan las emociones o el sufrimiento de otros). Tienden a mostrar afecto limitado y remordimiento o culpa escasos (excepto por lamentarse al ser descubiertos). Son indiferentes ante la calidad de su propio desempeño.

La letra pequeña

Para poder aplicar el especificador, estos síntomas deben haberse experimentado en el transcurso del último año.

Con los criterios del DSM-5 no es posible codificar a un paciente con TC **sin emociones prosociales limitadas**. Yo considero que esto es un error—uno que los clínicos pueden y debieran corregir. No existe un número de código especial para el especificador **con emociones prosociales limitadas**. Tan sólo se trata de una frase que puede agregarse diagnóstico. Así, para cualquier paciente con TC es posible agregar “con emociones prosociales limitadas” o “sin emociones prosociales limitadas”. Esta doble negativa aporta información valiosa en torno al paciente, de manera independiente a la intensidad del cuadro (asumo que cualquier persona sabe lo que significa **prosocial**, o siquiera lo que implica).

F60.2 [301.7] Trastorno de la personalidad antisocial

Al final del camino que con frecuencia conecta al TND y el TC se encuentra el TPA, que es más o menos la culminación del comportamiento agresivo y destructivo que pone a toda la sociedad en contra de estos pacientes—a quienes pronto se comienza a denominar **perpetradores**. Sin embargo, aquí se sigue el hilo conductor del DSM-5 y se difiere la presentación de este diagnóstico para incluirla en su otro sitio de pertenencia—junto con los otros trastornos de la personalidad en el capítulo 17 (p. 541).

F63.81 [312.34] Trastorno explosivo intermitente

De manera independiente a lo que usted piense acerca del trastorno explosivo intermitente (TEI), se trata de una condición con gran genealogía. No obstante no se mencionaba como tal en el primer DSM (publicado en 1952), el concepto ya se encontraba ahí, oculto a simple vista en la página 36. En ese sitio se presentaba como **personalidad pasivo-agresiva, tipo agresivo**, cuyos síntomas eran “reacción persistente de irritabilidad, berrinches y comportamiento destructivo ante la frustración...”. En el DSM-II se denominaba **personalidad explosiva**, misma que el DSM-III convirtió en 1980 en el ya familiar TEI.

Con una historia tan larga, resulta sorprendente que haya tomado tanto tiempo iniciar su investigación apropiada. Es suficiente hacer enojar a una persona... enojar mucho, mucho.

Las personas con TEI cursan con periodos de agresividad que inician en forma súbita (el “temperamento explosivo” clásico), ante una provocación escasa o sin ella. El estímulo puede ser relativamente benigno—un comentario espontáneo de un amigo, un golpe accidental de un transeúnte al ir por la calle—y se desata el infierno. Las manifestaciones que adopta ese infierno particular pudieran ser tan sólo verbales, pero existe la posibilidad de violencia física real. En cualquier caso, la situación puede escalar con gran rapidez, en ocasiones hasta el punto en que un individuo pierde por completo el control. Rara vez todo el episodio dura más de media hora, y pudiera terminar con la expresión de remordimiento de parte de la persona. O con el pago de una fianza.

Los pacientes con TEI son en su mayoría varones jóvenes, y muchos tienen una educación escolar escasa (inferior a la preparatoria). Esta condición afecta a hasta 7% de los estadounidenses en el transcurso de la vida (2% en el mes previo); las cifras son más altas en personas jóvenes y en quienes la formación académica se detuvo en la preparatoria. Las tasas referidas son menores en otros países.

Hasta una tercera parte de sus parientes en primer grado también padece TEI; algunas auto-ridades sugieren un componente genético fuerte. Sin embargo, el antecedente de trauma durante la niñez también es mayor en pacientes con TEI que en grupos comparativos.

El TEI se presenta acompañado de otros trastornos mentales, entre otros por consumo de sustancias, de estado de ánimo y de ansiedad. El TEI suele desarrollarse primero, un número sustancial de años antes (los clínicos señalan que en el caso de los pacientes con trastorno bipolar I es importante establecer el diagnóstico de TEI sólo cuando el individuo no se encuentra en un episodio de manía). Lo importante en este sentido es que deben hacerse esfuerzos intensos por descartar el resto de las causas potenciales de episodios explosivos antes de establecer este diagnóstico.

Características esenciales del trastorno explosivo intermitente

El paciente muestra brotes frecuentes, repetidos y espontáneos de agresividad (verbales o físicos, sin daño) o explosiones físicas menos frecuentes con lesión a personas, daño propiedad o animales. Estas explosiones no son planeadas, carecen de objetivo y son excesivas respecto del elemento que las desencadena.

La letra pequeña

Las D: • Duración (agresividad sin lesión dos veces por semana durante tres meses, o agresividad con lesión en tres ocasiones durante el año previo) • Datos demográficos (6 años de edad o más, o equivalente del desarrollo) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos cognitivos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de la personalidad, ira ordinaria; trastorno de adaptación en niños menores de 18 años; trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo).

El utilizar dos vías de acceso para el TEI (“agresividad” de grado benigno, dos veces por semana durante tres meses *versus* “ataque” con daño, tres veces por año) es algo nuevo en el DSM-5 en

relación con este trastorno. Es algo nuevo en cualquier DSM para **cualquier** trastorno—no existe alguna otra condición donde pueda recurrirse a calificadores que dependan de la intensidad, o bien a otros que tengan como base la frecuencia. Por supuesto, los criterios de casi cualquier otro trastorno permiten diferenciar los grados de intensidad, pero se indican en función del número de criterios que se cumplen, o bien de la calidad, la frecuencia o la duración de los criterios que se muestran. En el sentido que se indica aquí, el TEI ocupa un nicho único en el espectro diagnóstico.

La justificación para esta dualidad es la observación de que existen básicamente dos patrones de estallidos (gran intensidad/baja frecuencia, y la combinación contraria), y que el hecho de limitar la definición a un grupo excluye a una porción considerable de pacientes que de manera repetida muestra problemas derivados de sus impulsos agresivos. Los pacientes con TEI pueden presentar una mezcla de los dos patrones de comportamiento.

El DSM asegura que, de manera independiente al patrón que muestra un individuo en el momento de ser captado, la evolución y la respuesta al tratamiento en general serán iguales. Sin embargo, ¿no resulta extraño que no se nos impulse a agregar algún tipo de especificador que pudiera revelar al mundo cuál fue el detonante que utilizó el paciente para entrar? Con franqueza, considero se trata de otra limitación para los prototipos, y foco rojo para los criterios mal definidos.

Liam O'Brian

Desde que era un adolescente, Liam O'Brian tenía un temperamento explosivo. Se le había suspendido en primero de preparatoria por utilizar un par de tijeras para atacar a un compañero de clase que le había hecho una broma acerca de estar vestido con los colores equivocados para el “Día de las malas combinaciones”. Al año siguiente la policía le hizo una visita por romperle un faro al auto del entrenador de béisbol, que le había marcado un “out” en una jugada cerrada cerca de *home*. Una vez que pagó el faro se retiraron los cargos; el entrenador señaló que Liam era “básicamente un buen chico con demasiado pelo rojo”. Ese año, un neurólogo informó que su exploración física, su EEG y RMN eran normales.

Durante sus primeros años en la escuela, Liam tuvo dificultad para permanecer sentado durante la clase y concentrarse en su trabajo escolar. En la época en que ingresó a la secundaria, estos comportamientos ya no eran un problema. En general recibió calificaciones de 9 y 10, y en los intervalos de dos a cuatro meses que separaban los episodios explosivos él “no causaba más problemas que un niño promedio”, como Liam mismo dijo al entrevistador.

Después de la graduación de preparatoria del Liam, su patrón de estallidos temperamentales periódicos continuó en gran medida sin cambios. Después de haber sido despedido de dos empleos sucesivos por tener peleas con colaboradores, se unió al ejército. En el transcurso de seis meses recibió una baja por mala conducta por atacar a su sargento primero con una bayoneta. Cada uno de estos incidentes se desencadenó por un desacuerdo trivial o un intercambio de palabras que con dificultad hubiera podido denominarse provocación. Liam decía después que se sentía mal por su comportamiento; incluso los blancos de sus ataques solían aceptar que él “no era malo, sólo sensible”.

Ahora Liam tenía 25 años, y su valoración más reciente había sido solicitada por un juez. Liam fue arrestado por una mujer policía que se encontraba fuera de servicio, en un supermer-

cado. La empujó después de que ella colocara 15 latas de atún sobre la cinta de una caja rápida. Las exploraciones usuales, las radiografías y el EEG (en esta ocasión realizado con derivaciones esofágicas y registros de sueño) no revelaron patología. Negó haber tenido alguna vez ideas delirantes o alucinaciones. Su padre, indicó Liam, solía golpear a su madre cuando estaba bebiendo, de tal manera que él siempre había tenido temor de probar el alcohol o las drogas.

Liam negó haber tenido alguna vez cambios del estado de ánimo extremos, pero expresó gran arrepentimiento por su comportamiento impredecible y explosivo. “Sólo quiero controlarlo”, dijo. “Temo que pudiera matar a alguien, y no estoy enojado con alguien”.

Evaluación de Liam O'Brian

Liam tenía el antecedente de muchas explosiones en un periodo de por lo menos 10 años (criterio A2). Las características de su comportamiento no serían la cuestión en este caso; con facilidad cubría los requisitos de edad (E), frecuencia, ira desproporcionada (B), consecuencias (tensión marcada, D) y ausencia de premeditación (C). El médico que valorara a Liam tendría que buscar de manera cuidadosa evidencia de otros diagnósticos que pudiera ser más importante tratar (F).

El estado de ánimo del Liam no mostraba evidencia de manía o depresión, lo que de manera efectiva permitía descartar los brotes temperamentales que pueden vincularse con un **trastorno del estado de ánimo**. A intervalos amplios había sido sometido a dos valoraciones neurológicas, ninguna de las cuales reveló evidencia de **crisis epilépticas**. No había utilizado **drogas** o **alcohol**, y negaba síntomas de **psicosis**. La presencia de algún trastorno médico subyacente de este tipo pudiera sugerir un **cambio de la personalidad, secundario a otra afección médica**, pero no existía tampoco evidencia de esto.

Los pacientes con **trastorno de la personalidad antisocial** con frecuencia reaccionan de manera violenta e impredecible pero, a diferencia de Liam, no sienten remordimiento después. Tampoco mostraba la actitud manipuladora, traicionera y cruel que pone como requisito el DSM-5 para establecer el diagnóstico de TPA. Los pacientes con **trastorno de la personalidad límite** en ocasiones tienen estallidos temperamentales y se involucran en peleas, pero los criterios genéricos del trastorno de la personalidad (p. 531) obligan a descartar primero otros trastornos mentales. En resumen, asignaría a Liam una calificación EEAG de 51 y el diagnóstico siguiente:

F63.81 [312.34] Trastorno explosivo intermitente

F63.1 [312.33] Piromanía

Al igual que en la relación que existe entre la cleptomanía y el robo en tiendas, la piromanía sólo afecta a un número minoritario de personas que inician incendios. Sólo es posible establecer el diagnóstico cuando existe una historia típica de ceder con alivio ante un impulso irresistible.

Por lo menos 80% de estos individuos son varones; con frecuencia el comportamiento inicia durante la niñez. Con su interés en distintos aspectos relacionados con el fuego, activan falsas alarmas, aparecen como espectadores en los incendios o coleccionan dispositivos que utilizan los bomberos. Incluso pueden actuar como bomberos voluntarios, y se convierten en sus propios clientes asiduos.

Si bien la piromanía se clasifica como un trastorno del control de los impulsos, estos pacientes pueden hacer arreglos con antelación, como buscar un sitio y conseguir combustibles. También pueden dejar claves, casi como si desearan ser identificados y aprehendidos. Quienes inician incendios suelen tener autoestima baja, y con frecuencia se refiere que tienen problemas para establecer relaciones con personas de la misma edad. En estos individuos debe buscarse la coexistencia de TC, TPA, consumo inapropiado de sustancias y trastornos de ansiedad.

Como diagnóstico aislado es posible que la piromanía sea infrecuente, y se refieren (de nuevo) más casos en varones.

Características esenciales de la piromanía

Estos pacientes de manera deliberada inician muchos incendios, pero sin la motivación del beneficio, la venganza, un acto de terrorismo o ganancia alguna. El suyo es un interés general en el fuego y su parafernalia (carros de bomberos, la situación emocionante que les sigue). Estos pacientes sienten tensión o emoción antes de iniciar un incendio, y experimentan una sensación de liberación o placer en forma posterior.

La letra pequeña

Las D: • Diagnóstico diferencial (trastornos del estado de ánimo y psicóticos, TC, delirium o demencia, discapacidad intelectual, conducta criminal ordinaria).

Elwood Telfer

La memoria más temprana de Elwood Telfer era la de una vela encendida en la mesa de la cocina. Él se arrodillaba sobre una silla mientras su madre se sentaba en la oscuridad y esperaba que su padre llegara a casa. Su padre bebía, de manera que con frecuencia lo esperaban mucho tiempo. En forma periódica, ella ponía un mechón de su propio pelo en la llama, lo que hacía elevarse una espiral de humo maloliente hacia el techo.

“Quizá esa es la razón por la que siempre me ha fascinado el fuego”, dijo Elwood a un analista forense cuando tenía 27 años. “Incluso tengo una gran colección de recuerdos de los bomberos —casco antiguos, una insignia de una brigada de bomberos de 1896, y otros. Los consigo en exposiciones de antigüedades”.

Elwood inició su primer incendio cuando tenía sólo 7 años. Encontró un viejo encendedor de gasolina cuya piedra todavía podía generar chispa, y lo utilizó para quemar un trapo aceitoso que estaba tirado en un campo de paja. En los 20 min que transcurrieron antes de que llegaran los bomberos a apagarlo, quemó cerca de 1 000 m². Siempre recordaba que la emoción de ese día bien había valido la paliza que le dio su padre, una vez que estuvo sobrio.

Elwood iniciaba casi todos sus incendios en campos o lotes baldíos. Una o dos veces había quemado alguna casa abandonada, después de asegurarse que no había nadie, ni siquiera de paso,

en el interior. “Nunca he querido lastimar a nadie”, le dijo a quien lo valoraba. “Es el calor y el color de la flama, y también la emoción, lo que me gusta. No estoy enojado con alguien”.

Elwood rara vez tenía amigos. Cuando entró a la secundaria sintió una alegría extrema al enterarse de que existía un club llamado “Escuadrón del fuego”. Cuando investigó para poder unirse, dos estudiantes de grados superiores se rieron de él y le dijeron que se trataba de un grupo honorario al cual sólo era posible pertenecer si se tenía conocimientos acerca del fútbol. Elwood casi enferma por la decepción. Esa tarde prendió fuego a unas hierbas, que consumieron el cobertizo de herramientas de un vecino. Fue la primera vez que se dio cuenta del efecto curativo del fuego.

Podían transcurrir meses en los que él se mantenía inactivo y en calma. Entonces identificaba un campo o un edificio vacío que parecía adecuado, y comenzaba a acumular tensión. Podía de manera deliberada permitir que se acumulara durante varios días, para incrementar la sensación de liberación, que era casi orgásmica. Pero negó con indignación haberse masturbado alguna vez en una escena de fuego. “No soy un perverso”, dijo.

Después de graduarse de la preparatoria, Elwood tomó cursos de contabilidad suficientes para obtener un empleo como contador en una compañía de alarmas de seguridad. Había trabajado en forma constante en el empleo hasta el momento. Nunca se había casado, no había tenido citas y carecía de amigos cercanos. En realidad se sentía incómodo al estar con otros individuos. El médico forense no identificó anomalías del estado de ánimo, la cognición o el contenido del pensamiento.

El único arresto que sufrió, que era la razón para la valoración forense, fue consecuencia a un cambio del clima. Era verano y toda la semana había habido viento, que soplaba en forma constante desde el océano. Elwood había ubicado un campo promisorio de pasto secundario y chaparral. El sábado por la mañana estaba libre, y el viento seguía soplando. Con una emoción casi incontrolable utilizó su bote de gasolina para iniciar el fuego. Reaccionó con horror y pánico cuando el viento de manera súbita comenzó a soplar hacia el océano; el fuego saltó el pequeño camino de acceso por el que había entrado, y engulló su auto y varias casas de la playa. Los bomberos y la policía lo encontraron sentado sobre la playa rocosa, llorando en silencio.

Cuando la policía registró el departamento de Elwood, encontró una gran colección de videos que mostraban noticias de incendios forestales.

Evaluación de Elwood Telfer

El fenómeno de “ansiedad y liberación” que se requiere para el diagnóstico de la piromanía (criterios B y D) se ilustra con precisión en este caso. Tampoco existe demasiada discusión en cuanto a que Elwood encendía el fuego de manera deliberada (A), y se sentía fascinado por los incendios y la parafernalia de los bomberos (C). La tarea de su médico sería trabajar el diagnóstico diferencial, que no difiere en gran medida del de la cleptomanía. Los pacientes con **TPA** u **otros trastornos de la personalidad** inician en ocasiones incendios ya sea para obtener algún beneficio o en venganza. Sin embargo, Elwood trabajó en un mismo empleo durante una década, y sus dificultades legales se limitaban al inicio de incendios. Los pacientes con **trastornos cognitivos** en ocasiones queman su ropa o las cocinas por falta de atención. Sin embargo, Elwood carecía de síntomas de alguna de estas condiciones (F).

Los pacientes con **esquizofrenia**, un **episodio maníaco** u otros trastornos mentales graves pueden en ocasiones iniciar incendios para dar a conocer sus deseos (por ejemplo, para ser liberados

de la prisión, para regresar a un sitio previo de residencia). Este comportamiento se ha denominado **incendio de comunicación**. Otra cuestión a considerar en el diagnóstico diferencial es el **incendio con propósito específico**: incendios que se provocan a manera de protesta política o sabotaje, o incendios que se causan para obtener un beneficio (E), situaciones que no aplicaban a Elwood.

Si bien Elwood tenía gran dificultad para establecer relaciones con otras personas, este caso clínico contiene evidencia suficiente para sostener el diagnóstico de **trastorno de la personalidad** por evitación. Esto no implica que no pudiera justificarse, tan sólo que se requiere más información. Agregaría una nota que indicara que muestra “características de la personalidad por evitación”. Le asignaría una calificación EEAG muy baja (20) debido al potencial que posee de lesionar a otros por medio de su conducta.

F63.1 [312.33] Piromanía

Entre otras cosas, en este capítulo se incluyen dos “manías” (una más, la tricotilomanía, se transfirió a la sección nueva del DSM-5 sobre los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados; véase el capítulo 5). En estos trastornos, el término no se utiliza en el sentido de que exista un episodio maniaco. En vez de esto, a manera de sufijo, implica que se siente pasión o entusiasmo (“locura” en griego) por algo.

F63.2 [312.32] Cleptomanía

En la cleptomanía el robo no ocurre como consecuencia de una necesidad, o incluso de manera necesaria por un deseo. Cuando se les atrapa, resulta característico que estos pacientes cuentan con dinero suficiente para pagar lo que robaron. Una vez que salen de la escena sin ser detectados, pueden regalar o desechar su botín. Estas personas reconocen que su comportamiento está mal, pero no pueden resistirse a él. Temor (de ser aprehendidos), culpa y depresión lo acompañan con frecuencia.

Muchas otras personas normales en otros sentidos han robado algo —más de una cuarta parte de los estudiantes universitarios de un estudio lo aceptó— pero menos de 0.5% cumplen los criterios de la cleptomanía (este diagnóstico es mucho más frecuente, hasta de 8%, en muestras de pacientes hospitalizados). Es en particular común entre personas de menor edad; el cuadro típico inicia en la adolescencia. Las mujeres rebasan a los varones, quizá en una proporción 2:1. Una vez que inicia, muchas veces en la niñez, tiende a volverse crónico.

Reconocida hace más de 200 años, la cleptomanía es uno de los trastornos con nombre más antiguo en los manuales diagnósticos. Quizá también se sobre utilice en gran medida. Si bien este diagnóstico puede establecerse de manera correcta en menos de uno de cada 20 individuos que incurrn en el robo en tiendas, muchos tratan de evitar la acusación al referir que sintieron un impulso irresistible. Deben buscarse consumo inapropiado de sustancias y depresión como diagnósticos concomitantes.

Características esenciales de la cleptomanía

De manera repetida, los pacientes actúan ante un impulso de robar objetos que en realidad no necesitan. Previo al robo experimentan una acumulación de tensión, que les genera una sensación de liberación una vez que aquél se concreta.

La letra pequeña

Las D: • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos de la personalidad y la conducta, actividad criminal ordinaria, venganza o ira).

Roseanne Straub

“¡Quince años!” Ese era el tiempo durante el cual Roseanne Straub había estado robando en tiendas, pero por la expresión de su cara teñida por las lágrimas, pudiera haber correspondido a la duración de su sentencia.

Roseanne tenía 27 años, y era su segundo arresto, si no se contaba una ocasión cuando era menor de edad. Tres años antes se le había arrestado, se le imputaron cargos y se le liberó una vez que reconoció que había salido de una boutique sin pagar una blusa que valía \$150. Por fortuna para ella, dos semanas antes la tienda había entrado en una crisis; el dueño, preocupado más por otros asuntos, no le dio seguimiento al caso. Muy asustada, se había resistido a la tentación de volver a robar durante varios meses.

Roseanne estaba casada y tenía una hija de cuatro años. Su esposo trabajaba como asistente jurídico. Después de su arresto anterior, había amenazado con divorciarse de ella y solicitar la custodia de su hija si lo hacía de nuevo. Ella trabajaba como asistente de investigación para un contratista civil al servicio de los militares, y una condena también habría arruinado su permiso de acceso y su empleo.

“No sé por qué lo hago. Me he hecho esa pregunta miles de veces”. Excepto porque robaba, Roseanne se consideraba una persona normal. Tenía muchos amigos y carecía de enemigos; casi todo el tiempo estaba contenta. En todos los otros sentidos respetaba la ley; ni siquiera le permitía a su esposo hacer alguna trampa cuando preparaba su declaración de impuestos.

La primera vez que Roseanne había robado algo en una tienda tenía entre 6 y 7 años, pero eso se había debido a un desafío que le plantearon dos amigos de la escuela. Cuando su madre descubrió los dulces que había tomado de la tienda de autoservicio, había ido con Roseanne y la había hecho regresarlos al gerente de la tienda. Pasaron años antes de que de nuevo se sintiera tentada a robar algo.

En la secundaria, observó que de manera periódica se acumulaba en ella cierta tensión. Se sentía como si algo estuviera causándole comezón en alguna zona profunda de la pelvis, donde no podía rascarse. Durante varios días sentía una inquietud creciente, pero también una sensación de anticipación emocionante. Por último, entraba como un rayo a cualquier tienda por la que estuviera pasando, escondía algún artículo bajo su abrigo o en su bolsa de mano y salía caminando, inundada con una sensación de alivio. Durante algún tiempo esto pareció vincularse con sus periodos menstruales, pero para el momento en que cumplió 17 años estos episodios se habían convertido en eventos completamente independientes.

“No sé por qué lo hago”, dijo de nuevo Roseanne. “Por supuesto, no me gusta ser descubierta. Pero merezco serlo. He arruinado mi vida y la vida de mi familia”.

Evaluación de Roseanne Straub

Los **ladrones ordinarios** planean sus robos y se benefician con ellos (criterio A); no presentan la acumulación de tensión (y la liberación subsecuente) que caracterizaba a los episodios de hurto de Roseanne (B y C). Las personas con **TPA** y **otros trastornos de la personalidad** pueden robar en forma impulsiva, pero también cuentan con el antecedente de comisión de muchos otros actos antisociales. Cuando los criminales refieren con falsedad tener síntomas de cleptomanía, en vez de ello puede diagnosticarse **simulación**. Los pacientes con **esquizofrenia** o **episodios maníacos** en ocasiones tienen alucinaciones que les ordenan robar cosas.

Ansiedad, culpa y depresión se identifican con frecuencia en personas con este trastorno. Por ende, deben descartarse diagnósticos como **trastorno de ansiedad generalizado**, **trastorno depresivo persistente (distimia)** y **trastorno depresivo mayor**. La cleptomanía también puede asociarse con trastornos de la alimentación, en particular la **bulimia nerviosa**. Los pacientes con **trastorno por consumo de sustancias** pueden robar para sostener su hábito de consumo. Sin embargo, ninguno de estos diagnósticos podría integrarse en Roseanne. Con una calificación EEAG de 65, su diagnóstico sería el siguiente:

F63.2 [312.32] Cleptomanía

Ansiedad y liberación (o alivio) es una frase que describe a varias condiciones del DSM-5. Entre ellas se encuentran la piromanía y la cleptomanía, pero también puede identificarse en la tricotilomanía, ubicada en el capítulo 5 (no obstante, ya no se utiliza como criterio para ese trastorno). Expresa la acumulación típica de ansiedad o tensión, en ocasiones durante un día o más, hasta que el impulso para actuar se vuelve avasallante. Una vez que la acción ocurre, la persona experimenta una sensación de liberación que pudiera percibirse como alivio o placer. Sin embargo, más tarde el remordimiento o el arrepentimiento pueden dominar el horizonte emocional.

F91.8 [312.89] Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta especificado

F91.9 [312.9] Otro trastorno disruptivo, del control de los impulsos y de la conducta no especificado

Se utiliza una de estas dos categorías para codificar cualquier problema para el control de los impulsos o la conducta que no cumplen los criterios para los trastornos descritos antes o en algún otro capítulo del DSM-5. Como siempre, la categoría con especificación debe utilizarse cuando se desea detallar una presentación particular; la categoría sin especificación debe elegirse cuando no se desea dar información más específica.

Trastornos relacionados con sustancias y adicciones

Guía rápida para los trastornos relacionados con sustancias y adicciones

Las sustancias que afectan la mente son causa de tres tipos de trastorno: Intoxicación, abstinencia y lo que ahora se denomina trastorno por consumo de sustancias (este último antes llamado dependencia y abuso de sustancias). La mayor parte de estos términos del DSM-5 se aplica a casi todas las sustancias; señalaremos las excepciones conforme vayan apareciendo. Además, puesto que sus características diagnósticas y algunas de sus manifestaciones fisiológicas son casi idénticas a las que produce el consumo de alguna sustancia, el juego patológico se transfirió a este capítulo.

Categorías básicas relacionadas con las sustancias

Trastorno por consumo de sustancias. Un consumidor ha utilizado una sustancia con frecuencia suficiente para que le genere malestar clínica importante o compromiso en su desempeño, y para producir o resultar en cierto comportamiento característico. Identificado en relación con todos los tipos de drogas, excepto la cafeína, el trastorno por consumo de sustancias puede desarrollarse de manera accidental, en particular a partir de la utilización de un medicamento para el manejo del dolor crónico. Ya haremos una discusión tomando el alcohol como modelo en la página 396.

Intoxicación por sustancia. Este cuadro clínico agudo deriva del consumo excesivo reciente de alguna sustancia. Cualquier persona puede desarrollar intoxicación; se trata del único diagnóstico relacionado con una sustancia que puede aplicarse a un individuo que sólo utiliza una sustancia una vez. Todas las drogas, excepto la nicotina, generan un síndrome de intoxicación específico. Los síntomas de estos síndromes se pueden consultar más adelante en resumen, en el cuadro 15-1. Tomando el alcohol como modelo, se presenta una discusión general sobre la intoxicación por sustancia a partir de la página 411.

Abstinencia de sustancia. Este conjunto de síntomas, específicos para el tipo de sustancia, se desarrolla cuando una persona que ha consumido con frecuencia una sustancia deja de utilizarla o reduce en forma intensa la dosis. Todas las sustancias, excepto la fenilciclidina

(PCP), los otros alucinógenos y los inhalantes, cuentan con un síndrome de abstinencia reconocido; véase el cuadro 15-1. Una vez más, con el uso del alcohol como modelo, se presenta una discusión de la abstinencia de sustancias a partir de la página 402.

Clases específicas de sustancias

Para referencia rápida, se mencionan aquí las sustancias que se analizan en las páginas siguientes.

Alcohol (p. 397).

Anfetaminas y otros estimulantes, incluida la cocaína (p. 450).

Cafeína (p. 416).

Cannabis (p. 420).

Alucinógenos, incluida la PCP (p. 426).

Inhalantes (p. 435).

Opioides (p. 439).

Fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (p. 445).

Tabaco (p. 461).

Otras sustancias o sustancias desconocidas (p. 463).

Otros trastornos inducidos por sustancias

Casi todos los capítulos del DSM-5 incluyen trastornos que se relacionan con el consumo de sustancias; existe una representación para cada clase de sustancias, excepto la nicotina. Los trastornos pueden experimentarse durante la intoxicación, la abstinencia, o como efectos prolongados del consumo de una sustancia una vez que su utilización inapropiada y síntomas de abstinencia ceden. Entre éstos se encuentran los siguientes **trastornos inducidos por sustancia/medicamento**:

Trastorno psicótico (p. 93).

Trastorno del estado de ánimo, bipolar o depresivo (p. 151).

Trastorno de ansiedad (p. 193).

Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados (p. 214).

Trastornos sueño-vigilia (p. 346).

Disfunción sexual (p. 370).

Delirium (p. 483).

Trastorno neurocognitivo, mayor o leve (p. 522).

Trastorno no relacionado con sustancias

Juego patológico. Estos pacientes apuestan de manera repetida, muchas veces hasta perder dinero, empleo y amigos (p. 470).

Introducción

Quienes vivimos en el siglo XXI tenemos acceso a una variedad creciente de sustancias que alteran la las funciones mentales, pero utilizar estas sustancias puede provocar problemas del comportamiento, cognitivos y fisiológicos. Estas sustancias, todas las cuales afectan al sistema nervioso central son, entre otras, medicamentos, químicos tóxicos y drogas ilegales. Muchas sustancias pueden obtenerse legalmente y son prescripción: alcohol, cafeína y tabaco, así como algunos de los inhalantes. El DSM-5 lista un poco más de 300 trastornos relacionados con sustancias numerados (en la CIE-10). Cuando se toman en consideración todos los subcódigos y calificadores, existen cientos de formas más para codificar a un paciente con un trastorno relacionado con alguna sustancia. En cualquiera de estos, el clínico debe especificar la sustancia o sustancias responsables, el tipo de problema y, en algunos casos, la relación temporal del consumo de la sustancia con el inicio el problema de comportamiento.

El DSM-5 recurre a nueve grupos principales, además del rubro **otra sustancia (o desconocida)** que permite incluir cualquier elemento, para catalogar las sustancias. No obstante, esta división es artificial, y entre los grupos es posible identificar algunas similitudes:

- Depresores del sistema nervioso central (alcohol y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos)
- Estimulantes del sistema nervioso central (cocaína, anfetaminas y cafeína)
- Drogas que distorsionan la percepción (inhalantes, *Cannabis*, alucinógenos y fenilciclidina [PCP])
- Narcóticos (opioides)
- Nicotina
- Otros (corticoesteroides y otros medicamentos)

La terminología continúa cambiando, pero el problema básico sigue siendo el mismo: el hecho de que la gente consuma alcohol y drogas de manera inapropiada. Uno de los problemas con los trastornos por consumo de sustancias es que debido a que han sido definidos de manera tan variada—por distintos autores, diferentes sustancias, en diferentes épocas (y en diferentes DSM)—existe un desacuerdo sustancial en torno a lo que son con exactitud y a quienes participan en ellos.

El DSM-5 sigue la tradición del DSM-IV en cuanto a la definición de los trastornos relacionados con todas las sustancias desde la perspectiva de que son más o menos uniformes. El problema es que lo uniforme se sigue remodelando. Las definiciones que se utilizan ahora sustituyen conceptos más antiguos como **alcoholismo**. **Problemas en la manera de beber, ingesta excesiva episódica, adicción, habituación, dependencia, abuso** y otros términos (con frecuencia peyorativos), que se han aplicado al transcurrir los años a las personas que utilizan sustancias que alteran la función mental.

Por supuesto, la mayor parte de los adultos consume algunas sustancias; sin embargo, la mayoría no las consume en forma patológica. Pero, ¿qué es el **consumo patológico**? Definámoslo como el consumo que rebasa el punto en que los efectos negativos sobrepasan cualquier efecto positivo. Con frecuencia este punto se alcanza con rapidez—durante la primera exposición en algunos pacientes y con ciertas sustancias. Lo usual es que el consumo sea frecuente, intenso o ambos, y siempre implica síntomas y cambios maladaptativos de la conducta.

También debe observarse que ninguno de los síntomas del consumo de sustancias explica la razón por la cual los usuarios sienten agrado por la sustancia elegida. En un intento por ser objetivos y congruentes, los criterios del DSM-5 ignoran muchas de las problemáticas de la adicción a sustancias específicas. Por ejemplo, se perdió en esta descripción la riqueza de las fases del alcoholismo. Para complementar estos criterios es necesario consultar libros de texto de salud mental, artículos específicos e incluso trabajos literarios.

Una última nota: durante varios meses he estado buscando un sustantivo que describa el trastorno por consumo de sustancias, que se adapte con holgura a la nomenclatura nueva. Al final decidí lanzar la cautela al viento y recurrir a **adicción**. Muchos de los expertos en consumo de sustancias gimen por su pérdida, y parece describir de manera adecuada y sucinta el comportamiento.

Las categorías básicas relacionadas con sustancias, ilustradas a partir de los trastornos relacionados con el alcohol

La estrategia en esta parte del capítulo difiere un tanto del formato utilizado por el DSM-5. Se presentan las Características esenciales del trastorno por consumo de sustancias, la intoxicación y la abstinencia, tomando como ejemplo al alcohol para cada una de estas categorías. Más adelante en el capítulo, se analizan los síndromes por intoxicación, abstinencia o ambos, correspondientes a cada uno de los otros grupos de sustancias. También se menciona de manera breve a otros trastornos vinculados con cada sustancia, así como a otras sustancias que pudieran consumirse junto con cada una de las sustancias revisadas.

Trastorno por consumo de sustancia

Como se señala en el texto entre barras previo, los clínicos y los investigadores han argumentado durante años en torno a las definiciones de la adicción. La estrategia del DSM-5 es definir el trastorno por consumo de sustancia como el comportamiento principal de quienes consumen sustancias de manera inapropiada. Estos criterios especifican un tipo de adicción que incluye síntomas conductuales, fisiológicos y cognitivos. A manera de ejercicio, se desmenuza aquí el lenguaje concerniente al diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol (aplicable a cualquier sustancia):

1. El consumo provoca problemas. Si bien quizá se comenzó para permitir la adaptación ante otras dificultades, sólo empeora las cosas para el usuario, al igual que para los parientes y quienes se vinculan con el consumidor.
2. Existe un patrón de consumo. La repetición de este consumo forma un hábito con patrón predecible.
3. Los efectos tienen relevancia clínica. El patrón de consumo ha llevado a recibir atención de profesionales o justifica una atención de este tipo (en el lenguaje oficial del DSM-5 se indica “con significancia clínica”. Sin embargo, la palabra “significancia” tiene implicaciones estadís-

ticas que no pueden sostenerse en la práctica clínica. En este caso, se considera más apropiado el uso del término **relevante**).

4. El consumo genera malestar o disfunción. Esto indica que el consumo de sustancia debe tener intensidad suficiente para interferir de alguna manera con la vida del paciente. El trastorno por consumo de sustancias se define de así en términos similares a los utilizados en muchos trastornos mentales que no se relacionan con sustancias.
5. La interferencia con la vida del paciente debe demostrarse con por lo menos dos síntomas a partir de un listado de 11: más consumo que el que se pretende; esfuerzos por reducir el consumo; inversión de mucho tiempo para conseguir o consumir la sustancia; comportamiento de búsqueda (*craving*); descuido de responsabilidades; problemas sociales; disminución de actividades; consumo a pesar de existir riesgo físico; consumo no obstante el desarrollo de algún trastorno físico o psicológico; tolerancia y síntomas de abstinencia. La intensidad se determina a partir del número de síntomas presentes (no obstante en el texto entre barras de la p. 402 se hace referencia a una limitante en este sentido).

Por último, al diagnosticar un trastorno por consumo de sustancias, intoxicación y abstinencia, debe recordarse que la velocidad con que inicia y termina un cuadro afecta la probabilidad de que un paciente tenga problemas con alguna sustancia específica. La absorción rápida de una sustancia (al fumarla, inhalarla o inyectarla) promueve un inicio de acción más rápido, una duración menor de acción y una probabilidad mayor de que se desarrolle un trastorno por consumo de sustancia. Una vida media más prolongada (el tiempo que requiere el organismo para eliminar la mitad de la sustancia consumida) reduce la probabilidad de que se presenten síntomas de abstinencia, pero prolonga el periodo durante el cual el usuario pudiera experimentarlos.

¿Qué es lo que le ocurrió a la dependencia de sustancias múltiples? El DSM-IV utilizaba este concepto para hacer referencia a una situación en la cual el paciente consumía dos o más sustancias, pero no presentaba problemas suficientes para justificar un diagnóstico de adicción a alguna de ellas—no obstante lo cual, en conjunto, generaban síntomas suficientes por consumo para corresponder a un diagnóstico “conjunto” de adicción. Esa definición era un poco complicada y tendía a utilizarse con poca frecuencia. Además hay muy poca investigación preciosa para poder evidenciar que esto predijo mucho de nada para nadie.

Según el DSM-5 cualquier individuo que cumpliera los criterios un tanto bizantinos recién mencionados, recibiría un diagnóstico de otro trastorno o trastorno no especificado relacionado con sustancia para cada una de las sustancias implicadas. Quizá alguien pueda convencerme de que eso valga la pena.

Trastorno por consumo de alcohol

Si bien casi la mitad de todos los adultos estadounidenses ha tenido por lo menos una vez en su vida algún problema por el consumo de alcohol (conducir mientras se encontraban intoxicados, faltar al trabajo por una resaca), muchos menos (alrededor de 10%) han tenido problemas suficientes para calificar para un diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol. Obsérvese que

los criterios son los mismos que para cualquier otro trastorno por consumo de sustancia, y se mencionan abajo en forma genérica.

El alcoholismo es en extremo frecuente. Más de 10% de la población estadounidense ha tenido el problema en un momento u otro; el riesgo de un varón es de por lo menos el doble que el de una mujer. Su inicio tiende a identificarse en la adolescencia, no obstante los grupos de mayor edad no son inmunes. Las complicaciones fisiológicas, como la abstinencia, tienen una probabilidad por mucho superior de aparecer en una fase mucho más avanzada de la enfermedad.

El alcoholismo muestra gran tendencia hereditaria; los parientes en primer grado tienen un riesgo varias veces superior al de la población general. Es concomitante a muchas afecciones, en particular los trastornos del estado de ánimo y el trastorno de la personalidad antisocial.

Características esenciales del trastorno por consumo de sustancia

Estos pacientes consumen la sustancia elegida en cantidad suficiente para tener problemas crónicos o repetidos en distintas áreas de la vida:

- **Vida personal e interpersonal.** Descuidan a la familia (obligaciones con cónyuge/ pareja, dependientes) e incluso a sus actividades de ocio preferidas en favor del consumo de la sustancia que eligen; pelean (por medios físicos o verbales) con quienes se preocupan por ellos; y persisten en el consumo a pesar de estar concientes de que les causa problemas interpersonales.
- **Empleo.** El esfuerzo que antes dedicaban al trabajo (o a otras actividades importantes) ahora lo invierten en la obtención de la sustancia, su consumo y la recuperación tras el mismo. Resultado: estas personas incurren en ausentismo o son despedidas.
- **Control.** Con frecuencia consumen la sustancia en cantidades o durante periodos superiores a los que pretendían; intentan (sin tener éxito) abandonar o limitar el consumo. Durante todo el proceso buscan la sustancia con ansia.
- **Salud y seguridad.** Los consumidores adoptan comportamientos que les implican riesgo físico (las más de las veces, al operar un vehículo automotor); pueden existir consecuencias legales. Persisten en el consumo no obstante saben que causa problemas de salud, como cirrosis o hepatitis C.
- **Complicaciones fisiológicas.** Se desarrolla tolerancia: la sustancia induce un efecto menor, de tal manera que el paciente debe consumir más. Y una vez que el consumo se suspende, los pacientes sufren síntomas de abstinencia característicos de esa sustancia.

La letra pequeña

La tolerancia no es una característica que se identifique con la mayor parte de los alucinógenos, no obstante los usuarios pudieran desarrollar tolerancia a los efectos estimulantes de la PCP.

La abstinencia no es una característica de la PCP, otros alucinógenos o inhalantes.

No debe tomarse en consideración la tolerancia o la abstinencia que se genera por el uso de medicamentos de acuerdo con una prescripción.

Las D: • Duración (los síntomas que se cuantifican deben haberse presentado en el transcurso de 12 meses) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, trastornos primarios de casi todos los otros capítulos del DSM-5, consumo para recreación **verdadero**).

Notas para codificación

Se aplican los modificadores de evolución que se muestran en la página 409.

Consultar los cuadros 15-2 y 15-3, casi al final de este capítulo, en que se incluyen los códigos correspondientes.

Quentin McCarthy

“Puedo suspenderlo, pero no puedo permanecer así”. Quentin McCarthy tenía 43 años y estaba hablando acerca del alcohol. Le gustaba decir que durante toda su vida adulta había tenido éxito haciendo dos cosas—beber y vender seguros. Ahora tenía problemas con ambos.

Quentin era el segundo de tres hijos de una pareja de abogados. Sus hermanos habían sido estudiantes excelentes. Quentin era brillante, pero había sido hiperactivo y el payaso de la clase. En la escuela nunca había podido concentrar su atención en grado suficiente para sobresalir en algo, excepto en educación física.

Para complacer a sus padres, después de la preparatoria Quentin había ingresado durante un semestre a una escuela técnica. Eso fue peor que la preparatoria; lo único que lo hacía continuar era la culpa. Mientras que su hermano mayor entró a la Escuela de Leyes (con honores al ingresar) y su hermano menor arrasó con los premios en la feria de ciencias del estado, Quentin casi se sintió contento cuando en su cumpleaños se celebró el cuarto sorteo de la lotería nacional. Al día siguiente se enlistó en la Armada.

En algún momento de su formación escolar Quentin había aprendido a escribir a máquina, de manera que se le asignó a la sección administrativa de su batallón. Le gustaba decir que durante los cuatro años que había estado en la milicia nunca había disparado su arma con ira. En comparación con el consumo de alcohol de algunos hombres mayores, el suyo era moderado. Aunque tuvo casi el número usual de peleas, logró evitar meterse en problemas graves. Cuando dejó el servicio a la edad de 22 años, había conservado sus insignias de sargento tras dos misiones en Vietnam.

Después de esto, su vida de pronto adquirió seriedad. Con un trabajo de tiempo parcial después de pasar horas en la tienda militar, Quentin había descubierto que era un vendedor natural. De manera que tomar un trabajo de venta de seguros de vida le había aparecido un movimiento lógico. También le pareció sensible casarse con la hija del jefe. Cuando dos años después su suegro murió en forma súbita, Quentin se convirtió en el único dueño de la agencia.

“El negocio me hizo y me arruinó”, dijo.” Hice mucho dinero mientras comía con personas y les vendía pólizas costosas. Me repetía que tenía que beber con ellos para hacer la venta, pero supongo que esa era sólo una racionalización”.

Al pasar el tiempo, los dos martinis que Quentin bebía durante el almuerzo se convirtieron en cuatro. Para cuando llegó a los 31 años, omitía el almuerzo y bebía toda la tarde para “mantener el brillo”. Al final del día se sorprendía en ocasiones de ver cuánto había bajado el nivel de la botella que guardaba en el cajón de su escritorio.

El año anterior le había traído a Quentin dos sorpresas desagradables. La primera llegó cuando su médico le informó que el dolor sordo que sentía justo por encima del ombligo se debía a una úlcera; por el bien de su salud, tendría que dejar de beber. La segunda, que de alguna manera le pareció peor porque dañó su orgullo, vino una tarde después del almuerzo. Un cliente de mucho tiempo de la agencia se disculpó diciendo que se llevaría su sustancial negocio a otro sitio; a su esposa le desagradaba que él estuviera “haciendo negocios con un borrachín”. Al analizar en retrospectiva, Quentin se dio cuenta de que se habían presentado otros casos más entre clientes que dejaban la firma sin hacer tanto ruido.

El resultado había sido su resolución a renunciar a, o por lo menos reducir la intensidad de, su consumo (“Dejar de beber es fácil”, señaló con remordimiento. “Lo hice dos veces en un mes”). Al inicio se prometió que no bebería antes de las cinco de la tarde; eso resultó ser impráctico y luego lo modificó para convertirlo en “cerca de la hora del almuerzo”. Al ver que el nivel de la botella que mantenía en el cajón de su escritorio bajaba tan rápido como siempre, Quentin decidió que haría la prueba con Alcohólicos Anónimos. “Eso fue menos que inútil”, explicó. “Las historias que escuchaba de esas personas me hacían sentirme como un abstemio”.

De manera eventual, un comentario hecho por su esposa lo condujo a ser evaluado. “Solías beber para pasar un buen rato”, le dijo. “Ahora bebes porque lo necesitas”.

Evaluación de Quentin McCarthy

Las características esenciales del trastorno por consumo de sustancia (véase antes) no son en particular complejas, sólo tediosas. El antecedente de consumo de alcohol de Quentin ilustra muchas de ellas. Por lo menos se requieren dos para justificar el diagnóstico, y deben haberse presentado en el transcurso de un año. Esto no quiere decir que deban haber comenzado en el transcurso del año previo a la valoración; tan sólo que los problemas deben haber estado presentes en el transcurso de un marco temporal breve. Obsérvese que algunos pacientes pueden desarrollar de manera esporádica síntomas nuevos, al tiempo que otros previos desaparecen.

- **Consumo creciente.** Muchos pacientes inician con un consumo escaso (“sólo un sorbo antes de las comidas”), pero terminan omitiendo la comida y sólo tomando. Como consecuencia, consumen la sustancia que eligen en una cantidad mayor a la que pretendían. Quentin en ocasiones se sorprendía ante la disminución tan intensa del nivel de su botella al final del día (criterio A1).
- **Problemas de control.** La persona desea controlar el consumo y sus esfuerzos por controlarlo fallan de manera repetida. Quentin había tratado de dejar de beber al establecer reglas y acudir a Alcohólicos Anónimos (A2). Otros, para quienes dejar de beber por completo pudiera parecer demasiado drástico y atemorizante, pudieran intentar en vez de esto reducir la cantidad que consumen.
- **Inversión de tiempo.** Este síntoma es en particular característico de las personas que consumen sustancias distintas al alcohol (por lo general, los consumidores de alcohol siguen realizando otras actividades, ya sea borrachos o sobrios). Y, al igual que el tabaco, el alcohol es legal y por ende fácil de obtener. Quentin pasaba gran parte de su tiempo bebiendo, lo que quizá le permitiría calificar para este criterio (A3), no obstante seguía trabajando. Otros pacientes, en

particular los que consumen drogas distintas al alcohol, pueden invertir mucho tiempo asegurando su provisión. Por ejemplo, véase el caso de Kirk Aufderheide (p. 447).

- **Búsqueda (A4).** Se trata del único criterio completamente nuevo del DSM-5—de cuya ausencia en ediciones previas se quejaban muchas autoridades. Tiene que vincularse con la liberación de dopamina en el consumo de sustancias y en otros comportamientos, como el juego patológico. No se identifica en el caso clínico de Quentin, pero quizá el entrevistador olvidó interrogar al respecto.
- **Incumplimiento de obligaciones (A5).** Muchos pacientes con trastorno por consumo de alcohol abandonan sus roles en el hogar, en la comunidad o en el trabajo, con el objetivo de beber. Quentin no cubría este criterio.
- **Compromiso de las relaciones interpersonales/sociales.** El paciente sigue consumiendo la sustancia, no obstante esto genera peleas y discusiones con personas cercanas. Podría argumentarse (yo lo argumentaría) que el hecho de que los clientes de Quentin estuvieran llevándose sus recursos a otros sitios constituye una situación de este tipo (A6).
- **Disminución de otras actividades (A7).** Los pacientes con trastornos por consumo de sustancias con frecuencia ignoran el trabajo y las actividades sociales. Éste no era el caso de Quentin, que dedicaba el tiempo necesario a trabajar (no obstante algunos clientes ponían objeciones a su bebida).
- **Desdén por los peligros físicos (A8).** Conducir bajo la influencia del alcohol es el peligro por mucho más común, pero también se presentan muchos otros, como operar maquinaria pesada. El caso clínico no indica que Quentin se expusiera a algún peligro físico.
- **Desdén ante las advertencias psicológicas/médicas.** Quentin bebía no obstante el riesgo de desarrollar úlceras (A9). Otros pacientes pudieran ignorar las advertencias del médico en torno a la hepatopatía (cirrosis o hepatitis) o el desarrollo de várices esofágicas, que pueden romperse después del arqueo intenso. Los que consumen drogas intravenosas con frecuencia siguen compartiendo las agujas, a pesar de los riesgos bien conocidos de transmisión de VIH y hepatitis. La mayor parte de las sustancias también tiene capacidad de exacerbar las ideas suicidas, los trastornos del estado de ánimo y la psicosis—que de igual manera son ignorados.
- **Tolerancia.** Cuando una sustancia se ha utilizado a tal grado que el organismo del consumidor se acostumbra a sus efectos físicos, se dice que se desarrolló tolerancia. Esto es en particular evidente en relación con el alcohol, los opioides y los sedantes, pero puede identificarse en todos los otros grupos de sustancias, con la posible excepción de los alucinógenos. Cuando existe tolerancia, el paciente puede necesitar más sustancia para obtener los mismos efectos o percibe un efecto menor cuando consume la misma dosis. Quentin experimentaba este fenómeno en cierto grado cuando comenzó a beber toda la tarde para mantener su “brillo” (A10).
- **Abstinencia (A11).** Este fenómeno puede manifestarse ya sea por un cuadro con síntomas característicos de la clase a la que pertenece la sustancia, o como el consumo de la sustancia para evitar o controlar tales manifestaciones. En la página 402 se analiza con más detalle la abstinencia de sustancias.

Quentin mostraba por lo menos cinco y quizá seis de los 11 criterios que justifican el diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol. El caso clínico siguiente revela si también cubría los criterios para abstinencia de alcohol.

El DSM-5 es el primer manual en que se incluyen criterios de gravedad específicos para los trastornos por consumo de sustancias. En parte, eso era necesario por la eliminación de la categoría de abuso de sustancias—una adición a los DSM anteriores desde 1980, tomada en forma errónea por muchos clínicos como un tipo de “consumo leve de sustancias”. Estudios numerosos determinaron al pasar de los años que los criterios de abuso de sustancias tenían fallas en relación tanto en su validez como su confiabilidad. El diagnóstico de abuso de alcohol, cuando se establecía, solía basarse en un criterio, conducir durante la intoxicación—un comportamiento que, si bien en sí mismo es peligroso, es una vara delgada para sostener un diagnóstico. Sin embargo, ante todo, el diagnóstico de abuso no permitía hacer predicciones que lo hicieran valioso.

La idea de criterios de intensidad es buena, pero su implementación siembra las semillas del descontento, en parte debido a que la gravedad se determina tan sólo mediante la suma del número total de criterios. He aquí la semilla: no todos los criterios se integran por igual. Algunos implican una discapacidad y una tensión mucho mayores que otros. Por ejemplo, la presencia ya sea de tolerancia o abstinencia sugiere que el individuo ha estado presentando un consumo intenso y durante un periodo muy prolongado (en la mayor parte de los casos, durante muchos meses y quizá durante años).

Otros criterios pudieran tener una repercusión mucho menos grave. Las discusiones con un cónyuge o pareja, si bien no son triviales (como casi todos podemos testificar), no sólo dependen del consumo real de un individuo, sino de la percepción que tiene la otra persona del consumo, de la tolerancia al comportamiento. La búsqueda puede identificarse incluso en individuos que no cumplen otros criterios para trastorno por consumo de sustancias. Por fortuna, estos problemas pueden resolverse con más investigación y experiencia. Quizá en el DSM-5.1.

Abstinencia de sustancias

Los síntomas de abstinencia se desarrollan al tiempo que la concentración de la sustancia disminuye en el cerebro de alguien que tiene un consumo frecuente. Los criterios genéricos para abstinencia de sustancia son simples: sólo se requiere que el paciente experimente síntomas específicos después de dejar una sustancia que ha estado consumiendo con intensidad durante un periodo específico. Esto debe producir estrés o disfunción, y no debe existir alguna otra enfermedad física o trastorno mental que explique mejor la sintomatología.

Los síntomas que se desarrollan durante la abstinencia de sustancias son específicos para la sustancia en cuestión, y se describen en las secciones correspondientes de este capítulo. Sin embargo, ciertos síntomas se identifican en la abstinencia de muchas sustancias:

- Alteración del estado de ánimo (ansiedad, irritabilidad, depresión)
- Actividad motora anómala (inquietud, inmovilidad)
- Anomalías del sueño (insomnio o hipersomnia)
- Otros problemas físicos (fatiga, cambios del apetito)

En el cuadro 15-1 se muestra un listado más completo.

Para que se generen síntomas de abstinencia, los pacientes deben haber desarrollado antes tolerancia a la sustancia. Para esto es necesario un consumo frecuente durante un periodo que depende de la sustancia misma. En el caso de la heroína pudieran requerirse tan sólo unas cuantas

Cuadro 15-1. Síntomas de intoxicación y abstinencia de sustancias

| | | Intoxicación por sustancia | | | | | | | Abstinencia de sustancia | | | | | | |
|--------------------|-----------------------------------|-------------------------------|----------|---------------------------|---------|--------------|------------|----------|--------------------------|-------------------------------|----------|---------------------------|---------|--------|----------|
| | | Alcohol/sedantes ^a | Cannabis | Estimulantes ^b | Cafeína | Alucinógenos | Inhalantes | Opioides | PCP | Alcohol/sedantes ^a | Cannabis | Estimulantes ^b | Cafeína | Tabaco | Opioides |
| Social | Compromiso del desempeño social | | | × | | | | | | | | | | | |
| | Sexualidad inapropiada | × | | | | | | | | | | | | | |
| | Retraimiento social | | × | | | | | | | | | | | | |
| | Sensibilidad interpersonal | | | × | | | | | | | | | | | |
| Estado de ánimo | Labilidad emocional | × | | | | | | | | | | | | | |
| | Ansiedad | | × | × | | × | | | | × | × | | | × | |
| | Euforia | | × | × | | × | × | | | | | | | | |
| | Afecto aplanado, apatía | | | × | | × | × | | | | | | | | |
| | Ira | | | × | | | | | | | × | | | × | |
| | Disforia, depresión | | | | | × | | × | | | × | × | × | × | × |
| | Irritabilidad | | | | | | | | | | × | | × | × | |
| Juicio | Compromiso del juicio | × | × | × | | × | × | × | × | | | | | | |
| | Tendencia al ataque, beligerancia | | | | | | × | | × | | | | | | |
| | Impulsividad | | | | | | | | × | | | | | | |
| Sueño | Insomnio, incapacidad para dormir | | | | × | | | | | × | × | × | | × | × |
| | Pesadillas | | | | | | | | | | × | × | | | |
| | Hipersomnia | | | | | | | | | | | × | | | |
| Nivel de actividad | Agresividad | × | | | | | | | | | × | | | | |
| | Agitación, hiperactividad | | | × | × | | | × | × | × | | × | | | |
| | Energía inagotable | | | | × | | | | | | | | | | |
| | Inquietud | | | | × | | | | | | × | | | × | |
| | Hipoactividad, dilación | | | × | | | × | × | | | | × | | | |
| Estado de alerta | Disminución de la atención | × | | | | | | × | | | | | | | |
| | Vigilancia extrema | | | × | | | | | | | | | | | |
| | Estupor o coma | × | | × | | | × | × | × | | | | | | |
| | Percepción de lentitud del tiempo | | × | | | | | | | | | | | | |
| | Mala concentración | | | | | | | | | | | | × | × | |

^a Este rubro también incluye a los hipnóticos y los ansiolíticos.

^b Cocaína y anfetaminas.

Cuadro 15-1. Síntomas de intoxicación y abstinencia de sustancias (continuación)

| | | Intoxicación por sustancia | | | | | | | Abstinencia de sustancia | | | | | |
|-----------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------|---------------------------|---------|--------------|------------|----------|--------------------------|-------------------------------|-----------------|---------------------------|---------|--------|
| | | Alcohol/sedantes ^a | <i>Cannabis</i> | Estimulantes ^b | Cafeína | Alucinógenos | Inhalantes | Opioides | PCP | Alcohol/sedantes ^a | <i>Cannabis</i> | Estimulantes ^b | Cafeína | Tabaco |
| | Confusión | | | × | | | | | | | | | | |
| | Somnolencia | | | | | | × | | | | | × | | |
| Percepción | Ideas de referencia | | | | | × | | | | | | | | |
| | Temor a enloquecer | | | | | × | | | | | | | | |
| | Ideas de persecución | | | | | × | | | | | | | | |
| | Cambios de percepción | | | | | × | | | | | | | | |
| | Alucinaciones/ilusiones breves | | | | | × | | | × | | | | | |
| | Despersonalización/desrealización | | | | | × | | | | | | | | |
| | Autonómicos | Xerostomía | | × | | | | | | | | | | |
| Miosis | | | | | | | × | | | | | | | |
| Midriasis | | | | × | × | | | | | | | | | × |
| Sudoración | | | | × | × | | | | × | × | | | | × |
| Piloerección | | | | | | | | | | | | | | × |
| Muscular | Debilidad muscular | | | × | | × | | | | | | | | |
| | Fasciculaciones musculares | | | | × | | | | | | | | | |
| | Dolor muscular | | | | | | | | | | | × | | × |
| | Rigidez muscular | | | | | | | × | | | | | | |
| Neurológico | Distonía, discinesia | | | × | | | | | | | | | | |
| | Nistagmo | × | | | | × | | × | | | | | | |
| | Temblor | | | | × | × | | × | × | | | | | |
| | Visión borrosa | | | | × | × | | | | | | | | |
| | Visión doble | | | | | × | | | | | | | | |
| | Anomalías de los reflejos | | | | | × | | | | | | | | |
| | Convulsiones | | | × | | | | × | × | | | | | |
| | Hipoestesia | | | | | | | × | | | | | | |
| | Cefalea | | | | | | | | | × | | × | | |
| | Gastrointestinal | Malestar gastrointestinal, diarrea | | | | × | | | | | | | | |
| Náusea, vómito | | | | × | | | | × | | | × | | | × |
| Dolor abdominal | | | | | | | | | | × | | | | |

Cuadro 15-1. Síntomas de intoxicación y abstinencia de sustancias (continuación)

| | | Intoxicación por sustancia | | | | | | | Abstinencia de sustancia | | | | | | |
|-------------------|--|-------------------------------|-----------------|---------------------------|---------|--------------|------------|----------|--------------------------|-------------------------------|-----------------|---------------------------|---------|--------|----------|
| | | Alcohol/sedantes ^a | <i>Cannabis</i> | Estimulantes ^b | Cafeína | Alucinógenos | Inhalantes | Opioides | PCP | Alcohol/sedantes ^a | <i>Cannabis</i> | Estimulantes ^b | Cafeína | Tabaco | Opioides |
| | Hiperexia/ganancia ponderal | | × | | | | | | | | | × | | × | |
| | Hiporexia/pérdida ponderal | | | × | | | | | | | × | | | | |
| Motor | Coordinación deficiente | × | × | | | × | × | | | | | | | | |
| | Marcha inestable | × | | | | | × | | | | | | | | |
| | Estereotipias | | | × | | | | | | | | | | | |
| | Problemas para la marcha | | | | | | | | × | | | | | | |
| | Letargo | | | | | | × | | | | | | | | |
| | Problemas para el habla | | | | | | | | × | | | | | | |
| | Habla farfullante | × | | | | | × | × | | | | | | | |
| Cardiovascular | Dolor torácico | | | × | | | | | | | | | | | |
| | Arritmias | | | × | × | × | | | | | | | | | |
| | Bradicardia | | | × | | | | | | | | | | | |
| | Taquicardia | | × | × | × | × | | | × | × | | | | | |
| | Elevación o disminución de la presión arterial | | | × | | | | | × | | | | | | |
| General | Depresión de la respiración | | | × | | | | | | | | | | | |
| | Mareo | | | | | | × | | | | | | | | |
| | Eritema conjuntival | | × | | | | | | | | | | | | |
| | Escalofríos | | | × | | | | | | | × | | | | |
| | Fiebre | | | | | | | | | | × | | | | × |
| | Defectos de la memoria | × | | | | | | × | | | | | | | |
| | Nerviosismo, excitación | | | | × | | | | | | × | | | | |
| | Lenguaje errático | | | | × | | | | | | | | | | |
| | Agudización de la audición | | | | | | | | × | | | | | | |
| | Rubicundez facial | | | | × | | | | | | | | | | |
| | Incremento de la micción | | | | × | | | | | | | | | | |
| | Fatiga | | | | | | | | | | | × | × | | |
| Epífora, rinorrea | | | | | | | | | | | | | | × | |
| Bostezos | | | | | | | | | | | | | | × | |

inyecciones, en tanto para el alcohol suelen necesitarse semanas de consumo intenso para generar una tolerancia con relevancia clínica. La mayor parte de los pacientes que dependen de una sustancia experimenta abstinencia si hay una suspensión súbita del consumo.

Algunas sustancias **no** se relacionan con un cuadro de abstinencia. Por ejemplo, los alucinógenos pueden inducir adicción, pero no se refiere algún síndrome de abstinencia. Por otra parte, el DSM-IV no mencionaba algún síndrome de abstinencia por cafeína—un error grave, como lo puede atestiguar cualquier consumidor de café que comienza a beber un producto descafeinado. Por fortuna, el DSM-5 corrigió ese error.

El tiempo de la abstinencia depende de la vida media de la droga—el tiempo que el organismo requiere para eliminar la mitad de la sustancia. Por lo general, los síntomas de abstinencia inician entre 12 y 24 h después de que se administra la última dosis, y sólo persisten durante algunos días. Con frecuencia a los síntomas de abstinencia los acompaña una pulsión intensa por reiniciar el consumo de la sustancia.

El análisis de la sangre, el aire espirado y la orina puede aportar prueba del consumo de sustancia en un individuo, pero con frecuencia se obtiene más evidencia por medio del interrogatorio clínico. El auto reporte suele verse modificado por la negación, de tal manera que los antecedentes suelen ser más confiables cuando un pariente o un amigo—cualquier persona distinta al paciente—aporta más información. Como regla general, muchos clínicos hacen una duplicación mental de la cantidad de sustancia que un paciente refiere haber consumido.

Características esenciales de la abstinencia de sustancia

Después de utilizar una sustancia con intensidad y por un tiempo prolongado, el paciente de manera súbita suspende o reduce en forma marcada su consumo. Esto induce un síndrome específico para la sustancia, que genera problemas.

La letra pequeña

Las D: • Periodo hasta el inicio de los síntomas (por lo general horas o días) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, trastornos mentales primarios).

Pueden encontrarse datos específicos sobre el síndrome de abstinencia de cada sustancia en el cuadro 15-1.

Abstinencia de alcohol

Se requiere el consumo intenso de alcohol durante un periodo de días o mayor para inducir un cuadro de abstinencia (los bebedores pueden tolerar cantidades muy variables de alcohol, por lo que resulta difícil tener más precisión). Los síntomas se desencadenan unas cuantas horas después de suspender el consumo y coinciden con una declinación rápida del nivel de alcohol en la sangre. Casi todos los pacientes muestran evidencia de hiperactividad del sistema nervioso central, como sudoración, pulso acelerado o intensificación de los reflejos (véase el texto entre barras más adelante). El síntoma más frecuente es el temblor; también pueden existir náusea y vómito. Algunos pacientes pueden desarrollar alucinaciones por un periodo breve, de entre 12 y 24 h. Después de dos o tres días algunos pueden incluso presentar convulsiones.

En ocasiones este síndrome común se denomina **abstinencia no complicada**. Suele ser corta, durar sólo unos pocos días y alcanzar su expresión máxima al segundo día. Sin embargo, la ansiedad, la irritabilidad y la incapacidad para dormir pueden persistir durante mucho más tiempo.

A mayor la intensidad del consumo, mayor la probabilidad de que los síntomas sean graves, de tal manera que en la abstinencia “no complicada” se transforma en síndromes más graves. El mejor conocido es el delirium, que afecta a sólo 5% de los individuos hospitalizados por abstinencia. Cuando se presenta delirium durante la evolución de un cuadro de abstinencia de alcohol grave, suele denominársele **delirium tremens (DT)**. Cuando un paciente cursa tanto con convulsiones como con delirium, las convulsiones casi de manera invariable ocurren antes. El caso de Rodney Partridge, un paciente con delirium por abstinencia de alcohol, se describe más adelante (véase la p. 483).

Otro síndrome de abstinencia de alcohol es el trastorno psicótico inducido por alcohol con alucinaciones. Conocido antes como **alucinosis auditiva alcohólica**, es un cuadro poco común (no obstante no es infrecuente) cuyos síntomas pueden imitar casi a la perfección a la esquizofrenia. Danny Finch, un paciente con ese trastorno, se describe en el capítulo 2 (véase la p. 95).

El número 100 actúa como una referencia útil mientras se buscan signos fisiológicos de abstinencia de alcohol: pulso superior a 100 latidos por minuto; temperatura superior a 100 °F (37.8 °C); presión arterial diastólica que se aproxima a 100 mmHg. Otro signo es la respiración rápida—si bien por ningún motivo se aproxima a una frecuencia de 100 por minuto.

Características esenciales de la **abstinencia de alcohol**

Después de un consumo intenso y prolongado de alcohol, en forma súbita el paciente suspende o reduce en grado medida su consumo. En el transcurso de horas o días esto trae consigo síntomas de incremento de la actividad de tipo nervioso y motor, entre otros temblor, sudoración, náusea, taquicardia, elevación de la presión arterial, agitación, cefalea, insomnio, debilidad, alucinaciones/ilusiones breves, convulsiones o todos ellos.

La letra pequeña

Las D: • Periodo hasta el inicio de los síntomas (algunas horas hasta un día o más) • Malestar o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos; trastornos psicóticos, del estado de ánimo y de ansiedad; abstinencia de sedantes y otras sustancias).

Pueden encontrarse datos específicos sobre el síndrome de abstinencia de alcohol en el cuadro 15-1.

Notas para codificación

Especificar si: **Con alteraciones de la percepción.** El paciente tiene anomalías de la percepción: ilusiones o alucinaciones auditivas, táctiles o visuales, con introspección conservada (es decir, se da cuenta de que los síntomas perceptuales son irreales, y derivan del consumo de la sustancia).

La codificación en la CIE-10 depende de la presencia de alteraciones de la percepción; véase el cuadro 15-2 (p. 465).

Quentin McCarthy de nuevo

Para el momento en que Quentin solicitó ayuda, estaba bebiendo el equivalente a casi 1 L de licor puro cada día. Declinó el ofrecimiento de una hospitalización breve para desintoxicarse, y en vez de esto comenzó un régimen de abstinencia ambulatorio con dosis decrecientes de benzodiazepina. Se le solicitó que regresara en tres días.

En la siguiente consulta, Quentin tenía un tono grisáceo y se veía triste. Firmó en el área de registro con un garabato tembloroso, y su mano se agitó al tiempo que extendió el brazo para permitir que le tomaran la presión y el pulso. Cada uno de estos signos vitales mostraba elevación.

Durante tres días Quentin no había bebido alcohol. A partir de la segunda mañana se había sentido cada vez más ansioso—una sensación que le recordaba su primera noche en Vietnam, en que había despertado ante el ruido de los obuses. Su ansiedad aumentó a lo largo del día. Aunque a la hora de irse a acostar se sentía exhausto, apenas durmió. Cuando llegó 4 h antes de su cita, aceptó que no había tomado el medicamento que se le había entregado. “Quería hacerlo solo”, explicó.

En los días siguientes los síntomas de abstinencia de Quentin disminuyeron. En el transcurso de dos semanas ya no necesitaba medicamentos. Sin embargo, puesto que se sentía muy tentado a beber mientras comía con los clientes, solicitó una terapia con disulfiram.

Tres meses después, Quentin seguía utilizando el disulfiram y todavía no había bebido alcohol. Acudía a por lo menos una sesión de Alcohólicos Anónimos cada día. Había rescatado su empresa de seguros del estancamiento e incluso había persuadido a dos de sus clientes anteriores de regresar con sus negocios. Sin embargo, aceptaba que en ocasiones desarrollaba con episodios agudos de ira cuando deseaba una bebida.

Evaluación adicional de Quentin McCarthy

Cuando dejó de consumir alcohol (criterio A para la abstinencia de alcohol), Quentin desarrolló síntomas característicos de la abstinencia de esa sustancia (véase el cuadro 15-1). Incluían pulso rápido, insomnio, ansiedad y temblor (criterios B1, B3, B7 y B12—no obstante sólo se requieren dos), todos los cuales le hacían sentirse tan incómodo que volvió con prisa a la clínica de salud mental (C). Permanecer un periodo más prolongado sin medicamentos le habría colocado en un riesgo grave de presentar convulsiones por abstinencia o anomalías de la percepción, como alucinaciones auditivas o visuales. En ese caso habría calificado para otros diagnósticos—por ejemplo, **delirium** o **trastorno psicótico con alucinaciones inducidos por alcohol**. Por supuesto, los síntomas de abstinencia de Quentin sustanciaban su diagnóstico primario de trastorno por consumo de alcohol.

¿Pudiera algún otro trastorno físico o mental haber inducido esos síntomas (D)? El diagnóstico diferencial de los síntomas de abstinencia es largo, y específico para cada sustancia. En el caso de la abstinencia de opioides, incluye a los **síndromes similares a la gripe**. Los pacientes con abstinencia de cocaína y anfetaminas de manera característica muestran síntomas de **depresión**. Sin embargo, tanto los antecedentes como los síntomas de Quentin eran tan típicos de la abstinencia de alcohol que otros diagnósticos parecerían muy poco probables.

Sin embargo, antes de codificar el diagnóstico de Quentin debe considerarse la cuestión de los modificadores de evolución para el trastorno por consumo de sustancias.

¿Puede alguien desarrollar abstinencia de sustancias sin cursar con un trastorno de consumo de sustancias? Si se analizan en detalle los criterios y se hacen cuentas, esto es en teoría posible. Los criterios no indican que no podría ocurrir, pero excepto por los pacientes que muestran adicción de tipo médico (no al alcohol, se asume), debe ser un evento raro.

Modificadores de evolución para el trastorno por consumo de sustancia

Después de por lo menos tres meses sin síntomas relacionados con el consumo de una sustancia, excepto por la búsqueda, puede valorarse en el paciente la aplicación de un modificador de evolución de **remisión temprana** o **remisión sostenida**. El estándar para la remisión temprana es de tres meses a un año; para la remisión sostenida, es de un año o más. A cualquiera de estos periodos puede agregarse otro especificador: **en un ambiente controlado**, si el paciente vive en una institución que impide el acceso a la sustancia. Un ambiente de este tipo podría corresponder a las cárceles (bueno, algunas de ellas), servicios hospitalarios cerrados y comunidades terapéuticas.

Características esenciales de los **modificadores de evolución del trastorno por consumo de sustancias**

Estas designaciones son simples y explícitas en sí mismas. A pesar de esto, sugieren un defecto, al que se hace referencia en el texto entre barras que se incluye en seguida.

Remisión

Las remisiones se dividen en temprana y sostenida. Hasta que un paciente se ha mantenido sin consumo (o sobrio) durante 90 días, no es posible utilizar la designación de remisión.

En remisión temprana. La **remisión temprana** inicia después de tres meses de abstinencia de la sustancia o de permanecer en sobriedad (y sin alguno de los síntomas del trastorno por consumo de sustancias—con una excepción aceptada: la búsqueda), y dura hasta que la persona se ha mantenido en la misma condición durante un año (los pacientes se encuentran en particular vulnerables a las recaídas durante el primer año de sobriedad).

En remisión sostenida. Después del primer año comienza la **remisión sostenida**.

En un ambiente controlado

Es posible aplicar este modificador en alguien que se encuentre en remisión temprana o sostenida y viva en un ambiente que restringe el acceso de la sustancia. Un buen control del contrabando caracterizaría a un ambiente de este tipo—una cárcel bien administrada, una comunidad terapéutica o un servicio hospitalario cerrado.

En un ambiente controlado también puede aplicarse al consumo de sustancias de estas clases: alcohol; *Cannabis*; alucinógenos; inhalantes; opioides; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; estimulantes; otras sustancias (o desconocidas); tabaco.

En terapia de mantenimiento

Un paciente que está recibiendo un medicamento diseñado para reducir los efectos de una sustancia puede describirse con el especificador **en terapia de mantenimiento**. Se señala como un especificador ya sea para los opioides o el tabaco, cuando **no** existen en el momento síntomas del trastorno por consumo de sustancia. ¿Por qué no el alcohol, para el cual se utiliza el disulfiram? (Buena pregunta. Véase el texto entre barras que sigue).

Gravedad

Leve. Presencia de dos o tres criterios para el trastorno por consumo de sustancias.

Moderado. Presencia de cuatro o cinco criterios.

Grave. Presencia de seis criterios o más.

Existe una pregunta muy buena implicada en la afirmación relativa al especificador **en terapia de mantenimiento**: ¿por qué **sólo** se utiliza para el tabaco y los opioides? ¿Por qué no para el alcohol (disulfiram)? ¿O para cualquier otra cosa para la que se haya diseñado un tratamiento para mantenimiento efectivo? Por supuesto, esta afirmación sólo la forman palabras, de tal manera que usted puede aplicarla donde quiera. Si su paciente está evolucionando bien con disulfiram, dígalos.

Evaluación de los modificadores de evolución para Quentin McCarthy

Cuando acudió por vez primera la clínica, Quentin sólo se había mantenido sin beber alcohol durante algunas horas; en ese momento, su diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol no habría justificado la aplicación de algún modificador de evolución, excepto por el de gravedad (que correspondía a **grave**—se detectaron cinco o seis criterios). A su regreso a la clínica tres días después, por otra parte, también habría calificado para el diagnóstico de abstinencia de alcohol. Pero en el momento de ser revalorado, con un proceso de recuperación de tres meses, no presentaba síntomas de trastorno por consumo de alcohol (excepto, quizá, por la búsqueda). Sus síntomas de abstinencia se habían abatido y seguía tomando el disulfiram (los episodios ocasionales de ira, cuando un paciente desea beber, son típicos en la recuperación del alcoholismo; los pacientes mismos en algunas ocasiones los denominan experiencias de “sequía”).

De acuerdo con el cuadro 15-2 (que acompaña al tema de la codificación casi al final de este capítulo), el diagnóstico de Quentin (¡por fin!) a los tres meses sería el que se muestra bajo este párrafo. Su calificación EEAG en el momento del ingreso habría sido de 40; su calificación EEAG a los tres meses sería de 70. Yo agregué la frase “con disulfiram”, no obstante el manual oficial no indica que yo pueda hacerlo. Hasta el momento, nadie se ha quejado.

F10.20 [303.90] Trastorno por consumo de alcohol grave, en remisión temprana, con disulfiram

Intoxicación por sustancia

Cualquier persona puede emborracharse. Cualquier persona puede inhalar humos tóxicos. Si bien casi todos los individuos que se intoxican lo hacen de manera voluntaria, las personas también pueden ser afectadas por accidente (por ejemplo, por la exposición a químicos industriales o al beber un ponche alterado). De manera independiente a la intención, con el objetivo de que resulte apropiado el diagnóstico de intoxicación por sustancia, los efectos que tiene esta última sobre el sistema nervioso central deben inducir cambios psicológicos o comportamientos que no sean convenientes para el individuo. Obsérvese que la intoxicación por sustancia casi siempre es reversible. Cuando existen efectos permanentes por el consumo de una sustancia, debe buscarse otro diagnóstico (por ejemplo, trastorno cognitivo inducido por sustancia).

El comportamiento de una persona intoxicada cambia por vías que implican una desventaja; esto quiere decir que los cambios son problemáticos (el DSM-IV los denominaba **maladaptativos**, que se considera aquí un término útil). Incluyen problemas laborales, educativos o sociales, estado de ánimo lábil o anómalo (inestable), compromiso del pensamiento, juicio deficiente y beligerancia. Este criterio es importante debido a que ayuda a identificar a los pacientes que sólo se encuentran intoxicados desde la perspectiva fisiológica (exceso de digital, por ejemplo) de aquéllos cuya conducta afecta su desempeño. Una persona que bebe seis latas de cerveza y luego se va a dormir en silencio sin molestar a nadie bien puede estar intoxicada desde la perspectiva fisiológica, pero no merece el diagnóstico de salud mental de intoxicación por alcohol (irse a la cama es un cambio conductual, pero no suele ser maladaptativo. Es casi lo contrario). Para establecer en alguna persona el diagnóstico de intoxicación por sustancia se requieren tanto cambios conductuales negativos como síntomas y signos fisiológicos.

En cuanto a los signos de compromiso fisiológico que se identifican, tienden a ser específicos para la sustancia, pero existen algunos elementos en común:

- Pérdida de la coordinación motora o agitación
- Pérdida de la capacidad para mantener la atención
- Compromiso de la memoria
- Disminución del estado de alerta (somnolencia, estupor)
- Efectos sobre el sistema nervioso autónomo (boca seca, palpitaciones, síntomas gastrointestinales, cambios de la presión arterial)
- Cambios del estado de ánimo (depresión, euforia, ansiedad y otros)

En el cuadro 15-1 se incluye más información.

Resta entonces el requisito general de descartar todas las enfermedades físicas y otros trastornos mentales. Como regla general, los síntomas de la intoxicación (o la abstinencia) que persisten durante un periodo cercano a cuatro semanas pudieran corresponder a otro trastorno mental o físico. Por ejemplo, un bebedor que sigue presentando síntomas depresivos un mes después de dejar de tomar debe ser valorado para descartar un episodio depresivo mayor.

Características esenciales de la intoxicación por sustancia

Poco después de consumir una sustancia capaz de afectar el sistema nervioso central, el paciente desarrolla síntomas físicos característicos y cambios clínicos relevantes de la conducta o de tipo psicológico, que son maladaptativos.

La letra pequeña

Las D: • Periodo hasta el inicio de los síntomas (breve) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, intoxicación por otras sustancias, otros trastornos mentales).

En el cuadro 15-1 pueden encontrarse datos específicos del síndrome de intoxicación por cada sustancia.

Intoxicación por alcohol

El cuadro de una intoxicación aguda por alcohol es tan familiar que parece casi necesario describirlo de nuevo. Sin embargo, es necesario hacer varias observaciones.

Existe gran variabilidad en las concentraciones de alcohol en sangre, que distintas personas toleran en grado diverso sin parecer estar intoxicadas. La variación puede ser incluso de cinco veces la concentración (de 0.3 a 1.5 mg/mL), no obstante el hecho de que muchas jurisdicciones ahora establecen el nivel de sobriedad para conducir en 0.8 mg/mL y lo reducirán incluso más en el futuro. Por otra parte, los síntomas de intoxicación por alcohol suelen ser más prominentes cuando el nivel en sangre se encuentra en elevación (durante la fase temprana del periodo de consumo) que cuando va en disminución y la persona está recuperando la sobriedad. Los niveles de alcohol en el organismo pueden cuantificarse en la orina, la sangre, el aire espirado e incluso en la saliva.

La intoxicación alcohólica sólo debe diagnosticarse cuando existe evidencia (por lo general, a partir de los antecedentes) de que el paciente bebió con rapidez suficiente una cantidad que basta para intoxicar a la mayor parte de las personas. En los casos limítrofes esto puede hacer necesaria la consideración factores tales como el peso, la edad y la condición general de salud del bebedor. Alguien que desarrolle intoxicación intensa tras beber una cantidad escasa de alcohol recibirá el código de trastorno relacionado con el alcohol no especificado (véase la p. 415).

Es necesario analizar en breve una cuestión semántica. Se trata del hecho de que la palabra **intoxicación** no siempre hace referencia la intoxicación por sustancia, de la forma en que el término se utiliza aquí. En el sentido amplio, **intoxicación** sólo implica que existe un cambio psicológico o fisiológico que pudiera o no haber generado problemas. Por ejemplo, una persona cuyo consumo de café induce insomnio desde la perspectiva técnica está intoxicada, pero si eso es lo único que ocurre se trata de una situación problemática en el sentido clínico.

(Por cierto, este detalle relativo a la definición es propio de los clínicos y farmacólogos—no se menciona en el diccionario. Por lo menos, no en el mío.)

Características esenciales de la intoxicación por alcohol

Poco después de beber alcohol, el paciente desarrolla desinhibición (discute; es agresivo; tiene cambios del estado de ánimo rápidos o compromiso de la atención, el juicio o el desempeño personal). También existe evidencia de compromiso neurológico (desequilibrio o marcha inestable, lenguaje confuso, coordinación deficiente, movimientos oculares súbitos denominados nistagmo, disminución del nivel de conciencia).

La letra pequeña

Las D: • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, intoxicación por sedantes u otras sustancias, otros trastornos mentales).

En el cuadro 15-1 pueden encontrarse datos específicos sobre la intoxicación por alcohol.

Notas para codificación

Consúltense los códigos en los cuadros 15-2 y 15-3, hacia el final de este capítulo.

Dolores McCarthy

En una de las primeras memorias de Dolores McCarthy, tenía 4 años y estaba sentada en el regazo de su abuelo. Descansaba su cabeza sobre su viejo y suave suéter de algodón. Él colocaba sus brazos alrededor de ella dándole seguridad, y ella se sostenía de su cuello. También tenía un olor particular que ella siempre asociaba a su abuelo. No fue sino hasta la adolescencia que se dio cuenta de lo que era: cerveza.

Para la época en que Dolores tenía 10 años, había observado horrorizada que el anciano moría por cirrosis. Luego, en su adolescencia fue testigo de cómo el consumo de alcohol de su padre acababa con el matrimonio de él y su madre. En la Universidad, cuando descubrió que dos vasos de vino aliviaban su sensación crónica de tensión, se prometió que consumiría alcohol y que nunca permitiría que el alcohol la consumiera.

En consecuencia, había desarrollado una serie de reglas para limitar su consumo. Sólo se permitía una bebida antes de la comida, y nunca más de tres un mismo día (excepto los fines de semana y las vacaciones, época en que podía beber cuatro). A partir del ejemplo desafortunado de su padre había aprendido lo siguiente: de manera independiente a la ocasión, nunca beber al trabajar y nunca permitir los “extras”. Incluso en su cumpleaños 22—que también fue el día en que se casó con Quentin, el vendedor joven de la oficina de su padre—sólo había bebido cuatro copas de champaña (justo lo suficiente para mantener su brillo agradable de siempre).

A pesar de su control, Dolores había tenido dos caídas. La primera había ocurrido 12 meses antes, cuando se embarazó por primera y única vez. Aunque deseaba un hijo, tomó la precaución de someterse a una amniocentesis. Cuando reveló que su bebé padecía síndrome de Down, se bebió varias copas adicionales y condujo dando vueltas hasta decidir qué hacer. Un nivel en sangre de 1.2 calculado con un alcoholímetro llegó a la corte de tránsito justo una semana después del aborto.

Su segundo arresto por conducir mientras estaba intoxicada había sido seis meses antes, cuando había perdido el control de nuevo después de que su madre muriera por enfermedad de Alzheimer. El día que Quentin ingresó al tratamiento correspondió así a la tercera vez que él se enteraba de que su esposa estaba borracha.

Dolores acompañó su esposo a su segunda cita. Había estado preocupada por Quentin durante varios meses, y cuando su agitación los mantuvo despiertos casi toda la noche, había bajado a la cocina y servido una bebida para cada uno de ellos. Cuando él rechazó la suya, ella la bebió por él. Luego, perdió la cuenta y tomó otras dos.

“Cualquier cosa era meshor—mejor que aquello por lo que estaba pasando”, le dijo Dolores al clínico esa mañana. Después de corregirse habló con lentitud y de manera controlada.

Al calor del momento, Dolores decidió que iría con Quentin a su cita, para asegurarse que no tuviera problemas. Habían llevado el auto de ella, y ella insistió en conducir. Quentin no se había atrevido recordarle lo que había ocurrido en las ocasiones anteriores en que había conducido después de beber. Por fortuna, había poco tráfico y su única dificultad fue que necesitó dos intentos adicionales para estacionarse en un espacio inusualmente grande junto a la banqueta.

Sin embargo, mientras Dolores entraba a la clínica, se tropezó y hubiera caído de no ser porque alguien la sostuvo por el codo y la estabilizó mientras se bamboleaba hacia la sala de espera. Se peleó con los grandes botones de su abrigo hasta que su esposo los desabrochó por ella. Luego se arrojó a una silla, en la que dormitó con su abrigo encima hasta que los llamaron para pasar al consultorio.

Evaluación de Dolores McCarthy

En primer lugar se atenderá la cuestión del trastorno por consumo de alcohol. Si bien Dolores bebía más que un estadounidense promedio, tenía pocos problemas por su consumo de alcohol, por efecto de su cautela y los ejemplos desafortunados de los varones de su familia. Nunca había bebido lo suficiente para desarrollar tolerancia o síntomas de abstinencia, y había mantenido el control casi con puño de acero. Sin embargo, cuando lo perdía tenía problemas legales: dos arrestos por conducir bajo la influencia del alcohol en un periodo de 12 meses. Conducir bajo el efecto del alcohol coincide con la afirmación de consumir alcohol cuando resulta peligroso hacerlo (criterio A8 del trastorno por consumo de alcohol. En otros pacientes una evidencia de este tipo podría incluir peleas o discusiones con la familia o los amigos, defectos de juicio empresarial o comportamiento embarazoso (como hacer observaciones inapropiadas de tipo sexual).

Eso implica que se cubre un criterio para el trastorno por consumo de alcohol, pero un paciente necesita dos para justificarlo, incluso en su expresión mínima. Al revisar el listado, es posible observar que los antecedentes de Dolores no eran impresionantes. Sin duda nunca había cursado con tolerancia o abstinencia, y no existía evidencia de que su consumo interfiriera con su trabajo y vida personal. Podría pensarse que todos sus esfuerzos para tener control justificarían el diagnóstico, pero casi eran completamente **exitosos**. Pero bien, se acepta que ella tenía un deseo intenso persistente de consumir alcohol (A4), que apenas le permitiría obtener una entrada a la cancha del trastorno por consumo de alcohol. Aún así, sólo contaría con una calificación de gravedad **leve**.

A pesar de esto, Dolores mostraba varios síntomas del criterio C para la intoxicación por alcohol, cualesquiera de los cuales permiten que se le asigne ese diagnóstico. Poco después de

beber (A), su juicio se comprometió (condujo—B). Arrastraba las palabras, caminaba con inestabilidad e incluso tenía dificultad para **desabrocharse** el abrigo (C1, C3, C2). Cuando por fin entró al consultorio, se quedó dormida, pero sería difícil que eso fuera un coma (C6), ¿cierto?

El clínico que atendiera a Dolores tendría que considerar si se requerirían un interrogatorio, una exploración física o datos de laboratorio para asegurar que sus síntomas no se debían a alguna otra afección médica (D). Sin embargo, sus síntomas característicos y el antecedente de consumo reciente de alcohol parecen hacerlos innecesarios. En el caso de Dolores no se justificaría un diagnóstico de delirium inducido por alcohol: si bien la disminución de su capacidad para mantener la atención y su menor estado de conciencia se habían desarrollado con rapidez, el caso clínico carece de evidencia de cambios cognitivos, como desorientación, pérdida de la memoria, trastorno de la percepción o problemas del lenguaje (si bien su habla era farrullante, sus procesos de pensamiento parecían conservados).

Los criterios genéricos para intoxicación por sustancia especifican, como se señala antes, que el síndrome debe ser reversible. Por supuesto, la cuestión sobre la reversibilidad no podría resolverse durante varias horas, hasta que hubiera oportunidad para que los síntomas cedieran. Hasta entonces, sólo se establecería un diagnóstico de presunción. Si bien Dolores había tenido un aborto y experimentado la muerte de su madre, ninguno de estos eventos había ocurrido en fecha reciente, de manera que parecía poco probable que afectaran el curso de su tratamiento; no es necesario asignarles un código Z/código V. Con una calificación EEAG de 75, el diagnóstico de Dolores quedaría como se indica a abajo. Pero para identificar el código es necesario utilizar el cuadro 15-2 e identificarlo en la intoxicación con trastorno por consumo leve.

F10.129 [305.00, 303.00] Trastorno por consumo de alcohol leve, con intoxicación alcohólica

Otros trastornos inducidos por el alcohol

Hacia el final del capítulo, el cuadro 15-2 presenta los códigos para otros trastornos inducidos por alcohol. En otras secciones se incluyen casos clínicos adicionales relacionados con el alcohol: Danny Finch (p. 95), Barney Gorse (p. 221), Rodney Partridge (p. 483), Mark Culpepper (p. 522), Charles Jackson (p. 524), Jack Weiblich (p. 554), y por lo menos un paciente en el capítulo 20.

F10.99 [291.9] Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

Este diagnóstico se utiliza para describir los síntomas relacionados con el consumo de alcohol que inducen disfunción o tensión con relevancia clínica pero que no cubren los criterios completos para alguno de los trastornos descritos antes. Un ejemplo sería la **intoxicación por alcohol idiosincrática**. Algunas personas reaccionan con intensidad a un volumen muy escaso de alcohol (muy poco para que la mayor parte de la gente parezca intoxicada). Por ejemplo una persona que suele ser retraída y modesta pudiera volverse hostil y beligerante después de consumir una sola copa de vino. Esta condición se desarrolla pocos minutos después del consumo y dura algunas horas como máximo. Algunos factores predisponentes pueden ser una mayor edad, la fatiga y

la lesión cerebral, como la que pudiera derivar de un traumatismo o infección. Este fenómeno también se ha denominado **intoxicación patológica**; en el DSM-III-R contaba con un número de código propio. Según el DSM-5 se codifica en este sitio, lo que asume que tiene gravedad suficiente para causar problemas.

Trastornos relacionados con la cafeína

La cafeína, la sustancia psicoactiva de uso más amplio en el mundo, se encuentra en el café, las bebidas de cola, el té, el chocolate y distintos fármacos de venta con o sin receta. Quizá entre dos terceras y tres cuartas partes de los adultos consumen con frecuencia por lo menos una de estas preparaciones. Si bien la tolerancia y cierto grado de abstinencia se relacionan de manera innegable con la cafeína, pocas personas experimentarían problemas sociales suficientes para justificar el diagnóstico de trastorno por consumo de cafeína; en cualquier caso, el DSM-5 no presenta una serie de criterios de este tipo. La cafeína es la única droga psicoactiva incluida en el manual para la cual no existen restricciones legales de su uso.

El café negro se ha utilizado como remedio popular para inducir la sobriedad en personas que han bebido demasiado alcohol. Sin embargo, la cafeína no hace nada para aliviar dichos síntomas. En realidad, solo agrega agitación a los síntomas de alguien que antes solo estaba ebrio.

F15.929 [305.90] Intoxicación por cafeína

Los síntomas que acusaba el “Sr. Nervios de Café” (la ahora retirada estrella de los anuncios de una bebida caliente alternativa al café) pudieran parecer demasiado familiares para justificar invertir en ellos demasiado espacio. Sin embargo, se calcula que hasta 10% de los adultos en algún momento desarrolla síntomas de intoxicación por cafeína, que también se conoce como **cafeinismo**. Las manifestaciones son muy similares a las del trastorno de ansiedad generalizado (p. 191). El paciente se siente “cargado”, con gran energía, excitable y propulsado. Hablar en voz alta y mostrar irritabilidad e inquietud también se relacionan con frecuencia con la intoxicación por cafeína.

Los efectos quedan determinados por varios factores. Por supuesto, el grado de tolerancia individual es importante, pero de igual manera lo es la dosis ingerida. Un usuario nuevo pudiera experimentar síntomas con incluso 250 mg de cafeína—tan sólo un par de tazas de café concentrado. Sin embargo, incluso un bebedor de café experimentado que consume más de 500 mg/día enfrenta el riesgo de la intoxicación. Otras características personales, como la edad, la fatiga, la condición física y las expectativas, también pueden desempeñar algún papel. El diagnóstico de intoxicación por cafeína no suele establecerse en personas menores de 35 años; quizá se requieran varios años para desarrollar conciencia de que existe algún problema.

Si bien no se incluye un caso clínico independiente en esta sección, el caso de Dave Kincaid, que se describe en el capítulo 11 en relación con el trastorno del sueño inducido por sustancia, ilustra también la intoxicación por cafeína (para consultar el caso clínico completo de Dave, véase la p. 347). El cafeinismo de Dave se evalúa más adelante.

Los lectores que están bien despiertos (mi diagnóstico: demasiado café) pudieran haber observado algo chistoso en relación con el código CIE-9 para la intoxicación por cafeína. Lo gracioso es lo siguiente: 305.90 ya estaba asignado—a tres **trastornos por consumo leve**: inhalantes, PCP y otra sustancia (o desconocida). ¿Qué es lo que sucede?

Al tiempo que este libro se va a la imprenta, esa excelente pregunta sigue sin una buena respuesta. Para guardar congruencia, el número que se asigna a cualquier intoxicación distinta al alcohol tendría que ser 292.89, pero la congruencia no ganó aquí la batalla. Los números de código de la CIE-9 parecen haber sido asignados casi por medio del mismo proceso implicado en la producción de las salchichas y las leyes, y sospecho que en realidad no queremos conocer los detalles.

He aquí el remate: a partir del 1 de octubre de 2014, la CIE será historia y a nadie le importará.

Características esenciales de la intoxicación por cafeína

Poco después de consumir cafeína, el paciente desarrolla síntomas de incremento de la actividad nerviosa y motora, como inquietud, incremento de la energía, insomnio, taquicardia, fasciculaciones musculares, cambios intestinales, micción excesiva, rubicundez facial, lenguaje acelerado.

La letra pequeña

Las D: • Periodo hasta el inicio de los síntomas (breve) • Malestar o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, intoxicación por otras sustancias, otros trastornos mentales).

En el cuadro 15-1 pueden encontrarse datos específicos sobre la intoxicación de cafeína.

Evaluación del cafeinismo de Dave Kincaid

Dave Kincaid trabajaba en una tienda tostadora de café mientras escribía su novela. Tenía libre acceso al rico y concentrado café que servían ahí. También consumía semillas de café cubiertas con chocolate. En total, quizá consumía más de 1 000 mg de cafeína por día (criterio A para la intoxicación por cafeína), de manera que tenía razones para sentirse “acelerado” (B3). No podía sentarse y quedarse quieto mientras trataba de escribir (B1) y por la noche permanecía despierto por insomnio (B4). Taquicardia, alteraciones gastrointestinales y nerviosismo (B10, B7 y B2) también son síntomas característicos que pueden identificarse incluso en el cafeinismo leve (que no era el caso de Dave).

La mayor parte de los síntomas del DSM-5 puede identificarse después de tomar incluso dos tazas de café, no obstante no en toda su expresión, como ocurría con Dave. Las fasciculaciones musculares (“sensación de carne viva”, como la llamó Dave—B8), la agitación y los periodos de actividad constante derivan de un consumo sustancialmente mayor (1 g de cafeína o más por

día). Contaba con por lo menos seis síntomas; sólo se requieren cinco de acuerdo con los criterios del DSM-5. No resulta extraño que se sintiera tenso (C).

Puesto que sus síntomas en ocasiones se confunden con otros trastornos mentales, es importante tener en mente a la intoxicación por cafeína. Si se asume que Dave incluía su salud mental cuando indicaba que había estado bien, quizá no habría tenido el antecedente de trastornos como los de ansiedad (en particular **trastorno de ansiedad generalizado** y **trastorno de pánico**), trastornos del estado de ánimo (en particular con **episodios maníacos** o **hipomaníacos**) y diversos **trastornos del sueño**. En alguna ocasión había fumado un poco de **marihuana**, pero nunca había consumido otras sustancias cuyos efectos pudieran confundirse con el cafeinismo. Esto en particular incluiría a los estimulantes del sistema nervioso central: **cocaína**, **anfetaminas** y **sustancias relacionadas**.

Para descartar o confirmar un trastorno de ansiedad inducido por cafeína y un trastorno del sueño inducido por cafeína se necesita cierto grado de juicio clínico. Para estos trastornos los síntomas deben ser más graves que los que de ordinario se identifican en la intoxicación simple por cafeína, y deben tener gravedad suficiente para requerir atención clínica independiente.

El resto de la historia de Dave (y su diagnóstico) puede consultarse en la página 347.

F15.93 [292.0] Abstinencia de cafeína

En el *DSM-IV Made Easy*, se señalaba que la abstinencia de cafeína no era un diagnóstico oficial del DSM, pero que debiera serlo. Muchos clínicos al parecer tenían la misma idea, puesto que el clamor para incluirlo en la Biblia inició desde hace años.

La abstinencia de cafeína puede desarrollarse en particular cuando el horario social de la persona sufre cambios, como durante las vacaciones, los fines de semana y otros periodos similares. En esos casos, el individuo tiene probabilidad de desarrollar fatiga, cefalea y somnolencia. Con una frecuencia un poco menor entre los síntomas se cuentan la dificultad para la concentración y el desempeño motor deficiente. El DSM-5 señala que la migraña y las enfermedades virales son ejemplos de trastornos físicos potenciales que deben descartarse.

Características esenciales de la abstinencia de cafeína

El paciente de pronto suspende o reduce en grado marcado el consumo prolongado e intenso de cafeína, lo que determina síntomas similares a la influenza (cefalea, náusea, dolor muscular) y depresión del sistema nervioso central (fatiga, disforia, concentración deficiente).

La letra pequeña

Las D: • Periodo hasta el inicio de los síntomas (tres síntomas o más en el transcurso de un día) • Ansiedad o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, otras sustancias, otros trastornos mentales).

En el cuadro 15-1 se pueden encontrar datos específicos sobre la abstinencia de cafeína.

Usted

¿Cuántos bebedores de café han tenido alguna experiencia como ésta? Usted va a quedarse con un amigo quien, se percata usted al despertar a la mañana siguiente, le rehuye al café y no tiene siquiera un grano en la casa. Después de una búsqueda frenética e inútil de incluso un bote de café instantáneo, usted decide: “No vale la pena. Me quedaré así sólo para cambiar”.

Y durante las primeras horas usted se siente muy bien. Pero al acercarse mucho la hora del almuerzo, descubre que no se está sintiendo tan bien. La noche anterior estaba usted dispuesto a ver a los viejos amigos y conocer nuevos lugares; hoy sólo tiene fuerza para arrastrarse de nuevo hasta su viejo zurrón. Puesto que su estómago está fomentando la revolución, usted se pregunta, “¿Que cosa podría yo haber comido en el avión?”. En cuanto a su cefalea, que se mantenido en silencio durante un par de horas en un rincón de su cráneo, ahora se pone de manifiesto, y usted sólo puede gruñir cuando sus anfitriones le dicen que es un día adorable.

Por último, desesperado, recorre usted el difícil camino hasta la tienda de café más cercana. Un expreso y un café con leche doble después, su cefalea empieza a dejarlo, el día se vuelve brillante y usted sale renovado, dejándole una propina generosa al mesero.

Evaluación de Usted

Esta no es astrofísica. De manera súbita la provisión cotidiana de café de Usted le fue negada (criterio A), por lo que se desarrollan los síntomas clásicos de abstinencia de cafeína: cefalea, fatiga, irritabilidad y malestares físicos que se asemejan a la influenza (B1, B2, B3 y B5; sólo se requieren tres síntomas para cumplir el criterio B). Usted se siente tan terrible que se arriesgaría a enfrentar la tensión y la vergüenza social que le generaría distanciarse de algunos buenos amigos a los que rara vez ve (sin duda no con frecuencia suficiente para recordar que no cuentan con su bebida preferida—C).

Por supuesto, Usted pudiera padecer gripe o alguna **otra afección médica**, o quizá pudiera tratarse sólo del cambio de husos horarios. Sí, sería necesario descartar otras causas válidas para esos síntomas (D), pero esto no debería ser demasiado problemático: con una calificación EEAG de 85, difícilmente necesita Usted una exploración física; una mejoría rápida tras un trago del Elíxir de la Vida confirma que el diagnóstico de Usted es:

F15.93 [292.0] Abstinencia de cafeína

Tengo un motivo oculto para elegirlo a **Usted** como ejemplo de la abstinencia de cafeína: demuestra la facilidad con la que casi cualquiera puede colarse en el DSM.

Muchos libros y artículos hacen comentarios sobre los innumerables estadounidenses (y por extensión, quizá millones de personas ordinarias de todo el mundo) que de manera eventual recibirían un diagnóstico de trastorno mental o conductual. Incluso hace una década era posible integrar algún diagnóstico en 46% los estadounidenses con base en los criterios del DSM-IV.

Si sueño moralino, pido una disculpa—sin en realidad lamentarlo en particular—pero deseo resaltar el grado al cual hemos transformado en patologías algunos de los comportamientos que más adoramos. Porque, si incluso Usted puede habitar en las páginas del DSM-5, ¿quien no puede?

Otros trastornos inducidos por cafeína

El trastorno por consumo de cafeína se incluyó en la Sección III del DSM-5 como un tema para estudio adicional. Eso en parte se debe a que algunos consumidores crónicos de cafeína desarrollan síntomas de un trastorno por consumo de sustancias. En particular incluyen los intentos numerosos de suspender su consumo y continuarlo no obstante saber que les está generando problemas médicos—y síntomas de abstinencia. En el cuadro 15-2 se incluye un listado completo de los trastornos inducidos por la cafeína.

F15.99 [292.9] Trastorno relacionado con cafeína no especificado

Trastornos relacionados con *Cannabis*

Cannabis es el nombre genérico de la planta de la marihuana, *Cannabis sativa*, cuyo ingrediente activo es el tetrahidrocanabinol (THC). Dependiendo de la variedad de marihuana y el sitio en que se cultiva, las hojas y los brotes pueden contener cualquier cifra entre 1 y 10% de THC, misma que se ha incrementado durante varias décadas (en algunos sitios de California, la selección cuidadosa de plantas específicas ha permitido alcanzar la última cifra y más—un dudoso triunfo de la agricultura estadounidense). El hashish, una resina que se produce a partir de las hojas de la planta de marihuana, contiene alrededor de 10% de THC.

La *Cannabis* es la sustancia ilícita de uso más amplio en EUA, y en todo el mundo. Hasta 4% de todos los adultos estadounidenses pueden en alguna ocasión calificar para un trastorno relacionado con *Cannabis*. Desde 2007 su popularidad parece haber comenzado de nuevo a incrementarse. No resulta sorprendente que sea más frecuente entre personas de menor edad, en particular varones. El alcance del efecto que pudiera tener la legalización del uso de marihuana en ciertas jurisdicciones de EUA sigue siendo desconocido en este momento.

El uso de *Cannabis* con una frecuencia superior a la semanal incrementa la probabilidad de que se desarrolle una adicción. Las personas que en forma súbita dejan de tener un consumo intenso pueden experimentar síntomas fisiológicos leves que pueden durar varias semanas; incluyen ansiedad, falta de sueño y otros síntomas similares a la abstinencia de sedantes. Las complicaciones conductuales y psicológicas graves que se identifican por la abstinencia de otras sustancias (cocaína, opioides, alcohol y otros) son menos problemáticas en el caso de la *Cannabis*. Por ende, no fue sino hasta el DSM-5 que se incluyeron criterios para abstinencia de *Cannabis* en un DSM. Quienes la consumen en abundancia pudieran descubrir con sorpresa que han desarrollado tolerancia. En comparación con otros trastornos por consumo de sustancias, el desarrollo del trastorno por consumo de *Cannabis* puede tomar mucho tiempo. Tiende a ocurrir en el contexto del consumo social, que pudiera ser más frecuente que el de otro tipo de drogas ilícitas. De manera eventual, surgen los síntomas familiares del trastorno por consumo de sustancia.

Las evocaciones (*flashbacks*) son infrecuentes. De la misma manera lo es la depresión que, al presentarse, suele ser temporal y leve. Algunos pacientes experimentan paranoia, que puede

durar incluso varios días. El consumo de *Cannabis* puede intensificar la psicosis en una persona que ya padece esquizofrenia.

La *Cannabis* puede ser una de las sustancias para las que en algunos individuos resulta más difícil suspender el uso, tan sólo porque genera pocas de las complicaciones médicas que pueden motivar a la suspensión de otras sustancias más peligrosas. Si bien la *Cannabis* por lo general se fuma, el THC puede absorberse partir del tubo digestivo—de ahí las historias que se escuchan acerca de los pasteles de marihuana. Debido a que la absorción puede ser errática, el THC que se deglute es en particular peligroso.

Algunos clínicos piensan que también existe un síndrome de consumo crónico por *Cannabis*. Si bien son variables, se dice que los síntomas incluyen depresión leve, disminución de la iniciativa y disminución del interés en las actividades ordinarias. Los adolescentes en particular tienen probabilidad de experimentar efectos cognitivos con el consumo intenso. Incluyen disminución de la memoria, la atención y el pensamiento, que pueden persistir más allá del periodo de intoxicación aguda e intensificarse después de muchos años de consumo habitual.

Trastorno por consumo de *Cannabis*

Las características del trastorno por consumo de *Cannabis* son similares a los de casi cualquier trastorno por consumo de sustancia. Los criterios son idénticos a los del trastorno por consumo de sustancia genérica (p. 396). La codificación puede consultarse en los cuadros 15-2 y 15-3.

Intoxicación por *Cannabis*

Los devotos a la *Cannabis* la valoran por la relajación y el mejoramiento del estado de ánimo que induce. Hace que sus percepciones parezcan más agudas; los colores pueden parecer más brillantes. Los adultos parecen ver el mundo más fresco, de la manera en que lo ve un niño. Su aprecio por la música y el arte se incrementa. Sus ideas fluyen con rapidez; pueden descubrir que su propia conversación es en particular brillante.

Los efectos de la *Cannabis* son muchos y variados, con reacciones tanto negativas como positivas que reciben gran influencia de la situación y del estado mental. Es frecuente que cambie el sentido del tiempo—unos cuantos minutos pudieran parecer 1 h. Los usuarios pueden desarrollar pasividad y somnolencia; el estado de ánimo se convierte en apatía. El desempeño motor sufre (la *Cannabis* compromete en grado intenso la capacidad para conducir). Por lo general, la *Cannabis* también induce enrojecimiento de los ojos y taquicardia.

Con frecuencia un consumidor puede tener un aspecto más o menos normal, incluso cuando se encuentra muy intoxicado. Pueden presentarse ilusiones, pero las alucinaciones son infrecuentes. Los usuarios por lo general conservan la introspección; no se convencen por sus percepciones alteradas, e incluso pueden reírse de ellas.

En particular en quienes la consumen por vez primera, la intoxicación inicia con frecuencia con ansiedad, que puede evolucionar al pánico. La reacción más indeseable a la *Cannabis* es el trastorno de ansiedad. Algunos pacientes temen que las distorsiones corporales impliquen una muerte inminente.

Características esenciales de la intoxicación por *Cannabis*

Poco después de consumir *Cannabis*, el paciente desarrolla síntomas de falta de coordinación motora o alteración de la cognición (ansiedad o euforia, juicio deficiente, aislamiento de amigos, sensación de enlentecimiento del tiempo), además de los síntomas delatores de enrojecimiento oftálmico, sequedad bucal, taquicardia y hambre.

La letra pequeña

Las D: • Periodo hasta el inicio de los síntomas (minutos u horas, lo que depende de la vía de administración) • Diagnóstico diferencial (intoxicación por alucinógenos y otras sustancias).

En el cuadro 15-1 pueden encontrarse datos específicos sobre la intoxicación por *Cannabis*.

Notas para codificación

Especificar si: **Con alteraciones de la percepción.** El paciente tiene anomalías de la percepción: ilusiones visuales, auditivas o táctiles, o alucinaciones con conservación de la introspección (el paciente reconoce que los síntomas son irreales y provocados por el consumo de la sustancia). Las alucinaciones sin esta capacidad de introspección sugieren un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por *Cannabis*.

La codificación de acuerdo con la CIE-10 depende de la presencia de alteraciones de la percepción; véase el cuadro 15-2.

Al igual que en el caso de la intoxicación por cualquier sustancia, los criterios para la intoxicación por *Cannabis* ponen como requisito que su consumo reciente genere cambios psicológicos o conductuales con relevancia clínica y que sean problemáticos. Sería difícil argumentar que el retraimiento social y el juicio deficiente carecen de relevancia clínica, pero ¿y la euforia? Supóngase que una persona refiere sentirse muy, muy feliz, y nada más? ¿Acaso esa persona no se encuentra intoxicada? Algunos de los criterios diagnósticos funcionan mejor que otros. Algunos todavía dejan mucho a la interpretación de cada clínico.

Russell Zahn

“¿Tiene algún caramelo? Russell Zahn entró de manera desordenada al consultorio del entrevistador y se tiró en el sofá. Lanzó hacia atrás un mechón de cabello por encima de la hombrera de su chaqueta de mezclilla rota. “Ya sé que sólo ha pasado una hora desde el desayuno, pero estoy muy hambriento”.

A los 27 años, Russell vivía de la asistencia pública y con frecuencia se quedaba sin hogar. En las colinas del norte de California donde había crecido, el cultivo más comercial era la marihuana. Durante los primeros siete años desde su salida de la preparatoria, había trabajado en su cultivo y venta; en fecha más reciente había sido más o menos de manera exclusiva un consumidor. Ahora

había sido referido a la clínica de salud mental por un juez que se había cansado de sus apariciones repetidas en la corte por posesión de dosis bajas de marihuana. Russell agregó de manera espontánea que se había fumado un toque en el callejón vecino, justo antes de entrar a su cita.

Russell no se sentía en particular molesto por la valoración; simplemente no consideraba que eso fuera demasiado necesario. Necesitaba muy poco para vivir. Lo que fuera que su cheque de asistencia no cubriera, lo conseguía mendigando. Tenía su propia esquina en la zona comercial del pueblo, donde se acomodaba detrás de un anuncio 6 h al día para pedir limosna. Cada 2 h caminaba hacia el callejón que estaba atrás y se daba un toque. “No fumo cuando estoy trabajando”, dijo. “Es malo para el negocio”.

En concreto, la vida parecía mejor ahora que cuando era un niño. Los dos padres de Russell habían muerto en un accidente automovilístico cuando tenía 6 años. Durante los dos años que siguieron al accidente había pasado por las casas de sus abuelos, sus tías y sus tíos, y un primo. En realidad nadie lo quería, y a los 14 años había completado un tour de seis años por varios hogares sustitutos, de los que había escapado.

El estilo de vida alternativo de la industria de la marihuana en el norte de California le había funcionado bien a Russell, hasta que descubrió que no había alguna industria que le fuera mejor. Desde hacía años no había tenido algún empleo, y suponía que no lo haría de nuevo. Su estado de ánimo siempre era muy bueno. Nunca había tenido que consultar a un médico. Había probado todas las otras drogas (“excepto la heroína”), pero en realidad no le agradaban.

Russell se levantó y se estiró. Se frotó los ojos ya enrojecidos. “Bueno, gracias por escuchar”.

El entrevistador le preguntó a dónde iba y les señaló que su cita no había terminado. “Sólo ha estado aquí 20 min”.

“¿De verdad?” Russell volvió a arrojarle a su silla. “Me pareció más como 1 h. Siempre he tenido un mal sentido del tiempo”.

Evaluación de Russell Zahn

De acuerdo con el DSM-5, la distorsión del tiempo que presentaba Russell (de manera característica el tiempo parece transcurrir con lentitud) cubriría el requisito de comportamiento maladaptativo (criterio B para la intoxicación por *Cannabis*), consecuencia del consumo reciente de la droga (A). No queda clara la relevancia clínica que esto revestía para Russell, pero el entrevistador se percató. El enrojecimiento de los ojos (C1) y el incremento del apetito (que sugiere su deseo de comer un caramelo a la mitad de la mañana—C2) constituían los dos indicadores físicos necesarios para establecer el diagnóstico. Con fines de codificación debe observarse que no había evidencia de anomalías de la percepción (como ilusiones o alucinaciones).

Por supuesto, debe considerarse el consumo potencial de otras sustancias (de manera primordial **alcohol** y **alucinógenos**, en caso de identificar problemas de percepción) en el diagnóstico diferencial de la intoxicación por *Cannabis*. Los antecedentes y el olor a alcohol pueden ser importantes para diferenciar el cuadro y descartar otros padecimientos mentales, como **trastornos de ansiedad** y **del estado de ánimo** (D).

¿Cursaba Russell con un trastorno por consumo de *Cannabis*? La había fumado durante varios años. Aunque pudiera tener una tolerancia mayor a la droga que el consumidor promedio (criterio A10 del trastorno por consumo de sustancia), se carecía de evidencia de que consumiera una cantidad mayor que la que deseaba o que en alguna ocasión hubiera tratado de tener control. En el DSM-5 por fin existe un síndrome de abstinencia de *Cannabis*; manténgase en línea para enterarse un poco más acerca de la historia de Russell (más adelante). Russell invertía tiempo

considerable consiguiendo y consumiendo la marihuana (A3), y su vida sin sentido y hogar podría haber sido en parte consecuencia del consumo de la droga (A4; de manera alternativa podría argumentarse que algún trastorno de la personalidad pudiera haber inducido estos problemas y el consumo de *Cannabis*). El caso clínico no sugiere algún problema físico o psicológico derivado del uso de *Cannabis*. Aún así, si se considera la escasa ética laboral de Russell, el tiempo que pasaba consumiendo la droga y su probable tolerancia a la misma, parece justificarse el diagnóstico de trastorno por consumo de *Cannabis*.

En cualquier caso, sin evidencia de cambios de percepción, como alucinaciones o ilusiones, es posible recurrir al cuadro 15-2 para establecer un diagnóstico preliminar (la CIE-10 aporta distintos números de código que varían de acuerdo con la presencia de alteraciones de la percepción). Obsérvese también que la CIE-9 solicita la asignación de códigos independientes para la intoxicación y el trastorno por consumo (véase el cuadro 15-3).

F12.229 [304.30, 292.89] Trastorno por consumo de *Cannabis* moderado, con intoxicación, sin alteraciones de la percepción

Abstinencia de *Cannabis*

Incluso cuando salió el DSM-IV, algunos investigadores seguían preguntándose incluso si la abstinencia de *Cannabis* existía. Quizá le tomó tiempo salir de entre la niebla que generaba la combinación de una droga con actividad débil y que se conseguía con facilidad, y de la existencia de pocas personas que en realidad la consumían en exceso. Sin embargo, durante la década pasada o un periodo cercano, se acumuló gran cantidad de evidencia en torno a que la abstinencia de *Cannabis* es real—que, quizá una tercera parte de los usuarios experimenta esta condición debilitante en uno u otro momento. Necesita repetirse que, al igual que para ciertas otras clases de drogas, la abstinencia que deriva de su uso médico no debe considerarse un criterio para el trastorno por consumo de *Cannabis*. Esto se vuelve cada vez más relevante en esta era en que la marihuana está disponible para fines médicos en tantas jurisdicciones, y en un número menor para un consumo recreativo legal.

La mitad o más de quienes experimentan abstinencia mencionan la búsqueda de la droga, con disforia e inquietud. Algunos refieren sueños desagradables o pesadillas vívidos. Los síntomas pueden ser tan intensos como los de la abstinencia de la nicotina; algunos consumidores sustituyen la droga por tabaco (o alcohol) para combatir sus síntomas de abstinencia. Las manifestaciones duran de unos cuantos días hasta dos semanas; los síntomas físicos disminuyen con mayor rapidez que los psicológicos. En varios estudios los síntomas de abstinencia fueron un factor predictivo sólido para la recaída.

Características esenciales de la abstinencia de *Cannabis*

Después de suspender un consumo intenso y prolongado de *Cannabis*, el paciente experimenta síntomas de disforia e hiperactividad del sistema nervioso central, junto con problemas para el sueño, apetito deficiente, depresión, ansiedad, inquietud y malestar físico por temblor, sudoración, escalofríos/fiebre, cefalea o dolor abdominal.

La letra pequeña

Las D: • Duración (consumo intenso cotidiano durante meses; inicio en el transcurso de pocos días de la reducción) • Malestar o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, otros trastornos por sustancias o mentales).

En el cuadro 15-1 pueden encontrarse los datos específicos de la abstinencia por *Cannabis*.

Nota para codificación

En los cuadros 15-2 y 15-3 se muestra la codificación, pero debe señalarse que la CIE-10 (cuadro 15-2) sólo permite el uso de un código para la abstinencia (debe existir un trastorno por consumo, y sólo puede ser moderado o grave).

Russell Zahn de nuevo

Russell fue mantenido en custodia después de su valoración. Un juez hastiado con rapidez estuvo de acuerdo en que debía permanecer encarcelado, y luego salió por el puente del Día del trabajo.

Las primeras horas de Russell en la cárcel no fueron demasiado malas. Ese día y el siguiente platicó con un guardia amigable y jugó criba con su compañero de celda. Durmió mal, y el domingo se mostraba embravecido y agitado, golpeando las rejas de su celda con una cuchara—que fue lo único que tomó de su charola de comida. “No tengo hambre, ¿de acuerdo?”, estalló, al tiempo que el guardia se llevaba la carne que permanecía intacta.

Russell permaneció despierto casi toda la noche. Se sentía sudoroso y tenía escalofríos (pero no tenía fiebre), tenía cefalea y dolor cólico abdominal, que lo hacía doblarse sobre sí. “Fue como la peor influenza que puede usted imaginar”, gimoteó ante la enfermera que hacía rondas aunque era fin de semana.

La enfermera no encontró algún problema físico y le dijo al guardia: “Es sólo una resaca por la hierba. En un par de semanas estará bien”.

Evaluación adicional de Russell Zahn

¿Puede afirmarse que la experiencia de Russell con la *Cannabis* era tanto prolongada como intensa (criterio A para abstinencia de *Cannabis*)? Ante una privación abrupta de marihuana, Russell cubrió casi todos los síntomas listados en los criterios para abstinencia de *Cannabis*, lo que incluye ira (B1), ansiedad (B2), insomnio (B3), anorexia (B4), agitación (B5) y dolor abdominal (B7)—sin duda suficientes para provocar la tensión que es requisito para establecer el diagnóstico (C). Se acepta la palabra de la enfermera de que no se debían a la influenza o a alguna **otra afección médica** (D).

Los síntomas de abstinencia de *Cannabis* se parecen mucho a los de la **abstinencia de otras sustancias (alcohol, sedantes, estimulantes y tabaco)**, cada una de las cuales es necesario incluir en el listado de diagnósticos diferenciales. Sin embargo, la historia clínica convierte al diagnóstico de Russell en algo claro como el cristal; a sus síntomas previos de trastorno por consumo tan sólo se agregaría la abstinencia. Con lo que se sabe hasta ahora, yo elevaría el trastorno por consumo de *Cannabis* a un nivel más grave, de manera independiente al número de síntomas que puedan mencionarse.

La calificación EEAG de Russell sería de 50 (más o menos su nivel más alto en el último año). Mediante el uso del cuadro 15-2 se asignaría a Russell (ya sin intoxicación) un diagnóstico que correspondiera a la abstinencia y su trastorno por consumo. Y en algún sitio del resumen que se integrara, a mí me gustaría resaltar la importancia de investigar en mayor medida la posibilidad de algún trastorno de la personalidad. En este momento existe muy poca información y demasiada marihuana para permitir algún tipo de valoración de la personalidad.

| | |
|-------------------------|---|
| F12.228 [304.30, 292.0] | Trastorno por consumo de <i>Cannabis</i> grave, con abstinencia |
| Z59 [V60.0] | Sin hogar |
| Z65.9 [V62.29] | Desempleado |
| Z65.3 [V62.5] | Arrestos repetidos |

Otros trastornos inducidos por *Cannabis*

En los cuadros 15-2 y 15-3 puede encontrarse un listado completo de los trastornos inducidos por *Cannabis*. Dos posibilidades merecen atención especial:

Trastorno psicótico inducido por *Cannabis*, con ideas delirantes. Este trastorno implica la presencia de ideas delirantes que suelen ser de persecución. Tan sólo dura un día o, como máximo, algunos días. En EUA es raro y las más de las veces se identifica en jóvenes. Sin embargo, en otros países y culturas (por ejemplo en Gambia) pudiera ser más frecuente. La mayor parte de los pacientes estadounidenses que desarrollan ideas delirantes relacionadas con *Cannabis* quizá cuente con otros diagnósticos, como esquizofrenia e interacciones entre drogas.

Trastorno de ansiedad inducido por *Cannabis*. El caso de Bonita Ramirez, una estudiante universitaria que cursó con trastorno de ansiedad inducido por *Cannabis*, se presenta en el capítulo 4 (véase la p. 194).

F12.99 [292.9] Trastorno relacionado con *Cannabis* no especificado

Trastorno relacionado con alucinógenos

También denominadas drogas **psicodélicas** y **psicomiméticas**, los alucinógenos como regla causan ilusiones, no alucinaciones. Dos de estas drogas de origen natural son la psilocibina (que se obtiene de algunos hongos) y el peyote (un cactus, no obstante no es probable que sea el que tiene usted en la repisa de la cocina). Sin embargo, la fenilciclidina (PCP) es un alucinógeno sintético que tiene efectos tóxicos muy similares. También se analizan aquí la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) y otros alucinógenos (no se ha definido un síndrome de abstinencia para este tipo de drogas, de tal manera que los criterios para el consumo de sustancias son sólo 10, y no los 11 tradicionales).

Fenilciclidina

En el DSM-IV, la PCP se mencionaba en su propia sección; en el DSM-5 prevaleció la razón y ahora se encuentra incluida con otros alucinógenos—no obstante los criterios respectivos para el trastorno por consumo y la intoxicación siguen difiriendo. Denominada **polvo de ángel** en la calle, la PCP es un alucinógeno con efectos tanto estimulantes como depresores. En su dosis callejera típica de 5 mg, este fármaco tan potente puede inducir síntomas psicóticos tan convincentes que

en ocasiones no es posible distinguirlos de la esquizofrenia. Una persona con predisposición genética a la esquizofrenia que la utiliza se arriesga a activar una patología grave.

En su origen, la PCP se desarrolló como agente anestésico; sus efectos dañinos hicieron que fuera descartada para uso en humanos a la mitad del siglo XX, e incluso su utilización en medicina veterinaria se suspendió. Su análogo menos potente, la ketamina, todavía se usa como agente anestésico tanto en medicina humana como veterinaria. Sin embargo, debido a que la PCP es económica y fácil de sintetizar (puede prepararse casi de manera literal en una tina de baño), en ocasiones es consumida por varones jóvenes, quienes la valoran por la euforia que produce.

A pesar de la inexistencia de un síndrome por abstinencia en humanos, el potencial adictivo de la PCP es pronunciado—tan peligroso como la cocaína y la heroína, dicen algunos. Cuando se deglute, sus síntomas inician en el transcurso de 1 h; si se fuma, comienzan en pocos minutos. Sus efectos duran entre 4 y 6 h, y su administración puede repetirse en andanadas por varios días. El uso de la PCP parece sólo limitarse a la imaginación del usuario—mediante inhalación, deglución o inyección. Puede absorberse por vía vaginal. En la actualidad suele fumarse en cigarrillos, lo que se prefiere debido a que sus efectos al fumarla son tan rápidos que el usuario puede ajustarlos con cierta precisión, y quizá evitar una visita a la sala de urgencias por sobredosisificación.

Tanto la PCP como la ketamina son utilizadas por un número bajo de individuos, en particular varones adolescentes y en la tercera década de la vida.

LSD y otros alucinógenos

El prototipo de los alucinógenos sintéticos es el LSD, que en la década de 1960 fue adoptada como la primera sustancia nueva que alteraba la mente y hubiera sido desarrollada en generaciones. En EUA la producción legal de LSD desapareció hace mucho tiempo; todas las provisiones derivan en la actualidad de laboratorios ilícitos, en gran medida en el norte de California. Siguen surgiendo nuevas sustancias sintéticas—MDA, MDMA y otras. Se denominan en ocasiones “drogas de diseño” debido a que sus efectos se asemejan a las propiedades farmacológicas de los alucinógenos conocidos, pero al mismo tiempo escapan (al inicio) a la condición ilegal que a éstos caracteriza. A continuación, se encuentran las sustancias naturales venerables—mezcalina, psilocibina y amida del ácido lisérgico, similar al LSD y que se encuentra en las semillas de la Virgen María (ololihqui)—cada una de las cuales es un alucinógeno menos potente que el LSD o la PCP.

Durante los últimos 20 años más o menos, el LSD parece haber salido de moda; ahora es utilizado por menos de 1% de los estudiantes universitarios. Sin embargo, las drogas de diseño (en particular el MDMA, que combina cualidades alucinógenas y estimulantes; véase el texto entre barras de la p. 451) pudieran haber ganado popularidad. La mayor parte de los usuarios consume también otras drogas. En muchos casos, las drogas que se venden en la calle son distintas a lo que se promete. A falta de una ética de control de calidad, los vendedores sustituyen con libertad lo barato por lo caro, lo disponible por lo raro. Así, por ejemplo la llamada “psilocibina” puede estar producida a partir de hongos ordinarios sobre los cuales algún negociante esparce LSD o PCP.

La tolerancia al LSD se desarrolla con tanta rapidez que un individuo rara vez lo utiliza más de una vez por semana. El uso más frecuente simplemente no produce un efecto que valga la pena. No se ha definido algún síndrome de abstinencia por LSD u otros alucinógenos, no obstante ciertos individuos refieren búsqueda una vez que suspenden su uso.

Debido a que un marco de trabajo de los DSM sucesivos consiste en asignar nombres nuevos a los trastornos con el objetivo de lograr una mayor precisión descriptiva, resulta impresionante que los alucinógenos **todavía** conserven su imprecisa etiqueta (énfasis **todavía** debido a que me sentí igualmente consternado hace dos décadas con el DSM-IV). De manera característica, no provocan alucinaciones sino ilusiones; algunos autores se refieren a ellos como **ilusionógenos**. En la actualidad existe un movimiento que busca sustituir el término **psicodélico** (“que pone de manifiesto la mente”) por **enteógeno**, que se utiliza para denotar a una sustancia que evoca un efecto religioso o espiritual. Yo no creo que incluya alguna oración.

Trastorno por consumo de fenilciclidina y trastorno por consumo de otro alucinógeno

Las características del trastorno por consumo tanto de la PCP como de otros alucinógenos son similares a las de casi cualquier otro trastorno por consumo de sustancia que mencione el manual. Excepto por los síntomas de abstinencia, que no parecen desarrollarse con la mayor parte de los alucinógenos, los criterios son una adaptación simple de aquéllos del trastorno por consumo de sustancia genérico (p. 396). Se analizan en relación con dos casos clínicos que se detallan a continuación. Los números de codificación se presentan en los cuadros 15-2 y 15-3.

Intoxicación por fenilciclidina

Siendo muy variables, los efectos de la PCP guardan relación con la dosis. Además de la euforia, la PCP puede inducir letargo, ansiedad, depresión, delirium y problemas conductuales, entre otros agitación, impulsividad y agresividad. Incluso se refieren síntomas catatónicos y suicidios. Algunos usuarios experimentan respuestas violentas, exageradas e impredecibles ante la luz o del sonido; como consecuencia, los clínicos pueden recomendar restricciones sensoriales para los pacientes intoxicados. Los síntomas físicos incluyen fiebre elevada, rigidez muscular, mutismo e hipertensión. Las dosis altas pueden inducir coma, convulsiones y muerte por paro respiratorio.

Características esenciales de la intoxicación por fenilciclidina

Poco después del consumo de la PCP, el paciente desarrolla síntomas graves, en ocasiones letales, de desinhibición conductual–impulsividad, agresividad y mal juicio impredecibles. A la par, existen signos de disfunción neurológica y descontrol muscular: nistagmo, dificultad para caminar o hablar, rigidez muscular, adormecimiento, coma o convulsiones. La frecuencia cardíaca o la presión arterial pueden elevarse, y en ocasiones la audición parece en extremo aguda.

La letra pequeña

Las D: • Período hasta el inicio de los síntomas (en el transcurso de 1 a 2 h) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos; intoxicación por alucinógenos y otras sustancias; otros trastornos mentales, en particular psicóticos).

En el cuadro 15-1 se muestran datos específicos sobre la intoxicación por feniliclidina.

Notas para codificación

Véanse los códigos en los cuadros 15-2 y 15-3.

Jennie Meyerson

A la edad 24 años, Jennie Meyerson había tenido problemas la mitad de su vida. Cuando tenía 12 años, su padre había dejado a la familia a la mitad tras la peor pelea que podía recordar entre sus aguerridos padres. El divorcio había absorbido a su madre y había alejado a su hermana mayor del hogar, lo que dejó a Jennie sola.

Para cuando tenía 14 años, había comenzado a fumar marihuana al salir de la escuela y en ocasiones entre las clases. En el transcurso de un año estaba fumando en vez de ir a clases. En su cumpleaños 18, su madre la echó de la casa. Había vivido con una sucesión de novios, cada uno de los cuales la había iniciado en el uso de una nueva droga recreativa. Había entrado y salido de hospitales mentales y era una paciente sobresaliente en la clínica Betty Ford local.

El último que había hablado con Jennie era el patrullero Reggie Polansky, un oficial de policía joven. Una tarde de sábado fue llamado para acudir al sexto piso de un viejo edificio departamental, en el que una mujer joven estaba sentada en una cornisa a gran altura del suelo. El olor dulzón del humo de la marihuana envolvió a Polansky al tiempo que caminó por la habitación para llegar a la ventana.

La cornisa ubicada fuera de la ventana quizá tenía 25 cm de ancho. A cerca de 1 m de distancia a su izquierda estaba sentada a Jennie, con los pies y las piernas desnudos, con una blusa de algodón y un vestido delgado. Estaba sentada en silencio, con la cara inclinada hacia arriba en dirección de los rayos solares tardíos del verano. En el pavimento, 25 m más abajo, se había aglomerado una multitud.

Sosteniéndose del marco de la ventana, Polansky sacó la cabeza. “¿Qué estás haciendo ahí?”

“Sólo estoy ves... tes... descansando”. Haciendo un esfuerzo, pudo por fin pronunciar la palabra. No abrió sus ojos ni giró la cabeza. “Voy a volar”.

“No quieres hacer eso. Vuelve entrar”.

“Sal tú... acá. Soy Amelia Earhart. Los dos podemos volar”. Jennie soltó una risita, y conversaron durante varios minutos. Sí, estaba bromeando sobre ser Amelia Earhart, pero sí pensaba que podía aprender a volar. La idea la había asaltado de pronto esa mañana, después de haberse “polveado”. Había estado consumiendo polvo de ángel una y otra vez durante los últimos meses.

El patrullero Polansky le señaló su mano. La membrana entre su dedo pulgar y el índice estaba sangrando. “Te cortaste”.

Jennie dijo que quizá había ocurrido con el borde rasposo de la ventana mientras se salía. Quizá era un mensaje de Dios. Eso tenía que ser, dijo, porque no lo había sentido. Era como las heridas de Dios. En vez de eso, se sentía feliz, fuerte y ligera. Sentía ganas de practicar para el espectáculo aéreo del Día del trabajo, que sería el lunes.

“Mira qué cerca está el piso”, dijo. “Parece como si pudiera dar un paso y bajar”.

Se levantó, elevó los dos brazos hasta extenderlos a los lados de sus hombros, y ligera dio un paso hacia adelante, para montar en el viento.

Evaluación de Jennie Meyerson

El consumo reciente de polvo de ángel de Jennie y su juicio tan comprometido se adaptaban con holgura a los criterios A y B para la intoxicación de fenilciclidina. De los síntomas físicos que se requieren según el criterio D, se documentan dos en el caso clínico: dificultad para hablar (su lenguaje era farfullante—C5) y disminución de la percepción de dolor (no se había dado cuenta de haberse dañado la piel de la mano mientras salía de la ventana—C3). Son dos los que se requieren.

Jennie también tenía una ilusión (el suelo parecía más cercano a ella, y no a seis pisos de distancia). Este tipo de distorsiones de la percepción también puede ser un efecto de la **intoxicación** por otras drogas, entre otras **estimulantes, opioides y Cannabis**. El olor en la habitación sugirió al patrullero Polansky que se había consumido marihuana, pero los consumidores de PCP suelen esparcir la droga sobre algo que pueden fumar (casi siempre marihuana o tabaco, en ocasiones perejil). Cuando se carece de información confiable, el diagnóstico definitivo depende en muchas ocasiones de un resultado de toxicología.

El caso clínico no provee información en cuanto a la intensidad del problema de Jennie en relación con la PCP, de tal manera que no sería posible confirmar el diagnóstico de trastorno por consumo de fenilciclidina. El caso clínico indica con claridad que Jennie había enfrentado, por lo menos, problemas laborales (escolares) derivados de su consumo de distintas sustancias. Un diagnóstico más preciso dependería de la información adicional que pudiera obtenerse en torno a sus patrones de consumo. Tras tomar todo esto en consideración, parece justificarse un diagnóstico **provisional** de trastorno por consumo de fenilciclidina, moderado o grave. Si se toma en cuenta el resultado, considero que el código de gravedad que asigné se justifica, de manera independiente al número de síntomas que puedan nombrarse.

Las afirmaciones de Jennie de que podía volar y de que tenía estigmas (“las heridas de Dios”) carecían de una base firme, por lo que no eran delirantes. Esto descartaría la **esquizofrenia** y cualquier otra psicosis. No existía evidencia de que su trastorno se debiera a alguna afección física (D). En otros pacientes, la resolución rápida del cuadro (en ocasiones sin tratamiento) puede facilitar la diferenciación de una intoxicación por alucinógenos de otros trastornos mentales, como trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. Los consumidores de alucinógenos también deben ser valorados para descartar trastornos de la personalidad y el consumo de otras sustancias que alteran la función mental.

El diagnóstico *post mortem* de Jennie sería el que se indica a continuación. Por supuesto, su calificación EEAG era de cero, y nunca tendremos oportunidad de valorarla en relación con algún trastorno de la personalidad potencial.

F16.229 [304.60, 292.89] Trastorno por consumo de fenilciclidina grave (provisional), con intoxicación por fenilciclidina

Intoxicación por otro alucinógeno

Los primeros síntomas de la intoxicación por otro alucinógeno suelen ser somáticos. Los pacientes pueden mencionar mareo, temblor, debilidad, o adormecimiento y hormigueo en las extremidades. Los cambios de la percepción (por lo general, ilusiones) incluyen la amplificación aparente de los sonidos y distorsiones visuales (como de la imagen corporal), así como **sinestias** (en las cuales

un tipo de experiencia sensorial da origen a una percepción distinta—por ejemplo, un profesor del que tuve conocimiento visualizaba los colores rojo, blanco y azul cuando escuchaban un acorde C-E-G tocado con el piano).

Las alucinaciones, si es que se presentan, pueden corresponder a formas geométricas o colores vívidos. Las alucinaciones auditivas también son posibles. Muchas personas experimentan euforia intensa, despersonalización (es decir, una sensación de desprendimiento del cuerpo), desrealización (una sensación de falta de realidad de las percepciones personales), estados similares a los sueños, o la sensación de que el tiempo se acelera o se desacelera. Puede existir compromiso de la atención, no obstante la mayor parte de los usuarios conserva la introspección.

Las características específicas reciben gran influencia de la situación y de las expectativas de la persona. Algunos consumidores encuentran la experiencia agradable; otros desarrollan una ansiedad extraordinaria. Un “mal viaje” suele incluir sentimientos de ansiedad y depresión; pueden presentarse ataques de pánico. Estas reacciones en ocasiones son prolongadas, y se caracterizan por el temor del desarrollo de psicosis. Por lo general, las reacciones negativas agudas se resuelven en el transcurso de 24 h—el tiempo que se requiere para excretar toda la droga.

El LSD es un agente en extremo potente; unos cuantos microgramos (cantidad que puede adherirse a una estampilla postal mediante inmersión) pueden inducir síntomas importantes. Se absorbe a partir del intestino y su acción suele comenzar en el transcurso de 1 h. Los efectos tienden a alcanzar su máximo entre 2 y 4 h después, y durar hasta medio día. Al igual que la PCP, el LSD y otros alucinógenos pueden ser letales.

Características esenciales de la intoxicación por otro alucinógeno

Poco después de utilizar un alucinógeno distinto a la PCP, el paciente desarrolla síntomas de disforia, percepción errónea o juicio deficiente, además de hiperactividad autonómica: dilatación pupilar y visión borrosa, sudoración, taquicardia o arritmias, temblor, disminución de la coordinación muscular.

La letra pequeña

Las D: • Periodo hasta el inicio de los síntomas (por lo general, 1 h o menos) • Diagnóstico diferencial (otras sustancias, otros trastornos mentales, otras afecciones médicas).

Podrá encontrar los especificadores para intoxicación por otros alucinógenos en la tabla 15.1

Notas para codificación

Para el registro del diagnóstico se inserta el nombre específico del alucinógeno, en vez de la frase **otro alucinógeno**.

Los códigos se presentan en los cuadros 15-2 y 15-3.

Wanda Pittsinger

Aunque tenía 26 años, Wanda Pittsinger todavía trabajaba en el cine. Había empezado a trabajar ahí con un turno parcial siendo preparatoriana; después de su graduación había tomado un turno completo y permanecido ahí. El salario era el mínimo, pero dar cambio y preparar palomitas no

era algo demandante, y lograba ver muchas películas nuevas (no necesariamente en orden, de principio a fin).

El empleo de Wanda había durado más que su matrimonio. Cuando tenía 22 años había estado casada con Randy durante casi 10 meses. Excepto por un embarazo (que también había interrumpido), lo más importante que había sacado de esa relación era una presentación con el LSD. Todavía veía en ocasiones a Randy, pero en el momento ya no eran mucho más que amigos; casi la única actividad que hacían juntos era viajar, lo que casi de manera invariable acababa con su impulso sexual.

Wanda había probado otras drogas. La marihuana le daba cefalea; la cocaína la ponía nerviosa. En una ocasión había inhalado heroína, y vomitó. Pero el ácido estaba bien. Siempre le levantaba el ánimo y la hacía sentirse aturdida. En ocasiones, si se estaba mirando en un espejo, parecía como si su imagen se derritiera. Esto no le molestaba; podía esperarse que ocurrieran cosas extrañas cuando se usaba el ácido. Además de los diamantes de colores usuales, los triángulos y los cuadrados, pensaba que el LSD podía revelar significados y pensamientos nuevos. Apreciaba la sensación de pensar con profundidad. La experiencia casi siempre hacía que valiera la pena soportar las palpitaciones y la visión borrosa, que eran los únicos efectos colaterales que percibía.

El ácido incluso le producía a Wanda un sentimiento más positivo en torno a Randy. En ocasiones todavía hacía viajes con él en algún día libre, y él seguía proveyéndola con los pequeños cuadritos de papel secante impregnados con LSD. Como regalo, en una ocasión le había dado dos boletos para el cine empapados con LSD. Los tenía atorados en la esquina del espejo de su vestidor.

Evaluación de Wanda Pittsinger

Los cambios psicológicos y conductuales de Wanda al utilizar el LSD eran menores, y los aspectos positivos y negativos estaban equilibrados. Le ayudaba a tolerar a Randy, pero había perdido el interés en el sexo. Podría argumentarse que estos aspectos tenían relevancia clínica—no eran suficientes para llevarla a tratamiento, en el grado en que un “mal viaje” pudiera hacerlo (criterio B). Sin embargo tenía síntomas adicionales de intoxicación por otro alucinógeno: identificaba los efectos colaterales usuales de visión borrosa y palpitaciones (D5 y D4). También tenía algunos cambios típicos de la percepción: ilusiones de luces, patrones y formas (C), y la sensación de tener una introspección especial. Además, se sentía eufórica—otra experiencia frecuente con esta droga.

El diagnóstico diferencial de la intoxicación por otro alucinógeno incluye al **delirium**, la **demenia**, la **epilepsia** y la **esquizofrenia**. De manera independiente a sus ilusiones, Wanda carecía de síntomas que sugirieran alguno de estos trastornos. Sin embargo, su clínico tendría que hacer una evaluación completa, lo que incluye una valoración de la condición mental, para descartar del todo otros trastornos. Las **imágenes hipnopómpicas** (imágenes visuales que se desarrollan entre los estados de sueño y despertar) pueden manifestarse como una evocación, pero las experiencias ilusorias de Wanda se presentaban en momentos distintos al despertar.

El DSM-5 permite aplicar el diagnóstico de trastorno por consumo de otro alucinógeno, pero quizá sea raro. Al igual que Wanda, la mayor parte de los usuarios de LSD lo utiliza con poca frecuencia; se desarrolla tolerancia (pérdida del efecto) con rapidez si se le utiliza más de una o dos veces por semana. No existe evidencia de que hubiera perdido el control del consumo de esta sustancia o de que ésta alterara su desempeño en su sitio de trabajo o su vida social.

De acuerdo, resulta problemático definir si en Wanda se justificaría un diagnóstico de intoxicación por otro alucinógeno (F16.929 [292.89]). Se integra un diagnóstico más completo un poco más adelante.

F16.983 [292.89] Trastorno de percepción persistente por alucinógenos

Cuando un paciente reexperimenta algunos de los síntomas que se presentan durante la intoxicación en ausencia del alucinógeno, se dice que ocurre una **evocación**. Los síntomas de las evocaciones pueden incluir visualización de caras, formas geométricas, destellos de color, marcas, impresiones visuales persistentes o halos; de igual manera, **micropsia** (fenómeno en que los objetos se ven pequeños) y **macropsia** (las cosas se ven enormes). Una característica puede ser la disminución del interés sexual. El individuo suele tener introspección en relación a lo que ocurre.

Las evocaciones pueden ser desencadenadas por la tensión, por el ingreso a una habitación oscura, o por el consumo de marihuana o fenotiazinas. No obstante son comunes las evocaciones breves, que quizá persisten unos cuantos segundos—más de la mitad de los consumidores de alucinógenos las presentan—, sólo un porcentaje bajo refiere síntomas suficientes para generar tensión o interferir con sus actividades. Estas experiencias suelen disminuir con el transcurso del tiempo; sin embargo, pueden ocurrir semanas o meses después del consumo y reincidir durante años.

Características esenciales del trastorno de percepción persistente por alucinógenos

Después de suspender el consumo de un alucinógeno, el individuo vuelve a experimentar por lo menos una de las percepciones anómalas ocurridas durante el periodo de intoxicación.

La letra pequeña

Las D: • Periodo hasta el inicio de los síntomas (variable) • Malestar o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, delirium, otros trastornos mentales, imágenes hipnopómpicas).

En el cuadro 15-1 se muestran datos más específicos sobre la intoxicación por alucinógeno.

Notas para codificación

Los códigos pueden consultarse en los cuadros 15-2 (en particular en la nota al pie *d*) y 15-3.

Wanda Pittsinger de nuevo

Wanda acudió a solicitar ayuda debido a que en ocasiones se encontraba viajando cuando no había utilizado ácido durante varios días.

“Lo noté una noche en el trabajo, al entrar a una sala justo antes de que iniciara la película. Pude verme en la pantalla, primero toda verde y luego como si centelleara. Luego mi imagen pareció disolverse, y me di cuenta de que sólo se trataba de los avances de una película de Woody Allen que iba a proyectarse dos semanas después”.

Cuando Wanda le contó a Randy al día siguiente, en la llamó evocación y dijo que “era cool”. A pesar de que Randy trató de tranquilizarla, estas experiencias le preocupaban. Wanda permaneció en casa sin ir a trabajar durante un día o dos, porque pensaba que no podría hacer frente a las evocaciones mientras estaba en el trabajo. No había vuelto a utilizar drogas de algún tipo desde entonces.

En los casi dos meses desde que había consumido LSD por última vez, Wanda había experimentado varias evocaciones. En su mayoría, veía “marcas”— impresiones persistentes fantasmales de personas u objetos que atravesaban su campo visual. Un par de veces había visto la cara de Randy en el techo de su recámara. En una ocasión la mesa de la cocina pareció aumentar de tamaño hasta el punto en que ella pensó que nunca sería capaz de alcanzarla para comer su desayuno. Pero nunca había vuelto a ver su propia imagen en la pantalla grande.

Evaluación adicional de Wanda Pittsinger

Si bien los detalles se habían modificado, cuando Wanda entró a la sala de cine oscura en la ocasión que de manera eventual la indujo a acudir a una consulta experimentó la recurrencia de las ilusiones que desarrollaba durante la intoxicación con LSD (criterio A). Son frecuentes las evocaciones de uno u otro grado; quizá una cuarta parte de los consumidores de LSD las desarrolla. En Wanda no se justificaría algún diagnóstico de no ser porque la alteraban (B).

Al igual que la intoxicación por alucinógeno, el clínico de Wanda tendría que descartar **delirium, demencia, esquizofrenia, epilepsia y lesiones cerebrales con efecto de masa (C)**. En ella no se justificaría un diagnóstico de **trastorno psicótico inducido por alucinógeno** debido a que conservaba la introspección de que sus percepciones anómalas derivaban del consumo de sustancia. El antecedente de consumo de LSD y la presentación típica permitirían asegurar su diagnóstico. Su calificación EEAG sería de 70.

F16.983 [292.89] Trastorno de percepción persistente por alucinógeno

Obsérvese que la descripción del trastorno de percepción persistente por alucinógenos no permite diferenciarlo en forma definitiva del trastorno psicótico inducido por sustancias. El bastión que separa a los dos diagnósticos es la frase que afirma que las evocaciones no deben derivar de alguna otra afección médica y no deben poder explicarse de mejor manera a partir de otro trastorno mental. El requisito, al igual que muchos otros, recurre al juicio del clínico; la decisión debe depender del grado de introspección del paciente y el antecedente de consumo de sustancias. Los criterios no ayudan mucho en este caso; es mejor depender de la lógica de la valoración.

Otros trastornos inducidos por fenilciclidina o alucinógenos

El cuadro 15-2 contiene un listado de los trastornos inducidos por PCP y otros alucinógenos. Aquí se mencionan varios que ameritan una mención especial:

Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógeno. La depresión o la ansiedad es frecuente; la euforia es rara. Con frecuencia el sueño disminuye. Los pacientes pueden mostrarse inquietos y experimentar sentimientos de culpa. Pudieran expresar temor de haber destruido su cerebro o vuelto locos. El trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos puede ser breve o persistir varios meses.

Cambio de la personalidad inducido por alucinógenos. El consumo crónico o en una sola ocasión puede desencadenar un cambio del carácter, como el desarrollo de pensamiento mágico o un cambio básico de la actitud.

Psicosis persistente inducida por alucinógenos. En ocasiones un alucinógeno parece desencadenar una psicosis que puede durar mucho tiempo o, quizá, el resto de la vida. Existe gran controversia en torno a si “sólo” se trata de una psicosis subyacente que se hubiera desarrollado de manera eventual incluso si el paciente nunca hubiera utilizado drogas.

F16.99 [292.9] Trastorno relacionado con fenilciclidina o alucinógeno, no especificado

Trastornos relacionados con los inhalantes

Cuando se inhala de manera accidental, una sustancia volátil se denomina **tóxico**; si se inhala con el propósito de causar intoxicación, se le llama **inhalante**. Quienes consumen de manera intencional inhalan casi cualquier cosa que se evapora o puede dispersarse a partir de un contenedor. Entre los inhalantes están el pegamento y la gasolina (que quizá son los más populares), solventes, aguarrás, distintos aerosoles, correctores líquidos y refrigerantes. La preferencia puede depender en mayor medida de la disponibilidad que del defecto.

Los usuarios consideran a los inhalantes valiosos por distintas razones. Alivian el hastío y la preocupación. Modifican las ideas, los estados de ánimo, el sentido del tiempo y las percepciones (lo que da origen a modificaciones del color, el tamaño o la configuración de los objetos, y en ocasiones induce alucinaciones francas). Los inhalantes también son económicos y, al igual que cualquier otra sustancia que se absorba a través de los pulmones, generan un efecto con rapidez.

El daño neurológico por el uso prolongado de inhalantes puede ser variable. En muchos casos se experimentan encefalopatía y neuropatía periférica. De igual forma, pueden desarrollarse ataxia, síntomas de parkinsonismo, pérdida de la visión, y afectación de los pares craneales quinto y séptimo, lo que da origen al adormecimiento y la parálisis de la cara. Los consumidores crónicos pueden experimentar pérdida ponderal, debilidad, desorientación, falta de atención y pérdida de la coordinación. La muerte, si bien es rara, suele ocurrir cuando un individuo utiliza una bolsa o mascarilla que impide el acceso del oxígeno a la mezcla que se inhala. La malformación fetal es otra complicación indeseable del uso de estas sustancias.

Existen grupos de pacientes que consumen inhalantes. Los niños y las niñas experimentan con ellos, con frecuencia como actividad grupal; la incidencia de este fenómeno alcanza su máximo en torno a los 14 años, no obstante su popularidad ha ido en disminución desde los primeros años del siglo XXI. Los adultos (en su mayoría varones) pueden desarrollar dependencia de estas

sustancias. Por último, son utilizados por individuos que también son consumidores crónicos de otras drogas. Muchos usuarios de inhalantes provienen de minorías no privilegiadas. Entre los consumidores de inhalantes son comunes los trastornos de la personalidad, en particular el trastorno de la personalidad antisocial.

Trastorno por consumo de inhalantes

Las características del trastorno por consumo de inhalantes son similares a las de casi cualquier otro trastorno por consumo de sustancia. Son idénticas a los criterios genéricos (p. 396), excepto en el sentido de que, al igual que con los alucinógenos, no se identifica abstinencia entre los síntomas del trastorno por consumo de inhalantes (de acuerdo, pudieran existir algunos síntomas leves de abstinencia, pero el DSM-5 no considera que tengan gravedad suficiente como para incluir a la abstinencia como criterio). Se califica con base en las reglas usuales (véase el cuadro 15-2).

El DSM-5 señala que con frecuencia no es posible determinar con exactitud el hidrocarburo volátil responsable del trastorno por consumo de inhalantes, y recomienda la aplicación del término general **trastorno por consumo de inhalantes** cuando no existe seguridad. Por supuesto, si el componente principal de, por ejemplo, el pegamento es el tolueno, se asignaría el diagnóstico de **trastorno por consumo de tolueno**. El óxido nitroso y cualquiera de los nitritos (de amilo, de butilo, de isobutilo) se incluyen bajo el rubro de otras sustancias (o sustancia desconocida), y cualquier trastorno por consumo de cualquiera de estas sustancias se codifica en consecuencia.

El trastorno por consumo de inhalantes es infrecuente, incluso entre el grupo principal de usuarios: varones adolescentes. Tiende remitir de manera espontánea, y da lugar a otros trastornos por sustancias y mentales. Por supuesto, en algunos casos la fase final es la muerte derivada de distintas catástrofes vinculadas con la respiración.

Intoxicación por inhalantes

Rara vez se identifica a personas con intoxicación por inhalantes en el servicio de urgencias o en los consultorios (no obstante en ocasiones se les identifica en la morgue). Muchos de sus síntomas son similares a los de las personas con intoxicación por alcohol. Los síntomas tempranos incluyen somnolencia, agitación, sensación de inestabilidad y desinhibición. Más adelante pudieran desarrollar ataxia, desorientación y mareo. Una intoxicación más intensa genera insomnio, debilidad, dificultad para hablar, comportamiento destructivo y, en ocasiones, alucinaciones. Después de un periodo de sueño, el consumidor con frecuencia desarrolla aletargamiento y una sensación de resaca.

El tolueno, un solvente de uso amplio, es el componente principal de muchas de las sustancias de las que se abusa. Se relaciona con cefalea, exaltación del estado de ánimo, aturdimiento y ataxia cerebelosa (movimientos irregulares carentes de coordinación que con frecuencia se acompañan por equilibrio deficiente, base de sustentación amplia y marcha inestable). Con dosis más bajas pueden existir fatiga, cefalea, inhibición de los reflejos y sensación de hormigueo.

Los inhalantes suelen absorberse mediante el **uso de bolsas o monas**. Cuando se utilizan bolsas, las personas atomizan, comprimen o vacían los contenidos dentro de una bolsa de plástico y luego respiran al interior de la bolsa. Para el uso de monas recurren a la colocación de trapos empapados con la sustancia dentro de la boca, tras lo cual inhalan. Cualquiera de estos métodos puede permitir un efecto que dura horas.

Al tiempo que se valora a una persona en quien se sospecha consumo de inhalantes, es necesario interrogar en forma cuidadosa en torno a todos los otros tipos de sustancia. El consumo de sustancias numerosas es frecuente en estos individuos, cuyos síntomas pueden deberse en parte al consumo de alcohol, *Cannabis*, alucinógenos o tabaco. La única alternativa segura para determinar la sustancia que ha utilizado una persona consiste en el análisis químico para la detección de sustancias en la sangre o la orina del paciente.

Características esenciales de la intoxicación por inhalante

Después de inhalar una sustancia química, el individuo experimenta disminución del juicio, agresividad u otros cambios conductuales, además de síntomas variados causados por la falta de coordinación neuromuscular: dificultad para caminar, sensación de inestabilidad, reflejos lentos, temblor, debilidad, visión borrosa o doble, somnolencia, nistagmo, lenguaje confuso.

La letra pequeña

Las D: • Periodo hasta el inicio de los síntomas (segundos) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, otros trastornos mentales).

En el cuadro 15-1 pueden encontrarse datos específicos sobre la intoxicación por inhalantes.

Notas para codificación

Los códigos se incluyen en los cuadros 15-2 y 15-3.

Dudley Langenegger

Desde que tenía 12 años, Dudley Langenegger había tenido problemas por escapar, entrar a sitios prohibidos, y por algo que él no entendía y denominaban “ser incorregible”. Días antes de su cumpleaños 18, el juez le había dado una opción: “La cárcel o la milicia”.

Hasta ese momento, donde había estado en la Amada durante seis meses, tiempo suficiente para terminar el entrenamiento básico. Incluso cuando estaba limpio y sobrio, lo que no ocurría con frecuencia, Dudley no era un soldado en particular bueno. Con frecuencia insolente, sólo lograba lo suficiente para pasar la mayor parte de sus fines de semana confinado a la base y no en la barrera. Cuando su Unidad abordó un barco para acudir a una operación conjunta con la Marina, Dudley también fue.

Así que, en apariencia, había consumido varios tubos de pegamento para modelismo. Por lo menos eso fue lo que Dudley dijo haber estado inhalando en la cocina a medianoche. Mientras relataba su historia, había necesitado varias órdenes energéticas y por lo menos una buena zaran-deada de su sargento primero para evitar que se saliera del tema o se quedara dormido. Su aliento era similar al olor de un taller de pintura.

Dudley había estado inhalando distintos vapores, de manera primordial solventes orgánicos, durante cerca de tres años. En el sitio en el que creció muchos de los chicos hacían eso; el producto era fácil de conseguir, barato e incluso legal. Aceptaba que la cuestión de la legalidad no le importaba mucho, pero el costo y la facilidad de adquisición eran importantes.

El pegamento para modelismo generaba una intoxicación rápida y confiable. A Dudley le agradaba por que mejoraba su estado de ánimo y hacía que las horas largas parecieran correr. Esa noche había tenido su propia fiesta privada. Todos los demás se habían ido a dormir y él quería desprenderse del estado de ánimo abatido con el que se había mantenido. Había funcionado tan bien que pensó que pudiera ser una buena idea arrojar ollas y sartenes por toda la cocina, que fue la razón por la cual la policía militar lo había descubierto.

El mar estaba tranquilo cuando fue conducido a la celda, pero se tropezaba, tambaleaba y casi cae sobre el catre. Se frotaba los ojos, que ya estaban muy rojos, y parecía está tratando de determinar dónde estaba. “No podía estar en las barracas”, dijo con una risita, “no hay pósters de Playmates en la pared”.

“Nunca lo consumo más que una o dos veces por semana”, dijo con otra risita. “Si se usha musho, queda, eh, malo al cerebro”.

Evaluación de Dudley Langenegger

Como consecuencia de la inhalación de pegamento, Dudley tuvo el mal juicio (criterio B) de arrojar cosas en la cocina; las risitas sugerían cambios emocionales maladaptativos. Además de la mala elección del momento para consumir su droga, tenía distintos síntomas físicos de intoxicación por inhalantes. Incluían habla farfullante (C4), letargo (su sargento primero tuvo que despertarlo durante la entrevista—C6) y coordinación deficiente (C3). Las risitas sugerirían euforia (C13), pero para asegurarse sería deseable una pregunta directa en torno a su estado de ánimo. Sus ojos se observaban irritados y tenía olor a solvente en el aliento (una exploración física bien pudiera haber revelado también nistagmo y disminución de los reflejos; sin embargo, sólo se requieren dos de estos síntomas numerosos para establecer el diagnóstico).

El diagnóstico diferencial incluiría el uso de otras drogas, como el **alcohol**; el interrogatorio suele ser suficiente para discriminar estas causas y el olor a pegamento para modelismo en su aliento puede ser una evidencia indudable. Distintas condiciones neurológicas (como la **esclerosis múltiple**) también deben descartarse (D).

Dudley se acercaba mucho a cubrir los criterios para **delirium por intoxicación por inhalantes**. Cuando fue detenido e interrogado, se encontraba sin duda menos que alerta y no podía mantener su atención sin una orientación intensa de su sargento primero. También estaba desorientado (no sabía dónde se encontraba) y no podía hablar con claridad. Sin embargo, el delirium sólo se diagnosticaría si su compromiso durara un tiempo mayor que el esperado por una intoxicación y requiriera atención clínica por sí mismo.

¿Se justificaría en Dudley un diagnóstico de **trastorno por consumo de inhalantes**? Este juicio haría necesario cierto grado de extrapolación de parte de su clínico. El uso de muñecas sin duda había interferido con el trabajo de Dudley (criterio A4 para el trastorno por consumo de sustancias), pero existe poca evidencia directa de que se hubieran cubierto los otros criterios. Sus problemas de peleas, mal desempeño laboral y dificultades con el sistema legal pudieran guardar relación con su consumo de inhalantes, pero de igual manera pudieran atribuirse a un trastorno de la personalidad (tampoco existe información suficiente para establecer uno de esos diagnósticos. Esto debe explorarse más adelante). Nadie parece haber pensado en preguntarle si presentaba búsqueda de inhalantes. Si bien sería posible inferir un deseo intenso de utilizarlos a partir de su comportamiento, se trataría sólo de eso: una inferencia. Aunque continuaba utilizando esas drogas a pesar de la evidencia de problemas psicológicos o físicos, ¿él **sabía** eso? De nuevo,

sólo pudiera inferirse, lo mismo que ocurriría con la cuestión relativa a la cantidad de tiempo que pasaba consiguiendo y utilizando los inhalantes.

De esta manera, lo más que yo puedo concluir es integrar en Dudley un diagnóstico provisional de trastorno por consumo de inhalantes. Después de todo, los criterios tienen como objetivo orientar, y no detenernos, al tiempo que navegamos en las aguas poco profundas del diagnóstico. Los antecedentes de tres años de Dudley, con sus dificultades inherentes, parecerían suficientes para respaldar el diagnóstico. Sin embargo, al contarse con muy pocos criterios bien definidos, yo recomendaría asignarle una intensidad moderada—e interrogarlo a profundidad una vez que hubiera mejorado, para obtener más información. Señalaría en el resumen del caso que no podría establecer un diagnóstico de trastorno de la personalidad, pero él tenía rasgos de personalidad antisocial. También tenía algunos síntomas sugestivos de trastorno de la conducta, pero se requeriría una exploración más detallada para establecer un diagnóstico en retrospectiva.

Si se supiera que el tolueno, por ejemplo, era el solvente utilizado en el pegamento para modelismo, se utilizaría ese término al establecer el diagnóstico (intoxicación por tolueno). El dato se desconoce, de tal manera que el diagnóstico completo de Dudley (con una calificación EEAG de 40) sería el siguiente:

| | |
|--------------------------|--|
| F18.229 [304.60, 292.89] | Trastorno por consumo de inhalante moderado (provisional), con intoxicación por inhalante |
| Z65.3 [V62.5] | Arrestado por la policía militar |

Otros trastornos inducidos por inhalantes

En los cuadros 15-2 y 15-3 se incluye un listado completo de los trastornos inducidos por inhalantes.

F18.99 [292.9] Trastorno relacionado con inhalantes no especificado

Trastornos relacionados con los opioides

Hace años, los opioides eran las sustancias que alteraban la función mental más temidas (la cocaína asumió desde hace mucho tiempo ese honor). Sin embargo, desde la perspectiva del desgaste humano y la actividad criminal, los opioides siguen estando entre las drogas ilegales que más costo generan. Los usuarios pueden gastar cientos de dólares cada día para mantener su hábito, en su mayoría obtenidos mediante la actividad criminal. Entre los opioides, la heroína sigue siendo la peor entre los malos— muy por delante de cualquier otra sustancia desde la perspectiva del daño físico y el potencial adictivo.

Los consumidores de opioides valoran sus drogas por la calidad del efecto, que experimentan como euforia y disminución de la preocupación por el presente. La heroína tiene una potencia varias veces superior a la morfina para producir euforia y evitar la percepción de dolor, hasta el punto de que los consumidores se vuelven indiferentes a éste. Quienes consumen opioides por vez primera, por otra parte, experimentan con frecuencia vómito y disforia.

Algunos consumidores, en particular los de clase media y edad intermedia, pueden comenzar a utilizarlos en exceso durante algún tratamiento médico. El fácil acceso a las drogas pone a los profesionales de la atención de la salud en un riesgo particular de consumir opioides. Sin em-

bargo, la mayor parte de los usuarios se inicia durante la adolescencia o en torno a los 20 años, como consecuencia de la presión del grupo. El consumo de opioide suele ir precedido por el uso de otras drogas, como alcohol o marihuana. En el grupo, los factores de riesgo para consumo de opioides incluyen una condición socioeconómica baja, la residencia en un área urbana, y contar con padres divorciados y con parientes que consumen alcohol en exceso.

Después de las primeras dosis se desarrolla cierto grado de tolerancia a cualquier opioide; a partir de entonces, las vidas de los consumidores se ubican con rapidez bajo el dominio de la búsqueda y el consumo de la droga. Sin embargo, no queda clara la razón por la cual algunas personas expuestas a los narcóticos desarrollan adicción y otras no lo hacen. Una vez enganchados, los consumidores hacen casi cualquier cosa para obtener las drogas. Suplican, roban, mienten y hacen promesas sobre casi cualquier cosa en el mundo. En general, existe una prevalencia inferior a 0.5% de consumo intenso de opioides a lo largo de la vida en la población adulta, y las tasas caen en las cohortes de mayor edad. El número de varones rebasa el de mujeres en una proporción cercana a 3:2. Incluso después de una desintoxicación y una vez que regresan a sus ambientes familiares, los usuarios de opioides pueden reiniciar el consumo; por lo general, esto ocurre en el transcurso de tres meses. Pero entre los que viven lo suficiente, un número sustancial de manera eventual supera su adicción.

La mayor parte de los consumidores de heroína se inyecta la droga por vía intravenosa, y la mitad o más de los usuarios tienen resultados positivos para la infección por VIH o hepatitis C. Éstos son problemas importantes que deben considerar los clínicos que trabajan con esta población. Las marcas de aguja revelan la inyección de heroína o “bolas rápidas” (mezcla de heroína y cocaína). La mortalidad general entre los consumidores activos de heroína se aproxima a 2% por año, si se consideran todas las causas (sobredosis, violencia y enfermedad relacionada).

Algunos autores interpretan el hecho de que los consumidores de drogas “duras” comiencen a menudo con alcohol y marihuana como una señal de lo que denominan “efecto de compuerta”, que implica que estas últimas sustancias conducen a la adicción por opioides. Esa conclusión podría ser correcta, pero después de años de investigación nadie está seguro de que lo sea. Sigue siendo del todo posible que algún precursor hereditario o ambiental conduzca a diversas conductas, entre otras el consumo de alcohol, marihuana y opioides.

Trastorno por consumo de opioides

Las características de este trastorno son similares a las de todos los otros trastornos por consumo de sustancias específicos. Las características son las de un trastorno por consumo de sustancia genérico (p. 396); la codificación se muestra en detalle en los cuadros 15-2 y 15-3.

Intoxicación por opioides

Cuando se inyecta un opioide, sus efectos se sienten casi de inmediato. Esta “ráfaga”, que se ha comparado con un orgasmo, va seguida con rapidez (lo que varía según el individuo) por euforia, somnolencia y percepción de calor, boca seca y pesantéz de las extremidades. Algunos usuarios experimentan rubicundez facial y prurito nasal. En contraste con la intoxicación por cocaína, la violencia es rara durante la intoxicación por opioides.

La intoxicación por opioides puede en ocasiones confundirse con una intoxicación por sedantes o alcohol. La presencia característica de pupilas en extremo mióticas (puntiformes) puede ayudar a diferenciarlas; sin embargo, las pupilas pueden dilatarse en una sobredosificación grave. Una vez más, pudieran requerirse análisis en orina o sangre para diferenciar las distintas causas potenciales de la sintomatología de un individuo.

Si bien los consumidores de opioides desarrollan con frecuencia tolerancia a dosis enormes, la sobredosificación de opioides siempre constituye una emergencia médica. Puede inducir abatimiento de la conciencia (lo que incluye al coma), depresión respiratoria intensa, choque y, por último, muerte por anoxia. La sobredosificación de opioides se maneja con naloxona por vía intravenosa, un antagonista opioide potente.

Los pacientes que consumen drogas opioides con frecuencia usan lentes oscuros. En ocasiones esto puede corresponder a la moda en su cultura; en otras, lo hacen para ocultar sus pupilas. Siempre que se entreviste a un usuario de opioides debe solicitársele que se retire los lentes oscuros. Otras características físicas propias del consumo de opioides incluyen la presencia de cicatrices en los brazos y casi en cualquier otro sitio en que las venas tengan tamaño suficiente para inyectar drogas. La vía de administración subcutánea es el único recurso en quienes han destruido sus venas accesibles por el uso de agujas durante años.

Características esenciales de la intoxicación por opioides

Después de aplicarse un opioide, el paciente experimenta cambios del estado de ánimo (primero exaltación, luego apatía), aumento o disminución de la actividad psicomotora, o juicio deficiente. Luego se desarrolla constricción pupilar “puntiforme” (o dilatación pupilar en caso de sobredosis) junto con evidencia de depresión de la función neurológica: letargo, lenguaje confuso, incapacidad para concentrar la atención o defectos de la memoria.

La letra pequeña

Las D: • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, otros trastornos mentales).

En el cuadro 15-1 pueden encontrarse datos específicos sobre la intoxicación por opioides.

Notas para codificación

Especificar si: **Con alteraciones de la percepción.** El paciente experimenta alucinaciones, durante las cuales retienen la introspección. Esta condición inusual debe diferenciarse del delirium.

La codificación de acuerdo con la CIE-10 depende de la presencia de alteraciones de la percepción; véase el cuadro 15-2.

Herm Cry

Herm Cry ingreso a la unidad de desintoxicación 24 h después de aplicarse su última inyección. El producto había sido de buena calidad—lo sabía, porque después se había dormido durante casi 8 h. Pero despertó por el ya muy conocido dolorimiento muscular y el escurrimiento nasal, que le decían que era tiempo de salir y conseguir su siguiente dosis. No había tenido un empleo

regular durante el último año, pero conocía algunas formas de conseguir dinero que no implicaban la espera de un cheque.

A edad temprana, Herm se había familiarizado con los síntomas de la abstinencia. El alcoholismo de su padre era bien conocido en su colonia de clase trabajadora ubicada en St. Louis. Para cuando tenía 10 años, Herm había visto a su padre sufrir por lo menos dos episodios de *delirium tremens*. El alcohol nunca le había dejado mucho a Herm. No le gustaba el sabor, y sin duda no necesitaba una cruda. Su madre, una enfermera especializada en Salud pública tenía sus propios problemas con la meperidina.

A partir de los 12 años, Herm había consumido y dejado la marihuana en ocasiones repetidas. Pero no fue sino hasta una fiesta de la cuadra en su colonia, la noche en que cumplió 16 años, que inhaló por vez primera la heroína. “De pronto”, le dijo a su clínico más reciente, “supe que había encontrado el camino”.

En pocos minutos, Herm se había comenzado a sentir más feliz que nunca en su vida. Era como si un baño caliente le hubiera sustraído toda la ira, la depresión y la ansiedad que alguna vez hubiera contenido. Durante algunas horas incluso se olvidó de lo mucho que odiaba a su viejo. Lo único que le quedó fue una sensación sobrecogedora de tranquilidad, que de manera gradual dio paso a una apatía somnolienta.

Al día siguiente, con una jeringa estéril que robó a su madre, Herm se inyectó heroína por primera vez. Casi de inmediato vomitó; a esto le siguió de pronto una sensación de placer que parecía correr hasta la punta de sus dedos de las manos y los pies. Frotándose la nariz, en la que sentía comezón, se quedó dormido. Cuando despertó, había pasado varias horas. Se inyectó de nuevo, utilizando una dosis menor de la droga (lo que le quedaba). Esta vez, cuando despertó consideró por un momento detenerse. Su siguiente pensamiento fue darse cuenta de que, más que cualquier otra cosa que pudiera recordar, quería usar de nuevo la heroína.

Evaluación de Herm Cry

La sensación de tranquilidad y paz que Herm había experimentado (criterio B) tras inyectarse la heroína (A) es lo que hace que la gente vuelva a utilizar la droga después de la primera vez, incluso si les hizo vomitar. Por supuesto, una vez que la han utilizado durante algunos días ya no necesitan una razón positiva; el simple hecho de evitar la maldición de la abstinencia resulta suficiente motivo para continuar.

Tenía también por lo menos un síntoma típico de la intoxicación por opioides: somnolencia intensa que duraba varias horas tras la inyección (intoxicación—C1; la secreción nasal y el dolorimiento muscular son síntomas de abstinencia inminente. Véase el segmento clínico siguiente, en que continúa la historia de Herm).

El criterio C también pone como requisito que el paciente desarrolle pupilas puntiformes. En ocasiones este fenómeno es tan intenso que el consumidor no puede ver con claridad. Es raro que los pacientes se quejen por esta característica, de tal manera que el diagnóstico de intoxicación por opioides hace necesario observar el fenómeno. Si se asume que Herm había desarrollado constricción pupilar y no existía algún otro **trastorno mental** o **enfermedad física** que pudiera explicar mejor sus síntomas (D), se cubrirían los criterios para el diagnóstico de intoxicación por opioides.

La mayor parte de los consumidores de opioides cubren los criterios para algún trastorno mental comórbido. Entre otros se encuentran los **trastornos del estado de ánimo** (hasta en 75%), los **trastornos relacionados con el alcohol** (cerca de 30%), el **trastorno de la personalidad antisocial** (25%) y los **trastornos de ansiedad** (12%). Hasta 13% de los consumidores de opioides intenta suicidarse—lo que es poco sorprendente, si se toma analiza su situación.

Puesto que existe muy poco material en este primer caso clínico en relación con la cuestión del trastorno de la personalidad, es necesario diferir el diagnóstico en Herm. Yo haría una nota en el resumen para alertar a los clínicos que lo atendieran en el futuro en torno a la posibilidad, sin generar en ellos prejuicio en cuanto a su naturaleza. Él también parecería un candidato para tener problemas con el sistema legal, pero esta primera parte del caso no incluye evidencia de este tipo.

Si bien ya se cuenta con evidencia de búsqueda, gran parte del material que permitiera que se justificara en Herm un diagnóstico de trastorno por consumo de opioides se muestra en la siguiente parte del caso clínico. Así, en este momento y con fines de codificación, se pretenderá que no padece un trastorno por consumo. Al no cursar con alteraciones de la percepción (cuadro 15-2), su diagnóstico tan sólo sería el siguiente:

F11.929 [292.89] Intoxicación por opioide

Abstinencia de opioides

A pesar de que algunos síntomas de la abstinencia de opioides pudieran aparecer después de muy pocas dosis, se requieren una o dos semanas de consumo continuo para generar un síndrome de abstinencia característico. La abstinencia de opioides se asemeja en gran medida a una enfermedad viral similar a la influenza: náusea y vómito, disforia, malestar y dolorimiento muscular, epífora y rinorrea, fiebre y diarrea. Otro síntoma de activación del sistema nervioso autónomo que se presenta durante la abstinencia es la **piloerección**: el vello corporal se levanta y genera “piel de gallina”. La rapidez con que los síntomas de abstinencia aparecen depende ante todo de la droga que se utiliza; debe consultarse una referencia sobre opioides (o hacerse una búsqueda en internet) para obtener información acerca de las vidas medias de cada una de las drogas. Incluso después de que la mayor parte de los síntomas se abate, algunos individuos pueden sufrir un síndrome de abstinencia prolongado, que se caracteriza por ansiedad y autoestima baja, capaz de persistir incluso cinco o seis meses.

Características esenciales de la **abstinencia de opioides**

Después de suspender un consumo intenso de opioides de varias semanas de evolución, el paciente desarrolla síntomas característicos de excitación de rebote—disforia, náusea, diarrea, mialgias, epífora (rinorrea), bostezos, somnolencia y síntomas autonómicos como midriasis, piloerección y sudoración.

La letra pequeña

Si la abstinencia se induce mediante la administración de un antagonista de opioides, como naloxona, los signos y los síntomas se desencadenan en pocos minutos.

Las D: • Periodo hasta el inicio de los síntomas (varios días) • Tensión o discapacidad (disfunción laboral, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, otros trastornos mentales).

En el cuadro 15-1 pueden encontrarse datos específicos sobre la abstinencia de opioides.

Notas para codificación

Consúltense los códigos en los cuadros 15-2 y 15-3.

Herm Cry de nuevo

Después de 16 h de aplicarse su última dosis, Herm seguía sin conseguir más. Sus proveedores usuales se habían rehusado a darle crédito. Había tratado de pedir dinero prestado a su madre, pero ella se había negado, y los aretes que le había robado del vestidor no habían resultado valiosos. Aunque el cólico estaba aumentando y sentía náusea, logró llegar al departamento de una exnovia a quien había provisto en alguna época. Pero ella se acababa de inyectar lo último que le quedaba y estaba dormida. Se apropió de su jeringa usada para utilizarla después, para cuando consiguiera droga.

Metiéndose en el baño de una estación de autobuses, Herm logró evitar por poco las consecuencias desastrosas de un cuadro de diarrea explosiva. Cuando estaba a punto de salir del baño, vomitó en forma súbita en el excusado sucio. Se sentó en el frío piso de azulejos y se apretó los brazos para tratar de quitarse la piel de gallina. Se limpiaba una y otra vez la nariz que le escurría con un trozo de papel de baño. Se daba cuenta de que estaba demasiado débil para moverse con rapidez. Tendría que entrar a una desintoxicación durante algunos días y recuperar su fuerza.

Luego podría salir y conseguir lo que en realidad necesitaba para sentirse bien.

Evaluación adicional de Herm Cry

A hora temprana, Herm había despertado por el cólico intestinal y la rinorrea—síntomas tempranos característicos (criterios B3 y B4) de la abstinencia de opioides. Al avanzar el día y no poder conseguir más heroína (A1), desarrolló síntomas intestinales como náusea, vómito y diarrea (B2 y B6). Tenía piloerección (B5), y en el momento de su ingreso es probable que un clínico hubiera podido identificar también midriasis (sólo se requieren tres síntomas del criterio B para establecer el diagnóstico de abstinencia).

Con base en los síntomas referidos en los dos casos clínicos, también se asignaría a Herm un diagnóstico de trastorno por consumo de opioides. Por supuesto, sufría abstinencia (criterio A11 del trastorno por consumo de sustancias). El síntoma conductual más notorio en Herm era el compromiso de su desempeño normal (durante un año o más había renunciado al trabajo para dedicarse a las actividades criminales—A7). Pasaba gran parte del tiempo tratando de obtener heroína (A3) y no había tenido un empleo durante un año o más (A6), en parte debido a que su hábito de drogadicción ocupaba por completo su tiempo. La búsqueda de la droga es casi universal en individuos con adicción que, al igual que Herm, suspenden su uso en forma súbita (A4); esto se señaló en la primera cita del caso clínico. Es probable que también cumpliera otros criterios para trastorno por consumo de opioides, como la tolerancia y los intentos por dejar la droga, pero no se hace referencia a ellos en el caso clínico. Incluso de ser así, es posible aceptar que Herm quizá tuviera una dependencia grave. El cuadro 15-2 muestra la codificación según la CIE-10. Los códigos de la CIE-9 se presentan en el cuadro 15-3. Puesto que se trata de la razón principal para que Herm ingresara al tratamiento, se indica primero la abstinencia de opioides en su resumen diagnóstico.

El diagnóstico de personalidad de Herm no se modificaría. Contaba con varias de las características del **trastorno de la personalidad antisocial** (robo y distribución), pero se desconoce si estos fenómenos ocurrían fuera del contexto del consumo de sustancias. Sin embargo, ese trastorno de la personalidad sin duda se encuentra bien representado en otros consumidores de opioides. Yo le asignaría una calificación EEAG de 55.

F11.23 [304.00, 292.0]

Trastorno por consumo de opioides grave, con abstinencia

Otros trastornos inducidos por opioides

En los cuadros 15-2 y 15-3 se incluye un listado completo de los trastornos relacionados con los opioides.

Trastornos relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos se utilizan con distintos propósitos, pero comparten muchas características. Los más relevantes para la salud mental son los síntomas de intoxicación y abstinencia que tienen en común. Los términos que se aplican a estas sustancias son un poco confusos y no siempre se utilizan con precisión. Un **sedante** es cualquier sustancia que reduce la de la excitación e induce tranquilidad sin generar somnolencia. Un **hipnótico** ayuda a un paciente a dormir y permanecer dormido. Y un **ansiolítico** es aquella sustancia que, bueno, reduce la ansiedad. Sin embargo, de acuerdo con la dosis, la mayor parte de los fármacos que se analizan en esta sección puede inducir cualquiera de estos efectos.

Las clases farmacológicas principales que se analizan en esta sección son las benzodiazepinas, como el diazepam y el alprazolam, a la vez que los barbitúricos, como el pentobarbital; entre otras clases se encuentran los carbamatos (como el meprobamato) y los hipnóticos similares a los barbitúricos. Quienes los consumen valoran a los barbitúricos y las benzodiazepinas por la desinhibición que producen, lo que implica que inducen euforia, reducen la ansiedad y la culpa, al tiempo que potencian la confianza personal y la energía. Existen dos patrones principales de abuso, que pueden resumirse en forma general como se indica a continuación.

Algunas personas comienzan su uso con una receta, que por lo general obtienen para resolver los efectos del insomnio o la ansiedad. Luego, en grado variable, incrementan la dosis. Si bien es probable que desarrollen síntomas de abstinencia si suspenden el uso del fármaco de manera abrupta, muchas de estas personas nunca cubren los criterios conductuales para un trastorno por consumo de sustancia genérico (p. 396). Ni siquiera reconocen o aceptan tener búsqueda.

Una vía más frecuente de consumo inapropiado se verifica en personas (de manera primordial, jóvenes) que utilizan estos fármacos para inducir euforia. Es la misma historia que de manera característica se asocia al consumo inapropiado de la mayor parte de las sustancias que se describen en el DSM-5. En el pasado, esto era en particular válido para el consumo de barbitúricos y de medicamentos especializados como la metacualona y la glutetimida. Sin embargo, en años recientes la producción legítima de estos fármacos se ha restringido en gran medida (barbitúricos) o prohibido del todo (metacualona). También las prácticas de prescripción de los médicos se han modificado. La regulación gubernamental ha sido un catalizador importante de estos cambios.

Sólo en casos infrecuentes son las benzodiazepinas las sustancias principales de las que se abusa, pero con frecuencia se utilizan para mitigar los efectos indeseables de otras drogas—por ejemplo, calmar los temores que inducen los estimulantes del sistema nervioso central. Las benzodiazepinas también en ocasiones se utilizan para potenciar el efecto de la metadona o aliviar los síntomas de la abstinencia de heroína. En los primeros años de la década del 2000, el consumo de sedantes y tranquilizantes durante el año previo se encontraba en una cifra de 0.3% (en ado-

lescentes) o menos (en personas mayores). Las benzodiazepinas preferidas por los consumidores son diazepam, alprazolam y lorazepam; estas personas pagan precios elevados para asegurarse de conseguir el fármaco verdadero. Excepto por aquéllos con algún trastorno por consumo de sustancias, los pacientes de salud mental tienen una tasa muy baja de abuso de, benzodiazepinas.

Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Las características de este trastorno son similares a las de cualquier otro trastorno por consumo de sustancia específica. Los criterios son los propios de un trastorno por consumo de sustancia genérico (p. 396). A pesar de esto, debe señalarse que cuando un fármaco se prescribe con fines médicos, la tolerancia y la abstinencia no deben considerarse síntomas de un trastorno por consumo. Véanse los códigos en los cuadros 15-2 y 15-3.

Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Al igual que con la mayor parte de las drogas, los efectos que se logran por medio del uso de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos dependen en gran medida de la situación en la que se consumen y de las expectativas de quienes los utilizan. El estado de ánimo es con frecuencia lábil, y los informes de caso mencionan desde la euforia hasta la hostilidad y la depresión. También se refiere la pérdida de la memoria en grado similar al que se presenta con el consumo intenso de alcohol, sobretodo con el flunitrazepam, la denominada droga “date rape”. Otros efectos frecuentes son la marcha inestable, el habla farfullante, el nistagmo, el juicio deficiente y la somnolencia. En dosis muy altas estas drogas inducen depresión respiratoria, coma y muerte, no obstante este tipo de evolución es mucho más frecuente con los barbitúricos que con las benzodiazepinas. Los criterios del DSM-5 para esta categoría son idénticos a los de la intoxicación por alcohol.

Características esenciales de la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Poco después de consumir un fármaco sedante, hipnótico o ansiolítico, el paciente desarrolla desinhibición (discute; es agresivo; tiene cambios rápidos del estado de ánimo o compromiso de la atención, el juicio o el desempeño personal). También existe evidencia de disfunción neurológica (desequilibrio o marcha tambaleante, lenguaje confuso, coordinación deficiente, nistagmo, disminución del nivel de conciencia).

La letra pequeña

Las D: • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, intoxicación por alcohol, otros trastornos mentales).

En el cuadro 15-1 pueden encontrarse los datos específicos sobre la intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Notas para codificación

Véanse los códigos en los cuadros 15-2 y 15-3.

Kirk Aufderheide

Cuando la carga de tubo de hierro galvanizado de un montacargas le aplastó la pelvis, Kirk Aufderheide se prometió que nunca volvería a quejarse de algo más alguna vez, si tan sólo pudiera recuperar el uso de sus piernas. Cuatro meses después, el día que salió cojeando del hospital utilizando una caminadora de aluminio, comenzó a tratar de cumplir esa promesa. Lo que no había tomado en cuenta eran los espasmos musculares.

Kirk tenía 35 años cuando ocurrió el accidente en la bodega. A pesar de la diabetes dependiente de insulina que había padecido durante 15 años, se consideraba saludable. Su única hospitalización previa había sido por convulsiones febriles siendo niño. La combinación de su diabetes y una educación religiosa estricta le habían hecho evitar el uso de drogas callejeras, alcohol y tabaco. Hasta su accidente se había jactado de nunca tomar más que alguna aspirina.

Sin embargo, los espasmos musculares cambiaron todo eso. Quizá habían existido desde el accidente, pero Kirk no los había identificado hasta el primer día que se le permitió salir de la cama. A partir de entonces, en cualquier momento en que se sentaba y se desplazaba, existía la posibilidad de que desarrollara calambres insoportables en los músculos de su espalda baja. Con renuencia, aceptó una receta de diazepam. Una tableta de 5 mg cuatro veces al día, le aseguró su médico, le ayudaría a relajar sus músculos.

Milagrosamente, eso sirvió. Durante casi dos semanas Kirk pudo moverse con comodidad, si bien no libre de dolor. Cuando los espasmos estaban regresando y su médico le dijo que la dosis máxima por día que podía recibir era de 20 mg, solicitó asesoría a otro médico.

En pocos meses, Kirk estaba consultando a cuatro médicos y tomando entre 60 y 80 mg de diazepam por día. Veía a un médico bajo un nombre falso (en el estado en el que vivía Kirk la prescripción de benzodiazepinas tenía un control estricto). Los otros dos médicos que consultaba trabajaban más allá del límite estatal, a unos cuantos kilómetros de su casa. Un quinto médico había observado su estado de ánimo decaído y le había alertado sobre no utilizar dosis demasiado altas del fármaco; nunca había vuelto con ese médico.

Mientras esperaba sus citas y conducía hasta farmacias distantes, Kirk invertía varias horas cada semana tan sólo para surtir su medicamento. Gran parte del resto de su tiempo—todavía no había sido capaz de regresar al trabajo, de manera que permanecía en casa y cuidaba de ella en lugar de su esposa y sus dos hijas—lo invertía frente a la televisión, y recordaba poco de lo que había visto. Su esposa se quejaba de que él había cambiado; se había vuelto malhumorado y parecía tener dificultad para seguir el hilo de una conversación.

Evaluación de Kirk Aufderheide

La esposa de Kirk lo describía como malhumorado, que es el tipo de cambio psicológico que se esperaría en la intoxicación por diazepam (criterio B). Tenía marcha inestable y mala memoria (en relación con los programas de televisión que miraban), dos de los síntomas específicos de la intoxicación (C3 y C5). Sólo necesitaba uno para recibir el diagnóstico.

Si bien los criterios actuales son exactamente los mismos que para la intoxicación por alcohol, la información de la historia clínica y el hálito alcohólico permitirían distinguirlas con facilidad (D). En el caso de Kirk no había antecedentes que implicaran al alcohol. Sin embargo, en algún otro paciente pudiera necesitarse un análisis en sangre para identificar cada una.

¿Calificaría Kirk para un diagnóstico de trastorno por consumo de diazepam? Había desarrollado cierto grado de tolerancia (criterio B9 del trastorno por consumo de sustancia) que le hacía utilizar cuatro veces la dosis máxima recomendada—mucho más de lo que alguno de sus médicos le prescribía. Invertía un tiempo considerable en acudir a cuatro médicos distintos y farmacias para obtener su provisión (B3). También seguía utilizando el diazepam, no obstante uno de los médicos le había dicho que las dosis altas pudieran causarle daño (B8).

Con una calificación EEAG de 2.5, el diagnóstico de Kirk en este momento sería el siguiente:

| | |
|--------------------------|--|
| F13.229 [304.10, 292.89] | Trastorno por consumo de diazepam moderado, con intoxicación |
| Z87.828 [V15.59] | Fractura de pelvis (por aplastamiento), consolidada |
| E10.9 [250.01] | Diabetes mellitus tipo 1 sin complicaciones |
| Z56.9 [V62.29] | Desempleado |

Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Cuando un paciente deja de utilizar (o reduce con intensidad una dosis alta de) un sedante/hipnótico, el resultado se asemeja mucho a la suspensión abrupta del consumo de alcohol; los criterios de abstinencia son idénticos (en este contexto, dosis alta implica el uso de una dosis varias veces superior a la terapéutica—por ejemplo, 60 mg o más de diazepam). Sin embargo, la evolución temporal varía de acuerdo con la vida media del medicamento. Al igual que en el caso de los opioides, debe consultarse una referencia acerca de estos fármacos para obtener información en torno a la vida media específica de algún medicamento.

Un reto diagnóstico es diferenciar los síntomas de abstinencia de la reincidencia de los síntomas que condujeron en primer lugar a solicitar el tratamiento (ansiedad, agitación e insomnio desempeñan un papel prominente en ambos casos). La evolución temporal puede ayudar: cualquier manifestación que persista (o aparezca) dos o tres semanas después de haber suspendido un medicamento quizá corresponda a síntomas previos que reinciden.

Características esenciales de la **abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

Después de un consumo intenso y prolongado de un fármaco sedante, hipnótico o ansiolítico, el individuo suspende en forma súbita su uso o reduce en forma marcada la dosis. En el transcurso de horas o días esto da origen a síntomas por incremento de la actividad nerviosa y motora, como temblor, sudoración, náusea, taquicardia, elevación de la presión arterial, agitación, cefalea, insomnio, debilidad, alucinaciones o ilusiones breves, convulsiones.

La letra pequeña

Las D: • Periodo hasta el inicio de los síntomas (horas a días) • Tensión o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos; trastornos psicóticos, del estado de ánimo y de ansiedad; abstinencia de alcohol; delirium).

En el cuadro 15-1 se muestran datos específicos sobre la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Notas para codificación

Especificar si: **Con alteraciones de la percepción.** El paciente tiene percepciones anormales: ilusiones o alucinaciones auditivas, táctiles o visuales, con conservación de la introspección (el paciente reconoce que los síntomas no son reales y se deben al consumo de la sustancia).

La codificación según la CIE-10 depende de la presencia de trastornos de la percepción; véase el cuadro 15-2.

Kirk Aufderheide de nuevo

Cuatro días antes del primer aniversario de su accidente, la esposa de Kirk recibió la noticia de que se le iba a transferir a una sucursal en el interior del estado. La transferencia obligó a la familia a mudarse. En su ubicación, Kirk encontró controles más estrictos para la prescripción de benzodiazepinas, junto con un número mucho menor de médicos y farmacias. Una vez que se establecieron en su nuevo hogar, se dio cuenta de que no tenía opción sino de reducir su dosis de diazepam.

Aunque Kirk intentó disminuir progresivamente el consumo, lo abandonó hasta que casi se quedaba sin medicamento. Así, en una mañana cálida de verano se encontró de pronto enfrentando la perspectiva de tan sólo tomar 4 tabletas, mientras que el día anterior había utilizado 16. Al inicio le sorprendió lo poco que eso le había molestado. Durante varios días experimentó insomnio, pero ya esperaba eso (sin un empleo al cual acudir, había tenido tiempo para leer algunos artículos de revista acerca de los efectos del consumo de sustancias).

Sin embargo, a las cuatro de la mañana del tercer día Kirk despertó con una sensación de ansiedad que limitaba con el pánico. Sentía náusea y observó que su pulso estaba muy acelerado. Durante dos días se incrementó su agitación, hasta un grado tal de que tenía dificultad para permanecer quieto cuando se sentaba a comer la cena que había preparado. El quinto día su esposa llegó a casa y lo encontró teniendo una convulsión tipo gran mal.

Evaluación adicional de Kirk Aufderheide

Cuando disminuyó en forma drástica su consumo de diazepam (criterio A), Kirk detectó algunos de los síntomas clásicos (se requieren dos) de la abstinencia: pulso acelerado, insomnio y náusea (B1, B3 y B4; la vida media relativamente prolongada del diazepam implicó que se requiriera mucho tiempo para que se desarrollaran en él síntomas de abstinencia). Las convulsiones febriles de la niñez pudieran haberlo hecho más sensible a las convulsiones de la abstinencia; las de Kirk se presentaron en el transcurso de pocos días (B8)—el destino de quizá una cuarta parte de las personas que suspende en forma abrupta el uso de estas sustancias. Su disfunción era evidente (C).

La ansiedad y los ataques de pánico ocurren con frecuencia como un fenómeno de rebote; por ende, los **trastornos de ansiedad** constituyen una parte importante del diagnóstico diferencial (D). Cuando se presentan alucinaciones durante la abstinencia, pueden tomarse por un **episodio**

maniaco o por distintos **trastornos psicóticos**. El **delirium** también es una complicación frecuente. El **trastorno de la personalidad antisocial** se identifica a menudo entre los individuos que obtienen estos medicamentos por vías ilegales.

Kirk no había presentado ilusiones o alucinaciones que justificaran el especificador **con alteraciones de la percepción**. Debido a que la convulsión era el elemento en que se centró el tratamiento en el momento del ingreso, yo lo mencionaría primero. El resto del diagnóstico queda como antes.

| | |
|-------------------------|---|
| R56.9 [780.39] | Convulsión por abstinencia |
| F13.239 [304.10, 292.0] | Trastorno por consumo de diazepam moderado, con abstinencia |

Otros trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

En los cuadros 15-2 y 15-3 se incluye un listado completo de estos trastornos. Aquí se menciona en breve uno de ellos:

Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Cuando se presenta delirium, casi siempre ocurre en el transcurso de una semana de la suspensión del fármaco. Al igual que el delirium de otra etiología, se caracteriza por disminución de la capacidad para mantener la atención y problemas de orientación, memoria, percepción (alucinaciones o ilusiones visuales, auditivas o táctiles) o del lenguaje. Suele precederlo el insomnio.

F13.99 [292.9] Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado

Trastornos relacionados con los estimulantes

Los estimulantes (en ocasiones denominados psicoestimulantes) afectan el desempeño mental, físico o ambos. Por ejemplo, estos fármacos de manera característica mejoran—por lo menos durante un periodo—el estado de alerta, el estado de ánimo y los niveles de actividad. En todo el mundo se utilizan algunos estimulantes por prescripción para mejorar los efectos de trastornos tanto mentales como físicos. Además, muchos se consumen, o utilizan de manera inapropiada, con fines de recreación. Si bien la cafeína también es un estimulante, ocupa su propio nicho entre las drogas psicoactivas.

El DSM-5 menciona dos tipos principales de estimulantes: anfetaminas y cocaína. En ediciones previas, si bien los síntomas de la intoxicación y la abstinencia son idénticos para estos dos tipos de fármacos, ocupaban secciones independientes. Ahora, en una lógica encomiable, fueron unidos. Aún así, sus patrones de consumo son lo suficientemente distintos como para conservar la inclusión de dos casos clínicos a manera de ilustración.

Anfetaminas y compuestos relacionados

Quienes abusan de las anfetaminas las tienen en alta estima por la euforia, la supresión del apetito y el incremento de la energía que generan. Si bien muchas personas empiezan a consumir

anfetaminas mediante aspiración nasal, la constricción de los vasos sanguíneos locales hace impredecible su absorción, de manera que se buscan otras vías. Fumar o inyectar el fármaco genera un efecto rápido, de tal manera que quienes lo utilizan en juergas (“atascones”) se lo aplican manera repetida durante medio día y hasta dos a tres días. Los efectos de la sustancia disminuyen con rapidez al tiempo que se desarrolla tolerancia. Es casi inevitable que se presente un periodo durante el cual no se le utiliza, pero los usuarios recuerdan “lo maravillosa” que era la droga (ésta es la expresión eufórica) y desean más. Esto determina un ciclo de consumo y abstinencia que suele ser de alrededor de 10 días.

Los consumidores de anfetamina tienden a desarrollar un aspecto que sugiere privación de sueño y anorexia. Los signos físicos incluyen ojeras, mala higiene, y piel seca y pruriginosa, que tiende al desarrollo de lesiones similares al acné. Los consumidores que se inyectan pueden presentar vasoconstricción local, con necrosis cutánea. Quienes inhalan pueden desarrollar rino-rragia, e incluso perforación del tabique nasal. Entre los síntomas tóxicos se encuentran el dolor torácico, las palpitaciones y la disnea.

Cuando se sintetizaron por vez primera en 1887, no había algún reglamento que limitara el consumo de las anfetaminas. Más o menos a la mitad del siglo XX, era frecuente su uso para el control del peso, la depresión y la congestión nasal; muchos abusaron de ellas durante las décadas de 1960 y 1970. Sin embargo, desde entonces los controles estrictos y el cambio de las prácticas de prescripción han reducido en gran medida su disponibilidad. Casi sus únicos usos legítimos son ahora el manejo de la obesidad, la narcolepsia, algunos trastornos depresivos y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Las anfetaminas pueden ser utilizadas en forma intermitente en dosis bajas por camioneros, estudiantes y otras personas (en su mayoría varones jóvenes) que quieren algo que supere a la cafeína para mantenerlos despiertos. Algunos consumidores toman estas drogas para inducir euforia, lo que con frecuencia conduce a “Speed Runs” que pueden durar semanas. Pueden identificarse episodios de delirium durante estos “atracones” y “bajones” cuando las provisiones se agotan. Otros utilizan los estimulantes para contrarrestar los efectos de los sedantes y otras drogas de las que abusan.

Sólo alrededor de 2% de las consultas en servicios de urgencias se debe a las anfetaminas y las sustancias relacionadas. La prevalencia entre jóvenes de secundaria y preparatoria se encuentra en torno a dos por 1 000, muy cercana a la de la cocaína. Algunos datos sugieren que quienes tienen dependencia de las anfetaminas pueden dejar de consumirlas después de una década o un periodo similar. Las sustancias relacionadas con la anfetamina de que se dispone mediante prescripción son la metanfetamina, la dextranfetamina, las combinaciones de anfetaminas, el dietilopropión y el metilfenidato. La metanfetamina ilegal puede sintetizarse en lotes pequeños, pero gran parte del producto disponible en EUA se produce en laboratorios, ya sea domésticos o mexicanos.

El éxtasis (MDMA) guarda similitud estructural tanto con las anfetaminas como con la mezcalina, uno de los alucinógenos, y sus efectos son tanto estimulantes como psicodélicos leves. Ha estado disponible por casi 100 años; cerca de 4% de los estadounidenses lo han probado. Rara vez se utiliza a diario; es típico que su consumo se ocurra en “reventones” y en otras situaciones sociales. No obstante tiene una reputación terrible por causar daño físico y adicción, las cifras relacionadas se ubican en algún punto cercano al extremo inferior de la escala, de acuerdo con un estudio publicado en *The Lancet*, en 2007.

Cocaína

La cocaína ha llenado una buena parte del nicho ocupado alguna vez por las anfetaminas (los efectos de la cocaína son casi idénticos a los de las anfetaminas, pero su vida media en el organismo es mucho más breve. Esto pudiera explicar el poder adictivo mayor de la cocaína—y su atractivo).

Con una vida media corta, la cocaína genera un comportamiento de búsqueda intenso, y los consumidores se la administran con más frecuencia que lo que ocurre con las anfetaminas. De igual manera, los síntomas de toxicidad son más breves que con las anfetaminas. La intoxicación grave se caracteriza por convulsiones, arritmias, fiebre elevada y muerte. El pensamiento paranoide puede intensificarse al tiempo que continúa el “atacón”. Las ideas delirantes (con frecuencia sobre conspiraciones o ataques contra el consumidor) suelen ser autolimitadas y breves (cuestión de horas). Se presentan distorsiones perceptuales; las alucinaciones son raras.

Fuera de moda desde hace mucho tiempo tras un brote breve de popularidad al inicio de la década de 1900, la cocaína disfrutó un resurgimiento cuando el gobierno estadounidense limitó la producción y distribución de anfetaminas en la década de 1970. Desde entonces, su precio cada vez más bajo y su disponibilidad cada vez mayor la han convertido en la droga ilegal que ocupa el segundo lugar en frecuencia de consumo (después de la marihuana) en EUA y todo el mundo. En años recientes, cerca de una cuarta parte de las consultas relacionadas con drogas en los servicios de urgencia se deben a la cocaína. Con un uso que se concentra en adultos jóvenes (de 15 a 34 años), los varones se ven afectados con más frecuencia por el impacto de esto. Quienes la consumen tienen una mortalidad esperada de cuatro a ocho veces la propia de personas de su mismo grupo de edad que no la utilizan.

La cocaína que se calienta con bicarbonato forma un cúmulo blanco que no se destruye con el calor. Produce un sonido similar a un chasquido al fumarse; de ahí el nombre *crack* (piedra). La disponibilidad del *crack* explica en gran medida el incremento del consumo de cocaína durante la última parte del siglo XX; sin embargo, el número de consumidores ha declinado en cierta medida durante la primera década del siglo XXI.

La mayor parte de los usuarios de la cocaína comienzan utilizándola de manera intermitente, pero con rapidez avanzan al consumo en “atracones”, similar al que se identifica en consumidores de anfetaminas. La adicción al *crack* suele desarrollarse tras unas cuantas semanas de consumo. Debido a que casi no se desarrolla tolerancia a la cocaína, los “atracones” pueden durar varios días, no obstante un día o menos es más común.

Obsérvese que una valoración transversal pudiera no permitir discriminar de manera adecuada a los individuos que consumen cocaína de aquéllos que usan anfetaminas o drogas relacionadas. Incluso el interrogatorio pudiera no ser confiable: lo que se vende en las calles no siempre corresponde a lo que se ofrece. Incluso los proveedores más leales tienen poco control sobre las impurezas o los contaminantes. La única alternativa segura para determinar qué sustancia está utilizando un paciente es la obtención de una muestra de orina o sangre para análisis toxicológico.

Khat

Una planta africana denominada khat contiene un alcaloide, la catinona, que se metaboliza en efedrina. Las personas locales (en Yemen, por ejemplo) mastican las hojas para lograr un efecto de euforia y excitación, similar al que produce una mezcla fuerte de café. Puede presentarse un síndrome de abstinencia leve. En cuanto a daño físico y potencial adictivo, ocupa un lugar

cercano a la base entre los estimulantes, no obstante se refieren algunas psicosis leves y estados de hipomanía.

"Sales para baño"

Algo nuevo son las denominadas "sales para baño", que con frecuencia se comercializan con la leyenda "No aptas para el consumo humano", con el objetivo de evadir a las leyes estatales y federales para las drogas. Estos compuestos, denominados en forma diversa y que se venden como alternativa a la cocaína en línea o en tiendas que comercializan accesorios para el consumo de marihuana, suelen contener una variedad de catinona (el alcaloide que contiene el khat), modificada por medios químicos. La inhibición potente de la recaptura de monoaminas da origen a diversos síntomas físicos y mentales—delirium, alucinaciones, ideas delirantes paranoides, agitación, taquicardia, elevación de la presión arterial, fiebre y convulsiones. La abstinencia puede inducir una búsqueda intensa; la sobredosificación puede implicar la muerte. Los usuarios tienen a ser varones y ser jóvenes (tercera década de la vida). Desde 2011, las "sales para baño" son ilegales en EUA.

Trastorno por consumo de estimulantes

El trastorno por consumo de estimulantes tiene características similares a las de casi cualquier otro trastorno por consumo de otra sustancia específica. Los criterios son los mismos que para el trastorno por consumo de sustancia genérico (p. 396). Los datos para codificación se incluyen en los cuadros 15-2 y 15-3. Sin embargo, quizá usted ya sepa eso en este momento.

Intoxicación por estimulantes

El DSM-5 conjuntó a los síndromes por consumo de anfetaminas y cocaína, pero existen diferencias suficientes como para que, a pesar de ello, merezcan ser analizados de manera independiente. Sin embargo, las características esenciales de la intoxicación y la abstinencia son las mismas.

Características esenciales de la intoxicación por estimulante

Poco después de consumir una droga estimulante, el paciente muestra cambios del estado de ánimo o el afecto, así como compromiso del juicio o del desempeño psicosocial. Además, muestra indicadores físicos de excitación neurológica: disminución o elevación de la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la actividad motora; dilatación pupilar; sudoración o escalofríos; náusea; anorexia; y debilidad, dolor torácico, depresión respiratoria o arritmias. Los pacientes con afectación grave pueden experimentar convulsiones, coma o un estado confusional.

La letra pequeña

Las D: • Periodo hasta el inicio de los síntomas (en el transcurso de minutos) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, otros trastornos mentales).

En el cuadro 15-1 se muestran datos específicos sobre la intoxicación por estimulantes.

Notas para codificación

Especificar si: **Con alteraciones de la percepción.** El paciente tiene percepciones anormales: ilusiones o alucinaciones auditivas, táctiles o visuales, con conservación de la introspección (el paciente reconoce que los síntomas no son reales y que derivan del consumo de las sustancias). Las alucinaciones en las que no existe introspección sugieren un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por estimulantes.

Al hacer el registro, debe especificarse el estimulante por su nombre.

La codificación de la CIE-10 depende de la presencia de alteraciones de la percepción; véase el cuadro 15-2.

Intoxicación por anfetaminas

Si una anfetamina se inyecta, se desencadenan con rapidez sensaciones de euforia, confianza y bienestar. Los usuarios experimentan una “ráfaga” de energía y euforia; encuentran que sus propios pensamientos son profundos y que su interés sexual repunta. Sin embargo, pagan el precio de la anorexia y la agitación. Cuando la intoxicación es intensa, desarrollan confusión y su lenguaje se vuelve errático.

Con un uso más prolongado, la persona puede comenzar a alejarse de otras, y concentrarse más o menos de manera exclusiva en la obtención y el consumo de drogas. Pueden desarrollarse alucinaciones (como la presencia de insectos que caminan por la piel) o ideas paranoides. El delirium puede ir acompañado de violencia. Algunas personas adoptan comportamientos estereotipados: repeticiones rituales de las cosas que de ordinario les gusta hacer (como ensamblar o desmantelar equipo electrónico). Cualquiera de estos síndromes puede simular un cuadro de esquizofrenia, pero el clínico alerta debe concentrarse en la evolución, que se obtiene a partir de otros informantes. Los estudios de laboratorio ayudan a confirmar los orígenes tóxicos del comportamiento.

Freeman Cooke

“Era hiperactivo de niño”, dijo Freeman Cooke al entrevistador. “Mi madre solía darme café para desacelerarme”.

Mientras se movía sin parar por el consultorio, Freeman se veía como si acabara de tomar demasiadas tazas de café. Ya se había excusado dos veces para ir al baño, en el que casi vomita. La enfermera que lo registró había señalado que su presión arterial estaba alta y que su pulso estaba acelerado, a 132 latidos por minuto. Aceptó que había inhalado medio gramo de “cristal”, poco antes de llegar al consultorio.

Freeman era el mayor de cuatro hijos. Su madre había sido una mujer infeliz y nerviosa que siempre parecía estar mal. Su padre ganaba buen dinero como carpintero de acabados, pero su gusto por el vodka creció a la par de su familia. Siendo aún un niño, Freeman se había prometido que evitaría consumir alcohol y que trataría a su esposa, si llegara a tener alguna, con más respeto que lo que su padre había hecho. Logró cumplir la mitad de su promesa.

Después de terminar la preparatoria, Freeman se casó y consiguió un trabajo como ayudante en una compañía de mudanzas foráneas. La paga era buena, pero el horario era terrible. Cuando él y su jefe salían a carretera, en ocasiones trabajaban 18 h seguidas. Al igual que la mayor parte de los camioneros, utilizaba dextranfetamina para tener energía y mantenerse despierto. Al inicio, sólo la usaba cuando estaba trabajando. Cuando llegaba a casa de un viaje de 10 días “le daba un bajón”, y en ocasiones dormía hasta 20 h de corrido. Sin embargo, para cuando tuvo suficiente edad y experiencia para comprar su propio camión, ya estaba utilizando las anfetaminas también con fines de recreación.

Había comenzado a aspirar metanfetamina en polvo (“met”), pero comenzó con rapidez a fumarla debido a que le producía un mejor “jalón”. Cuando estaba “puesto”, se sentía en extremo feliz, incansable y poderoso. “Como si pudiera levantar un gran piano yo solo”, explicó. También adquirió la costumbre de discutir, y en ocasiones mantenía a su esposa despierta hasta tarde con una diatriba sobre cuestiones que incluso él encontraba triviales al día siguiente. Después de algunas horas, al tiempo que el efecto de la “subida” comenzaba a disminuir y sólo quedaba la memoria del “jalón”, se sentía impulsado a fumar una y otra vez. Pero con cada administración durante un atascón, necesitaba más droga para lograr un “jalón”. De manera eventual, su provisión o su constitución cedían, y de nuevo venía el “bajón”. Cuando lograba recuperar la conciencia, con frecuencia se impresionaba de la cantidad de producto que había consumido.

Cuando Freeman despertó después de un atascón memorable e inusual de dos días, encontró una nota que decía que su esposa lo estaba dejando. Por primera vez, se dio cuenta qué tan parecido se había vuelto a su padre.

Evaluación de Freeman Cooke

Al igual que otros tipos de intoxicación por sustancia, la intoxicación por un estimulante debe documentarse a partir de cambios intensos y negativos de tipo conductual o psicológico (criterio B). En el caso de Freeman eso sería simple: su consumo reciente (A) había dado origen a discusiones con su esposa, que culminaron con su partida. De los signos físicos y síntomas (se requieren dos), tenía aumento del pulso y la presión arterial (C1 y C3), así como agitación y náusea (C7 y C5). En el momento de la valoración no presentaba alucinaciones o ilusiones que justificaran el uso del especificador con alteraciones de la percepción.

En Freeman también se justificaba un diagnóstico de trastorno por consumo de anfetaminas. Al necesitar una mayor cantidad de la droga para “subir” al utilizarla en ocasiones sucesivas, sin duda experimentaba tolerancia (A10). En ocasiones consumía más metanfetamina de la que pretendía (A1), e invertía gran parte de su tiempo y energía en consumirla y recuperarse de sus efectos (A3). El juicio acerca de que su patrón de uso era grave se basa en parte en la evidencia de la abstinencia de anfetaminas (A11) que se analiza más adelante, no obstante yo también reclamaría el privilegio del clínico de asegurar que él presenta una dependencia grave. Yo le asignaría una calificación EEAG de 55.

F15.229 [304.40, 292.89] Trastorno por consumo de metanfetamina grave, con intoxicación
Z63.0 [V61.10] Separado de su esposa

Intoxicación por cocaína

La cocaína es quizá el reforzador farmacológico más potente alguna vez producido. Los animales de laboratorio la prefieren al alimento, el agua y el sexo; si se les da acceso libre, la consumen una y otra vez hasta que mueren.

Los humanos la consumen al aspirarla, inyectarla o fumarla. Fumar *crack* puede producir una “ráfaga” de euforia y una sensación de bienestar que se establece en pocos segundos. El consumidor se siente alerta y con confianza en si mismo, y muestra incremento del deseo sexual. Estos sentimientos positivos duran unos cuantos minutos y luego dan paso a la disforia y a una búsqueda intensa de más droga. Con su uso continuo, los efectos de euforia disminuyen y la disforia (ansiedad, depresión, fatiga) ocupa su lugar. La motivación se orienta a una sola meta: obtener más cocaína.

Las modificaciones conductuales que se asocian a la intoxicación por cocaína incluyen agresividad y agitación, que con frecuencia conducen a peleas y a una actitud de vigilancia excesiva. La cocaína posterga la fatiga, y el incremento de energía que resulta alimenta al mal juicio y a la disposición creciente a correr riesgos. La violencia y el crimen son productos frecuentes del estado de intoxicación por cocaína.

Entre los síntomas cognitivos se encuentran ideas delirantes, sentimientos de omnipotencia, ideas de referencia (creencias de que los eventos externos tienen un significado especial y específico para la persona) y alucinaciones hápticas (táctiles). Otros síntomas incluyen irritabilidad, incremento del estado de alerta sensorial, anorexia, insomnio y eyaculación espontánea. Si la intoxicación es grave, puede existir lenguaje errático, confusión, ansiedad, cefalea y palpitaciones.

Amanda Brandt

Desde su graduación de la universidad a los 22 años, Amanda Brandt había trabajado como vendedora a futuro en la bolsa de valores de Chicago. Era una vida acelerada y con mucha presión, y la amaba. “Hice una carrera de economía en la Universidad”, explicó, “y, ¿qué puede usted hacer con eso? ¿Dar clases?”

Las ventas a futuro se ajustaban del todo al temperamento de Amanda. Desde que había iniciado la secundaria había sido activa y extrovertida. Su trabajo le permitía conocer a muchas personas jóvenes que eran brillantes y recibían una buena paga, como ella.

El padre de Amanda era un ministro bautista; él y su madre eran abstemios. Aunque sus dos abuelos habían muerto hacía mucho tiempo, Amanda pensaba que habían padecido alcoholismo. Suponía que esto pudiera tener algo que ver con la actitud de sus padres respecto del alcohol. “Estoy segura de que ellos nunca soñaron que yo fumaría marihuana en la universidad”, dijo. “Pero eso nunca pareció molestarme, y era la costumbre social”.

Ella pronto descubrió que lo que era social en su rincón de la bolsa de valores era la cocaína. Ella y sus compañeros vendedores ganaban dinero suficiente para comprar buenas cantidades del producto en polvo, aunque no tanto como lo que consumían. Con el advenimiento del *crack* el precio disminuyó, y el consumo de Amanda se fue por los cielos. Siempre había odiado el dolor de las agujas, de manera que en vez de inhalarlo aprendió a fumarlo.

“Pocos segundos después de encenderlo te sentías maravilloso. Era como un clímax en todo el cuerpo”, dijo. “Sentía como si incluso mis pulmones se estuvieran viniendo”.

La “ráfaga” de la “subida” intensa le daba tanto placer que anulaba cualquier inquietud que pudiera sentir por la intensidad del latido cardíaco y la sensación de agitación. Durante cerca de 15 min se sentía en extremo inteligente; amaba y controlaba el mundo. Mientras orbitaba, no necesitaba sexo, personas, alimento, agua o incluso aire. Durante ese cuarto de hora sentía que podía vivir por siempre.

Evaluación Amanda Brandt

El consumo de cocaína de Amanda le generaba cambios conductuales y psicológicos profundos, que incluían modificaciones de su juicio y de su vida social (criterio B). Pensaba que el placer que producía la droga hacía que valieran la pena sus efectos colaterales—en su caso, taquicardia y sensación de agitación (C1 y C7). Un observador externo quizá habría observado otros de los síntomas de intoxicación aguda que se mencionan en los criterios, pero son suficientes dos para establecer el diagnóstico. Sus sentimientos no objetivos dan ciertos indicios de la razón por la cual las personas desarrollan adicción a la cocaína.

Además de la **intoxicación por anfetaminas** (los síntomas son, por supuesto, justo los mismos), deben tomarse en consideración algunos de los otros trastornos mentales que se caracterizan por hiperactividad o inestabilidad del estado de ánimo. Incluyen a los **trastornos bipolares**. Las **afecciones físicas**, como el hipertiroidismo, también deben descartarse. La **intoxicación por fenilciclidina** puede generar distorsiones de la percepción similares a las de la intoxicación por cocaína. Los pacientes que desarrollan psicosis o delirium al intoxicarse deben ser diferenciados de aquéllos con **esquizofrenia** y otros trastornos psicóticos, y del **delirium debido a otra afección médica** (D).

Se presenta un diagnóstico más completo más adelante, pero a partir de la información que se presenta en esta parte del caso, el diagnóstico principal de Amanda sería el que se indica a continuación.

F14.929 [292.89] Intoxicación por cocaína

Abstinencia de estimulantes

Al igual que en el caso de intoxicación, las características esenciales de la abstinencia de anfetaminas y cocaína son idénticas, de manera que sólo se mencionan en una ocasión.

Características esenciales de la abstinencia de estimulante

Después de un consumo intenso y prolongado de un estimulante, el paciente suspende de pronto o reduce en forma marcada el consumo. Esto determina síntomas de disforia, además de evidencia de estimulación o agotamiento del sistema nervioso: sueños intensos, disminución (en ocasiones, aumento) del sueño o la actividad motora; sensación de hambre.

La letra pequeña

Las D: • Periodo hasta el inicio los síntomas (horas o días) • Tensión o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, otros trastornos mentales).

En el cuadro 15-1 pueden encontrarse datos específicos sobre la abstinencia de estimulantes.

Notas para codificación

El estimulante específico responsable de la abstinencia se menciona al codificar al paciente.

Los códigos se incluyen en los cuadros 15-2 y 15-3.

Abstinencia de anfetaminas

Unas cuantas horas después del último consumo de anfetaminas, se presenta el “bajón”: agitación, ansiedad, depresión y agotamiento. El usuario experimenta una búsqueda intensa que más tarde puede evolucionar ante la depresión, la fatiga y el insomnio (que se acompaña de ansiedad paradójica por dormir) que se instalan. Más tarde aún, puede desarrollarse un apetito voraz. La fatiga y la apatía se intensifican entre 12 h y cuatro días después del “bajón”; la abstinencia aguda dura entre siete y 10 días. Pueden presentarse intentos de suicidio. En resumen, el consumidor se convierte en paciente.

Freeman Cooke de nuevo

Cuando se registró para la desintoxicación, Freeman todavía tenía los efectos de por lo menos medio gramo de metanfetamina que había fumado esa mañana. Al venir de un “atascón” de dos días, sabía por la experiencia previa que si iba a hacer algo respecto de este hábito tendría que echarse el clavado cuando todavía estaba intoxicado. Si esperaba hasta sufrir el “bajón” no haría nada, excepto dormir. Luego comenzaría a buscar drogas.

Freeman había rechazado el almuerzo y estaba jugando cartas con otros tres pacientes en una mesa en la esquina de la sala común cuando sintió que empezaba a decaer/se estaba resbalando. Observó casi divertido que se sentía como un tocadiscos antiguo, que iba cada vez más lento. A cada mano, le parecía más difícil jugar con las cartas; bien pudieran haber sido de plomo. De pronto, se sintió sobrecogido por una depresión tan profunda que, cansado como estaba, había tratado de escapar. Su cuerpo ansiaba un poco de anfetamina.

De vuelta en su cuarto, comenzó a empacar las pocas cosas que había llevado. Cuando la bolsa deportiva estuvo llena a la mitad, la puso a un lado y se colapsó en la cama. Se dio cuenta de que carecía de la energía que necesitaba para salir e escabullirse. La búsqueda de la droga estaba dando paso de manera gradual a la necesidad de dormir, pero sus ojos permanecían abiertos con resolución. Estaba condenado a permanecer allí durante horas, paralizado por la fatiga, pero preso en la vigilia. Iba a ser una larga noche.

Evaluación adicional de Freeman Cooke

Una vez que dejó de utilizar las anfetaminas (criterio A), Freeman con rapidez desarrolló depresión (B). También presentaba fatiga (B1), lentitud psicomotora (B5) e insomnio (B3) —no obstante

deseaba mucho dormir—, con lo cual se cubrían más que bien los (dos) síntomas requeridos. Su búsqueda intensa de anfetaminas típica no corresponde a un criterio de la abstinencia de estimulantes, no obstante sí lo es para el trastorno por consumo de estimulantes. El malestar que estos síntomas le provocaban (C), junto con la ausencia de cualquier otro trastorno que pudiera explicarlos en mejor medida (D), justificaban en él el diagnóstico de abstinencia de estimulantes.

El diagnóstico diferencial de la condición de Freeman incluiría al **trastorno bipolar I** (por efecto de sus estados de ánimo cambiantes) y otros trastornos inducidos por sustancias, como la **abstinencia de cocaína** y la **intoxicación por fenilciclidina**. Los pacientes que desarrollan psicosis durante la intoxicación pueden recibir un diagnóstico erróneo de **trastorno esquizofreniforme** u otros trastornos psicóticos.

Incluso una vez que se disipan los efectos agudos de la abstinencia, los síntomas del estado de ánimo pueden prevalecer semanas o meses. Si eso ocurriera en Freeman, yo consideraría un diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por metanfetamina—más adelante.

A continuación, se intercambia el diagnóstico previo de Freeman con el siguiente:

F15.23 [292.0] trastorno por consumo de metanfetamina grave, con abstinencia de anfetaminas

Abstinencia de cocaína

Una vez rebasada la fase de intoxicación aguda, las concentraciones en sangre de cocaína caen con rapidez. A menos que se consuma de inmediato más droga, se presenta una caída rápida hacia la depresión. El paciente también puede experimentar irritabilidad, ideas suicidas, fatiga, pérdida del interés y disminución de la capacidad para experimentar placer. Los ataques de pánico son frecuentes; la necesidad de consumir cocaína es intensa. La mayor parte de estos síntomas tienden a incrementarse durante dos a cuatro días y luego se abaten, pero la depresión puede permanecer por meses. Los intentos de suicidio son frecuentes; en ocasiones, tienen éxito.

Cerca de la mitad de las personas con problemas por el consumo de cocaína también padece trastornos del estado de ánimo, con frecuencia de tipo bipolar o ciclotímico. Esto las coloca a mucha distancia de los individuos con trastornos relacionados con los opioides.

Amanda Brandt de nuevo

En el periodo final de su intoxicación, Amanda moría—o eso parecía, pues de pronto se sentía irremediablemente deprimida. La confianza suprema justo antes percibida era depuesta por la incertidumbre ansiosa que la sobrecogería gradualmente durante uno o dos días. El único remedio era fumar un poco más de *crack*, y luego otro y otro, hasta terminar con la provisión. Entonces se quedaba sin poder dormir y exhausta, mientras cada célula de su cuerpo recordaba con precisión lo excitante que resultaba una “subida”, y ansiaba experimentarla de nuevo.

Para su cuarto año de trabajo en la bolsa de valores, la vida de Amanda había comenzado a aclararse. En comparación con la importancia que tenía consumir cocaína, el trabajo ahora parecía irrelevante. Durante días llamaba para reportarse enferma; cuando iba a trabajar, su mente estaba concentrada en el momento y la forma en que conseguiría su siguiente provisión de crack. Cuando por fin fue despedida, se mudó a un departamento pequeño y vendió su BMW. Ahora que podía

dedicar todo su tiempo a obtener y consumir el crack, sólo le tomó dos meses fumarse todos los ahorros de su vida y el dinero obtenido de la venta de su auto.

Fue su último “atascón” el que llevó a Amanda a recibir tratamiento. Después de fumarse su última pipa, vagó por el pasillo de su edificio de departamentos, llorando y tocando las puertas. Si alguien abría la puerta, trataba de meterse. Alguien llamó a la policía, quien la llevó al servicio de urgencias. Ahí se puso iracunda y comenzó a golpear con los puños. Por último, se le colocaron inmovilizadores y se le internó en el servicio de salud mental.

Evaluación adicional de Amanda Brandt

La historia de Amanda muestra con toda claridad que la cocaína fue el origen de su trastorno. Cuando se le terminó (criterio A) mostró tener (por el llanto y la ansiedad) la disforia y varios de los síntomas físicos que ponen como requisito los criterios: insomnio, fatiga y aceleración de la actividad psicomotora (B3, B1 y B5). Para poder diagnosticar cualquier síndrome de abstinencia de acuerdo con los criterios del DSM-5, éste debe generar tensión intensa o afectar en gran medida la vida del paciente (C); Amanda se amoldaba. Sin mencionarse en los criterios, no obstante igualmente típicos, eran su memoria precisa de la experiencia del consumo de crack y su deseo demoleedor de conseguir más.

En este punto se cuenta con información suficiente para asignar a Amanda otro diagnóstico relacionado con sustancias: trastorno por consumo de cocaína. Pasaba casi todo su tiempo (criterio A3 del trastorno por consumo de sustancias) satisfaciendo su búsqueda (A4) de cocaína en piedra, misma que consumió su auto y su empleo (A7). Mostrando ya datos de tolerancia (A10), por último desarrolló síntomas de abstinencia (A11).

En el DSM-5 se listan varios trastornos más relacionados con la cocaína, algunos de los cuales se identifican con más frecuencia que otros. En caso de que la depresión de Amanda persistiera un tiempo sustancialmente mayor que el periodo de abstinencia, pudiera agregarse a su listado **trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína**.

Otros pacientes pueden cursar con afecciones mentales asociadas, como **trastorno de juego patológico**, **trastorno de la personalidad antisocial** y **trastorno de estrés postraumático**. Con una calificación EEAG de 35 y sus antecedentes numerosos, calificaré la enfermedad de Amanda como grave, y **usted** puede contar los síntomas—si lo desea.

| | |
|------------------------|---|
| F14.23 [304.20, 292.0] | Trastorno por consumo de cocaína grave, con abstinencia |
| Z56.9 [V62.29] | Desempleada |

Otros trastornos inducidos por estimulantes

En los cuadros 15-2 y 15-3 puede encontrarse un listado completo de los trastornos relacionados con las anfetaminas. Algunos se describen con más detalle en otros puntos de este libro. Aquí se menciona en breve tres de ellos:

Trastorno psicótico inducido por estimulantes, con ideas delirantes. Estos pacientes con frecuencia, no obstante no siempre, desarrollan paranoia con ideas de referencia e ideas delirantes bien integradas. Su conciencia en cuanto al ambiente se encuentra acentuada. Pueden

observar a otras personas con gran cuidado y “darse cuenta” más adelante que otros los observan. También pueden tener reacciones excesivas a cualquier percepción de movimiento; algunos cursan con alucinaciones. Las ideas delirantes pueden durar una semana o más. Cuando se encuentra bien desarrollado, este trastorno puede asemejarse a la esquizofrenia en todos los sentidos, excepto por la evolución temporal.

Trastorno psicótico inducido por estimulantes, con alucinaciones. Los pacientes con este tipo de trastorno psicótico pueden rascarse en exceso si piensan que ven insectos caminando por su piel.

Delirium por intoxicación por estimulantes. Algunos pacientes experimentan delirium con agitación en relación con la intoxicación. Pueden concretar tareas de fuerza impresionantes, y su comportamiento salvaje e irracional en ocasiones produce la muerte de alguna persona.

F15.99 o F14.99 [292.9] Trastorno relacionado con estimulantes no especificado

La codificación depende de si la sustancia se relaciona con las anfetaminas (o drogas similares, F15) o la cocaína (F14).

Trastornos relacionados con el tabaco

Debido a que decenas de millones de estadounidenses dependen del tabaco, el potencial de problemas por abstinencia es enorme. En parte debido a la búsqueda intensa que induce el tabaco, se le ha calificado como la droga adictiva de uso más amplio en EUA (y de acuerdo con el porcentaje, la cifra de estadounidenses fumadores es más baja —alrededor de una quinta parte de los adultos— en comparación con el número de ciudadanos que lo hacen en casi cada uno de los demás países). Los varones y las mujeres muestran tasas de afectación más o menos similares. Cada año, el tabaco es responsable de 5 millones de muertes en todo el mundo; eso es por lo menos 60 veces superior a lo que causa la heroína.

Es difícil encontrar evidencia clara en cuanto a los reforzadores primarios del tabaco. Esto es, sus efectos clínicos no incluyen una generación directa de euforia, incremento de la autoestima o intensificación de la energía—los efectos que tanto valoran quienes consumen, por ejemplo, cocaína u opioides. En vez de esto, el tabaco induce náusea, vómito y ansiedad, en particular en el fumador novato (no obstante se refiere que reduce la ansiedad, es probable que este sea el efecto de “curar” la abstinencia del consumidor de tabaco). Así es que, ¿por qué fuma la gente? En resumen, los factores sociales la inician, y luego queda enganchada.

En 2013 se reportó que las personas con enfermedad mental tienen 70% más probabilidad de fumar que quienes no la padecen. Existe una correlación positiva sólida entre la adicción al tabaco y el alcoholismo, la esquizofrenia y otros trastornos mentales. Cuando se entrevista a pacientes de salud mental siempre debe interrogarse en torno al consumo de tabaco.

Al igual que la cafeína, el tabaco es legal, fácil de obtener y económico (bueno, en comparación con la heroína). La mayor parte de las personas puede utilizarlo sin interferir de alguna manera relevante con sus objetivos no relacionados con el consumo de sustancias. Pero en un solo año,

pueden tratar de manera repetida de detenerse, sufrir síntomas de abstinencia y, de forma eventual, volver a fumar no obstante saber que le están haciendo la corte a una catástrofe cardiovascular.

Trastorno por consumo de tabaco

Las características del trastorno por consumo de tabaco son similares a las de casi cualquier otro trastorno por consumo de sustancia específico. Los criterios son los del trastorno por consumo de sustancia genérico (p. 396), y los códigos se incluyen en los cuadros 15-2 y 15-3.

F17.203 [292.0] Abstinencia de tabaco

Un paciente que presenta abstinencia de tabaco con frecuencia se queja con mayor amargura no de los síntomas específicos que se listan en estos criterios, sino del deseo de fumar un cigarro. Esta búsqueda persistente puede sobreponerse a la capacidad para concentrarse en otras cuestiones de mayor importancia (pero que generan menos presión). El resultado es una persona malhumorada y ansiosa que duerme mal y come demasiado, y que sabe que todo podría arreglarse al recibir una dosis de una sustancia del todo legal que más de mil millones de personas utilizan cada día en todo el mundo. ¡No resulta extraño que estos individuos se sientan irritables! El inicio de los síntomas de abstinencia se presenta en el transcurso de un día del último consumo, y con frecuencia puede detectarse pocas horas después. La abstinencia se desarrolla en casi la mitad de quienes suspenden el consumo.

No se incluye un caso clínico independiente para la abstinencia de tabaco. Sin embargo, Hoyle Garner tenía un trastorno del sueño por su enfermedad pulmonar obstructiva crónica que derivaba del tabaquismo; su caso clínico inicia en la página 302. También se le diagnosticó trastorno por consumo de tabaco, y en una ocasión experimentó abstinencia de esa sustancia.

Características esenciales de la **abstinencia del tabaco**

El paciente suspende en forma súbita o disminuye con intensidad el consumo regular y prolongado de tabaco. En el transcurso de un día esto da origen a síntomas múltiples de disforia (irritabilidad, depresión, ansiedad), inquietud, dificultad para concentrarse, insomnio y hambre.

La letra pequeña

Las D: • Periodo hasta el inicio de los síntomas (en el transcurso de 24 h) • Malestar o discapacidad (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos físicos, otros trastornos mentales).

En el cuadro 15-1 se pueden encontrar datos específicos sobre la abstinencia de tabaco.

Otros trastornos inducidos por tabaco

Los otros trastornos inducidos por tabaco se listan en los cuadros 15-2 y 15-3.

F17.209 [292.9] Trastorno relacionado con tabaco no especificado

Otros trastornos relacionados con sustancias (o sustancias desconocidas)

Este rubro cubre los trastornos que se vinculan con las sustancias que no se encuentran entre las categorías que se listan en los cuadros 15-2 y 15-3, y ya se describieron en este capítulo. Los criterios genéricos para el trastorno por consumo de sustancia (p. 396), la intoxicación por sustancias (p. 411) y la abstinencia de sustancias (p. 402) que se presentan antes, o los criterios para trastornos inducidos por sustancia que se describen en otros capítulos (por ejemplo, el trastorno bipolar inducido por sustancias), se aplican cuando resulta apropiado.

Aquí se mencionan algunos ejemplos de las sustancias que pudieran incluirse en esta categoría:

Esteroides anabólicos. La utilidad que encuentran los usuarios en los esteroides anabólicos deriva del desarrollo de un mayor atractivo físico y el incremento de la capacidad atlética. Para quienes se dedican al constructivismo físico y otros atletas, este deseo puede constituir un motivo poderoso para recurrir a estas sustancias. Además de los efectos evidentes sobre el físico, los consumidores refieren euforia, incremento de la libido y, en ocasiones, agresividad. El consumo de esteroides se implicó en el asesinato de 16 civiles afganos cometido por el sargento Robert Bales, de la armada estadounidense, en 2012—pero de igual manera lo ha sido el fármaco antipalúdico mefloquina.

Los esteroides anabólicos con frecuencia se utilizan en un contexto social, y este consumo puede continuar sin parar durante meses o años. De manera semejante a otras sustancias de las que se abusa, las personas las utilizan durante un periodo mayor que el deseado, no pueden detenerse, invierten un tiempo excesivo en su consumo o en los intentos de obtenerlas, y las utilizan incluso si saben que les causan daño. Su suspensión también puede causar síntomas de abstinencia, como depresión, fatiga, inquietud, insomnio, pérdida del apetito y disminución del interés en el sexo. Algunos usuarios desarrollan una búsqueda intensa del fármaco.

Óxido nitroso. El óxido nitroso es un anestésico inhalable que genera una sensación de inestabilidad y euforia leve; de ahí su apodo “gas de la risa”. Se utiliza como propelente en los botes de crema batida y en los aerosoles para cocinar—excepto cuando se consume para generar una “subida”. En estos casos puede provocar algún grado de despersonalización/desrealización y mareo, con cierta distorsión del sonido. Consumido primero con fines recreativos al final del siglo XVIII, pudiera ser la sustancia más antigua de producción artificial de la que se abusa.

Fármacos de venta libre o controlada. Entre los medicamentos que se adquieren ya sea con o sin receta y pueden generar alguna adicción están los antiparkinsonianos, la cortisona y sus derivados, los antihistamínicos y otros.

Nuez de areca. Las personas de muchas culturas mascan nuez de areca para inducir una intoxicación leve o la sensación de flotar.

Kava. Producida a partir de una planta de Chile que crece en el Pacífico del Sur, la kava provoca sedación, y pérdida de la coordinación y del peso.

Trastornos relacionados con otras sustancias (o sustancias desconocidas)

Los síntomas correspondientes son idénticos a los síntomas del trastorno genérico (véase la p. 396). La codificación se muestra en los cuadros 15-2 y 15-3.

Intoxicación por otras sustancias (o sustancias desconocidas)

Los síntomas correspondientes a este rubro son idénticos a los criterios de la intoxicación por consumo de sustancia genérico (p. 411). Su codificación se muestra en los cuadros 15-2 y 15-3.

Abstinencia de otras sustancias (o sustancias desconocidas)

Los síntomas correspondientes a este rubro son idénticos a los criterios de la abstinencia por consumo de sustancia genérico (p. 402). Su codificación se muestra en los cuadros 15-2 y 15-3.

Registro y codificación de los trastornos relacionados con sustancias

Los cuadros 15-2 y 15-3 se utilizan para codificar problemas de cuatro tipos: trastorno por consumo de sustancia, intoxicación por sustancia, abstinencia de sustancia (o una combinación de ellas) o trastorno mental inducido por sustancia. El cuadro en que se incluyen los código CIE-9 (cuadro 15-3) es explícito (y no será necesario a partir de octubre de 2014), de manera que no se dan más detalles en cuanto a su uso. Sin embargo, se presenta a continuación más información relativa a los códigos CIE-10 (cuadro 15-2).

Si el paciente cursa con un trastorno por consumo, intoxicación o abstinencia de sustancia, pero no existe algún trastorno mental inducido por sustancia agregado, se consultan las tres columnas (“Sólo consumo”, “Intoxicación” y “Abstinencia”) incluidas bajo el encabezado “Consumo/intoxicación/abstinencia de sustancia”, en el cuadro 15-2, como se indica aquí:

- A. Determinar la sustancia y escribir el código “F”. En el caso del alcohol (por ejemplo), eso correspondería a F10.
- B. Si el consumo de una sustancia ha tenido intensidad suficiente para considerarse la existencia de un trastorno por consumo de sustancia, se decide si su gravedad es leve o moderada/grave. Si no existe intoxicación o abstinencia en el momento y tampoco un trastorno mental asociado, se avanza hasta llegar a la columna “Sólo consumo” y se anota la cifra decimal que se muestran—con eso se completa el procedimiento. En el caso del alcohol (para todas las sustancias), eso correspondería a .10 o .20.
- C. Si el paciente cursa con intoxicación o abstinencia, se avanza hasta la columna correspondiente y se anota la cifra decimal (por definición, no es posible establecer el diagnóstico de abstinencia si el trastorno por consumo de sustancia sólo es leve). En el caso del alcohol se

Cuadro 15-2. Números de código de la CIE-10-CM para intoxicación por sustancia, abstinencia de sustancia, trastorno por consumo de sustancia y trastornos mentales inducidos por sustancia

| Trastorno inducido sustancia y trastorno por consumo (TC) de sustancia (o ausencia de TC) | Trastornos inducidos por sustancia | | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|-----------------|----------|-----|-------|--------|------------|------------|------------------------|----------|-----------------|
| | Sólo consumo | Intoxicación | Abstinencia | Psicótico | Estado de ánimo | Ansiedad | TOC | Sueño | Sexual | Delirium I | Delirium A | TNC mayor | TNC leve | No especificado |
| Alcohol F10 | | | | I/A ^a | I/A | I/A | I/A | I/A | I/A | | | | | .99 |
| con TC leve | .10 | .129 | | .159 | .14 | .180 | | .182 | .181 | .121 | .121 | | | |
| con TC moderado/ grave | .20 | .229 | .239 (.232) ^b | .259 | .24 | .280 | | .282 | .281 | .221 | .231 | .27 (.26) ^c | .288 | |
| sin TC | | .929 | | .959 | .94 | .980 | | .982 | .981 | .921 | .921 | .97 (.96) ^c | .988 | |
| Caféina F15 | | | | | | I | | I/A | | | | | | .99 |
| con TC leve | | | | | | .180 | | .182 | | | | | | |
| con TC moderado/ grave | | | | | | .280 | | .282 | | | | | | |
| sin TC | | .929 | .93 | | | .980 | | .982 | | | | | | |
| Cannabis F12 | | | | I | | I | | I/A | | | | | | .99 |
| con TC leve | .10 | .129 (.122) ^b | | .159 | | .180 | | .188 | | .121 | | | | |
| con TC moderado/ grave | .20 | .229 (.222) ^b | | .259 | | .280 | | .288 | | .221 | | | | |
| sin TC | | .929 (.922) ^b | | .959 | | .980 | | .988 | | .921 | | | | |

Nota. Abreviaturas utilizadas en el encabezado: TOC, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno relacionado; Sexual, disfunción sexual; Delirium I, delirium por intoxicación; Delirium A, delirium por abstinencia; TNC, trastorno neurocognitivo.

^a I, se presenta durante la intoxicación; A, se presenta durante la abstinencia; I/A, en cualquier caso.

^b Dos números en una misma celda hacen referencia a códigos independientes para la intoxicación o la abstinencia sin (o con) alteraciones de la percepción.

^c El TNC inducido por alcohol puede manifestarse con o sin confabulación y síndrome amnésico. El número entre paréntesis corresponde al tipo con amnesia-confabulación.

Cuadro 15-2. Números de código de la CIE-10-CM para intoxicación por sustancia, abstinencia de sustancia, trastorno por consumo de sustancia y trastornos mentales inducidos por sustancia (continuación)

| Trastorno inducido sustancia y trastorno por consumo (TC) de sustancia (o ausencia de TC) | Consumo/intoxicación/abstinencia de sustancia | | Trastornos inducidos por sustancia | | | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|------------------------------------|-----------|------------------|-----------|-----|------------|--------|------------|------------------|-----------|----------|-----------------|
| | Sólo consumo | Intoxicación | Abstinencia | Psicótico | Estado de ánimo | Ansiiedad | TOC | Sueño | Sexual | Delirium I | Delirium A | TNC mayor | TNC leve | No especificado |
| Fenitilidina F16 | | | | I | I | I | | | | | | | | .99 |
| con TC leve | .10 | .129 | | .159 | .14 | .180 | | | | .121 | | | | |
| con TC moderado/ grave | .20 | .229 | | .259 | .24 | .280 | | | | .221 | | | | |
| sin TC | | .929 | | .959 | .94 | .980 | | | | .921 | | | | |
| Otros alucinógenos F16 | | | .983^d | I | I | I | | | | | | | | .99 |
| con TC leve | .10 | .129 | | .159 | .14 | .180 | | | | .121 | | | | |
| con TC moderado/ grave | .20 | .229 | | .259 | .24 | .280 | | | | .221 | | | | |
| sin TC | | .929 | | .959 | .94 | .980 | | | | .921 | | | | |
| Inhalantes F18 | | | | I | I | I | | | | | | | | .99 |
| con TC leve | .10 | .129 | | .159 | .14 ^e | .180 | | | | .121 | | .17 | .188 | |
| con TC moderado/ grave | .20 | .229 | | .259 | .24 ^e | .280 | | | | .221 | | .27 | .288 | |
| sin TC | | .929 | | .959 | .94 ^e | .980 | | | | .921 | | .97 | .988 | |
| Opioides F11 | | | | | I | A | | I/A | | | | | | .99 |
| con TC leve | .10 | .129 (.122) ^b | | | .14 ^e | .188 | | .182 | .181 | .121 | .121 | | | |
| con TC moderado/ grave | .20 | .229 (.222) ^b | .23 | | .24 ^e | .288 | | .282 | .281 | .221 | .23 ^f | | | |
| sin TC | | .929 (.922) ^b | | | .94 ^e | .988 | | .982 | .981 | .921 | .921 | | | |

| Sedantes/hipnóticos/ ansiolíticos F13 | | I/A | I/A | A | I/A | I/A | I/A | I/A | I/A | I/A | | .99 |
|--|-------|--------------------------|------------|------------|------------|----------|------------|------|------|------|------|------------|
| con TC leve | .10 | .129 | .159 | .180 | .14 | .182 | .181 | .121 | .121 | .121 | | |
| con TC moderado/ grave | .20 | .229 | .259 | .280 | .24 | .282 | .281 | .231 | .231 | .27 | .288 | |
| sin TC | | .929 | .959 | .980 | .94 | .982 | .981 | .921 | .921 | .97 | .988 | |
| Anfetaminas/otros es timulantes F15 | | | I | I/A | I/A | I | I/A | | | | | .99 |
| con TC leve | .10 | .129 (.122) ^b | .159 | .180 | .14 | .182 | .181 | .121 | .121 | | | |
| con TC moderado/ grave | .20 | .229 (.222) ^b | .259 | .280 | .24 | .282 | .281 | .221 | .221 | | | |
| sin TC | | .929 (.922) ^b | .959 | .980 | .94 | .982 | .981 | .921 | .921 | | | |
| Cocaína F14 | | | I | I/A | I/A | I | I/A | | | | | .99 |
| con TC leve | .10 | .129 (.122) ^b | .159 | .180 | .14 | .182 | .181 | .121 | .121 | | | |
| con TC moderado/ grave | .20 | .229 (.222) ^b | .259 | .280 | .24 | .282 | .281 | .221 | .221 | | | |
| sin TC | | .929 (.922) ^b | .959 | .980 | .94 | .982 | .981 | .921 | .921 | | | |
| Tabaco F17 | | | | | | A | | | | | | |
| con TC leve | Z72.0 | | | | | | | | | | | |
| con TC moderado/ grave | .200 | | | | | .208 | | | | | | |
| Otro (desconocida) F19 | | | I/A | I/A | I/A | I | I/A | | | | | .99 |
| con TC leve | .10 | .129 | .159 | .180 | .14 | .182 | .181 | .121 | .121 | .17 | .188 | |
| con TC moderado/ grave | .20 | .229 | .259 | .280 | .24 | .282 | .281 | .231 | .231 | .27 | .288 | |
| sin TC | | .929 | .959 | .980 | .94 | .982 | .981 | .921 | .921 | .97 | .988 | |

^b Dos números en una misma celda hacen referencia a códigos independientes para la intoxicación o la abstinencia sin (o con) alteraciones de la percepción.

^d Este código corresponde al trastorno persistente de la percepción por alucinógenos (véase la p. 433); no encontré algún sitio mejor para asignarlo. Los cuadros son fantásticos, pero tienen limitaciones.

^e En el caso de los inhalantes y los opioides, sólo se puede desarrollar un trastorno de estado de ánimo deprimido, no trastornos bipolares.

^f Si, me percaté de que el delirium por abstinencia de opioides cuenta con dos dígitos en posición decimal. Resuélvalo.

Cuadro 15-3. Números de código CIE-10 para los trastornos mentales relacionados con sustancias

| | Consumo leve | Consumo moderado/grave | Intoxicación | Abstinencia | Psicótico | Depresivo | Bipolar | Ansiiedad | TOC | Sueño | Sexual | Delirium I | Delirium A | TNC ^a | No especificado |
|------------------------------------|--------------|------------------------|--------------|---------------------|-----------|-----------|---------|-----------|--------|--------|--------|------------|------------|------------------------|-----------------|
| Alcohol | 305.00 | 303.90 | 303.00 | 291.81 | 291.9 | 291.89 | 291.89 | 291.89 | | 291.82 | 291.89 | 291.0 | 291.0 | 291.2/191.1/ 291.89 | 291.9 |
| Cafeína | | | 305.90 | 292.0 | | | | 292.89 | | 292.85 | | | | | 292.9 |
| Cannabis | 305.20 | 304.40 | 292.89 | 292.0 | 292.9 | | | 292.89 | | 292.85 | | 292.81 | | | 292.9 |
| Fenilciclidina | 305.90 | 304.60 | 292.89 | | 292.9 | 292.84 | 292.84 | 292.89 | | | | 292.81 | | | 292.9 |
| Otros alucinógenos | 305.30 | 304.50 | 292.89 | 292.89 ^b | 292.9 | 292.84 | 292.84 | 292.89 | | | | 292.81 | | | 292.9 |
| Inhalantes | 305.90 | 304.60 | 292.89 | | 292.9 | 292.84 | | 292.89 | | | | 292.81 | | 292.82/292.89 | 292.9 |
| Opioides | 305.50 | 304.00 | 292.89 | 292.0 | | 292.84 | | 292.89 | | 292.85 | 292.89 | 292.81 | 292.0 | | 292.9 |
| Sedantes / hipnóticos/ansiolíticos | 305.40 | 304.10 | 292.89 | 292.0 | 292.9 | 292.84 | 292.84 | 292.89 | | 292.85 | 292.89 | 292.81 | 292.0 | 292.82/292.89 | 292.9 |
| Estimulantes (anfetaminas/ otros) | 305.70 | 304.40 | 292.89 | 292.0 | 292.9 | 292.84 | 292.84 | 292.89 | 292.89 | 292.85 | 292.89 | 292.81 | | | 292.9 |
| Estimulantes (cocaína) | 305.60 | 304.20 | 292.89 | 292.0 | 292.9 | 292.84 | 292.84 | 292.89 | 292.89 | 292.85 | 292.89 | 292.81 | | | 292.9 |
| Tabaco | 305.1 | 305.1 | | 292.0 | | | | | | 292.5 | | | | | 292.9 |
| Otros | 305.90 | 304.90 | 292.89 | 292.0 | 292.9 | 292.84 | 292.84 | 292.89 | 292.89 | 292.85 | 292.89 | 292.81 | 292.0 | 292.82/292.89 | |

^a El trastorno neurocognitivo (TNC) inducido por alcohol tiene tres números distintos. El primero corresponde al TNC mayor, del tipo sin amnesia-confabulación; el segundo es para el TNC mayor; de tipo con amnesia-confabulación; el tercero es para el TNC leve. De igual manera, el TNC inducido por inhalantes, sedantes/hipnóticos/ansiolíticos u otra sustancia cuenta con dos números. El primero es para el TNC; el segundo es para el TNC leve.

^b En este caso, el número hace referencia al trastorno de percepción persistente por alucinógenos, que no corresponde en forma estricta a un fenómeno de abstinencia, sino que se presenta después del consumo. Véase el texto.

registraría F10.129 para el trastorno por consumo leve con intoxicación, F10.229 si el trastorno por consumo fuera moderado o grave, y F10.929 si existiera intoxicación pero no un trastorno por consumo.

- D. Si sólo existen intoxicación o abstinencia, pero no un trastorno por consumo, se avanza sobre la fila “Sin TC (trastorno por consumo)” para la sustancia. Se registra la cifra decimal que aparece en la columna de intoxicación o abstinencia. Se combina el número F con el decimal para generar el código completo. En el caso de la cafeína, eso correspondería a F15.929 y F15.93, respectivamente.
- E. En algunos casos, es posible que se presenten intoxicación o abstinencia con alteraciones de la percepción. De ser éste el caso, en el paso D se elige el número entre los paréntesis. En cualquier caso, se habrá asignado al paciente tanto un código para el trastorno por consumo de sustancias como para la intoxicación o la abstinencia.

Si el paciente cursa con un trastorno mental inducido por sustancia, se recurre a las 11 columnas que abarca el encabezado “Trastornos inducidos por sustancia” del cuadro 15-2, de acuerdo con lo siguiente:

- F. Se determina el número F para la sustancia.
- G. Se define si existe un trastorno por consumo. De ser así, ¿es leve o moderado/grave?
- H. Si no existe trastorno por consumo, se avanza sobre la fila “Sin TC” para esa sustancia. Se registra la cifra decimal que se muestra en la columna del trastorno mental inducido por sustancia específico. Se combina el número F con la cifra decimal para generar un código completo.
- I. Si existe un trastorno por consumo, se selecciona la fila ya sea para el trastorno por consumo leve o moderado/grave, y se avanza hasta alcanzar la columna del trastorno inducido por sustancia apropiado.
- J. En el caso de un trastorno (del estado de ánimo, delirium, de ansiedad, etc.) inducido por un medicamento que se administra según una prescripción, el código que se asigna es el que correspondería a “Sin TC”. De esta manera, en el caso de un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancia, el código para un opioide correspondería a F11.94, para un sedante/hipnótico/ansiolítico sería F13.94, y así, sucesivamente. Obsérvese que es necesario especificar si se trata de delirium por intoxicación o por abstinencia, puesto que los códigos son iguales en muchos casos.
- K. Además de la numeración, existe un orden prescrito para la integración de las palabras que se utilizan para designar alguna afección relacionada con una sustancia. Más que un templete, se muestran aquí algunos ejemplos para la CIE-10:

| | |
|---------|---|
| F10.929 | Intoxicación por alcohol |
| F10.232 | Trastorno por consumo de alcohol grave, con abstinencia de alcohol, con alteración de la percepción |
| F10.14 | Trastorno por consumo de alcohol leve, con trastorno bipolar inducido por alcohol, con inicio durante la intoxicación |

- F10.121 Trastorno por consumo de alcohol leve, con delirium durante la intoxicación inducida por alcohol, agudo, con nivel de actividad mixto
- F10.26 Trastorno por consumo de alcohol grave, con trastorno neurocognitivo mayor inducido por alcohol, persistente, de tipo con amnesia-confabulación, con alteraciones conductuales

Y resulta concebible que un paciente pudiera cursar tanto con intoxicación (o abstinencia) **como con** un trastorno mental inducido por sustancia. En ese caso se obtienen al final dos series de códigos, cada una de las cuales indica el estado que caracteriza a un trastorno por consumo de sustancias. Esto no ocurre con frecuencia.

F19.99 [292.9] Otro trastorno relacionado con sustancia (o sustancia desconocida) no especificado

Trastorno no relacionado con sustancia

F63.0 [312.31] Trastorno de juego patológico

El juego patológico es un comportamiento en extremo común que, al igual que muchos de los otros aspectos de la vida, se convierte en un trastorno tan sólo cuando se lleva a un exceso tal que causa problemas. Existen similitudes impresionantes entre el juego patológico y el consumo de sustancias, y no es la menos importante el hecho de que, al igual que el consumo de sustancias, activa centros de recompensa (estriado anterior) en el cerebro (en que está implicada la dopamina). Esto ayuda a explicar la razón por la cual el DSM-5 cambió el trastorno de juego patológico a su ubicación actual.

Durante un episodio, casi todos los jugadores refieren sentirse exaltados o activados—un comportamiento que suele necesitar varios años para volverse patológico. Al inicio, el éxito conduce al aumento del juego; en algún punto, “el Gran Premio” representado por una cantidad que pudiera exceder los ingresos anuales usuales del jugador genera una confianza excesiva e lleva a la aceptación de riesgos. A partir de entonces, puesto que todos los juegos de azar favorecen a la casa, se genera una espiral lógica (pero dolorosa) que desencadena pérdidas aplastantes, intentos desesperados de venganza, ruptura de lazos familiares y de amistad, y la ruina eventual. Una complicación frecuente son los intentos de suicidio.

En EUA, el trastorno de juego patológico afecta a cerca de un adulto de cada 200. Los cálculos de prevalencia se ubican entre 1 y 3 millones individuos. El número de varones rebasa al de mujeres en una proporción aproximada de 2:1; las mujeres desarrollan problemas de juego patológico en una fase posterior que los varones, y solicitan tratamiento en forma más temprana. Algunas personas sólo desarrollan sintomatología en ciertas ocasiones, como cuando se está jugando su deporte favorito. De esta manera, una persona que de manera casi literal apuesta la granja al fútbol colegial durante el otoño de cada año puede tener pocos, o nulos, problemas con el juego en otras temporadas del año. Otros, que tienen intereses más amplios, pueden verse

afectados de manera más o menos crónica. Los jugadores de manera eventual superan su adicción y entran en remisión.

Los clínicos necesitan ser sensibles en cuanto al espectro amplio de actividades de juego, que va desde los boletos para raspado que se venden en las tiendas de abarrotes hasta el bingo y los deportes casuales, las máquinas tragamonedas, el póker, los dados, los perros y los ponis.

Características esenciales del trastorno de juego patológico

El juego toma tanto control sobre la vida de estos pacientes que piden prestado, mienten y amenazan en otras relaciones u oportunidades importantes. Al tratar de recuperar sus pérdidas pueden arriesgar más dinero; los esfuerzos repetidos (e inútiles) por lograr el control traen consigo irritabilidad e inquietud. Algunos juegan como estrategia para enfrentar el estrés. Algunos piden prestado o roban a otros para aliviar sus situaciones financieras cada vez más desesperadas.

La letra pequeña

Las D: • Duración (un año o más) • Malestar o discapacidad • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias, episodio maníaco, juego profesional, apuestas sociales).

Notas para codificación

Especificar si la evolución es:

Episódica.

Persistente.

Especificar si **En remisión {temprana} {sostenida}**. No se han cubierto los criterios para trastorno de juego patológico durante {3 a 12 meses} {más de un año}.

Especificar la gravedad:

Leve. Cumple cuatro a cinco criterios.

Moderado. Cumple seis a siete criterios.

Grave. Cumple ocho a nueve criterios.

Randy Porter

En la Navidad en que tenía 12 años, los padres de Randy Porter le dieron una rueda de ruleta. Estaba fabricada a mano utilizando ébano brillante, y tenía números de madreperla incrustados. El diseño estaba impreso sobre fieltro verde, y la bola era de marfil. “La mejor calidad que encontrarás fuera de Montecarlo”, presumió su padre cuando Randy lo abrió. Durante la preparatoria, a Randy le encantaba operar un casino para sus amigos. Una o dos veces algunos adultos llegaron por ahí después de la noche del bingo de sus padres; en esos casos, jugaban con dinero real.

Ahora Randy tenía 25 años, estaba divorciado y en quiebra. Había tenido un buen empleo de administrador de un restaurante cerca de la calle principal de Las Vegas. Con honestidad, no

podía decir que había tomado ese empleo para estar cerca de la acción, pero parecía haber sido enviado por Dios después de que él hubiera sido expulsado de la universidad por tener demasiadas sesiones de bridge que duraban toda la noche (a centavo el punto). Le tomaba una caminata rápida de 5 min para llegar a dos de los casinos más espectaculares del pueblo—una caminata que Randy solía hacer con frecuencia a la hora del almuerzo. “Conocía a todo el mundo ahí”, informó. “Solía tener crédito en todo el pueblo. Pero nadie me ha permitido hacer una tirada en años.”

Los encuentros iniciales de Randy con una verdadera mesa de ruleta habían sido inofensivos. Al mediodía, daba un paseo para observar la acción y hacer alguna apuesta. Había ganado unos cuantos dólares y perdido unos cuantos más. En general, descubrió que podía tomarlo o dejarlo, de preferencia tomarlo—le deleitaba la explosión de adrenalina que ocurría cuando tenía más dinero en juego. Podía enfrentar las pérdidas modestas; para entonces, estaba casado y su esposa estaba ganando una buena cantidad de dinero repartiendo cartas de blackjack en otro casino. Entonces, una tarde de sábado en que su esposa había tenido que trabajar, el negro cayó siete veces seguidas, y se alejó de la mesa con más de \$55 000 en la bolsa. Más adelante decía al respecto: “Quizá fue el día con menos suerte en toda mi vida”.

En las semanas siguientes, Randy se perdió (por no mencionar los \$55 000) en la fiebre del juego. Su hora del almuerzo pronto se prolongó hasta 2 h, puesto que él regresaba a la mesa una y otra vez en un esfuerzo por recuperar sus pérdidas. Después de haber sido descubierto “tomando dinero prestado” de su jefe, intentó con Jugadores Anónimos; dejó de acudir porque “no creía en un poder superior”. En los dos años siguientes “se obsesionó por completo”, como lo dijo su esposa en más de una ocasión, con la idea de ganar otro gran premio, de manera que pudiera dejar de jugar después. Cansada de ser ignorada y de escuchar mentiras en torno a sus finanzas, ella por fin lo dejó.

“Dijo que bien podría estar casada con una máquina tragamonedas”, señaló Randy con tristeza.

Atento y agradable, Randy se mantuvo sentado en silencio durante toda la entrevista. Si bien expresaba remordimiento en cuanto a las dificultades que había causado para sí mismo y otros, no describía su estado de ánimo como deprimido o extasiado, sino “a la mitad”. Su lenguaje era claro y orientado por metas. Su cognición y razonamiento eran excelentes.

Antes de que su esposa lo dejara, Randy le había suplicado que se quedara. Le prometió que se reformaría. “Yo no apostaré a ello”, le dijo ella.

Evaluación de Randy Porter

Al igual que muchos jugadores en surgimiento, Randy comenzó siendo un adolescente que tenía actividades de juego en el hogar. En el curso de algunos años desarrolló un gran interés en el juego (criterio A4); había tratado de controlarlo sin éxito (A3); sus pérdidas habían ido seguidas por más apuestas (A6); y mentía, robaba, y de manera eventual había perdido a su esposa y su empleo (A7, A9 y A8). Así, cubriría con holgura los criterios sintomáticos (sólo se requieren cuatro) del trastorno de juego patológico, considerando que su comportamiento no pudiera ser mejor explicado por un **episodio maniaco** (B). Sin embargo, Randy no cursaba con signos de manía, depresión o evidencia de periodicidad relativa a su conducta de juego—de manera que es posible descartar con seguridad esa situación. Los **jugadores sociales** establecen límites para sus pérdidas y juegan en compañía de amigos; los **jugadores profesionales** respetan las probabilidades y mantienen una disciplina personal estricta. El comportamiento de Randy no se ajustaba a ninguno de estos patrones.

El verdadero reto para valorar a cualquier persona que juega en exceso es determinar si existe algún trastorno mental asociado. Algunas condiciones que se relacionan con frecuencia son los **trastornos del estado de ánimo**, el **trastorno de pánico**, **trastorno obsesivo-compulsivo** y la **agorafobia**. También deben descartarse problemas por **consumo de sustancias** (que pudieran preceder o acompañar al comportamiento de juego) y los **intentos suicidas** (que pueden derivar del mismo). Cualquier trastorno mental concomitante tiene probabilidad de haber precedido al juego patológico.

Por supuesto, las personas con **trastorno de la personalidad antisocial** pueden involucrarse con intensidad en el juego, y la investigación también ha identificado al **trastorno de la personalidad limítrofe** en esta población. Sin embargo, Randy no cursaba con alguno de los comportamientos que permitirían diagnosticar estos trastornos de la personalidad. Tampoco mostraba evidencia de que su comportamiento fuera episódico, y sin duda no se encontraba en remisión (el otro especificador posible, además de la gravedad), de tal manera que su diagnóstico sería...

Uh... espere un minuto. Es necesario hablar acerca de la gravedad. De acuerdo con los criterios del DSM-5 Randy apenas calificaría para un nivel de gravedad moderado. Pero se trata de un individuo cuya adicción (no temo llamarla así) en esencia había arruinado su vida. Desconozco el sitio en que trabaje en el momento, pero dudo que sea para su jefe original, y quizá esté durmiendo en su auto. Yo le asignaría una calificación EEAG relativamente baja de 55, y no puedo considerar **nada de esto** moderado. Una vez más, voy a ejercer la prerrogativa del clínico y decir que la intensidad de su cuadro sería—grave.

F63.0 [312.31] Trastorno de juego patológico, grave, persistente
Z63.5 [V61.03] Divorciado

Trastornos cognitivos

He aquí la razón por la cual en este capítulo no me apegué al título del DSM-5:

Cuando estaba volviendo a leer este capítulo antes de su publicación, me di cuenta de que **me** estaba confundiendo. La nueva denominación de la demencia es **trastorno neurocognitivo mayor**, en tanto la de los trastornos cognitivos en conjunto es **trastornos neurocognitivos**. En algunos segmentos no estaba del todo seguro de lo que yo había querido decir—¡si me refería a un solo trastorno o a todos en conjunto! Si eso me estaba generando problemas, sin duda ocurriría lo mismo con otros lectores. Así, después de mucho pensar y consultar, decidí conservar el título del DSM-IV para el capítulo, y reservar la denominación trastorno **neurocognitivo** (TN) para las condiciones que solíamos denominar demencia.

Guía rápida para los trastornos cognitivos

Con una estructura simplificada en el DSM-5, la clasificación de los trastornos cognitivos es lógica, no obstante los detalles pueden ser en extremo complejos.

Delirium

Un **delirium** es un estado fluctuante con desarrollo rápido en que existe disminución del estado de alerta, y para el cual son válidas las siguientes afirmaciones:

- El paciente muestra problemas relacionados con el estado de alerta (que, con fines operativos, se define como la orientación), a la vez que para el desplazamiento o la concentración de la atención.
- El paciente tiene por lo menos un defecto de la memoria, la orientación, la percepción, las habilidades visoespaciales o el lenguaje.
- Los síntomas no pueden explicarse de mejor manera a partir de un coma o algún otro trastorno cognitivo.

Es posible identificar una de las causas siguientes (a partir de este punto, el número de página que se incluye en cada caso hace referencia al sitio en que comienza una discusión más detallada):

Delirium debido a otra afección médica. El delirium puede deberse a un traumatismo encefálico, infecciones, epilepsia, trastornos endocrinos, toxicidad por medicamentos, venenos y varias enfermedades más que pueden afectar casi cualquier parte del cuerpo (p. 480). En el apéndice A2, se mencionan muchas de estas condiciones. En ocasiones es posible identificar más de una causa para el delirium en un mismo paciente.

Delirium por intoxicación por sustancias, delirium por abstinencia de sustancias y delirium inducido por medicamentos. El alcohol y otras drogas sedantes de las que se abusa, así como casi todas las drogas callejeras de cualquier clase, tienen capacidad para inducir delirium tanto en la intoxicación como en caso de abstinencia. Los medicamentos también pueden encontrarse relacionados (p. 483).

Delirium debido a etiologías múltiples. El delirium puede tener causas múltiples en un mismo paciente (p. 486).

Otro delirium, especificado o no especificado. Se utiliza alguna de estas categorías cuando se desconoce la causa del delirium en el individuo o cuando no se satisfacen los criterios diagnósticos para alguna otra variedad (p. 487).

Trastornos neurocognitivos mayores y leves

Un trastorno neurocognitivo mayor o leve (TN) difiere del delirium en varios sentidos:

- Su evolución temporal es lenta. El delirium se desarrolla en el transcurso de horas o días, en tanto el TN lo hace en semanas o meses.
- Si bien los pacientes con TN pueden presentar anomalías de la capacidad para concentrar o desplazar la atención, esto no es prominente.
- La causa de un TN suele poder identificarse en el sistema nervioso central; la causa del delirium con frecuencia se relaciona con algún otro órgano del cuerpo.
- Algunos pacientes se recuperan de un TN, pero esa no es la evolución usual.

El DSM-5 hace ahora distinción entre el TN mayor (que se denominaba demencia en los DSM previos), y el TN leve. En el TN leve es posible que cualquiera de las etiologías que se mencionan más adelante pueda participar en la generación de efectos discretos sobre la capacidad de un individuo para tener un desempeño independiente. No obstante, puede ser difícil discernir los límites entre un TN mayor y leve.

Es posible identificar alguna de las variedades de TN siguientes:

TN mayor o leve debido a enfermedad de Alzheimer. Se trata de la causa más frecuente de TN. Inicia en forma gradual y suele avanzar en forma inexplicable. Un poco más de la mitad de todos los TN mayores es de la variedad debida a la enfermedad de Alzheimer (p. 498).

TN mayor o leve vascular. Por efecto de una vasculopatía cerebral, estos pacientes experimentan pérdida de la memoria o de otras habilidades cognitivas. Con frecuencia se trata de un proceso escalonado, con inicio súbito y evolución fluctuante. Entre 10 y 20% de los TN mayores es de origen vascular (p. 516).

TN mayor o leve debido a otras afecciones médicas. Un gran número de enfermedades médicas puede inducir TN (de nuevo, véase el cuadro sobre trastornos físicos en el apéndice). Algunos de los más relevantes (pp. 504) son tumores cerebrales, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (infección por un virus lento o enfermedad por priones), lesión cerebral traumática, enfermedad por el virus del inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedad de Huntington, enfermedad de Parkinson y TN frontotemporal (antes denominado enfermedad de Pick). Las toxinas que con más frecuencia inducen TN son las que se producen por insuficiencia renal y hepática.

TN mayor o leve inducido por sustancias/medicamentos. Entre 5 y 10% de los TN se relaciona con el consumo prolongado de alcohol, inhalantes o sedantes (p. 522).

TN mayor o leve debido a etiologías múltiples. Al igual que el delirium, un TN puede tener varias causas en un mismo paciente (p. 526).

TN no especificado. Esta categoría es útil cuando se sabe que la condición cognitiva del paciente se encuentra comprometida, pero se desconoce la causa (p. 527).

Otras causas de síntomas cognitivos

Trastornos disociativos. Puede ocurrir una pérdida intensa y temporal de la memoria en personas que sufren amnesia disociativa (p. 237) o trastorno de la identidad disociativo (p. 245).

Pseudodemencia. Por efecto de la apatía y la lentitud de respuesta, algunos pacientes con frecuencia parecen haber sufrido una pérdida intensa de la memoria y otros síntomas propios del TN mayor (demencia). Sin embargo, la valoración clínica cuidadosa y las pruebas psicológicas revelan un trastorno depresivo mayor grave (p. 122) y la conservación relativa del desempeño cognitivo, no obstante pudieran existir problemas vinculados con la atención y la concentración. La pseudodemencia se identifica en cerca de 5% los pacientes ancianos que son referidos para una valoración para descartar demencia. La pseudodemencia es un término útil al cual el DSM-5 no recurre.

Simulación. Algunos pacientes exageran o simulan de manera intencional síntomas cognitivos para obtener fondos (seguro, compensación laboral), o evitar un castigo o el servicio militar (p. 599).

Trastorno facticio aplicado a uno mismo. Algunos pacientes pueden fingir síntomas cognitivos, pero no para obtener alguna ganancia directa (como obtener dinero o evitar un castigo). Su motivo con frecuencia parece ser lograr la hospitalización o recibir atención en otros sentidos (p. 268).

¿Qué es lo que le ocurrió al deterioro cognitivo relacionado con la edad? Este diagnóstico del DSM-IV hacía referencia al hecho de que los pacientes añosos con frecuencia refieren dificultad para recordar los nombres, los números telefónicos o los sitios en que colocan las cosas. En las pruebas tienden a arrojar resultados normales. Sin embargo, el DSM-5 sólo lo considera parte del proceso normal, por lo que no recibe alguna codificación especial. Se requiere evidencia objetiva de disfunción en por lo menos un dominio cognitivo para permitir que el DSM-5 entre en acción.

Introducción

El término **cognición** hace referencia al procesamiento mental de la información—de manera más específica, la memoria y el pensamiento para el almacenamiento, la recuperación y el manejo de la información, con el objetivo de alcanzar el conocimiento. Un clínico obtiene información sobre estos procesos mediante la inspección durante la entrevista, y al solicitar al paciente que realice ciertas tareas durante la valoración del estado mental.

Los trastornos cognitivos (mayores, leves y delirium) son anomalías de estos procesos mentales, que se asocian a una disfunción cerebral temporal o permanente. Sus síntomas principales incluyen problemas de la memoria, la orientación, el lenguaje, el procesamiento de la información, y la capacidad para concentrarse y mantener la atención en una tarea. Un trastorno cognitivo se debe a una condición médica o al consumo de una sustancia que da origen a defectos de la estructura, la química o la fisiología cerebrales. Sin embargo, el agente etiológico no siempre puede identificarse.

Con reconocimiento temprano y un tratamiento adecuado, muchos trastornos cognitivos (en particular, los deliriums) son reversibles; si se les ignora en ocasiones muestran mejoría espontánea, pero con frecuencia dan pie a una discapacidad permanente. Por otra parte, no obstante los criterios son simples, los síntomas asociados pueden inducir trastornos cognitivos que simulen casi cualquier otra afección mental. Por ejemplo, el delirium puede manifestarse por síntomas de depresión y ansiedad; el trastorno neurocognitivo mayor (demencia) puede presentarse con psicosis. De manera independiente a los antecedentes o los síntomas del paciente, resulta así vital tomar en consideración las etiologías neurocognitivas que se ubican en la parte superior del listado del diagnóstico diferencial. Si se pasan por alto los trastornos neurocognitivos, los síntomas emocionales pueden ocultar con demasiada facilidad algún delirium subyacente, o pudiera diagnosticarse un trastorno psicótico cuando el paciente en realidad cursa con una demencia.

Según la causa subyacente, los trastornos cognitivos pueden iniciar a cualquier edad. Son en extremo frecuentes, en particular en el medio hospitalario. Pueden identificarse hasta en una de cada cinco hospitalizaciones de salud mental.

Delirium

Aunque el cerebro mismo puede mostrar afectación directa (como en el caso de un tumor cerebral o un trastorno convulsivo), la mayor parte de los deliriums deriva de procesos patológicos que inician fuera del sistema nervioso central. Incluyen trastornos endocrinos, infecciones, toxicidad o abstinencia de sustancias, deficiencia vitamínica, fiebre, enfermedad hepática y renal, venenos y efectos de intervenciones quirúrgicas (en el cuadro sobre trastornos físicos, contenido en el apéndice se incluye un listado más completo).

Es fácil mencionar los síntomas básicos del delirium:

- En unas cuantas horas o días, el paciente desarrolla...
- **Disminución del estado de alerta y la atención**, que se acompañan de...
- Algún tipo de **déficit cognitivo** adicional, como problemas para la orientación, la memoria, el lenguaje, la percepción o la capacidad visoespacial.
- La intensidad y los síntomas tienden a fluctuar a lo largo del día.

La falta de atención es con frecuencia el primer síntoma que se observa. Durante una entrevista, se identifica en el paciente dificultad para concentrarse en el tema del que se habla; el individuo pudiera interpretarlo como sopor o somnolencia. Los procesos de pensamiento se vuelven lentos y parecen vagos; pudiera detectarse dificultad para el razonamiento y la resolución de problemas. Es posible que se necesite repetir las preguntas varias veces antes de que la persona responda. Por otra parte, la falta de atención puede manifestarse como una tendencia a la distracción por una alerta excesiva, con el desplazamiento rápido de la concentración de un punto a otro.

El déficit cognitivo adicional puede corresponder a distintas áreas; pueden afectarse dos o más al mismo tiempo.

Lenguaje. Se reconocen problemas de este tipo por la presencia de lenguaje errático, desarticulado, presionado o incoherente, o bien que salta de un tema a otro. Los pacientes tienen dificultad para escribir o nombrar las cosas. El lenguaje farfullante, que no se acompaña de incoherencia, sugiere intoxicación, no delirium.

Memoria. Los pacientes con delirium casi siempre tienen dificultad para recordar las cosas. Los eventos recientes siempre se afectan primero; las memorias antiguas (en particular, las de la niñez) suelen ser las últimas en perderse.

Funciones ejecutivas. La persona tiene dificultad para planear, organizar, ordenar en secuencia o abstraer información. En la práctica, tiene dificultad para tomar decisiones, tomar pasos para romper un patrón habitual, corregir errores o buscar el origen de un problema (resolución de problemas). Resulta evidente que las situaciones nuevas o complejas generarán tensión en estos individuos.

Orientación. Muchos pacientes muestran desorientación, en ocasiones tan intensa que no es posible valorarlos de manera adecuada. La desorientación tiene más probabilidad de ser de tipo temporal (fecha, día, mes, año); le sigue en frecuencia la desorientación en lugar; por último, los pacientes son incapaces de reconocer a sus parientes y amigos (desorientación en persona). Sólo los individuos más enfermos carecen de certeza en cuanto a su propia identidad.

Percepción. Incluso los pacientes con delirium leve o temprano no perciben su entorno con la claridad usual: los límites son imprecisos, los colores tienen brillantez anormal, las imágenes muestran distorsión. Algunos pacientes identifican en forma errónea lo que ven (ilusiones), en tanto otros experimentan percepciones falsas (las alucinaciones tienden en particular a ser visuales). Si desarrollan más adelante creencias o ideas falsas (ideas delirantes) con base en sus alucinaciones, estas ideas delirantes suelen ser incompletas, cambiantes o mal organizadas. Si se les confronta con sus percepciones visuales equívocas, los pacientes pudieran no ser capaces de decir si están soñando o están despiertos. Quienes aceptan sus alucinaciones como una realidad pueden sentirse ansiosos o temerosos.

Otras áreas que con frecuencia revelan anomalías en el delirium incluyen las siguientes:

Ciclo sueño-vigilia. Casi de manera invariable se presenta un cambio en el ciclo sueño-vigilia normal del paciente (insomnio, inversión día-noche, sueños vívidos, pesadillas).

Actividad y conducta psicomotora. En ocasiones pueden volverse lentos los movimientos físicos, en particular si el delirium es secundario a problemas metabólicos; estos pacientes parecen mostrar retardo y lentitud. Otros pudieran experimentar incremento de la actividad motora (conducta agitada, jaloneo de la ropa de cama). Es común un temblor aleteante de las manos. Igualmente comunes son las vocalizaciones, que en ocasiones no corresponden a otra cosa que a murmullos o gemidos, no obstante algunos pacientes pudieran llorar o gritar. Quienes se perciben amenazados pueden golpear o intentar escapar.

Estado de ánimo. La depresión y el temor son reacciones emocionales comunes a las experiencias mencionadas antes; el estado de ánimo a menudo se vuelve inestable, lo que otros perciben como afecto lábil (en ocasiones la disforia puede ser el síntoma de presentación en el delirium; en ese caso existe el peligro de establecer un diagnóstico erróneo de trastorno depresivo mayor en el paciente). Algunos individuos sólo reaccionan con confusión; otros más muestran una aceptación insulsa y tranquila, o quizá incluso ira intensa o euforia.

El delirium suele ser de inicio súbito, y su intensidad fluctúa con frecuencia. Casi todos los afectados se muestran más lúcidos en la mañana y empeoran por la noche—un fenómeno transitorio denominado fenómeno de la **puesta de sol**. Cuando se sospecha delirium debe intentarse entrevistar al paciente en sesiones espaciadas y en diferente horario. Puesto que los síntomas del delirium con frecuencia fluctúan a la par de la hora del día, los hallazgos normales o marginales al mediodía pudieran ir seguidos de una evidencia clara de enfermedad durante la tarde. Si no resulta práctico recurrir a visitas múltiples, el personal de enfermería (o las notas en el expediente) pudieran aportar la información necesaria.

No obstante los síntomas pueden persistir durante días o semanas, casi todos los estados de delirium duran una semana o menos y luego se resuelven, una vez que la condición subyacente cede. A pesar de esto, algunos evolucionan a la demencia. Después de que se presenta la resolución de un delirium, la mayor parte de los pacientes tiene un recuerdo parcial de la experiencia; puede cursar con amnesia en relación con ciertos aspectos (o todos), y lo que se recuerda puede parecer un sueño. El delirium es frecuente en los servicios médicos de hospitalización, donde puede diagnosticarse por error como algún otro trastorno mental, como psicosis, depresión, manía, “histeria” o un trastorno de la personalidad.

El delirium tiene en general la incidencia más alta entre todos los trastornos mentales. Según ciertos cálculos, hasta la mitad de los pacientes ancianos hospitalizados desarrolla delirium. Es más frecuente en niños y ancianos que en adultos jóvenes y de edad intermedia.

El delirium tiene muchos alias. Los neurólogos y los internistas lo denominan **estado confusional agudo**. Otros términos que en ocasiones se aplican en vez de delirium incluyen **psicosis tóxica**, **síndrome cerebral agudo** y **encefalopatía metabólica**. Resulta útil conocer estos términos cuando se habla acerca de un paciente con delirium con clínicos que no están especializados en salud mental.

Algunos clínicos consideran al delirium un estado de confusión mental agitada, en el cual el paciente experimenta alucinaciones visuales que son inusualmente vívidas. Éste sería el caso del *delirium tremens*. Todos los estados descritos en este capítulo deberán ser llamados como delirium y no delirio, ya que delirio forma parte de un síntoma de otras enfermedades y el delirium es un diagnóstico por sí mismo.

Características esenciales del delirium

En un periodo corto, el paciente desarrolla problemas por falta de estabilidad de la atención y la orientación (en particular en lo que se refiere al ambiente); se establecen cambios cognitivos adicionales (memoria, uso del lenguaje, desorientación en otras esferas, percepción, capacidad visomotora). Su intensidad fluctúa a lo largo del día. La causa puede vincularse con alguna afección física, consumo de sustancias, toxicidad o alguna combinación de éstas.

La letra pequeña

En el texto entre barras de la página 95 pueden encontrar algunas recomendaciones para la identificar una relación causal con sustancias.

Las D: • Periodo hasta el inicio de los síntomas (horas o días; por lo general, breve, no obstante puede persistir) • Diagnóstico diferencial (trastorno neurocognitivo mayor, coma, trastornos psicóticos).

Notas para codificación

Especificar si:

Con hiperactividad. Agitación o incremento del nivel de actividad en otros sentidos.

Con hipoactividad. Disminución del nivel de actividad.

Con nivel de actividad mixto. Niveles de actividad normales o fluctuantes.

Especificar la duración:

Agudo. Duración de horas hasta pocos días.

Persistente. Duración de semanas o más.

Los números de código para el delirium inducido por sustancia (o medicamento) se presentan en el capítulo 15, en los cuadros 15-2 y 15-3. La CIE-10 hace indicaciones en cuanto al orden en que debe redactarse el diagnóstico del delirium por consumo de sustancias; véanse las notas al pie del cuadro 15-2.

F05 [293.0] Delirium debido a otra afección médica

El delirium puede tener muchas causas, que en parte guardan relación con el grupo de edad a que pertenece el paciente. En los niños, la fiebre y las infecciones son las etiologías más frecuentes; en adultos jóvenes, las drogas; en adultos de edad intermedia, la abstinencia del alcohol y la lesión

craneoencefálica; en los ancianos, los problemas metabólicos, la insuficiencia cardiovascular y el uso excesivo de medicamentos. Con frecuencia el delirium en un paciente añoso tiene causas múltiples (véase la p. 486).

Puesto que puede ser producido por una enfermedad que conduzca a la demencia o incluso la muerte, cualquier delirium constituye una urgencia verdadera. Cuando se sospecha un caso, de inmediato debe solicitarse una interconsulta médica apropiada o realizarse pruebas; en muchas ocasiones se requiere una valoración por un neurólogo. Sin embargo, puede resultar difícil la realización de pruebas formales (neuropsicológicas) en individuos que no tienen capacidad suficiente para mantener la atención en una tarea. Así, el diagnóstico del delirium puede en ocasiones depender de la valoración clínica.

De nuevo, en el cuadro sobre trastornos físicos que se presenta en el apéndice se muestran algunas de las causas médicas del delirium que se identifican con más frecuencia.

Harold Hoyt

Después de que la cardiopatía reumática diera lugar a años de fatiga y disnea progresivas, Harold Hoyt, un albañil de 48 años, por fin aceptó someterse a un reemplazo de válvula mitral. Tras alertarle acerca de que la cirugía a corazón abierto podía desencadenar delirium, su cirujano recomendó una interconsulta de salud mental como medida preventiva.

“No estoy loco”, respondió Harold para rehusarse a ella.

El procedimiento careció de complicaciones, pero el personal de la sala de recuperación observó de inmediato que Harold parecía retraído y poco comunicativo. Ignoraba a su esposa y a su hija durante las visitas horarias breves. Cuando hablaba o escribía notas, solía hacerlo para quejarse de la sonda que tenía la nariz o de su incapacidad para dormir en la unidad de cuidados intensivos, que se encontraba muy iluminada.

Al tercer día posoperatorio, Harold desarrolló una inquietud creciente. Después de sacarse la sonda nasogástrica, se mantuvo más silencioso durante un rato, pero por la tarde se le encontró llorando y tratando de salirse de la cama. Le preguntó a una enfermera dónde estaba, y mostró incredulidad cuando ella le dijo que se había sometido a una cirugía a corazón abierto. Mientras hablaban, su voz se perdió, y pareció olvidar que alguien estaba ahí. Cuando habló de nuevo, preguntó acerca de un juego de fútbol que había tenido lugar la semana anterior.

A la mañana siguiente, Harold sostuvo una conversación rutinaria, no obstante breve, con la auxiliar de nutrición que le llevó el desayuno. Sin embargo, por la noche estaba de nuevo hablando sólo y se le tuvieron que colocar inmovilizadores para evitar que se arrancara la venoclisis. Sin embargo, fue capaz de indicar con precisión la fecha.

Un clínico de salud mental que realizó una interconsulta le diagnosticó “delirium clásico poscardiotomía”, y recomendó que los miembros de la familia se sentaran a su lado para estimularlo y proveerle indicios sobre la realidad. Después de 36 h se encontraba por completo orientado y conversaba con normalidad con su familia, y el mejoramiento de su condición física le permitió ser transferido a una cama en un servicio ordinario. No recordaba nada acerca su comportamiento en los dos días previos y pareció sorprendido de haber necesitado inmovilizadores.

Evaluación de Harold Hoyt

En las horas posteriores a la cirugía, el problema de atención de Harold le hizo tener dificultad incluso para expresar algún pensamiento (su voz se perdió a la mitad de una oración, y se desvió

a la discusión de un partido de fútbol); el hecho de que tampoco era conciente de su circunstancia cubre los requisitos del criterio A para el delirium. Sus problemas cognitivos se habían desarrollado con rapidez y fluctuaban a lo largo del día, para incrementarse durante la tarde y la noche (fenómeno de la puesta de sol—criterio B). Tenía problemas adicionales de la memoria a corto plazo (entre otras cosas, olvidó que se había sometido a una cirugía), y por lo menos en una ocasión se mostró desorientado en tiempo (cualquiera de estas cuestiones eran suficientes para satisfacer el criterio C). No se encontraba comatoso, y carecía de algún **trastorno neurocognitivo** preexistente que pudiera explicar mejor sus síntomas (D). Su antecedente reciente de cirugía cardíaca constituye evidencia de un vínculo directo con su delirium; su cirujano le avisó que podría ocurrir (E).

Es necesario considerar el diagnóstico diferencial, incluso si los criterios no describen alguna otra afección distinta al trastorno cognitivo. Cuando comenzó a desarrollar delirium, Harold se mostraba retraído y parecía irritable. Estas características sugieren un **trastorno depresivo**, que es tan sólo uno de los muchos trastornos mentales que en ocasiones se confunden con los trastornos cognitivos. Puesto que las alucinaciones son tan frecuentes, la **esquizofrenia** y otros **trastornos psicóticos** también se incluirían en el diagnóstico diferencial, no obstante el antecedente de una cirugía y de las fluctuaciones rápidas de la cognición son claves confiables (no obstante, difícilmente infalibles). En ocasiones, un paciente (en particular el que cuenta con algún antecedente de salud) finge los síntomas de delirium para obtener dinero o algún otro beneficio material. Este tipo de engaño puede ser difícil de detectar; cuando se identifica, la designación usual es **simulación**. Cuando el motivo que respalda a un engaño de este tipo corresponde tan solo a convertirse en paciente, debe considerarse un **trastorno facticio aplicado a uno mismo**. Harold desarrolló cierto grado de agitación y trató de salir de la cama; quizá esto se debía a la **ansiedad** generada por encontrarse en un sitio extraño sin saber la razón. Pero existen muchas personas que cursan con síntomas de ansiedad sin padecer un **trastorno de ansiedad**.

La variedad de causas potenciales del delirium son amplias; si bien muchas se incluyen en el cuadro sobre trastornos físicos del apéndice, sin lugar a dudas el listado que se presenta no es completo. Como lo señaló el clínico que valoró a Harold, la cardiectomía es un factor precipitante clásico para el delirium (lo experimenta alrededor de 25% de los individuos tras una cirugía a corazón abierto). Un tanto irónico para Harold, la medida preventiva más potente contra el delirium poscardiectomía es una valoración de salud mental antes de la cirugía. Cuando se está codificando un delirium, es necesario asegurarse de citar la afección médica responsable. La calificación EEAG de Harold en el momento de la valoración era de 40; en el momento del egreso, había mejorado hasta alcanzar un 71.

| | |
|---------------|---|
| Z95.2 [V43.3] | Válvula cardíaca protésica |
| F05 [293.0] | Delirium debido a cirugía torácica, agudo, con hiperactividad |

“El delirium debido a una causa médica frecuentemente es subdiagnosticado”. Ese título en un informe en línea describía a un documento presentado en fecha reciente en una reunión sobre psiquiatría geriátrica. Entre 112 pacientes consecutivos que ingresaron con un diagnóstico de trastorno de salud mental, en 27 se diagnosticó por último un delirium secundario a algún trastorno médico. El diagnóstico más frecuente fue la infección de vías urinarias. Otras condiciones que se identificaron en más de un solo paciente incluyeron el consumo de medicamentos y el control deficiente de

la glucemia. En su mayoría, los pacientes recibieron al inicio algún diagnóstico de otro trastorno cognitivo, pero también fueron frecuentes los de psicosis y de trastornos del estado de ánimo.

Delirium por intoxicación por sustancias, delirium por abstinencia de sustancias y delirium inducido por medicamentos

Las personas que abusan de las drogas ilegales o el alcohol se encuentran en un riesgo intenso de desarrollar delirium. Muchas drogas pueden inducir delirium por intoxicación, pero la suspensión abrupta del consumo intenso de otros fármacos sedantes, como alcohol y barbitúricos, resalta por inducir delirium por abstinencia. El que se conoce en mayor medida es el delirium por abstinencia de alcohol (llamado en general *delirium tremens* o DT). Su marco de referencia lo constituyen la agitación, el temblor, la desorientación y las alucinaciones vívidas. En una persona que suspende de manera súbita un consumo intenso de alcohol de muchas semanas de duración, el DT puede desarrollarse en el transcurso de unos cuantos días. El DT también puede precipitarse cuando un paciente que consume sustancias en forma inapropiada desarrolla alguna enfermedad médica (como insuficiencia hepática, traumatismo craneoencefálico, neumonía o pancreatitis); los consumidores de alcohol se encuentran en un riesgo particular de sufrir estas afecciones. El delirium por abstinencia de alcohol no es en particular frecuente, incluso entre los que consumen una mayor cantidad de alcohol; sin embargo, es tan grave que de no recibir tratamiento desencadena la muerte en 15% los afectados. Esto lo convierte en un problema de salud mental en extremo importante.

El delirium—en particular el delirium por intoxicación, pero también el debido a la abstinencia—puede ser causado por medicamentos prescritos, sin que sea necesario que existan niveles en sangre altos. En combinación con otras drogas o enfermedades, las dosis bajas pueden generar delirium, en particular en personas ancianas. Los fármacos con acciones anticolinérgicas (como los agentes antiparkinsonianos y los antidepresivos) quizá sean los que tienen mayor probabilidad de inducir delirium. Aunque el delirium por intoxicación puede identificarse en el transcurso de minutos de la administración de la cocaína o los alucinógenos, en el caso de muchas otras sustancias se presenta sólo después de que la sustancia se acumula durante varios días o más.

Rodney Patridge

Una pelea con arma blanca en un bar dejó a Rodney Patridge una arteria del brazo seccionada, que hizo necesarias 2 h en quirófano y varias unidades de sangre entera. Sin embargo, excepto por un temblor ligero, cuando Rodney despertó de la anestesia a hora avanzada de la mañana del domingo, se sentía casi como nuevo. Por la tarde estaba comiendo con voracidad y disfrutando las atenciones del personal de enfermería. Sin embargo, el lunes, cuando el cirujano acudió para asegurarse de que la curación seguía seca, la enfermera a cargo le confió en un susurro preocupado: “Estuvo despierto casi toda la noche, y exigía ser liberado. En las últimas 2 h ha estado tratando de sacudir cosas de las sábanas”.

Cuando clínico de salud mental apareció en la puerta, Rodney estaba amarrado en la cama; estaba inmovilizado con un cabestrillo de tela en torno al tórax y con inmovilizadores de cuero en los tobillos y la muñeca izquierda. Su mano libre temblaba y se movía incansablemente sobre la ropa de cama, haciendo pausas ocasionales para tomar algo del aire y tirarlo al piso. Luego, Rodney aventó un triángulo de pan tostado hacia la varilla de la cortina, ubicada arriba de la ventana.

“¡Le di! Mocosos descarados”.

“¿A quién le dio?, quiso saber el clínico.

“¡Dios mío!” Rodney brincó sorprendido contra los inmovilizadores que descansaban sobre su pecho y dejó caer otro pedazo de pan tostado en la sábana. Dejando el pan donde había caído, volvió a revisar la ropa de cama.

“¿A quién le dio?, repitió el clínico.

La mirada de Rodney se volvió a concentrar en la varilla de la cortina. “Fue a esos niños que están ahí arriba. Uno de ellos me enseñó el trasero”.

Los niños medían alrededor de 10 cm y llevaban pantalones cortos, chaquetas verdes y gorritos puntiagudos. Durante media hora danzaron sobre la varilla de la cortina, y hacían gestos obscenos y arrojaban orugas multicolores a la cama de Rodney. Cada vez que caía una oruga, comenzaba a arrastrarse hacia él, mientras comía ruidosamente y formaba un surco en la sábana mientras se acercaba.

Si bien no estaba exactamente espantado, Rodney estaba lejos de sentirse tranquilo. Mirando de manera constante en torno a la habitación, parecía estar vigilando por si aparecían otros predadores. Insistía en que los niños y las orugas eran reales, pero no tenía idea de la razón por la que estaban ahí. También su orientación era imprecisa. Sabía que estaba en un hospital cuyo nombre “nunca me dijeron”, pensaba que había ingresado una semana antes, y erró por casi cinco meses al indicar la fecha. Cuando se le pidió Rodney que restara de siete en siete a partir de 100, respondió: “Eh, 93... 80... umm... ahí hay uno morado”.

Con un poco de presión y mucho clorodiazepóxido para sedarlo, Rodney aceptó que consumió mucho alcohol durante casi toda su vida adulta. Demasiados vodka sours provocaron que en el momento se encontrara sin trabajo (y sin esposa), y durante los últimos tres meses había pasado la mayor parte de sus horas de vigilia consumiendo 1 L o más de licor cada día. Aunque sus temblores matutinos a menudo habían requerido “un traguito para calmarlos”, nunca antes había desarrollado alucinaciones. Aceptó que él quizá fuera alcohólico—había acudido a Alcohólicos Anónimos varias veces, pero nunca había podido seguir.

Evaluación de Rodney Partridge

Varios elementos de la historia de Rodney sugieren algún tipo de trastorno cognitivo. En primer lugar, su orientación era mala (no estaba seguro sobre de la fecha y no tenía idea del hospital en que se encontraba). El segundo elemento que evidenciaba el delirium era la disminución de su capacidad para mantener la atención (tenía dificultad para concentrarse con el clínico de salud mental). En conjunto, estas dos características constituyen el criterio A para el delirium. Los síntomas habían comenzado con rapidez y parecían corresponder a un cambio en Rodney (B); tan sólo con el tiempo podría saberse el grado al cual fluctuarían, y el clínico que valoró a Rodney intervino antes con un tratamiento.

Rodney presentaba también alucinaciones un tanto dramáticas (cambios de la percepción, una de las anomalías alternativas adicionales que pone como requisito el criterio C). Las alucinaciones por abstinencia de alcohol y otros deliriums por abstinencia son de modo característico visuales, pero pueden ser auditivas o táctiles. De presentarse ideas delirantes, su contenido guarda con frecuencia relación con las alucinaciones.

Cursaba con varios síntomas más que de manera característica se vinculan con el delirium. Había desarrollado una hiperactividad (incremento de la respuesta de sobresalto, intentos de salir

de la cama) y una agitación tales que tuvo que ser inmovilizado. Su temblor era evidente. Aunque Rodney sólo estaba desconcertado, muchos pacientes muestran temor intenso de las alucinaciones, que pueden ser más grotescas que lo que pudiera creerse. Sus síntomas sin duda eran más intensos que un cuadro ordinario de abstinencia de alcohol; justificarían la atención clínica por sí mismos.

Las alucinaciones pueden sugerir **esquizofrenia**, un error en que los clínicos cuidadosos evitan incurrir al interrogar a otros informantes en torno al tiempo de evolución de los síntomas psicóticos en el paciente (véanse en el texto entre barras que se incluye más adelante los elementos que permiten diferenciar las causas de la psicosis). Al igual que en cualquier cuadro de delirium, otras condiciones que deben descartarse son los **trastornos psicóticos**, la **simulación** y el **trastorno facticio**. En el caso de Rodney, los antecedentes constituían evidencia suficiente para establecer una relación causal entre su consumo de alcohol y sus síntomas (E).

Si bien Rodney Partridge cumpliría los criterios para abstinencia de alcohol (p. 406), este diagnóstico se ve ensombrecido por el de delirium por abstinencia de alcohol. Es necesario elegir los especificadores para la evolución y el nivel de actividad. Y este es otro punto: puesto que sólo se presentaban durante un delirium, no se establece un diagnóstico independiente para su psicosis. Este es una observación general, que puede aplicarse a los problemas del estado de ánimo, de ansiedad, del sueño y de tipo sexual, cualquiera de los cuales puede generar problemas durante un delirium.

Por supuesto, en Rodney también se justificaría un diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol (véase la p. 397): además de los síntomas de abstinencia, había acudido a Alcohólicos Anónimos sin tener éxito, y prefería beber a trabajar. Si bien el número de síntomas por consumo de sustancias que se mencionan aquí no es en realidad elevado, yo codificaría como grave el cuadro de cualquier individuo que presente DT. En todo caso, la presencia de trastorno por consumo de alcohol ayuda a determinar sus dos diagnósticos de salud mental. Para codificar los trastornos de Rodney se consultan los cuadros 15-2 y 15-3 en el capítulo 15. En el momento del ingreso habría tenido una calificación baja impresionante de 30 en la EEAG.

| | |
|-------------------------|---|
| F10.231 [303.90, 291.0] | Trastorno por consumo de alcohol grave, con delirium por abstinencia de alcohol agudo, con hiperactividad |
| S45.119A [903.1] | Laceración de arteria braquial |
| Z56.9 [V62.29] | Desempleado |
| Z63.5 [V61.03] | Divorciado |

Cuando aparecen síntomas psicóticos en pacientes con trastorno neurocognitivo mayor (demencia), una causa puede ser el delirium. Por supuesto, es importante saber cuándo ocurre esto, debido a que el tratamiento del delirium puede mejorar en gran medida el malestar (para todos) que generan las alucinaciones y, en ocasiones, las ideas delirantes. Sin embargo, los estudios demuestran que el delirium con frecuencia se subdiagnostica en individuos con demencia, y que los dos trastornos coinciden con frecuencia. Aquí se mencionan algunas diferencias:

Ideas delirantes. En la demencia, de manera característica corresponden a sufrir robo o abandono. En el delirium, tienen más probabilidad de hacer referencia a peligros en el ambiente inmediato.

Alucinaciones. En el delirium, son frecuentes las alucinaciones visuales y las ilusiones. En la demencia de Alzheimer, no son tan comunes (pero son más frecuentes en la demencia con cuerpos de Lewy).

Flujo del pensamiento. Las personas delirantes tienen probabilidad de mostrar procesos de pensamiento ilógicos, quizá con dispersión. En la demencia es más común la pobreza de pensamiento.

Atención. Se encuentra comprometida en el delirium, no obstante en la demencia de Alzheimer muestra conservación relativa (sin embargo, su compromiso es profundo en la demencia con cuerpos de Lewy).

F05 [293.0] Delirium debido a etiologías múltiples

Quizá un número mayor de pacientes que el que se reconoce padece delirium por causas múltiples. Muchos de estos diagnósticos sin duda se pasan por alto debido a que el clínico reconoce una causa y no identifica las otras. Los signos y los síntomas no difieren de los mencionados en ejemplos previos, pero por supuesto, un tratamiento útil puede depender en gran medida de la que todos los factores contribuyentes se identifiquen con precisión.

El delirium debido a etiologías múltiples no es en realidad un solo diagnóstico—es la agrupación de dos o más diagnósticos en un mismo paciente. Se incluye en este sitio a manera de recordatorio en cuanto a su relevancia: es difícil dar tratamiento cuando no se conocen todas las causas. Es en particular frecuente entre personas añasas, en quienes es probable la existencia de problemas médicos numerosos.

Emil Brion

A los 72 años, Emil Brion tenía un cuadro de enfisema tan grave que necesitaba oxígeno durante el día y la noche. “Yo siempre le advertí que no fumara, pero él se sentía orgulloso de ser un hombre que consumía tres cajetillas diarias”, dijo su esposa. “Ahora si se quita el oxígeno para fumar, se pone en ridículo y temeroso”.

Lo que ella quería decir es que Emil imaginaba ver cosas: un cable de luz se convertía en una serpiente; un montón de ropa sobre la silla parecía por un instante un león listo para saltar. Podía despertar lloriqueando por la noche por alguna pesadilla. En ocasiones parecía tan distraído que ella difícilmente podía persuadirlo para que se volviera a poner el oxígeno. Sin embargo, considerándolo todo, estaba bien. Incluso podía conducir un poco, en tanto utilizara su oxígeno.

Así fue hasta el 4 de julio, en que Emil salió a caminar descalzo al jardín y se cortó la parte lateral de la planta del talón con un trozo de vidrio roto. El corte no dolió demasiado, de modo que olvidó limpiarlo y volvió a entrar a la casa. Transcurrieron varios días antes de que él y su esposa se dieran cuenta de qué tan roja y abultada se había puesto la zona lesionada. Para ese momento, de acuerdo con el infectólogo que lo ingresó al hospital, había desarrollado una septicemia grave.

No obstante la administración continua de antibióticos intravenosos, durante tres días la temperatura de Emil se mantuvo por encima de los 38.8 °C. Incluso con el oxígeno por puntas nasales su saturación de oxígeno arterial era baja. Gran parte del día dormía; por la noche per-

manecía despierto, murmurando para sí y gruñendo. Cuando pudo hablar con claridad suficiente para entenderle, se quejó de que era un viejo miserable y que deseaba estar muerto.

Al séptimo día de hospitalización de Emil, su fiebre por fin cedió. Se quitó el tubo de oxígeno y le dijo la enfermera, “Sáqueme en una silla de ruedas para poder fumar un poco”.

Evaluación de Emil Brion

La esposa de Emil señalaba que cuando él estaba sin el oxígeno en ocasiones se distraía tanto que ni siquiera podía concentrarse en volver a ponérselo. Cuando se agregó otro trastorno (infección sistémica) a la anoxia, él desarrolló somnolencia (A) con rapidez (criterio B para el delirium). Entre sus problemas cognitivos (C) estaban las ilusiones (la serpiente de cable eléctrico) y las pesadillas, y había comenzado a murmurar (problemas del lenguaje).

También podían identificarse varios síntomas más que de manera característica se relacionan con el delirium. Tenía un cambio del patrón de sueño (somnoliento durante el día, despierto durante la noche). Desarrolló depresión e incluso deseaba estar muerto; quizá en ocasiones reconocía lo muy enfermo que estaba. En cuanto a la existencia previa de afecciones cognitivas (D), la única sería la posibilidad de otro delirium.

Incluso antes de que la infección comenzara, Emil tenía estados de conciencia y de atención fluctuantes, con alucinaciones ocasionales, lo que sugería un delirium persistente derivado de la anoxia. Sin embargo, este trastorno mental tenía más de una causa, como lo demuestra el que la infección lo agravara, incluso mientras se le administró oxígeno por puntas nasales. El hecho de que ambas situaciones pudieran desencadenar el delirium satisface el criterio E. Una vez que la infección en su torrente sanguíneo se resolvió y la fiebre cedió, su cognición mostró una mejoría súbita. Sin embargo, se requeriría una valoración completa de su estado mental para asegurar la ausencia de síntomas residuales de demencia o trastorno depresivo. Sus problemas de percepción no se tomarían por **esquizofrenia** debido a su rápido desarrollo.

Obsérvese que en la codificación del delirium de Emil se asigna un código independiente para cada causa en una línea distinta, no obstante en su caso los números no se modifican. Su calificación EEAG al ingreso era de sólo 25; era de 80 en el momento del egreso.

| | |
|---------------|--|
| J43.9 [492.8] | Enfisema |
| A41.9 [038.9] | Septicemia |
| F05 [293.0] | Delirium debido a anoxia, persistente, con hipoactividad |
| | Delirium debido a septicemia, agudo, con hipoactividad |

R41.0 [780.09] Otro delirium especificado

R41.0 [780.09] Otro delirium no especificado

La categoría de otro delirium, especificado o no especificado, se utiliza para todos aquellos diagnósticos de delirium que no cumplen los criterios de alguno de los tipos descritos antes. En el caso del delirium especificado, el DSM-5 menciona de manera específica el siguiente:

Síndrome de delirium atenuado. Los síntomas del delirium carecen de gravedad suficiente para establecer un diagnóstico más específico.

Dominios sintomáticos

Si bien es posible dar una organización diversa a las ideas sobre este tema, al pasar de los años se desarrolló cierto grado de consenso de la definición de los dominios relevantes para el estudio de lo que el DSM-5 denomina ahora trastornos neurocognitivos (TN) mayores y leves. Aquí se muestran las descripciones de aquellos que el DSM-5 considera elementales para entender todos los trastornos cognitivos, pero en particular el TN mayor (demencia).

Quienes escriben (y hacen investigación) sobre las cuestiones cognitivas, con frecuencia hacen referencia a los dominios neurocognitivos. Sin embargo nunca definen con precisión lo que quieren decir con la palabra **dominio**. El DSM-5 ha seguido esa tradición, incluso al grado de ignorarla en su propio glosario; ahora intentaré romperla. El *Oxford English Dictionary* dice que un dominio es “una esfera de pensamiento o acción”, una dimensión de pensamiento o un campo de conocimiento. Por ende, es posible considerar a un dominio neurocognitivo como un grupo de funciones relativas a un aspecto del pensamiento, la percepción o la memoria.

Y, créalo, incluso los dominios pueden tener dominios (bueno, en ocasiones el DSM-5 los denomina **facetitas**). Por ejemplo, el dominio del lenguaje incluye a la denominación, la gramática, el lenguaje receptivo, la fluidez y la identificación de palabras. Y el sitio al que pertenecen las facetitas del DSM-5 también está un tanto mal definido. Según el experto que se consulte, es posible encontrar a la memoria de trabajo ubicada como un aspecto de la memoria y el aprendizaje, como un componente de la atención compleja o como una subdivisión del desempeño ejecutivo. Buena suerte.

Atención compleja

La **atención compleja** hace referencia a la capacidad para concentrarse en tareas, de tal modo que su terminación no se vea obstruida por las distracciones. Es algo más que la simple capacidad de prestar atención, que se evalúa al solicitar a un paciente repetir una serie de dígitos o deletrear una palabra al revés. También implica a la velocidad de procesamiento, la retención mental de la información y la capacidad para prestar atención (en mayor o menor medida) a más de una cosa a la vez, como escribir una lista para la tienda mientras se escucha la radio. En el TN leve, un paciente puede ser capaz de realizar tareas al tiempo que ocurren muchas cosas, pero requiere un esfuerzo adicional.

Pauline ha comenzado a tener dificultades para utilizar su computadora. Si una llamada telefónica la interrumpe, puede invertir varios minutos tratando de determinar el punto en que dejó el trabajo. Solía leer el periódico y escribir correo electrónico en línea; ahora debe limitarse para evitar confundirse.

La nuera de Jason se quejó (en su representación) de que en los últimos meses había estado teniendo dificultades crecientes para vestirse. “Si estoy hablando con él, se distrae y existe la posibilidad de que deje uno de los zapatos desamarrado. Hace un año era capaz de escuchar,

hablar y vestirse, aunque pudiera dudar un poco. Era como si necesitara reiniciarse entre una tarea y otra. Ahora **yo** tengo que reiniciarlo”.

La capacidad de Jason para prestar atención y de procesamiento (que en conjunto en ocasiones se denominan **memoria de trabajo**; véase el texto entre barras previo) ya no eran suficientes para adaptarse cuando se requería una división de la atención. Un año antes, Jason podía completar una tarea haciendo un poco de esfuerzo adicional, lo que era compatible (entonces) con un diagnóstico de TN **leve**. Ahora, por supuesto, su cognición se había comprometido aún más y estaba operando en el nivel de una demencia verdadera—TN **mayor**.

Aprendizaje y memoria

La **memoria** tiene muchas expresiones. Hace apenas unos años (al parecer), se hablaba ante todo de memoria a largo y corto plazo. Ahora existe una gran diversidad de términos que es necesario recordar. Una clasificación útil y simple se presenta a continuación:

- **Memoria procesal.** Se trata del tipo de memoria que se requiere para realizar tareas como escribir en la computadora o tocar la flauta, y conducir una bicicleta. Permite aprender una secuencia de comportamientos y repetirlos, sin tener que invertir en ello un esfuerzo conciente.
- **Memoria episódica.** Se trata de la memoria de eventos que el individuo experimentó a modo de historia personal—la noche en que mamá murió, el periodo en que se vacacionó por última vez, el postre elegido en la cena de ayer. La memoria episódica siempre implica un punto de vista personal; a menudo es visual.
- **Memoria de trabajo.** Con este concepto se hace referencia al almacenamiento a muy corto plazo de datos que se están sometiendo a un procesamiento activo. Se prueba al solicitar al paciente que haga cuentas mentales o deletree palabras hacia atrás. Con frecuencia se le considera sinónimo de la memoria inmediata, y una función ejecutiva.
- **Memoria semántica.** Este tipo de memoria es la que participa cuando se habla del conocimiento general—en resumen, hechos y cifras. Es el segmento en el que casi todo lo que se aprende se acumula, puesto que ya no se asocia con algún elemento concreto de la vida, como el sitio en que se estaba al aprenderlo.

En cada una de estas divisiones, excepto en la memoria de trabajo, los recuerdos tienden a persistir muchos años—no obstante la memoria episódica tiende a ser más breve que la semántica. Sin embargo, la memoria de trabajo es breve (dura unos cuantos minutos, si acaso).

Al tiempo que la memoria se deteriora, el periodo que se requiere para procesar la información aumenta. De este modo, un individuo pudiera tener problemas para hacer cuentas mentales o repetir el título de una historia que se acaba de relatar, o de retener un número telefónico un tiempo suficiente para marcarlo. Al avanzar la demencia, los pequeños indicios que en alguna época fueran útiles pierden su fuerza.

Justo antes de la Navidad, Sarah, de 74 años, había pasado dos días buscando en la casa los regalos que había escondido. Ella y su hijo John los encontraron por fin en el pequeño cober-

tizo que utilizaban como bodega, pero sus problemas apenas comenzaban. Siempre se había enorgullecido de su capacidad para recordar los números telefónicos, pero en febrero, cuando a John se le asignó un número de extensión nuevo en el trabajo, no pareció poder retenerlo, ni el sitio en que lo había anotado. Después de varios días frustrantes, John por último pegó el nuevo número en la base de los dos aparatos telefónicos. Sin embargo, fueron los dos incendios que ella inició mientras cocinaba los que indujeron su evaluación. Cuando se le pidió que mencionara el nombre del presidente de EUA, ella contestó: “Eso es algo que usted debería saber. No quiero ayudarle más”.

Cuando Audrey cumplió 80 años, tenía dificultad para recordar dónde estaba su habitación; algunos días no reconocía a su hija cuando venía a visitarla. Sin embargo, todavía podía interpretar sus piezas favoritas en el piano.

Habilidad perceptual-motriz

La **habilidad perceptual-motriz** es la capacidad que tiene una persona para asimilar la información visual y sensorial de otros tipos, y utilizarla. La aplicación suele ser motriz, no obstante también incluye el reconocimiento de las caras, que carece de un componente motor. Debe señalarse que las habilidades sensoriales mismas se encuentran conservadas: la persona puede ver las cosas casi como un individuo promedio, pero tener dificultad para desplazarse por el ambiente inmediato, en particular de haber indicios perceptuales limitados (como al amanecer o por la noche). El trabajo manual y las manualidades requieren un esfuerzo adicional; copiar un diseño en una hoja de papel podría traer grandes dificultades. Al igual que en el caso de otros atributos del desempeño cognitivo, los problemas de este dominio se manifiestan en un continuo, de nulos a leves y luego a graves.

Cuando Jeanne se mudó a su departamento para personas de tercera edad tres años antes, recurría al letrero colocado en la puerta—”Habitación de Jeanne”—para poder dirigir hacia allá su caminadora. Ahora, sin embargo, sigue caminando sin hacer caso del letrero, a menos que alguien esté ahí para darle indicaciones.

Agnes padece un tipo de agnosia: no puede reconocer o identificar objetos que le son familiares (como las partes de un bolígrafo), incluso si su desempeño sensorial se encuentra conservado.

La habilidad perceptual-motriz requiere contribuciones de otros dominios—por ejemplo, del desempeño ejecutivo—, de tal manera que existe gran confusión, incluso entre los investigadores que estudian el tema, en cuanto al dominio preciso al que hace referencia. Los comportamientos motores con aprendizaje muy intenso, como la utilización de un tenedor y un cuchillo, suelen conservarse hasta una fase avanzada de la demencia.

Se han recomendado muchas pruebas distintas, cada una de las cuales está sujeta a distintas interpretaciones, lo que depende del experto que se consulte. Una que casi todo el mundo acepta es la copia de un diseño simple.

Desempeño ejecutivo

El **desempeño ejecutivo** corresponde a la serie de mecanismos que las personas utilizan para organizar ideas simples y elementos del comportamiento para construir otros más complejos en pos de una meta, como vestirse u orientarse en un pueblo. Cuando el desempeño ejecutivo se compromete, los pacientes tienen dificultad para interpretar la información reciente y adaptarse a situaciones nuevas. Pueden dificultarse la planeación y la toma de decisiones. Puesto que la flexibilidad mental se pierde, el comportamiento depende del hábito más que del razonamiento y de la corrección de errores mediante retroalimentación.

Sarah se ve unos 10 años menor de los 75 años que indica tener, pero de nuevo se abrochó mal la blusa de seda. Está tratando de clasificar la ropa que va a lavarse, pero en varias ocasiones levanta alguna prenda y sólo la pone en otro anaquel.

Marcus siempre ha cocinado en su casa (su esposa es una abogada que sigue aportando la mayor parte del dinero). A los 67 años, tiene cada vez más dificultades en la cocina. Solía planear un menú distinto para cada día de la semana, pero ahora cocina con mucha frecuencia macarrones con queso. Incluso así, en ocasiones olvida agregar la sal. El mes anterior olvidó dos veces la sartén sobre la parrilla de la estufa y produjo un pequeño incendio.

Lenguaje

El dominio del **lenguaje** incluye al lenguaje receptivo (comprensión) y el lenguaje expresivo. Este último incluye la nominación (la capacidad de indicar el nombre de un objeto, como una pluma fuente), la fluidez, la gramática y la sintaxis (estructura) del lenguaje. Algunos pacientes pueden recurrir a ciertos circunloquios para evitar el uso de palabras que no pueden recordar. Pueden depender cada vez más de repeticiones; pueden desarrollar un lenguaje vago, circunstancial o (por último) un mutismo total.

En sus últimos años, Marcelle desarrolló afasia nominal: decía la palabra “cosilla” para nombrar una variedad cada vez mayor de objetos que encontraba.

A varios años de recibir el diagnóstico de demencia, Jerome confunde ahora palabras como **mesa** y **silla**.

Cognición social

La **cognición social** hace referencia a los procesos que ayudan a reconocer las emociones de otras personas y responder con propiedad a ellas. Incluyen la toma de decisiones, la empatía, el juicio moral, el conocimiento de las normas sociales, el procesamiento emocional y la **teoría sobre la mente**—la capacidad para inferir que otras personas tienen creencias y deseos, y reconocer que otros tienen ideas distintas a las propias. Una persona con defectos de la cognición social puede tener dificultad para reconocer la emoción que transmite una cara ceñuda (o sonriente).

Estas personas, que tienen daño en la amígdala, pueden ser en extremo amistosas con otras. Sin embargo, algunas no respetan los estándares aceptados de propiedad o interacción social convencional.

Eileen ha comenzado a criticar la moral de sus dos nietos de manera abierta; ellos sólo elevan la mirada y la ignoran. Se ha distanciado de otras personas de su numerosa familia extensa, y se lleva muchos de sus alimentos a su recámara para comer ahí sola. Los otros se ríen y dicen que ella sufrió un “trasplante de personalidad”.

Ateo de toda la vida, Harold grita blasfemias incluso al pasar frente a una iglesia en domingo. Puede dar enfrentamiento a los feligreses con la bragueta abierta, porque con frecuencia se niega a subírsela.

Confusión es un término que a menudo se usa para describir la disminución de la velocidad del pensamiento, la pérdida de la memoria, un estado confusional o la desorientación en pacientes con TN. Por supuesto, usted está familiarizado con él, puesto que la utilizan otros proveedores de la atención de la salud (neurólogos e internistas), así como los pacientes y el público en general. El DSM-5 de vez en cuando le permite la entrada. Sin embargo, el término en inglés es impreciso y, bueno, confuso; en este documento traté de evitar su uso siempre que me fue posible. Excepto si me confundía.

Trastornos neurocognitivos mayores y leves

De manera independiente a la etiología del trastorno, los pacientes con TN comparten distintas características que funcionan como criterios para el diagnóstico. Así, la diferencia entre las variedades mayor y leve de TN se limita a la gravedad de los síntomas. Sin embargo, antes de comenzar con los criterios se revisan aquí varios aspectos importantes.

Deterioro

Un TN implica pérdida; siempre existe un deterioro a partir de un nivel previo en una o más áreas de desempeño. El paciente que siempre ha tenido un desempeño deficiente (individuos con discapacidad intelectual) no necesariamente padece un TN. Sin embargo, al igual que cualquier otra persona, un paciente de este tipo puede desarrollar un TN. Muchos individuos con síndrome de Down en forma eventual desarrollan TN del tipo de la enfermedad de Alzheimer. Incluso pudiera decirse que un niño sufre un TN si presenta deterioro, quizá debido a los efectos perdurables de una lesión cerebral traumática.

Todos los enfermos con un TN cursan con un déficit en por lo menos uno de los dominios cognitivos que se analizan justo antes. Sin embargo, en casi todos, en particular en una fase temprana de la evolución de la enfermedad, no se afectan todos. Si bien la pérdida de la memoria es un elemento central en la enfermedad de Alzheimer y algunos de los otros trastornos degenerativos, pudiera ser menos prominente en aquéllos cuya condición subyacente es la vasculopatía.

Otros pacientes pueden desarrollar primero problemas del lenguaje, el desempeño ejecutivo, las funciones perceptuales-motrices o la cognición social. No obstante, siempre existe un deterioro.

Las cifras de prevalencia general de los TN varían según la definición precisa y el estudio que se cite. Para 2013, iban desde alrededor de 2% a los 65 años, hasta cerca de 5 a 10% a los 75 años, y de 15 a 30% a los 80 años o más (un estudio Rand realizado en 2013 informó una cifra de 15% a los 71 años). A pesar de esto, la investigación reciente sugiere que los cambios del estilo de vida (incremento de la ejercitación, disminución del tabaquismo, mejoramiento de la dieta) pudieran estar favoreciendo una reducción de la incidencia de TN en personas añasas.

No se debe exclusivamente a delirium

Un TN no puede diagnosticarse si los síntomas se presentan sólo cuando el paciente tiene un cuadro de delirium. Sin embargo, estas dos condiciones pueden (y con frecuencia lo hacen) coexistir, como en el caso del individuo con un TN debido a enfermedad de Alzheimer que recibe un medicamento que induce delirium por intoxicación por sustancia.

No puede explicarse a partir de otro trastorno mental

El deterioro de la capacidad cognitiva en ocasiones se relaciona con, por ejemplo, la esquizofrenia (lo que en alguna época se denominó **demencia precoz**—demencia temprana). Los criterios para el TN indican que deben descartarse causas de declinación cognitiva de este tipo antes de poder establecer el diagnóstico de TN.

Confirmación mediante pruebas

Los criterios para el TN obligan a que las pruebas confirmen el deterioro en el paciente. Por supuesto, se prefieren las pruebas formales de los dominios cognitivos apropiados, pero en muchos pacientes eso no es algo que vaya a suceder. En esos casos, un cálculo clínico de la capacidad tiene que fungir como sustituto.

La realización de pruebas es en particular importante en individuos que se sienten preocupados, pero sin un fundamento lógico. Al tiempo que las personas envejecen, identifican pequeñas lagunas de memoria y comportamientos peculiares que les llevan a preguntarse: “¿Estoy perdiendo la razón?” (confíe en mí al respecto). En esos casos, los resultados de pruebas objetivas pueden tranquilizarles, así como sus familiares, y sus proveedores de atención de la salud necesitan impulsarles a continuar sus actividades ordinarias.

Existe por lo menos un caso en el cual las pruebas pudieran generar confusión de practicarse en forma aislada. Eso puede ocurrir en una persona con un desempeño de muy alto nivel cuyas pruebas formales revelan un desempeño promedio, o incluso superior al mismo. Sin embargo, para esta persona, que antes pudiera haber tenido resultados superiores a los esperados, el desempeño en un nivel normal representa una declinación sustancial. Ese la razón por la cual el DSM-5 enfatiza ahora la combinación de dos requisitos—las pruebas y la inquietud de parte de quienes conocen a la persona.

Disfunción

Y esta es la gran diferencia entre el TN leve y el mayor: en un TN mayor (demencia), la pérdida de la capacidad cognitiva debe tener gravedad suficiente para tener un impacto definitivo sobre

el trabajo o la vida social del individuo. Este impacto no tiene que ser intenso; algunos pacientes pueden tener un desempeño satisfactorio con cierta ayuda—pagar las cuentas o hacer compras, por ejemplo. Las personas con TN leve, por otra parte, pueden seguir siendo **independientes** si hacen un esfuerzo mayor. La diferencia entre el TN mayor y leve es, entonces, de grado. Observe que para muchos pacientes el TN leve no evoluciona a un TN mayor. El problema es que pudiera ser imposible diferenciar con antelación un grupo de otro.

El inicio del TN suele ser gradual (no obstante, por supuesto, esto depende en gran medida de su causa). La primera manifestación puede ser la pérdida del interés en el trabajo o las actividades recreativas. La familia o los amigos pudieran observar un cambio en los rasgos de personalidad históricos. Cuando el desempeño ejecutivo se afecta, el juicio y el control de impulsos sufren. Les sigue la pérdida de los modales, como cuando un paciente hace bromas vulgares o descuida su higiene y aspecto personales. Despojado de la capacidad de analizar, comprender, recordar y aplicar conocimiento anterior a situaciones nuevas, el individuo pudiera no tener otra alternativa que depender de la estructura de un hábito.

Los pacientes con TN desarrollan una vulnerabilidad creciente a las tensiones psicosociales: lo que pudiera haber constituido un problema menor unos años antes puede en el momento asumir proporciones monumentales. Algunos desarrollan apatía, otros irritabilidad; otros pudieran ignorar los intereses o los deseos de su grupo. Alguien más pudiera tratar de compensar las fallas de la memoria mediante una integración compulsiva de listas. Es frecuente que no existan percepciones erróneas (alucinaciones o ilusiones), tan comunes en el delirium, en especial en una fase temprana del proceso. Al tiempo que el TN mayor se agrava, las ideas paranoides y las delirantes relativas a la infidelidad pueden determinar un comportamiento de maltrato, e incluso de ataque.

Algunos pacientes se mantienen tranquilos, en particular en la fase temprana de la enfermedad, al tiempo que la apatía conduce de manera gradual a una disminución de la actividad. Aquéllos que retienen cierta introspección pueden desarrollar depresión o ansiedad. Más adelante, en especial, una persona que desarrolla frustración o miedo pudiera experimentar estallidos de ira. La inquietud y la deambulación constante pudieran llevar al paciente a alejarse del hogar; los individuos en ocasiones se extravían durante horas o días. Una persona en la fase final de un TN mayor puede perder todo el lenguaje útil y la capacidad de autocuidado, y terminar confinada a la cama, incapaz de percibir la presencia de sus cuidadores o la familia.

Si bien la mayor parte de los casos de TN se identifica en pacientes ancianos, éstos pueden diagnosticarse en cualquier momento a partir de los 3 o 4 años, que es el momento en que el desempeño cognitivo de la persona puede cuantificarse con confiabilidad. La evolución depende de la causa subyacente. Las más de las veces se trata de un deterioro crónico; a pesar de esto, algunos TN pueden mantenerse estables, o incluso remitir. La remisión es en particular probable en un TN debido a hipotiroidismo, hematoma subdural o hidrocefalia normotensa. Cuando se diagnostica una de estas causas en una fase temprana y recibe un tratamiento adecuado, es posible una recuperación completa.

La sospecha de un TN obliga a una valoración médica y neurológica para confirmar la causa y, siempre que sea posible, intervenir con un tratamiento. En muchos casos puede identificarse una causa biológica. Entre éstas se encuentran las enfermedades primarias del sistema nervioso central, como la enfermedad de Huntington, la esclerosis múltiple y la enfermedad de Parkinson; las enfermedades infecciosas, como neurosífilis y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); las deficiencias vitamínicas; los tumores; los traumatismos; distintas enfermedades del hígado, los pulmones y el sistema cardiovascular; y los trastornos endocrinos (en el cuadro sobre

trastornos físicos del apéndice se incluye una lista más completa). Sin embargo, algunos TN deben diagnosticarse no con base en la patología identificada, sino mediante inferencia a partir de las características clínicas y al descartar otras causas que no son orgánicas. Esto con frecuencia ocurre en el TN debido a enfermedad de Alzheimer o a enfermedad frontotemporal.

Demencia es el término que se aplicaba a los pacientes con TN mayor, que en algunas situaciones es preferible al término antiguo. Un buen ejemplo se identifica en la persona joven cuyos problemas cognitivos derivan de una lesión cerebral traumática—usted desea llamar la atención sobre un problema significativo sin utilizar el término peyorativo **demencia**. Otro caso pudiera corresponder a las personas en quienes se solía diagnosticar un trastorno amnésico, cuyos problemas cognitivos por lo general se concentran en una sola área cognitiva. Sin embargo, los términos **demencia** y **demente** siguen entendiéndose—y utilizándose—en casi todo el mundo (incluso el DSM-5 incluye el término entre paréntesis) para hacer referencia a individuos en quienes pudiera establecer un diagnóstico formal de TN mayor. Por conveniencia, y sin mencionar la propia cordura, seguiré utilizándolos en forma ocasional en el resto del capítulo, pero sólo cuando desee hacer referencia al TN mayor.

Características esenciales del trastorno neurocognitivo {mayor} {leve}

Una persona (el paciente, un pariente, el clínico) sospecha que se ha presentado un deterioro {intenso} {modesto} del desempeño cognitivo. En las pruebas formales, el paciente alcanza una calificación que se ubica entre {2 o más} {1 o 2} desviaciones estándares respecto de los valores normales. De manera alternativa, una valoración clínica lleva a la misma conclusión. Los síntomas comprometen en grado {relevante} {irrelevante} la capacidad del paciente para tener un desempeño independiente. Esto es, el paciente {no puede} {puede} resolver las actividades de la vida diaria (pagar cuentas, administrar medicamentos) al hacer un esfuerzo mayor o recurrir estrategias compensatorias, como integrar listas.

La letra pequeña

Una desviación estándar bajo la norma se ubicaría en la percentila 16; dos de ellas se ubicarían en la percentila 3.

Las D: • Duración (los síntomas tienden a la cronicidad) • Diagnóstico diferencial (delirium, envejecimiento normal, trastorno depresivo mayor [pseudodemencia], psicosis).

Notas para codificación

Especificar si:

Con alteración del comportamiento (especificar el tipo). El paciente tiene comportamientos con relevancia clínica, como apatía, agitación, o que son consecuencia de alucinaciones o problemas del estado de ánimo.

Sin alteración del comportamiento. El paciente no presenta estas dificultades.

La integración del enunciado diagnóstico y los códigos que deben utilizarse se presentan en los cuadros 16-1a y 16-1b.

En el caso del TN mayor, especificar el nivel de gravedad existente:

Leve. El paciente necesita ayuda en las actividades de la vida cotidiana, como las labores del hogar o la administración del dinero.

Moderado. El paciente necesita ayuda incluso con cuestiones tan básicas como vestirse y comer.

Grave. El paciente depende por completo de otros.

Registro de los trastornos neurocognitivos mayores y leves

Con base en el uso de los cuadros 16-1a y 16-1b, sígase el esquema que se describe aquí al registrar un diagnóstico de TN mayor o leve.

En el DSM-5 se menciona un total de 10 trastornos específicos (y varios inespecíficos), no obstante existen docenas que pudieran clasificarse como etiológicos para el TN. Se les asignan números distintos y descripciones diferentes, lo que depende de si el TN es mayor o leve. **No se preocupe; esto se aclarará pronto.** Las cinco etiologías que se mencionan en el cuadro 16-1a pueden tener como base un diagnóstico que deriva ya sea de una enfermedad probable o posible, lo que depende de los criterios que se satisfagan. Para las etiologías restantes (cuadro 16-1b) debe existir certidumbre suficiente en torno a la causa (estudios de laboratorio e imagen), de modo que no se requiere un diagnóstico posible. **Recuerde, conserve la calma.**

Para que etiología, el primer código (superior) hace referencia a la condición médica asociada (causal). El segundo código (inferior) es para el TN mayor, que ocupa dos columnas—lo que permite hacer, de ser necesarios, ajustes en el paciente que muestra alguna alteración conductual. El TN leve sólo ofrece un par de códigos, de manera independiente a la etiología. **Tómelo con tranquilidad.**

Después de la publicación del DSM-5, sus editores revisaron la convención para la denominación de los TN mayores. Se recomienda que, siempre que sea apropiado, las etiquetas **posible** y **probable** aparezcan justo antes del nombre del trastorno etiológico, y no antes del TN. Después de todo, de acuerdo con este razonamiento, el hecho de que exista un TN no está en duda—es la causa respecto a la cual existe cierta incertidumbre. De este modo, ignore los títulos formales que se muestran en el DSM-5, contenga su nerviosismo y siga los ejemplos siguientes:

Trastorno neurocognitivo mayor debido a {probable} {posible} enfermedad de Alzheimer

Trastorno neurocognitivo mayor debido a {probable} {posible} degeneración frontotemporal

Trastorno neurocognitivo mayor con {probable} {posible} enfermedad con cuerpos de Lewy

Trastorno neurocognitivo mayor {probablemente} {posiblemente} debido a enfermedad vascular

Trastorno neurocognitivo mayor {probablemente} {posiblemente} debido a enfermedad de Parkinson

Estos ejemplos se citan tal como aparecen en la página electrónica del DSM-5. No siendo la congruencia la palabra del día, me aventuraría a decir que puede usted salir avante con un enunciado que no siga al pie de la letra estos ejemplos.

Cuadro 16-1a. Codificación para los trastornos neurocognitivos mayores y leves: cinco etiologías

| Etiología ^a | TN mayor debido a {probable} {posible} [etiología] ^b | | TN leve {con} {sin} alteración del comportamiento ^c |
|--------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| | Con alteración del comportamiento | Sin alteración del comportamiento | |
| Enfermedad de Alzheimer | G30.9 [331.0] Enfermedad de Alzheimer | F02.81 [294.11] | (Sin código para el trastorno médico) |
| | | F02.80 [294.10] | |
| Degeneración frontotemporal | G31.09 [331.19] Enfermedad frontotemporal | F02.81 [294.11] | — G31.84 [331.83] |
| | | F02.80 [294.10] | |
| Enfermedad con cuerpos de Lewy | G31.83 [331.82] Enfermedad con cuerpos de Lewy | F02.81 [294.11] | TN leve debido a [etiología] Indicar si es {probable} o {posible}, y si se trata de TN {con} {sin} alteración del comportamiento |
| | | F02.80 [294.10] | |
| Enfermedad de Parkinson | G20 [332.0] Enfermedad de Parkinson | F02.81 [294.11] | |
| | | F02.80 [294.10] | |
| Vasculopatía | — | | |
| | F01.51 [290.40] | F01.50 [290.40] | |

^a Sólo estas cinco etiologías de TN (cuadro 16-1a) contemplan los niveles de certidumbre probable y posible.

^b De acuerdo con las reglas revisadas (que no aparecen en el DSM-5), debe indicarse con palabras si el TN mayor se debe a una enfermedad probable o posible—el número de código sigue siendo el mismo. En la sección “Registro de trastornos neurocognitivos mayores y leves” de este libro se muestran algunos ejemplos de la forma en que deben mencionarse los nombres.

^c En el TN leve no se hace referencia al factor causal sospechoso (por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer). Eso se debe a que el nivel de certidumbre en torno a la causa es mucho menor en un TN leve que en uno mayor. De igual manera, no existe un número de código para la alteración del comportamiento, no obstante debe indicarse en el enunciado. Por último, para todos los TN leve que se mencionan en el cuadro 16-1a es posible agregar una frase en que se indica si se trata de un trastorno probable o posible; sin embargo, el número de código no varía.

Cuadro 16-1b. Codificación para los trastornos neurocognitivos mayores y leves: etiologías restantes

| Etiología | TN mayor | | TN leve ^c |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| | Con alteración del comportamiento | Sin alteración del comportamiento | |
| Lesión cerebral traumática | S06.2X9S [907.0] ^d | | (Sin código para el trastorno médico) |
| | F02.81 [294.11] | F02.80 [294.10] | |
| Enfermedad por VIH | B20 [042] Infección por VIH | | — |
| | F02.81 [294.11] | F02.80 [294.10] | |
| Enfermedad de Huntington | G10 [333.4] Enfermedad de Huntington | | G31.84 [331.83] |
| | F02.81 [294.11] | F02.80 [294.10] | |
| Enfermedad por priones | A81.9 [046.79] Enfermedad por priones | F02.80 [294.10] | TN leve debido a [etiología] Sin indicar si es {probable} {posible} Es posible indicar si se presenta {con} {sin} alteración del comportamiento |
| Otra afección médica | ## [###] Nombre CIE-10 [nombre CIE-9] | F02.80 [294.10] | |
| Inducido por sustancias/medicamentos | Véase el cuadro 15.2 (p. 465) | | |
| Etiologías múltiples ^e | (Series múltiples de números y nombres) | | |
| | F02.81 [294.11] | F02.80 [294.10] | |

^d Las dos denominaciones para codificación de la LCT eran demasiado largas para incluirlas en este cuadro: S06.2X9S = lesión cerebral traumática difusa con pérdida del estado de conciencia de duración no especificada, secuela; 907.0 = efecto tardío de lesión intracraneal sin fractura de cráneo.

^e Si un trastorno vascular contribuye en un cuadro con etiología múltiple, se menciona en el segmento de etiologías múltiples.

Por cierto, acabo de releer las notas al pie de los cuadros 16-1a y 16-1b, y me disculpo por su complejidad. Pudiera ser mejor para usted ignorar las explicaciones y sólo mirar los cuadros unos cuantos minutos, o bien pudiera preferir analizar por sus propios medios un par de casos clínicos. Se incluyen ejemplos suficientes en todo este capítulo, de manera que las cosas deben aclararse en forma eventual. **Respire con lentitud.**

El TN leve es una designación nueva que surge junto con una gran cantidad de sinónimos. Incluyen **declinación cognitiva asociada con la edad, disfunción cognitiva leve, disfunción de la memoria asociada a la edad, disfunción cognitiva sin demencia**. Estas personas no presentan un cuadro florido de demencia, pero tampoco son precisamente normales. Si bien muestran sintomatología, sus capacidades para el desempeño se encuentran en gran medida conservadas, pero necesitan hacer un esfuerzo mayor para desempeñarlas. No debe confundirse al TN leve con el **deterioro cognitivo relacionado con la edad**, que es más o menos normal (¿Dónde puse mis llaves?) según la edad de la persona—y que ya no cuenta con un estatus diagnóstico en la CIE-10. Y, por favor, no lleve al extremo la interpretación de esta designación. Si bien algunos pacientes que pueden recibir el diagnóstico de TN leve desarrollan más adelante la variedad mayor del trastorno, por ningún motivo todos lo harán.

Aquí se incluye una nota puntillosa adicional en cuanto al TN leve. El Buen Libro nos dice que si establecemos este diagnóstico no debemos escribir un código que haga referencia al agente causal sospechoso. Detecto en mí renuencia ante esta limitación. Sin duda, si se sabe que la persona sufrió, por ejemplo, una lesión cerebral traumática, y que el resultado es un TN leve, entonces estamos **obligados** a indicarlo. Se trata de información que pudiera ser valiosa para el siguiente clínico que atienda al paciente, y por ende puede tener un valor considerable para el paciente mismo. A mi parecer, los editores del DSM-5 deseaban ser congruentes en el sentido de no registrar las causas si no se tiene certeza de la etiología, lo que con frecuencia ocurre en el caso del TN leve. Sin embargo, cuando existe evidencia muy sólida, nuestra obligación es para con el paciente, no para con un libro.

Trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Alzheimer

La causa más frecuente de lo que en alguna época se denominó **senilidad**, el TN debido a la enfermedad de Alzheimer, se ha reconocido desde el inicio del siglo XX. La enfermedad de Alzheimer genera más de la mitad de los casos de demencia, que se incrementan de manera constante al avanzar la edad; casi todos los pacientes ancianos confinados en asilos están afectados por este trastorno degenerativo. También es común entre individuos mayores de 40 años que padecen síndrome de Down. Cualquier clínico que atiende a personas añosas está destinado a encontrarla con frecuencia. Los pacientes con enfermedad de Alzheimer de inicio temprano tienden en particular a contar con parientes con el mismo trastorno.

El TN debido a la enfermedad de Alzheimer también es relevante porque existen muchos otros trastornos, tanto cognitivos como de otros tipos, que pueden confundirse con él. No obstante los avances para el diagnóstico, **sigue** siendo un diagnóstico de exclusión que sólo debe establecerse una vez que todas las otras causas (en particular, aquéllas sensibles de tratamiento) se descartan.

La pérdida de la memoria es el primer síntoma que experimenta casi la mitad de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, pero de manera eventual, al igual que en el resto de las demencias,

todos los afectados tienden a olvidar las cosas. La memoria reciente (la capacidad para recordar la información que se recibió en el transcurso de algunos minutos), suele ser el primer aspecto que se afecta; la memoria remota se afecta más adelante. Los pacientes pueden olvidar nombres de familiares o repetir preguntas que acaban de recibir respuesta. Para compensar esto, algunos escriben notas o integran listas. Si bien la conciencia de sí suele conservarse hasta una fase avanzada de la enfermedad, los pacientes con demencia intensa pudieran no poder reconocer a sus familiares o amigos de mucho tiempo, y por último incluso ser incapaces de indicar sus propios nombres.

Puede presentarse un cambio aparente de la personalidad en la fase temprana de la enfermedad de Alzheimer. Es común que los rasgos de la personalidad que ya existían se acentúen: un paciente pudiera volverse más obsesivo, reservado o sexualmente activo. Otras indicaciones tempranas de la demencia son apatía, labilidad emocional (llanto súbito o estallidos temperamentales) o pérdida de un buen sentido del humor previo.

La pérdida de la función ejecutiva (que por lo general se atribuye al daño en el lóbulo frontal), puede probarse de manera directa al solicitar al paciente que identifique similitudes y diferencias, o que realice una secuencia de pasos, como en el *Mini-Mental State Exam* (MMSE). Sin embargo, con frecuencia el desempeño ejecutivo se valora con más precisión a partir de los antecedentes o de la observación de algunas de las conductas siguientes: semejanza de las acciones con las del clínico o un acompañante (conducta de imitación); congelamiento de la expresión hasta que se hace referencia a ello (falta de espontaneidad); uso de más de un par de pantalones (perseveración); o extravío repetido en la institución, no obstante exista una buena orientación en el hogar (dependencia ambiental). La imagen resultante pudiera corresponder a la de una persona capaz de desplazarse y tener un desempeño adecuado en un ambiente fijo y familiar, pero que tiene dificultad para adaptarse a circunstancias cambiantes. Algunos individuos son referidos para una valoración sólo una vez que son incapaces de adaptarse a los ambientes desconocidos de una residencia nueva. Como ocurre con la mayor parte de las tareas intelectuales, los pacientes con enfermedad de Alzheimer pudieran tener un mejor desempeño cuando vuelven a someterse a las pruebas.

El compromiso de las funciones del lenguaje puede manifestarse primero por la dificultad para encontrar palabras (afasia). El vocabulario se contrae, al tiempo que se sustituye la comunicación real por repeticiones y frases estereotipadas, y el individuo ya no recurre a oraciones complejas. La lectura y la escritura pudieran deteriorarse; la conversación es errática.

Muchos pacientes con enfermedad de Alzheimer también tienen defectos de la percepción, como ilusiones o alucinaciones. Pudieran desarrollar suspicacia desmesurada o bien paranoia. Cerca de 20% cursa con depresión; incluso quienes no están deprimidos experimentan con frecuencia insomnio o anorexia. Por ende, es importante considerar a la enfermedad de Alzheimer (u otras causas de demencia) en el diagnóstico diferencial de cualquier paciente añoso que se presente con síntomas sugestivos de un trastorno depresivo.

El paciente típico vive entre ocho y 10 años después del inicio de la enfermedad de Alzheimer (conoció a una mujer que murió en fecha reciente, después de 14 años de establecido su diagnóstico). La evolución clínica, si bien variable, de modo característico corresponde a un deterioro constante que pasa por tres fases:

1. De uno a tres años con tendencia creciente al olvido.
2. De dos a tres años con desorientación progresiva, pérdida de las habilidades de lenguaje y comportamiento inapropiado. Hasta que se alcanzan las fases avanzadas, la mayor parte de los

pacientes tiene un aspecto general normal, no obstante la exploración física pudiera revelar “signos de liberación frontal” típicos, como el **reflejo palmomentoniano** (fruncir los labios al golpear las palmas—si bien algunas personas ancianas desarrollan signos de liberación frontal sin evidencia de demencia). Pueden aparecer durante esta fase las alucinaciones y las ideas delirantes.

3. Un periodo final con demencia intensa, durante el cual existe desorientación en persona y abandono total del autocuidado.

Casi siempre se observa ausencia de introspección, y tarde o temprano se desarrolla compromiso del juicio. Al final, puede establecerse el mutismo total y la falta de respuesta. Los pacientes con enfermedad de Alzheimer toleran mal las enfermedades físicas; la infección o las deficiencias nutricionales que una persona sin la enfermedad pudiera tolerar, pueden desencadenar un delirium superpuesto.

Si bien la enfermedad de Alzheimer es en extremo común, la relación etiológica casi siempre debe inferirse a partir de la ausencia de otras causas potenciales. Debido a que algunas de ellas son tratables, y puesto que la enfermedad de Alzheimer tiene un pronóstico tan malo, resulta de vital importancia descartar todas las otras alternativas posibles (el DSM-5 lista primero al TN debido a la enfermedad de Alzheimer, igual que yo lo hago; no permita que esto lo desoriente).

Si bien casi todos los pacientes con demencia presentan problemas de la memoria y el aprendizaje, se trata de sólo uno entre los seis dominios cognitivos que pueden afectarse en el TN. Sin embargo, el DSM-5 pone como requisito un defecto temprano de la memoria para el diagnóstico de TN debido a enfermedad de Alzheimer.

Características esenciales del **trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Alzheimer**

El paciente cursa con un trastorno neurocognitivo {mayor}{leve} (véase la p. 492) que se instaure con lentitud y avanza en forma gradual.

La letra pequeña

Las D: • Duración (crónico) • Diagnóstico diferencial (delirium; declinación cognitiva relacionada con la edad; discapacidad intelectual; trastornos depresivos, de ansiedad o psicóticos; intoxicación por sustancia; otras causas de TN, en particular enfermedad vascular, frontotemporal y con cuerpos de Lewy).

Existen dos alternativas para integrar el diagnóstico de TN mayor probable debido a demencia de Alzheimer, y una sola para llegar al diagnóstico de TN mayor posible, TN leve probable o TN leve posible debido enfermedad de Alzheimer. Véase el cuadro a continuación.

| | TN mayor debido a enfermedad de Alzheimer | | TN leve debido a enfermedad de Alzheimer | |
|--|--|--|---|--|
| | Probable | Posible | Probable | Posible |
| | Cumple los criterios para TN {mayor}{leve} | | | |
| | Discapacidad de inicio insidioso, progresión gradual | | | |
| Número de dominios afectados | Dos o más | | Uno o más | |
| Evidencia genética positiva (pruebas o antecedentes familiares) de enfermedad de Alzheimer | TN mayor debido a probable enfermedad de Alzheimer | --- | TN leve debido a probable enfermedad de Alzheimer | --- |
| Declinación constante, gradual; sin mesetas prolongadas | Presencia de los tres factores: TN mayor debido a probable enfermedad de Alzheimer | Si falta cualquiera de estos tres: TN mayor debido a posible enfermedad de Alzheimer | | Presencia de los tres factores: TN leve debido a posible enfermedad de Alzheimer |
| Sin evidencia de causas mixtas ^a | | | | |
| Declinación de la memoria y el aprendizaje | | | | |

^a Cualquier evidencia de causas mixtas obliga a un diagnóstico de TN debido a etiologías múltiples.

Notas para codificación

Elegir los diagnósticos y los números de código a partir del cuadro 16-1a.

Hank Altig

Dos años antes de que el Hank Altig se mudara a Sunny Acres, aceptó un empleo para dar la bienvenida en un gran almacén comercial. Había estado retirado durante varios años, y a los 66 deseaba tener más actividad. “Ya no quiero estar sentado y ocioso más tiempo”, le dijo al entrevistador durante la exploración física previa a la contratación. “Todavía me quedan unos buenos años”. Si bien indicó su dirección, su número de seguridad social y un número celular de memoria, se

preguntó en voz alta por qué en ocasiones entraba en una habitación y no podía recordar la razón por la que estaba ahí. “¿No nos pasa a todos?”, fue la respuesta.

La ocupación anterior de Hank (había trabajado casi 40 años como contador) hacía necesaria la concentración y una gran tolerancia al hastío; encargarse de dar la bienvenida sólo requería su presencia y la disposición de sonreír. De esto tenía suficiente. “Presentarse explica 80% del éxito”, citó.

Durante meses, cada vez que Hank se presentaba, se había rasurado con cuidado y prestaba atención meticulosa a su ropa, sus zapatos—e incluso su pelo y uñas. “Quiero ser el que da la bienvenida al que da la bienvenida”, le había dicho a su hija, Sandy, que vivía sobre la misma cuadra y fue la informante principal durante su valoración clínica.

Pero casi un año después de entrar a trabajar, comenzó a tener problemas. Cuando se le había contratado, había memorizado la ubicación de “la mitad de los productos de la tienda”. Pero cada pocos días movían algo, y él parecía no poder memorizar la ubicación nueva. Sandy le compró una libreta diminuta en la que él llevaba un registro de los productos por los cuales preguntaba más la gente. También la utilizaba para anotar sus citas—que en su mayoría eran citas para comer con Sandy—y otros datos importantes. Cada vez que Hank tenía problemas para recordar algo, Sandy sonreía y le preguntaba: “¿Dónde está tu libreta?”. Con frecuencia Hank podía buscar lo que quería saber.

Después de un año y medio, Sandy había comenzado a preocuparse de verdad. No se había presentado un cambio dramático, tan sólo una declinación constante. Una o dos veces, mientras esperaba que Hank saliera del trabajo, se había percatado él parecía no darse cuenta de que alguien se le acercaba para pedirle ayuda. Sabía que había llegado tarde varias veces, y que en ocasiones no se había molestado por rasurarse. Si ella lo mencionaba, él levantaba los hombros y se daba la vuelta.

La semana anterior habían vuelto al consultorio. Sandy informó que Hank había dejado de cocinar. En su mayoría, comía cereal frío, a menos que Sandy le preparara algo y se lo llevara.

“¿En dónde le gusta comprar los abarrotes?”, le preguntó el entrevistador. Al ver que no había una respuesta, Sandy se adelantó: “¿Dónde está tu libreta?”. Pero se quedó mirando sin expresión alguna, y la pequeña libreta nunca salió de la bolsa de su chaqueta.

Evaluación de Hank Altig

Incluso cuando Hank buscó trabajo para dar la bienvenida, sentía inquietud por su memoria. La preocupación (de parte del paciente o de alguien más) es necesaria, pero no suficiente, para establecer un diagnóstico de TN de algún grado. La preocupación inicial de Hank tenía como base de un evento común que carecía de relevancia clínica, y su clínico lo señaló en ese momento. El requisito para un diagnóstico es que existe inquietud en torno a un deterioro, además de evidencia objetiva—el tipo que sólo puede obtenerse mediante una prueba neuropsicológica real o valoraciones clínicas, como el MMSE (en esta discusión se tiene cierta desventaja debido a que no se cuenta con los resultados de las pruebas; será necesario interpolar un poco, al igual que en las discusiones de los casos clínicos que siguen).

En cualquier caso, es posible tener confianza razonable de que Hank no tenía algún déficit cognitivo importante en el momento en que comenzó a trabajar. No sólo había citado con precisión a Woody Allen, sino que sus habilidades ejecutivas se hallaban conservadas: se levantaba, se arreglaba en forma adecuada, llegaba a tiempo al trabajo, y era capaz de recordar la ubicación de productos numerosos en la tienda. Sin embargo, al tiempo que pasaban los meses había comenzado a tener problemas.

Hank estaba preocupado, al igual que Sandy (criterio A para el TN), debido a que tenía dificultades para aprender información nueva. Su memoria no era como antes: al parecer perdió su capacidad previa para memorizar y recordar la ubicación nueva de los productos de la tienda. Sin embargo, compensaba la dificultad utilizando la libreta que Sandy le había obsequiado (B), lo que permite sentar las bases de un diagnóstico de TN leve. Para completar la evaluación, se necesita información objetiva en torno al deterioro cognitivo—pruebas formales de algún tipo, ya sea una valoración cognitiva o tan sólo un MMSE realizado en el consultorio (A2). El resto de los criterios se cumplían, que no existiera delirium (C) o algún otro trastorno mental como depresión o esquizofrenia (D), de acuerdo con el caso clínico.

Es posible avanzar ahora en la historia clínica. Para cuando transcurrió un año, Sandy observó que la atención de Hank vagaba mientras estaba en su trabajo, y que había comenzado a ir a su empleo menos arreglado de lo que solía ir—evidencia de presunción de una disminución del desempeño ejecutivo. Y ya no estaba compensando sus problemas de memoria mediante el uso de su libreta de bolsillo. El resultado, como puede inferirse a partir del hecho de que luego se mudó a Sunny Acres, fue una declinación gradual (la evolución de su padecimiento se había presentado en cerca de dos años), y que interfería en forma importante con la capacidad independiente de Hank para realizar las actividades de la vida cotidiana (B).

Ahora, su clínico necesitaría completar la valoración con una evaluación formal de la condición mental, por lo menos con una prueba clínica de la capacidad cognitiva como el MMSE, y una exploración neurológica y pruebas de laboratorio suficientes (en particular, de radiología) para identificar, en el grado de lo posible, la causa de su demencia. En una persona anciana, se desearía descartar **lesión cerebral traumática** a partir de un antecedente negativo de golpes en la cabeza; una **demencia inducida por sustancia** se acompañaría de antecedentes prominentes de consumo de sustancias o medicamentos. La exploración física no revelaría evidencia de **enfermedad de Parkinson**, y los antecedentes y la conservación del afecto descartarían una **pseudodemencia debida a un trastorno depresivo**. Las radiografías de cráneo y la resonancia magnética nuclear permitirían descartar **tumores cerebrales** e **hidrocefalia normotensa**; las pruebas en sangre descartarían **hipotiroidismo** y **deficiencia de vitamina B₁₂** como causas potenciales. El deterioro constante más que escalonado hace poco probable como etiología a la **enfermedad vascular**, que es causa frecuente de demencia en el anciano. De acuerdo con lo que es posible inferir a partir del caso clínico, Hank carecía de las características principales o sugestivas de una demencia debida a **enfermedad con cuerpos de Lewy** o **degeneración frontotemporal**.

Todo esto parece dejar al TN debido a enfermedad de Alzheimer como el diagnóstico de exclusión—sin embargo, ¿sería probable o posible? Los criterios del DSM-5 son un poco exigentes al respecto, pero esto puede resolverse. Aquí se inicia a partir del momento en que Hank comenzó a tener problemas con el TN leve.

Los criterios para TN leve debido a enfermedad de Alzheimer permitirían establecer un diagnóstico probable (el más intenso) sólo en personas con evidencia positiva derivada de pruebas genéticas o antecedentes familiares; ninguna de estas condiciones es positiva en Hank. De esta manera, ha de examinarse el resto de la evidencia que se menciona en breve en las Características esenciales. Su deterioro parecía haber sido constante; por lo menos no se cuenta con evidencia de que en algún momento alcanzara algún tipo de meseta. A continuación, tendría que buscarse evidencia de que sus síntomas tuvieran alguna otra etiología posible: un par de párrafos antes se descartaron otras. Por último, su síntoma principal era un deterioro de la memoria y su capacidad para aprender. Por ende, en ese momento él satisfacía el criterio C para el TN leve debido a **posible** enfermedad de Alzheimer.

Ahora, para terminar la evaluación, es necesario determinar el tipo preciso de TN mayor. Una vez más, no existe antecedente genético o familiar que dé respaldo. Sin embargo, como se señala antes, Hank había tenido una evolución progresiva gradual de deterioro de la memoria y el aprendizaje, sin evidencia de causas mixtas. Y, en el momento, era posible identificar evidencia de compromiso en otros dominios cognitivos—desempeño ejecutivo y la tensión—y las pruebas formales pudieran revelar aún más. Por ende, se obtuvo por fin la evidencia para respaldar un diagnóstico de TN mayor debido a **probable** enfermedad de Alzheimer (también criterio C). Sin embargo, antes de concluir, ¿qué puede decirse en cuanto a la alteración del comportamiento? En realidad no respondió a la última pregunta de Sandy, y había perdido el interés en cocinar y rasurarse. Yo interpretaría esto como apatía, la cual, de acuerdo con la definición liberal del DSM-5 (junto con depresión, psicosis y agitación) constituye una alteración del comportamiento.

De esta manera, excepto por asignar a Hank una calificación EEAG (doble), este es el punto en que termina el análisis.

Primera valoración (EEAG = 65):

G31.84 [331.83] Trastorno neurocognitivo leve debido a posible enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento

Segunda valoración (EEAG = 40):

G30.9 [331.0] Enfermedad de Alzheimer

F02.80 [294.10] Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable enfermedad de Alzheimer, con alteración del comportamiento (apatía)

Trastorno neurocognitivo con cuerpos de Lewy

Uno de los diagnósticos de TN más novedosos en el libro, el TN con cuerpos de Lewy (aquí se denomina a la variedad más grave demencia con cuerpos de Lewy o DCL) correspondió hasta la mitad de la década de 1990 a sólo un brillo en los ojos de unos cuantos investigadores y clínicos. Ahora se reconoce a la DCL como la segunda causa más importante de demencia—explica alrededor de 15% de los casos, frente a 60 a 75% de la enfermedad de Alzheimer. En la actualidad existen más de un millón de pacientes de este tipo tan sólo en EUA.

Descubiertos hace un siglo, los cuerpos de Lewy son trozos esféricos de proteína (sinucleína alfa), que se encuentran en el citoplasma de las células cerebrales ubicadas en particular en los núcleos del tallo cerebral, la sustancia negra y el núcleo cerúleo. Los pacientes con DCL también con frecuencia cuentan con placas amiloideas típicas de la enfermedad de Alzheimer; también muestran características clínicas tanto de la enfermedad de Parkinson como la de Alzheimer. Estas similitudes quizá expliquen la razón por la cual la DCL haya permanecido en la penumbra durante tanto tiempo.

- **Atención fluctuante.** En una fase temprana, los pacientes con DCL tienden a experimentar una pérdida temprana de la memoria menor que la típica de los enfermos con Alzheimer. Las más afectadas son las capacidades para mantener la atención y el estado de alerta, que tienden a fluctuar en el transcurso de minutos, horas o incluso días en más de la mitad de los pacientes con DCL. Esta fluctuación sintomática constituye la primera entre las características principales (“centrales”).
- **Alucinaciones.** Las características centrales son las alucinaciones visuales bien integradas, que se presentan en forma temprana y tienden a persistir. De manera característica se vinculan

con animales o intrusos. Pueden presentarse con o sin introspección, y pueden ir acompañadas de ideas delirantes (en ocasiones sistematizadas).

- **Inicio posterior de los síntomas del tipo de la enfermedad de Parkinson.** Las características motrices típicas de la enfermedad de Parkinson—fascies inexpresiva, temblor en manos, marcha parkinsoniana—constituyen el tercer síntoma central, pero no pueden preceder a la demencia. Si lo hacen, el diagnóstico no corresponde a DCL, sino a la enfermedad de Parkinson con demencia. La regla general: los síntomas de DCL deben comenzar por lo menos un año antes que los síntomas motores.

Los pacientes con DCL también tienden al mareo, las caídas y los desmayos inexplicables. La depresión es frecuente, al igual que la disfunción autonómica (hipotensión ortostática, incontinencia urinaria). En ocasiones se identifica trastorno del comportamiento del sueño REM (véase la p. 343). El diagnóstico temprano es en particular importante en la DCL, puesto que estos individuos pueden mostrar sensibilidad extrema a los neurolépticos: dosis bajas generan rigidez muscular, fiebre y otros síntomas del síndrome neuroleptico maligno.

La DCL de manera característica inicia en torno a los 75 años; los varones se afectan con una frecuencia un poco superior que las mujeres. Después de establecido el diagnóstico, el paciente típico sobrevive alrededor de 10 años.

No está del todo claro si la demencia de la enfermedad de Parkinson y la DCL son entidades distintas; algunas autoridades consideran que forman parte de un continuo. Ambas implican a la proteína sinucleína alfa y la degeneración de la sustancia negra del cerebro. Ambas se caracterizan por los síntomas motores de la enfermedad de Parkinson, no obstante con una temporalidad distinta: para establecer el diagnóstico de DCL, el trastorno del movimiento debe aparecer sólo una vez que los síntomas cognitivos hayan existido durante un año o más. La existencia previa de un trastorno del movimiento orienta al diagnóstico hacia la demencia de la enfermedad de Parkinson.

Por supuesto, esto genera un dilema para el clínico que necesita establecer un diagnóstico **en el momento**, a partir del uso de un criterio de algo que todavía no ocurre. No todos estos pacientes desarrollan los síntomas motores del parkinsonismo. Y sólo se necesitan dos de las características centrales para establecer el diagnóstico de la variante probable de la enfermedad. Por último, no puede establecerse un diagnóstico definitivo sin que se cuente con una confirmación de patología.

Características esenciales del trastorno neurocognitivo con cuerpos de Lewy

El paciente padece un trastorno neurocognitivo {mayor}{leve} (p. 492).

Con un inicio lento y una progresión gradual, la enfermedad cuenta con estas características **centrales**: fluctuación intensa de la atención; alucinaciones elaboradas y claras; síntomas de parkinsonismo que inician un año o más después de los síntomas cognitivos.

Algunos pacientes tiene características que **sugieren** DCL: trastorno del comportamiento del sueño REM, sensibilidad intensa a los neurolépticos.

La letra pequeña

Las D: • Duración (tiende a la cronicidad) • Diagnóstico diferencial (delirium; trastornos relacionados con sustancias; trastornos depresivos o psicóticos; otras causas de TN—en particular, enfermedad de Alzheimer, vascular y frontotemporal).

Véase el cuadro siguiente para orientar la integración del diagnóstico.

| | | TN con cuerpos de Lewy probable | TN con cuerpos de Lewy posible |
|----------------------------|--|---|---|
| Características centrales | <p>Fluctuación del estado de alerta y la atención</p> <p>Alucinaciones repetidas, vívidas y detalladas</p> <p>Parkinsonismo que inicia después de instaurado el deterioro cognitivo</p> | <p>Una característica central, más una o más características centrales o sugestivas permite establecer el diagnóstico de TN {leve} {mayor} con cuerpos de Lewy probable</p> | <p>Una característica central o sugestiva es suficiente para establecer un diagnóstico de TN {leve} {mayor} con cuerpos de Lewy posible</p> |
| Características sugestivas | <p>Trastorno del comportamiento del sueño REM</p> <p>Sensibilidad exquisita a los neurolépticos</p> | | |

Notas para codificación

Registrar los diagnósticos y los números de código a partir del cuadro 16-1a.

No es posible la codificación del especificador **con alteración del comportamiento**, pero si se le identifica, debe mencionarse por escrito de cualquier forma.

Sheila Wilton

“El Dr. Brantleigh dijo que tenía esquizofrenia”, informó Sophia. Sophia era la nieta política adulta del Sheila Wilton, y aportó la mayor parte de la información de la historia clínica. La mueca de sus labios revelaba que no le creía al Dr. Brantleigh.

Los problemas habían comenzado alrededor de tres meses antes, cuando Sheila había tenido dificultad para encontrar su camino de vuelta desde la tienda. Había comprado en la tienda de autoservicio de la esquina durante muchos años, pero ahora en dos ocasiones al parecer había girado la izquierda en vez de a la derecha, y terminado a muchas cuadras de distancia. La primera vez, un policía la había llevado a casa. La segunda vez, un vecino la reconoció y le llamó a Sophia, quien

acudió para recogerla. “Al inicio, parecía extrañada, confundida”, se lamentó Sophia, “pero cuando le pregunté más tarde nuestra dirección y otras cosas por el estilo, me respondió correctamente”.

Unos cuantos días después, Sophia encontró a Sheila sentada en el borde de la cama en su recámara, hablando con una alucinación vívida de su esposo, que estaba parado a su lado. “Me estaba haciendo señas para que me levantara y preparara el desayuno”, fue lo que le dijo Sheila cuando por fin fue capaz de relatar el suceso. “Y mi padre murió hace siete años”, concluyó Sophia.

Habían acudido con su médico local, quien, al no encontrar algo mal, refirió a Sheila para una valoración psicológica. Un diagnóstico tentativo de esquizofrenia y otra visita al médico habían dado como resultado una receta de haloperidol, “y luego se desencadenó el infierno”.

La alucinación discreta y silenciosa de Sheila se había vuelto hostil. Utilizando todavía la mímica, el fantasma de su esposo ahora la amenazaba, en ocasiones con un puño cerrado, en ocasiones con el pesado bastón que siempre llevaba. Al principio ella había presentado agitación, y luego furia, que por último se había convertido en un estado de confusión que iba y venía. En el transcurso de un día o dos había desarrollado sedación intensa, luego rigidez—tanta que difícilmente podía caminar. “Ahora están diciendo que tiene catatonía y que necesita electrochoques”, dijo Sophia. “No lo entiendo. Nadie de su familia había tenido alguna enfermedad mental este tipo”.

Una y otra vez a lo largo del día, Sheila desarrollaba confusión, en ocasiones sin saber dónde se encontraba. Sin embargo, en el consultorio se mostraba del todo orientada, y sólo erró la fecha por un par de días. “Eso es lo mejor que yo puedo hacer”, recalcó Sophia. “Pero es tan típico de su estado actual—primero desorientada, luego orientada de nuevo. La implicación fue que ella lo estaba haciendo para recibir toda la atención que yo le daba. Brantleigh utilizó la palabra **simulación**”.

Evaluación de Sheila Wilton

De momento se dejan a un lado las alucinaciones y se concentra en vez de ello la atención en los dominios de los otros síntomas cognitivos que presentaba Sheila. Eran de tipo perceptual-motriz (de manera independiente a las alucinaciones, ella no era capaz de encontrar su camino a casa) y de la atención compleja (tenía fluctuación del estado de alerta). Se tendrían que realizar pruebas formales para obtener una cifra para calificar el grado de deterioro, pero a partir de esta información y de otros datos que se presentan en el caso clínico, desde la perspectiva clínica podría juzgarse que existe una disfunción moderada, por lo que merece un diagnóstico de TN mayor. Sus síntomas interferían con su independencia—por lo menos para actividades cotidianas tan importantes como hacer tareas del hogar y administrar el dinero. Al parecer era capaz de alimentarse y vestirse sola, de tal manera que el grado de intensidad en el momento sería leve (obsérvese la diferencia: ella estaría cursando con un TN **mayor** de grado leve, no con un TN **leve**. **Esa** pesadilla semántica está destinada a causarles pirosis a algunos clínicos).

Y mientras se habla acerca del diagnóstico básico del TN, pueden considerarse los especificadores. Sheila presentaba alucinaciones pronunciadas, que le permitirían recibir el calificador **con alteración del comportamiento (alucinaciones)**.

Si bien podría integrarse una argumentación convincente para solicitar una interconsulta neurológica, no parecerían existir **otras afecciones médicas**, y sin duda no existían **otros trastornos mentales** (resulta evidente que el diagnóstico de esquizofrenia era erróneo), que pudieran explicar mejor sus síntomas. En resumen, parecería que ella cursaba con algún tipo de demencia. Pero, ¿cuál?

En primer lugar, deben mencionarse dos hechos—aleccionadores para aquéllos a quienes les gustaría tener certidumbre mientras dura la vida. Para muchos pacientes con demencia sólo es

posible integrar un diagnóstico definitivo y preciso al transcurrir el tiempo (interpretétese: necropsia). E incluso con estudios de imagen y laboratorio, la discriminación entre un tipo de demencia y otro es en extremo complicada. Sin embargo, aquí se intenta.

Sheila carecía de antecedentes de **lesión cerebral traumática**, de manera que puede descartarse con seguridad la demencia derivada de esa causa. No había presentado dificultades tempranas y prominentes relacionadas con la memoria, de manera que puede descartarse la **enfermedad de Alzheimer** (no obstante no quedaría del todo fuera del alcance del radar). Tampoco existen hipertensión o evolución escalonada de los síntomas, lo que hace poco probable una etiología **vascular**. Los antecedentes y la sintomatología física no correspondían a las **enfermedades de Huntington o de Parkinson**, o a la **infección por VIH**. Los criterios para dos de las variedades de TN frontotemporal son extremadamente complicados, como se analiza más adelante, pero ni su comportamiento ni su lenguaje parecían haber sufrido un deterioro suficiente para respaldar un diagnóstico de cualquiera de estos subtipos.

Por supuesto, eso sigue dejando muchos trastornos más que pueden inducir demencia, pero esta incursión diagnóstica no se dedicaría de manera exclusiva a descartar probabilidades. Existen razones para sospechar un **TN con cuerpos de Lewy**—en Sheila o en cualquier paciente. La principal es que tiene una implicación importante e inmediata sobre el tratamiento. Se trata del riesgo que puede determinar la administración de antipsicóticos, como en apariencia ocurrió en el caso de Sheila, con intensificación de los síntomas cognitivos, y los signos físicos propios del síndrome neuroléptico maligno (ese es uno de los síntomas que sugiere el diagnóstico de DCL). Además, mostraba las fluctuaciones amplias del estado de alerta y la atención, así como las alucinaciones bien definidas que constituyen características centrales.

Para poder establecer un diagnóstico de TN mayor con cuerpos de Lewy probable, sería necesario que Sheila contara con por lo menos un síntoma central más por lo menos otro (central o sugestivo); Sheila tenía dos síntomas centrales y uno sugestivo, más que suficiente para el diagnóstico de trabajo. Yo le asignaría una calificación EEAG (con su nivel de desempeño actual) de 45, pero no estaría en desacuerdo si se discutiera un valor es distinto. Se ha ubicado en todos los puntos del mapa.

La narración del caso de Sheila Wilton menciona dos de las **bestias negras** de mi diagnóstico diferencial—la simulación y la esquizofrenia. No es que nunca se presenten; por supuesto, lo hacen. Sin embargo, son dos “explicaciones” que los clínicos en ocasiones aprovechan para liberarse del gancho de los síntomas difíciles de evaluar, difíciles de entender, difíciles de tratar y difíciles de contemplar con una mirada optimista. Cada uno de estos diagnósticos aparece más adelante en mi proceso de evaluación.

G31.83 [331.82] Enfermedad con cuerpos de Lewy
 F02.81 [294.11] >Trastorno neurocognitivo mayor con probable enfermedad con cuerpos de Lewy, leve, con alteración del comportamiento (alucinaciones)

Trastorno neurocognitivo debido a lesión cerebral traumática

Cada año en EUA más de un millón de personas sufre algún golpe en la cabeza o algún otro tipo de lesión que da origen a una lesión cerebral traumática (LCT). Si bien la mayor parte de los casos de LCT son leves, el daño que generan las lesiones de guerra y las deportivas puede ser devastador. Y, por supuesto, un porcentaje bajo de pacientes muere como consecuencia de sus lesiones.

Gran parte de los individuos con LCT corresponde a adolescentes o adultos jóvenes (predominan los varones); los ancianos, debido a que se lesionan por caídas, conforman el segundo grupo de edad más afectado. La condición socioeconómica baja constituye otro factor de riesgo, pero el riesgo más intenso deriva del consumo de alcohol y drogas—que contribuye a casi la mitad de los casos de LCT. Los accidentes automovilísticos (entre los que se encuentran los que involucran a peatones) son la causa número uno; las caídas (en particular en los ancianos) son la segunda. Las lesiones deportivas son una fuente importante en individuos jóvenes (las atletas tienen más probabilidad de verse afectadas que los varones).

Los síntomas de LCT derivan de una disrupción de la estructura o la fisiología cerebrales que es consecuencia de la fuerza externa que se ejerce sobre la cabeza. La pérdida inmediata del estado de conciencia es usual; al despertar, los pacientes pudieran presentar dificultad para concentrarse o mantener la atención. El delirium es frecuente; incluso una vez que se resuelve, resultan comunes los defectos de la atención. Muchos pacientes refieren problemas de la memoria (anterógrada o retrógrada). Las funciones del lenguaje se identifican en cerca de una tercera parte de los individuos con LCT grave. En especial, se observan las afasias de fluentes (receptiva), no obstante las afasias no fluente (o expresivas) también tienen una representación amplia. Es común el compromiso del desempeño ejecutivo. Los pacientes con LCT también refieren problemas del sueño, cefalea e irritabilidad.

No obstante pudieran requerirse varios meses, la mayor parte de los pacientes se recupera de manera eventual. Sin embargo, entre las secuelas comunes se encuentran los trastornos depresivos (los más frecuentes), los trastornos de ansiedad y el consumo inapropiado de sustancias. En ocasiones se identifica algún cambio de la personalidad. La existencia de un trastorno mental previo a la lesión incrementa en gran medida el riesgo de un trastorno posterior. Y el LCT, en particular si se repite, puede elevar la probabilidad de que se desarrolle enfermedad de Alzheimer—quizá hasta cuatro veces.

Algunos autores señalan que la diferenciación entre un TN debido a LCT y un trastorno de estrés postraumático puede constituir un reto.

La encefalopatía traumática crónica no corresponde con precisión al paradigma del LCT, al tener como causa la lesión cerebral **repetida**. Se asocia con los deportes de contacto, como el boxeo (por lo que en esos casos se denomina **demencia pugilística**), el fútbol americano, el fútbol, el hockey sobre hielo, el rugby e incluso la lucha grecorromana profesional. Sus síntomas—que incluyen falla de la memoria, agresividad, control de impulsos deficiente, parkinsonismo, depresión y suicidio—se han identificado, trágicamente, en atletas de incluso 17 años. Por lo menos dos jugadores de fútbol americano profesionales se han suicidado, al parecer al percatarse de que sus cerebros se habían dañado por las lesiones de juego repetidas, eligiendo con cuidado medios que permitieran conservar sus cerebros para la exploración *post mortem*. El fenómeno aporta material suficiente para estudios científicos fascinantes, especiales de televisión y demandas legales.

Características esenciales del **trastorno neurocognitivo debido a lesión cerebral traumática**

De inmediato tras un traumatismo cefálico que genera el desplazamiento rápido del cerebro dentro del cráneo, el paciente desarrolla inconciencia o puede presentar amnesia,

desorientación y confusión, o signos neurológicos como convulsiones, puntos ciegos en el campo visual, pérdida del olfato, hemiparesia o alguna lesión demostrada mediante técnicas de imagen (tomografía computada, resonancia magnética nuclear). De manera subsecuente, el paciente muestra síntomas de trastorno neurocognitivo {leve} {mayor} (p. 492).

La letra pequeña

Las D: • Duración (inicio inmediato, dura una semana o más) • Diagnóstico diferencial (delirium, declinación cognitiva relacionada con la edad, depresión, trastornos psicóticos, intoxicación por sustancia, trastornos de ansiedad, otras causas de TN—en particular, enfermedad de Alzheimer).

Notas para codificación

Véase el cuadro 16-1b.

Thornton Naguchi

Cuando Thornton Naguchi llegó a casa, su recepción no fue lo que él o alguien más de su familia hubieran imaginado. Faltaban la banda de viento y el confeti (su fantasía); por otro lado, tampoco había un ataúd, que era lo que su madre había temido todo el tiempo. “Ella cree firmemente en la ley de Murphy—si algo puede salir mal, eso sucederá”, le dijo al entrevistador en el hospital de veteranos en que había permanecido durante algunos días.

Los abuelos de Thornton habían sido trasladados a Idaho durante la Segunda Guerra Mundial, lo que hizo que su abuelo desarrollara una gran amargura, y con frecuencia despotricara contra el gobierno. Era algo así como un tirano; su venganza fue unirse a los militares tan pronto como tuvo la edad apropiada. En pocos meses, el Ejército lo había asignado a “una región de Irak tan remota que ahí nunca habían oído hablar del tofu”.

Durante la primera semana de Thornton en ese país, mientras viajaba en el último Humvee sin blindaje, la unidad había golpeado un dispositivo explosivo improvisado. Una esquirla de metal había cortado el cinto de su casco al tiempo que él volaba por el aire, de manera que cayó con todo el peso sobre la cabeza. Cuando despertó casi 24 h después, recordaba haber salido a la misión—pero no la explosión. Fue su sargento quien se la relató.

Después del accidente se había sentido agradecido por estar vivo, pero al inicio había tenido cierta dificultad para concentrarse incluso para ver la televisión. Aunque siempre era brillante y agradable, se sentía enfadado y se dirigía con brusquedad a la enfermera si ella le sugería que podía levantarse y cambiar por sí mismo el canal.

Mientras esperaba sus papeles de alta del servicio, Thornton había conseguido un trabajo para vender teléfonos celulares en una tienda de electrónica cercana a su hogar. Había crecido con los dispositivos electrónicos y se había mantenido actualizado sobre la industria mientras estaba en el Ejército, de manera que tenía pocas dificultades para mostrar las características básicas de los teléfonos inteligentes.

Sin embargo, recordar los detalles de los distintos modelos le era complicado—mucho más para él que para cualquier otro joven con el que trabajara. “Necesito una hoja de datos—en mi teléfono—para guardar toda la información” señaló. “Quiero decir, estamos hablando aquí de 15 a 20 modelos distintos, por no mencionar las tabletas”. Si estaba hablando con un cliente y

un colaborador le hacía de pronto una pregunta, se daba cuenta de que perdía el hilo del pensamiento por completo. “Tengo que preguntarle al cliente donde estábamos. Sé que eso me cuesta bonificaciones”.

Thornton vivía con Yuki, su novia desde hacía cuatro años. Ella refería que él parecía distraído, “siempre saliéndose del cuadro”, según lo expresaba. Ella pensaba que él en realidad no estaba deprimido, pero que se mostraba enojón e impulsivo, y en ocasiones lanzaba su ropa y azotaba la puerta. Cuando regresaba decía que sólo había ido a caminar. “Y se espanta mucho con los ruidos fuertes”.

Eso al parecer le había ocurrido una tarde mientras él instalaba las cortinas en su departamento. Yuki había dejado caer la tapa de un sartén en la cocineta, a menos de 3 m de donde él estaba parado en la escalera. Brincó, perdió el equilibrio y cayó con fuerza sobre el piso de mármol.

“Murphy era un optimista”, le dijo a los paramédicos que lo subieron para su segundo traslado en ambulancia en seis meses.

Evaluación de Thornton Naguchi

El primer paso para el diagnóstico de cualquier TN, mayor o leve, es verificar que exista algún deterioro respecto al desempeño previo. Esta parecía ser la situación en el caso de Thornton, quien necesitaba ayuda para recordar los distintos tipos de teléfono celular que tenía que vender. Lograba evitar que esta situación tuviera gran interferencia en su trabajo al llevar una hoja de datos—un esfuerzo adicional para compensar sus problemas de memoria. También se había mostrado irritable, quizá un signo de deterioro leve en el dominio de la cognición social. Y también existían algunos problemas menores vinculados con su desempeño ejecutivo, como lo sugiere la dificultad que tenía para recordar el sitio en que se había quedado en una conversación interrumpida.

Las pruebas formales quizá permitirían confirmar ese deterioro modesto de sus capacidades cognitivas (criterio A2 del TN leve), pero incluso sin ellas podría respaldarse un diagnóstico de TN leve con base en entrevista clínica. Había seguido sosteniéndose él mismo (B), no mostraba ideas delirantes (C) y carecía de algún otro trastorno mental (D).

Ahora se analizan los aspectos de la LCT. Por supuesto, la condición *sine qua non* de la LCT es el traumatismo, que en el caso de Thornton está bien identificado. Después del golpe que recibió en la cabeza había desarrollado tanto inconciencia como amnesia relativa al evento; cualquiera de esos datos podría ser suficiente para cubrir los criterios diagnósticos (criterio B para TN debido a LCT). Mucho tiempo después (sin duda mucho después del periodo inmediato posterior a la lesión—criterio C), continuaba irritable y sin capacidad para concentrarse, sin mostrar síntomas definidos de algún trastorno del estado de ánimo. Aún así, yo no considero que sus secuelas emocionales o conductuales alcancen un grado necesario para justificar el especificador **con alteración del comportamiento**.

Con base en el periodo de inconciencia, la duración de la amnesia, y su desorientación y desconcierto en el momento de la valoración inicial, el DSM-5 permite calificar la gravedad de su LCT. Con franqueza, yo considero que esto implica demasiadas cifras:* lo que en realidad interesa en Thornton no es su lesión. Antes de su última caída, su calificación EEAG habría sido un sólido 71, en comparación. Espero que no desarrolle ahora alguna encefalitis traumática crónica (véase el texto entre barras previo). Si se asume que esto no ocurrirá su diagnóstico sería el siguiente:

Las calificaciones de gravedad para la LCT pueden ser útiles para la investigación sobre las secuelas de la lesión cefálica. Si se desea más información al respecto, puede consultarse la p. 626 del DSM-5. El tema no se analiza con más detalle aquí. Yo tengo mis estándares.

- S06.2X4S [907.0] Lesión cerebral traumática difusa con pérdida del estado de conciencia de 6 a 24 h, secuela
- G31.84 [331.83] Trastorno neurocognitivo leve debido a lesión cerebral traumática, sin alteración del comportamiento

Trastorno neurocognitivo frontotemporal

Denominado en alguna época enfermedad de Pick, el TN frontotemporal—en remembranza de los tiempos pasados, se utiliza la abreviatura tradicional para la demencia frontotemporal (DFT)—solía considerarse raro. En la actualidad se sabe que genera hasta 5% de todos los casos de demencia, y quizá uno entre cada seis pacientes jóvenes: su edad promedio de inicio se ubica en la sexta década de la vida. La DFT no parece respetar género o raza, pero con frecuencia tiene distribución familiar; alrededor de la mitad de los casos tiene transmisión autosómica dominante.

Resulta sorprendente escuchar que la DFT afecta tanto al lóbulo frontal como al temporal del cerebro (que pierden neuronas y acumulan proteína tau); por ello, es capaz de desencadenar cuadros clínicos diversos. La variedad conductual se caracteriza ya sea por apatía y por retraimiento social, o por desinhibición. Los individuos con apatía en general permanecen en cama y dejan de proveerse su propio cuidado, en tanto los que muestran desinhibición tienen conductas que resultan inapropiadas en el medio social—hacen comentarios sexuales crudos, por ejemplo, roban objetos o transgreden en algún otro sentido las normas sociales. En ambos tipos, no obstante, es el comportamiento el que llama la atención.

La variedad lingüística inicia con frecuencia con una incapacidad para identificar las palabras apropiadas (**anomia**) para hacer referencia a un objeto o concepto específico—no obstante los afectados son capaces de señalar el objeto correcto cuando se les muestra. La lectura en voz alta y la comprensión del lenguaje hablado se mantienen conservadas al principio, pero al transcurrir el tiempo se desarrolla una incapacidad creciente para integrar un lenguaje fluido y significativo. Tanto la variedad conductual como la lingüística tienen inicio insidioso y una evolución lenta, con conservación relativa de la memoria y las habilidades visoperceptuales. Ambas culminan en el compromiso de las actividades de la vida cotidiana. Al tiempo que evolucionan, los límites entre los dos subtipos se vuelven más confusos.

En parte debido a la variabilidad de las características y su solapamiento, con frecuencia se pasan por alto los síndromes de la DFT. El diagnóstico final depende en gran medida de los estudios de imagen y neuropsicológicos. En esta ocasión, se hace referencia a un par de casos clínicos, para ilustrar lo que pudiera esperarse en los pacientes que aún no se someten a una valoración diagnóstica suficiente.

Como enfermedad Pick, la DFT es un diagnóstico venerable, que data de la década de 1890. Resulta llamativa la similitud de sus síntomas con lo que durante muchos años se denominó **esquizofrenia simple**, que se conservó en la nomenclatura oficial hasta 1980. Esta es la descripción del DSM-II: se “caracteriza de manera primordial por una reducción lenta e insidiosa de los vínculos y los intereses externos, y por apatía e indiferencia que conducen al empobrecimiento de las relaciones interpersonales, el deterioro mental y la adaptación en un nivel menor de desempeño”. El párrafo continúa explicando que existen menos características en el sentido de una psicosis dramática que en otros subtipos de esquizofrenia, no obstante tienen un desarrollo mayor que en la personalidad esquizoide.

Características esenciales del **trastorno neurocognitivo frontotemporal**

El paciente tiene un trastorno neurocognitivo {leve}{mayor}(p. 492). Los síntomas inician con lentitud y avanzan de manera gradual. Los síntomas del paciente pueden ser ante todo de uno de estos dos tipos:

Variación conductual. El paciente muestra comportamientos sociales inapropiados que pueden incluir modales inadecuados, pérdida del decoro o impulsividad temeraria; apatía o inercia; disminución de la capacidad para sentir compasión; comportamiento compulsivo; y oralidad excesiva (consumo en atracones, pica, consumo de alcohol, consumo de tabaco), así como alteraciones de la dieta. Las habilidades visomotrices se conservan en forma relativa, pero tiende a existir evidencia clara de compromiso del desempeño frontal/ejecutivo, como disminución de la flexibilidad mental, disminución de las tareas de generación, defectos para la planeación y errores en el aprendizaje inverso.

Variación lingüística. A la par de una falta relativa de compromiso de la memoria y de la función visomotora, se verifica una pérdida gradual de la capacidad para producir el lenguaje, encontrar las palabras correctas, asignar nombres a los objetos, y utilizar la gramática, a la vez que comprender el significado de las palabras.

La letra pequeña

Las D: • Duración (crónica) • Diagnóstico diferencial (trastornos del estado de ánimo y psicóticos; otras causas de TN—en particular, enfermedad de Alzheimer y enfermedad con cuerpos de Lewy) • Certidumbre del diagnóstico (véanse las notas para codificación en relación con un diagnóstico probable/posible).

Notas para codificación

Especificar si:

TN frontotemporal probable. Se conoce la existencia de una mutación patogénica (por medio de pruebas genéticas o antecedentes familiares), o los estudios de imagen revelan una afectación frontotemporal intensa.

TN frontotemporal posible. No existe alguna de las características para un diagnóstico probable.

Registrar y codificar según se indica en el cuadro 16-1a.

Toby Russo

La solicitud telefónica la hizo un varón que vivía en Chicago, quien estaba preocupado por su padre. “Cuando lo vi en los días festivos, no era él”, comenzó a decir quien hacía la llamada. “Desde hace mucho tiempo, quizá un año, ha estado perdiendo el interés en las cosas. Sólo tiene 56 años, pero en fecha reciente fue despedido de su trabajo—laboraba en un servicio de paquetería. Yo llamé a su jefe anterior, quien me dijo que los clientes se habían quejado de que dejaba sus paquetes sin

tocar a la puerta, o tan sólo los tiraba en los escalones—ni siquiera los metía a la reja. ‘Parecía que no le importaba un—que ya no le importaba’, fue justo lo que dijo. Dijo que mi padre sólo encogió los hombros y se metió a la bolsa su último sobre de pago. Eso fue hace seis meses”. A partir de entonces, él en apariencia había tenido varios accidentes automovilísticos, pero seguía conduciendo. La persona al teléfono terminó solicitándole al clínico que le hiciera una visita a domicilio de su padre, quien se rehusaba a pedir una cita en el consultorio.

Mientras hablaba con el clínico, Toby Russo permanecía sentado en su departamento y se llenaba la boca de frituras. Aceptó que su peso se había disparado en los últimos dos años, aunque no le importaba mucho. Como confirmación muda, estaba rodeado de bolsas vacías de frituras y cajas de cereales. El cuello de su camisa se veía gris y ésta estaba muy arrugada; no parecía haberse bañado recientemente. Sin embargo, tanto su memoria anterógrada como la retrógrada parecían estar conservadas, y no estaba deprimido; carecía de ideas delirantes y alucinaciones. ¿Los accidentes automovilísticos? Sólo había chocado con muchos otros carros; no había problema. Quizá arreglaría su auto, pero le habían retirado el seguro. A pesar de esto, en una prueba sencilla (MMSE), tuvo una calificación de 28 de 30 posibles, pues no pudo indicar el día de la semana y uno de tres objetos que se le había solicitado recordar.

Toby había estado durmiendo en la sala, en un colchón que había arrojado en el suelo. Al lado de éste estaban tirados un par de raidos calzoncillos tipo boxer cubiertos con—el clínico quiso saber qué eran las manchas y el material embadurnado que tenían encima. “Fumo, así es que tengo que toser mucho”, explicó en forma insulsa Toby. “Por la noche no me quiero levantar, así es que escupo ahí”. Supuso que esos mismos calzoncillos habían estado tirados ahí, noche tras noche, quizá durante semanas.

En unos cuantos días, Toby había tenido un deterioro rápido. Su hijo, que estaba de nuevo en el pueblo, lo había encontrado solo en su departamento. Al parecer, no se había movido de su colchón en uno o dos días. Se le hospitalizó, y entonces una RMN reveló atrofia bilateral intensa de sus lóbulos frontales y las regiones anteriores de los lóbulos temporales.

Trudy Cantor

En su fiesta de cumpleaños número 60, el hermano de Trudy Cantor había observado que ella dudaba—quizá **tartamudeaba** era una palabra más precisa—un poco al responder al brindis. En varias ocasiones había parecido hacer un esfuerzo para encontrar la palabra correcta (“Sí, eso es. **Contenta**”, había contestado ante una sugerencia útil; su alivio fue evidente). Luego había bromeado: “Mis momentos de vejez se están juntando”.

Eso había ocurrido dos años antes. Ahora, aunque podía leer en voz alta algún material impreso, su lenguaje espontáneo era errático y siempre carecía de significado. “Así es como ha ocurrido. Primero quería conseguir, mmm, no eso no es correcto, pensé que era otra cosa. La mayor parte del tiempo, he estado un poco, eh, un poco, usted sabe, bueno... así es como es. Quiero decir, ha sido”.

En el momento, tenía dificultad para identificar el nombre de una pluma, no obstante—casi parecía un milagro—había conservado su empleo de tiempo parcial, en que trazaba planos de casas para un arquitecto local.

Evaluación de Toby Russo y Trudy Cantor

Cada uno de estos pacientes presentaba cambios cognitivos de larga evolución que justificarían un diagnóstico de TN mayor (criterio A del TN frontotemporal). Y cada uno de ellos tenía un

antecedente personal de deterioro gradual (B) del estado cognitivo sin, por lo menos al inicio, mostrar un compromiso relevante de la memoria.

En el caso de Toby, existían signos de apatía (criterio C1a-ii), así como de desinhibición conductual (chocar su auto en forma repetida sin que le importara—C1a-i) y oralidad excesiva (llenarse de frituras, si bien otras personas fuman o beben en exceso, o sólo se colocan objetos en la boca—C1a-v). En cuanto los resultados del MMSE, sus funciones la memoria y perceptual-motriz quizá se encontraban conservadas en el momento de la valoración inicial (D, si bien es posible preguntarse qué era lo que ocurría para hacerle chocar su auto en forma repetida). Fue sólo por su condición de deterioro que se solicitó una RMN definitiva (criterio 2 del TN frontotemporal probable), lo que permite afirmar que su diagnóstico era probable. El DSM-5 permitiría agregar “con alteración del comportamiento” al diagnóstico de Toby, pero en las circunstancias existentes eso parecería un poco innecesario; sin embargo, puede indicarse que el trastorno corresponde a la variedad conductual. Puesto que se trata de un caso probable, primero se menciona el diagnóstico médico. Con una calificación EEAG de 10, el diagnóstico de Toby sería el siguiente:

- G31.09 [331.19] Enfermedad frontotemporal
 F02.81 [294.11] Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable degeneración frontotemporal, variedad conductual, grave, con alteración del comportamiento (apatía y desinhibición)

Al pasar los años, Trudy había experimentado una pérdida notoria de sus habilidades de lenguaje, que había comenzado con dificultades para identificar palabras y, de manera gradual (criterio B), había avanzado hasta el desarrollo de un lenguaje que se producía por mecanismos normales pero carecía de contenido (C2a). El hecho de que siguiera siendo capaz de trabajar dibujando revela la conservación del desempeño perceptual-motor (D); para evaluar si su capacidad de aprendizaje se encontraba conservada se requerirían algunas pruebas. Sin embargo, sus problemas del lenguaje eran graves, superando por mucho el nivel del TN leve. Por ende, con una base clínica (con una calificación EEAG ubicada en algún valor cercano a 50), considero que su diagnóstico tendría que corresponder a TN frontotemporal mayor posible (se carece de pruebas e información genética). No obstante tenía problemas terribles para la comunicación, no necesitaba ayuda en para las actividades instrumentales de la vida cotidiana, de manera que yo calificaría la intensidad general del padecimiento como leve.

- G31.09 [331.19] Enfermedad frontotemporal
 F02.80 [294.10] Trastorno neurocognitivo mayor debido a posible degeneración frontotemporal, variedad lingüística, sin alteración del comportamiento, leve

Espera un minuto: no existen datos en el cuadro 16-1a en torno a la adición de **variedad lingüística** o **variedad conductual**, ¿o sí? Y la respuesta es, por supuesto, “No, pero debería existir”. Se trata de información adicional que puede ser de valor para el paciente y sus clínicos posteriores, de manera que simplemente la incluí. No existe un número de código relacionado, así es que, ¿cuál es el problema?

Trastorno neurocognitivo vascular

Alrededor de 10% de las demencias tiene origen vascular. La demencia vascular también se ha denominado **demencia por infartos múltiples**, debido a que con mucha frecuencia se sospecha que su causa es una serie de eventos vasculares cerebrales, no obstante algunos pacientes se ven afectados por un solo evento y otros pueden cursar con una enfermedad de vasos pequeños que no genera infartos. En tanto los pacientes con enfermedad de Alzheimer muestran deterioro gradual, muchos pacientes con TN vascular empeoran de manera escalonada, al tiempo que se verifican los eventos cerebrovasculares. Sin embargo, en ocasiones la progresión puede parecer lenta y gradual—quizá por acumulación de un gran número de vasos pequeños afectados. Es en particular probable que el TN vascular se desarrolle en un paciente con diabetes o hipertensión.

Además de la falla de la memoria, los pacientes experimentan pérdida del desempeño ejecutivo, que (como se señala antes) puede manifestarse por incapacidad para hacer frente a tareas novedosas. Apatía, lentitud de pensamiento y deterioro de la higiene se identifican también con frecuencia. Los factores de estrés relativamente mínimo podrían precipitar cuadros de risa o llanto patológicos. Estos pacientes tienen menos probabilidad que los individuos con enfermedad de Alzheimer de desarrollar afasia, apraxia y agnosia, no obstante puede afectarse cualquier aspecto de la función mental.

Los síntomas que genera el TN vascular dependen de la ubicación precisa de las lesiones cerebrales, pero hay varias características típicas, en particular de lo que se conoce como **enfermedad vascular isquémica subcortical**. Incluyen un compromiso temprano de la función ejecutiva y la atención, desempeño motor lento y lentitud para el procesamiento de información. La memoria episódica se afecta en menor grado que en la enfermedad de Alzheimer, pero son en particular prominentes los síntomas del estado de ánimo (depresión, labilidad) y la apatía.

En estudios sobre su evolución natural, la tasa de progresión del TN vascular es casi la misma que en la enfermedad de Alzheimer; la enfermedad avanza con menos rapidez en pacientes que reciben tratamiento.

Algunos expertos recomiendan una revisión de las demencias para clasificarlas como **corticales** (o degenerativas, como la demencia debida a la enfermedad de Alzheimer) y **subcorticales** (demencias debidas a casi todas las otras causas). Se presume que las demencias subcorticales (algunos textos también las denominan demencias **secundarias**) tienen menos probabilidad de inducir agnosia, apraxia y afasia. Otros no están de acuerdo, y señalan que la patología de la enfermedad nunca se encuentran tan bien delimitada y que todas las demencias muestran cierto grado de afectación tanto cortical como subcortical. Puesto que existe gran sobreposición sintomática, el DSM-5 parece ser la clasificación más segura. Cataloga a los TN en forma mucho más simple, con base en la causa subyacente que se sospecha.

Características esenciales del trastorno neurocognitivo vascular

El paciente tiene un trastorno neurocognitivo {leve}{mayor}(p. 492). Los síntomas inician después de un evento cerebrovascular y con frecuencia muestran una evolución escalo-

nada. Existe en muchas ocasiones una declinación prominente de la atención compleja y de la función frontal/ejecutiva.

La letra pequeña

Las D: • Duración (tiende a la cronicidad) • Diagnóstico diferencial (delirium; otras causas de TN—en particular enfermedad de Alzheimer y frontotemporal; trastornos del estado de ánimo y psicóticos).

Notas para codificación

Especificar si:

TN vascular probablemente debido a vasculopatía. El diagnóstico recibe respaldo de estudios de neuroimagen, de la relación temporal (posterior a un evento cerebrovascular), o de evidencia clínica y genética.

TN vascular posiblemente debido a vasculopatía. No se cuenta con alguno de los tres tipos de evidencia mencionados.

Especificar si: **{Con} {Sin} alteración del comportamiento.**

Minnie Bell Leach

A solicitud de su médico familiar, la hija y el hijo político de Minnie Bell Leach la habían llevado a consulta. Había vivido con ellos durante el último año, desde su segundo evento cerebrovascular. Casi cinco años antes, su primer evento cerebrovascular la había dejado con una parálisis parcial de la pierna izquierda, pero había podido cuidarse ella misma e incluso a hacer sus compras hasta que sufrió el segundo evento un año antes. Desde entonces, rara vez se levantaba de la silla de ruedas. Su hija se encargaba cada vez más de su cuidado personal.

En los últimos meses, Minnie Bell había comenzado a decaer. Al principio olvidaba con frecuencia tomar su medicamento para la hipertensión arterial. A pesar del hecho de que conservaba las pastillas en su dispensador (que contaba con tres compartimentos para cada día de la semana), al principio había necesitado un recordatorio para tomarlas a la hora del desayuno, la comida y a la hora de acostarse. Después de una semana o dos esto había mejorado, y durante algún tiempo parecía que había vuelto a ser la misma.

Sin embargo, cuando despertó en la mañana del domingo previo, fue evidente que Minnie Bell había tenido un mayor deterioro. Se olvidó de subir al cierre de su falda y se había abotonado la blusa en forma incorrecta. Ella no parecía haberse dado cuenta de estos errores. También tenía dificultad para expresarse—a la hora del desayuno pidió que le pusieran “esa cosa roja” en su pan tostado (se estaba refiriendo a la mermelada de fresa que ella y su hija habían preparado el verano anterior). Había comenzado a tomar de nuevo sus medicamentos sólo cuando se le recordaba.

Minnie Bell se veía un poco mayor que los 68 años que tenía. Se mantenía sentada en silencio en su silla de ruedas, sosteniendo su muñeca izquierda con la mano derecha. Sobre su vestido hogareño de algodón llevaba a un saco de tela que había resbalado de uno de sus hombros; ella no parecía notarlo. Aunque mantuvo un contacto visual adecuado durante la consulta, sólo hablaba cuando se dirigían a ella. Su lenguaje era claro y coherente. Negaba tener alucinaciones,

ideas delirantes o depresión, pero de manera espontánea se quejó de tener tos, disnea, y muchos malestares y dolores. Olvidó el hecho de que no podía caminar.

En el MMSE, Minnie Bell logró una calificación de 20 de 30. Recordó el año, pero se equivocó en el mes y la fecha por más de dos meses; podía nombrar la ciudad y el estado, un reloj de pulsera y un lápiz. Aunque pudo repetir los nombres de tres objetos (pelota, silla, teléfono) de inmediato después de escucharlos, 5 min después sólo fue capaz de recordar la pelota. Se sintió confundida cuando se le solicitó seguir la instrucción de tres partes, y olvido en forma constante colocar el papel doblado en el piso. No existían apraxias: podía utilizar un lápiz para copiar una figura simple.

En la exploración neurológica, la mano izquierda de Minnie Bell mostró debilidad; existía signo de Babinski (extensión del primer orjejo al frotar la planta del pie) en el mismo lado.

Evaluación de Minnie Bell Leach

La evidencia de un TN en Minnie Bell era la siguiente: tenía problemas crecientes de memoria, como lo revela el antecedente de olvidar la toma de sus medicamentos y el problema evidente de la memoria a corto plazo. Según el MMSE, parecía no cursar con agnosia o apraxia. Sin embargo, su hija había identificado afasia, “esa cosa roja”, para hacer referencia a la mermelada (un problema del lenguaje). También tenía problemas cada vez mayores del desempeño ejecutivo, como lo revela su aspecto descuidado y su incapacidad para seguir una instrucción de tres pasos. Estos problemas representaban una declinación importante a partir de su nivel previo de desempeño, e interferían por lo menos en grado moderado con su vida cotidiana.

La evolución prolongada de su enfermedad constituiría evidencia en contra del diagnóstico de **delirium**. Minnie Bell negaba datos de depresión, ideas delirantes o alucinaciones, lo que hacía poco probable el diagnóstico de algún trastorno que no fuera cognitivo, como la **pseudodemencia** (criterio D del TN vascular). Su antecedente de hipertensión y la evolución escalonada de su discapacidad después de sufrir varios eventos cerebrovasculares sugerían una etiología vascular de su enfermedad (B1). Sus signos neurológicos (debilidad de la mano izquierda, signo de Babinski) presentes desde el inicio de su declinación aportaban más evidencia en torno a una etiología vascular (C). Su evolución clínica respalda la probabilidad de una etiología vascular (B2).

Puesto que el síntoma principal de Minnie Bell parecía ser la dificultad relacionada con el desempeño ejecutivo, su diagnóstico sería el siguiente (con una calificación EEAG de 31):

F01.50 [290.40] Trastorno neurocognitivo vascular mayor probablemente debido a vasculopatía, sin alteración del comportamiento, moderado

Trastorno neurocognitivo debido a otras afecciones médicas

En el DSM-5 también se detallan otras causas de TN, casi todas las cuales dan origen a tan sólo un porcentaje mínimo entre los casos totales. Más adelante se resumen las características que deben buscarse según los criterios específicos convenidos en el DSM-5. Es posible encontrar una lista más completa en el cuadro de trastornos físicos que contiene el apéndice.

Enfermedad de Parkinson. La postura inclinada, los movimientos lentos, la rigidez, el temblor en cuantamonedas y la marcha parkinsoniana rápida característicos de la enfermedad de Parkinson son bien conocidos y con frecuencia evidentes. Algo que se conoce un poco menos bien pudiera ser el grado al cual los pacientes con Parkinson se ven afectados por un TN— una cuarta parte o más, con una probabilidad creciente de que se desarrolle un TN mayor de hasta 75% al avanzar la edad.

Debe señalarse que, en contraste con la demencia con cuerpos de Lewy, las manifestaciones físicas de la enfermedad de Parkinson aparecen antes que las cognitivas. Ese es uno de los dos factores que permiten justificar un diagnóstico probable o posible. El otro es que debe carecerse de evidencia de que otro trastorno—enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Alzheimer o cualquier otro trastorno mental, neurológico o físico— contribuya al desarrollo del TN. La presencia de estos dos factores conduce a un diagnóstico **probable**; la presencia de sólo uno permite integrar un diagnóstico **posible**. Véanse en el cuadro 16-1a los detalles para el registro.

Enfermedad de Huntington. La edad promedio de inicio de la enfermedad de Huntington se ubica en torno a los 40 años; los primeros síntomas pueden ser cambios al parecer menores de la personalidad y el desempeño ejecutivo, a los que sigue el deterioro de la memoria y el juicio. Una inquietud generalizada pudiera preceder a los movimientos coreiformes involuntarios característicos, así como a la reducción de la velocidad de los movimientos voluntarios. Su prevalencia es de cerca de seis casos por cada 100 000 personas en Norteamérica y Europa. La causa es un gen autosómico dominante en el cromosoma 4.

Enfermedad por priones. La enfermedad por priones es al mismo tiempo minúscula y tremenda. Genera una fracción diminuta entre todas las demencias—quizá un caso por cada millón de personas cada año—no obstante, su variedad de “enfermedad de las vacas locas” es tan dramática (e inusual) que ocupa los titulares cada vez que se identifica. El tipo más frecuente, la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, se debe a una proteína infecciosa que carece de ácidos nucleicos (es decir, DNA y RNA). Estas enfermedades afectan al cerebro, y determinan la formación de orificios en los cortes microscópicos, que explican su nombre colectivo de **encefalopatías espongiiformes**. Entre sus síntomas se encuentran pérdida de la memoria, alucinaciones, cambios de la personalidad y problemas motores. No obstante el intervalo de edad de los pacientes es amplio, suele afectar a los ancianos; existen algunos casos familiares. Por lo general letal en el transcurso de un año, la enfermedad por priones es en esencia intratable.

Infección por VIH. Los avances en la terapia antiviral han reducido las distintas amenazas que impone la infección por el VIH; no obstante, hasta la mitad de las personas infectadas presenta algunos síntomas de disfunción cognitiva, y hasta una tercera parte cubre los criterios para TN leve o mayor. Se trata ante todo de una infección de tipo subcortical con presentación variable. No obstante la infección por VIH no es una de las causas más frecuentes de demencia, se ha convertido con rapidez en una de las más importantes identificadas en personas jóvenes, que acaba con vidas fuertes en otros sentidos. Ésa es la razón por la cual se utiliza más adelante como ejemplo para esta categoría de TN.

Otras causas. Los síntomas y la evolución de la enfermedad dependen en gran medida de la causa médica subyacente. Resulta evidente que lo mismo ocurre con el tratamiento y el pronóstico. Entre otras pueden señalarse la hidrocefalia normotensa, el hipotiroidismo, los tumores cerebrales, la deficiencia de vitamina B₁₂ y muchas otras. En el apéndice se mencionan otras más.

Características esenciales del **trastorno neurocognitivo debido a otras afecciones médicas**

El paciente satisface los criterios para un trastorno neurocognitivo {mayor}{leve}. Además:

| | Enfermedad de Huntington | Enfermedad de Parkinson^a | Enfermedad por priones | Infección por VIH | Otra afección médica |
|--|--|--|---|---|---|
| El paciente tiene evidencia de: | Enfermedad de Huntington (antecedentes familiares o pruebas genéticas) | Síntomas motores de la enfermedad de Parkinson | Características motrices de la enfermedad por priones (ataxia, mioclonías, temblor) | Infección documentada por VIH | Anamnesis, exploración física o pruebas de laboratorio con evidencia de otro trastorno que no es de tipo mental |
| Los síntomas no se explican de mejor manera a partir de: | Otro trastorno mental o médico | | | Trastornos mentales, cognitivos, médicos distintos a la infección por VIH | Otro trastorno mental o TN específico |
| Su inicio es: | Insidioso, con progresión gradual | Insidioso; progresión con frecuencia rápida | – | – | – |

^a Se registra como TN probable o posible; véase el texto.

Notas para codificación

Véanse los procedimientos para codificación en los cuadros 16-1a y 16-1b.

Arlen Wing

Cuando ingresó hospital por tercera vez en cuatro meses, Arlen Wing había perdido 15 kg, que correspondían a casi 20% de su peso corporal. Con ellos parecía haberse ido gran parte de su deseo de vivir: con frecuencia se había rehusado a tomar el coctel de medicamentos antivirales que se le había prescrito para ayudar a su sistema inmunitario deteriorado. Esto, además de la apatía que

era tan evidente en el momento del ingreso, indujo a solicitar una interconsulta de salud mental. El médico de Arlen señaló que una TC cerebral mostraba atrofia cortical difusa; la interpretación de un EEG indicaba que existía “enlentecimiento no focalizado”.

Arlen había entrenado para ser un bailarín. Después de no obtener un empleo en el Joffrey Ballet, se había unido a su compañero de toda la vida, Alex, en el negocio de comprar y vender muñecas antiguas. Los dos habían tenido una buena vida viajando por el estado para acudir a las subastas y exposiciones de muñecas, hasta que Alex había muerto de manera súbita por neumonía por *Pneumocystis*. Arlen pronto descubrió que era positivo para la infección por VIH; comenzó con rapidez a tomar medicamentos profilácticos. Había seguido operando su negocio a hasta unos meses antes, cuando su conteo de células CD4 había caído por debajo de 200, lo que desencadenó la serie de hospitalizaciones recientes.

Mientras el clínico que acudió a la interconsulta le explicaba el objetivo de la visita, Arlen establecía contacto visual y escuchaba con educación. Su lenguaje era lento y laborioso, pero no existían otras anomalías en cuanto al su flujo. No presentaba ideas delirantes, alucinaciones o contenido anómalo de pensamiento de algún otro tipo. Negaba sentirse en particular triste o ansioso—“sólo cansado”.

Arlen sabía su propio nombre, en nombre del hospital y el mes, pero dio una fecha y un año incorrectos. Pensaba que había ingresado el día anterior, pero había llegado una semana antes. No podía recordar el nombre del médico que lo había atendido durante los últimos tres años. Tuvo una calificación de sólo 14 de 30 en el MMSE. Cuando se le solicitó que levantara una hoja de papel, la doblara y la pusiera en el suelo, tiró dos veces el papel sin plegar al suelo. Cuando se le solicitó indicar en qué sentidos eran similares una manzana y una naranja, no pudo responder. Si bien reconocía que tenía una enfermedad grave, aceptaba que en fecha reciente se había negado a tomar su coctel de pastillas. “Me estaba sintiendo terrible”, dijo, “y pensé que pudieran estarme haciendo sentir mal”.

Evaluación de Arlen Wing

Los antecedentes de Arlen y su declinación intelectual evidente (criterio A del TN mayor) señalan sin duda hacia los TN. Se encontraba alerta y concentraba de modo adecuado su atención durante la exploración, lo que hacía en extremo improbable un delirium (C; sin embargo, la dificultad que tenía para llevar a cabo una tarea o desplazar su atención de una tarea a otra puede presentarse en una fase posterior de la evolución del TN debido a infección por VIH). Su pérdida de la memoria reciente era evidente; esto es en particular frecuente en la demencia relacionada con el VIH. También característicos son su apatía y su lenguaje lento (la disminución de la velocidad del movimiento en general es característica de este trastorno). Su disfunción representaba un deterioro relevante a partir de su nivel de desempeño previo (B). No existían agnosia, apraxia o afasia evidentes, que es lo que se esperaría en una demencia distinta a la de Alzheimer. En general, se adecuaba sin duda a los criterios para un TN, y su condición positiva para VIH aportaría la información necesaria en torno a la etiología. Se señaló que Arlen cursaba con apatía, una alteración del comportamiento. Puesto que había renunciado a su autocuidado, yo le asignaría una calificación EEAG de sólo 21, no obstante otros clínicos pudieran darle una calificación un poco mayor. La calificación de gravedad para su TN mayor sería más difícil de definir; aún no mostraba una dependencia completa para su cuidado.

Las personas que lo conocieran bien serían la fuente más conveniente de información en cuanto al desempeño ejecutivo de Arlen (¿había estado teniendo problemas para vestirse, hacer

compras o atender otras tareas rutinarias cotidianas?). Aún así, su incapacidad para resolver una secuencia de eventos en el MMSE también aportaba evidencia. El abandono de sus medicamentos sugería un defecto de juicio, típico de las fases avanzadas de la demencia relacionada con el VIH. Negaba sentirse deprimido—evidencia (no obstante no definitiva) que se opone a la presencia de un trastorno del estado de ánimo con pseudodemencia.

| | |
|-----------------|--|
| B20 [042] | Infección por VIH |
| F02.81 [294.11] | Trastorno neurocognitivo mayor debido a infección por VIH, moderado, con alteración del comportamiento |

Trastorno neurocognitivo inducido por sustancias/medicamentos

Los TN pueden derivar de un consumo prolongado de alcohol, sedantes e inhalantes, no obstante en la vasta mayoría de los casos el alcohol es el principal culpable. Los pacientes tienen dificultad para realizar tareas de construcción (p. ej., dibujar), problemas del comportamiento y defectos de la memoria. Es frecuente que se describa a estos pacientes con celotipia delirante o alucinaciones. Si bien su inicio de manera característica es gradual, es posible que no pueda identificarse algún cambio hasta que el paciente abandona el consumo por días o semanas.

Una variedad de este trastorno corresponde a la que se conoce como psicosis de Korsakoff o, como se le denominaba en el DSM-IV, trastorno amnésico persistente inducido por sustancia (el DSM-5 movilizó a todos los trastornos amnésicos para abarcarlos en el TN mayor inducido por alcohol, de tipo con amnesia-confabulación).

Características esenciales del trastorno neurocognitivo inducido por sustancias/medicamentos

El consumo de alguna sustancia parece haber generado en el paciente un trastorno neurocognitivo {mayor} {leve} (p. 492).

La letra pequeña

En el texto entre barras de la página 95 se presentan algunas recomendaciones en torno a la identificación de la relación causal con sustancias.

Las D: • Diagnóstico diferencial (muchas otras causas de TN).

Notas para codificación

Al redactar el diagnóstico, se registra la sustancia precisa en el título—por ejemplo, trastorno neurocognitivo mayor inducido por alcohol. Véase el cuadro 15-2 en el capítulo 15. Especificar si:

Persistente. Los síntomas de TN persisten mucho tiempo más que el que se requeriría para la recuperación con una abstinencia prolongada.

Mark Culpepper

A pesar de beber casi 750 mL de bourbon a diario hasta cumplir 56 años, Mark Culpepper había logrado evitar la hospitalización. Había enseñado biología del desarrollo durante 30 años, pero seis

meses antes la Universidad le había ofrecido un retiro temprano. Poco después, su hija Amarette, se había mudado con él, para cuidar de la casa y hacerle compañía. Ella aportó la mayor parte de los antecedentes sobre su enfermedad.

Amarette nunca pudo entender cómo es que su padre había logrado conservar su posición mientras bebía tanto. Por supuesto, en los últimos años sus asignaturas siempre habían pertenecido a la división inferior, y no había publicado nada durante más de una década. “Vivía de la fama” según lo indicaron los estudiantes—”dependía de su antigüedad”. La antigüedad influía mucho en la Universidad; le condonaba la ausencia ocasional cuando estaba demasiado crudo para acudir, y el hecho de que rara vez calificara algún documento.

Para la época en que su hija se mudó con él, Mark estaba completamente retirado y dedicaba todo su tiempo a beber. Amarette se encargó de eso con rapidez. Confiscó el contenido de su cantina y, mediante la combinación de la vergüenza y las amenazas, logró un control tal sobre sus finanzas que él se vio forzado a una abstinencia total. Se mantuvo firme durante la semana en que él estuvo vomitando y tuvo temblores. De un solo golpe había liberado a su padre de un hábito de 30 años.

Los resultados fueron más o menos los que Amarette esperaba. En los siguientes cuatro meses Mark no bebió una sola gota, pero tampoco logró mucho más en algún sentido. Incluso sobrio descuidada su aspecto, y con frecuencia no se rasurara en varios días. Pasaba gran parte de su tiempo “trabajando en un documento”, que era, hasta donde ella sabía, material reciclado proveniente de cuadernos de notas con décadas de antigüedad. Él sólo lo copiaba, sin modificarlo. “Cualquier cosa que tuviera sentido en ese papel podía leerse en un texto de biología viejo de tercer de secundaria. Un texto muy viejo”, dijo al tiempo que lo hospitalizaban.

Un evento ocurrido el día anterior había precipitado su ingreso. Cuando ella regresó tras una salida breve, lo encontró en la sala tratando de secar el agua que se había salido de la tina de baño, que él había tratado de llenar y al parecer había olvidado. Las llaves todavía estaban abiertas.

Mark era un hombre agradable, cuya nariz y mejillas rojas le conferían un aspecto un tanto infantil. Llevaba consigo un fajo de papeles en un folder manila con los bordes maltratados; en la página del título podía leerse: “Regeneración de extremidades en el tritón”. Su lenguaje era normal, y negaba tener ideas delirantes, alucinaciones, depresión e ideas suicidas. Si bien parecía estar prestando atención durante el MMSE, sólo logró una calificación de 19 de 30. Fue incapaz de recordar dos de tres objetos después de 5 min. Con dificultad, deletreó correctamente una palabra hacia atrás. Al pedirle que siguiera la instrucción de tres pasos (tomar una hoja de papel, doblarla y colocarla en el piso), en forma repetida olvidó doblar el papel. Cuando se le interrogó sobre esa situación, la explicó diciendo: “Bueno, estaba pensando en mi investigación”.

Evaluación de Mark Culpepper

Como característica central en muchos casos de TN se encuentra el compromiso de la memoria. En el caso de Mark, ésta no era aparente a partir de la observación casual. Era agradable, mantenía una conversación con naturalidad, e incluso parecía estar trabajando en un documento científico. Sin embargo, después de 5 min sólo podía recordar uno de los tres objetos que se le habían señalado durante el MMSE.

En Mark no existía evidencia de problemas del lenguaje, la atención, la cognición social o las cuestiones perceptuales-motrices, pero los datos referidos por Amarette sugerían que él había desarrollado dificultades reales para cuidarse (descuidar su aspecto, inundar la casa con el agua

de la tina de baño). Esta pérdida de la función ejecutiva se reflejaba en las pruebas clínicas, a partir de su incapacidad para seguir una instrucción de tres pasos. Era suficiente para diagnosticar un TN mayor (criterio A), no obstante yo le asignaría una calificación leve—hasta ese momento.

Tenía una capacidad adecuada para concentrar su atención, y ésta no pareció perderse durante la entrevista, lo que sugiere que no era responsable un **delirium**; la persistencia de sus síntomas más allá del periodo usual de un cuadro de abstinencia cubriría este requisito (B). El consumo intenso y prolongado de alcohol sin duda sería capaz de generar algunos de sus síntomas (C), cuya evolución persistía mucho tiempo después de que Amarette lo hubiera obligado a dejar de beber (D). No había evidencia de alguna otra enfermedad mental: Mark negaba síntomas de **depresión** y **psicosis**, que son las dos condiciones principales que pudieran manifestarse como descuido y pérdida de la memoria. Por supuesto se requeriría una exploración física, y quizá algunas pruebas, para descartar **otras afecciones médicas** (E). Sin embargo, si se analizan sus antecedentes, parecería muy probable un **TN mayor inducido por alcohol**.

La cuestión relativa al **trastorno por consumo de alcohol** en Mark requiere cierto análisis. En la época en que había dejado de beber, cuando desarrolló temblor y vómito, pudiera haberse dicho que cursaba con un cuadro de abstinencia de alcohol. Esa situación, y el hecho de que estaba claro que el alcohol había interferido con su trabajo y su relación con Amarette, habrían sido suficientes para establecer un diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol. En el caso clínico no se hace referencia a muchos de los criterios restantes para un trastorno por consumo de sustancia—búsqueda de alcohol y tolerancia, tan sólo por nombrar dos. Es probable que una exploración completa permitiera identificar síntomas suficientes para justificar en él el grado de afectación más intenso. En cualquier caso, no se calificaría como **leve**, que daría pie a errores y a incongruencia con la abstinencia de alcohol. De acuerdo, esto quizá rebase el alcance de la información disponible, pero parece apropiado desde la perspectiva clínica calificar al trastorno por consumo de alcohol en Mark como grave; los códigos apropiados se seleccionan a partir del cuadro 15-2 en el capítulo 15.

Mark se había retirado en fecha reciente y tenía mucho tiempo libre, lo que pudiera constituir un problema—o una oportunidad (podría beneficiarse con una terapia ocupacional o recreativa, incluso con una referencia a cuidados diurnos). De cualquier forma, se le asignaría un código Z apropiado. Me es difícil pensar que no hubiera algún dato que informar en relación con su condición médica; será necesario reanalizarla más adelante. Su calificación EEAG sería de 41.

En la codificación que se muestra enseguida, se incluyeron los números tanto de la CIE-10 como de la CIE-9. Sin embargo, yo sólo le asigné la terminología de la primera (de acuerdo con la CIE-9 se requieren entradas independientes para el trastorno por consumo de alcohol y un TN).

| | |
|------------------------|---|
| F10.27 [303.90, 291.2] | Trastorno por consumo de alcohol grave en remisión temprana, con trastorno neurocognitivo mayor inducido por alcohol, tipo sin amnesia-confabulación, persistente |
| Z60.0 [V62.89] | Problema de fase de la vida (retiro) |

Charles Jackson

Hombre corpulento de más de 1.80 m, Charles Jackson todavía tenía fisonomía de militar. Antes de salir del Ejército un año antes, se le había degradado a soldado; esta medida fue la culminación

de una serie de medidas disciplinarias aplicadas por ebriedad. Por fortuna, él había servido en el ejército durante 21 años y esto no afectó su pensión de retiro.

Durante más de un año había sostenido citas mensuales con el entrevistador. En su último MMSE, Charles había recibido una calificación de 17: los 9 puntos totales para lenguaje, 3 por deletrear en forma errónea una palabra en sentido inverso, 3 para registro (repetir de inmediato tres elementos), y 2 por indicar la ciudad y el estado.

En esta ocasión, el entrevistador le preguntó cuándo se habían visto por última vez. Charles contestó: “Bueno, no lo sé. ¿Usted qué piensa?”. Para continuar en esta misma línea, dijo que pensaba que había visto al entrevistador antes. “Quizá fue la semana pasada”.

El entrevistador le solicitó que permaneciera sentado y salió a la sala de espera para preguntarle a la Sra. Jackson cómo pensaba que se encontraba su esposo. Ella le dijo, “Ah, está casi igual que antes. Dibuja un poco. Todavía puede hacer una buena caricatura de usted, en tanto usted se quede sentado justo frente a él. Pero la mayor parte del tiempo se sienta y mira la televisión. Yo llevo a casa y le preguntó lo que está viendo, pero ni siquiera puede decirme”.

En cualquier caso, Charles ya no bebía, no desde que se habían mudado a la provincia. Estaba por lo menos a 3 km de la tienda de autoservicio más cercana, y ya no caminaba muy bien. “Pero todavía habla sobre beber. En ocasiones parece pensar que sigue en el Ejército. Me ordena que vaya a comprarle 1 L de ginebra”.

Charles recordaba algunas cosas, si habían ocurrido hacía tiempo suficiente—la ginebra, por ejemplo, y emborracharse con su padre cuando era un niño. Pero no podía recordar el nombre de su hija, que tenía dos años y medio. La mayor parte del tiempo sólo la llamaba “la niña”.

El entrevistador volvió a entrar al consultorio. Charles lo miró y sonrió.

“¿Lo he visto antes?”, le preguntó el entrevistador.

“Bueno, estoy seguro”.

“¿Cuándo fue eso?”

“Pudiera haber sido la semana pasada”.

Evaluación de Charles Jackson

Charles no sólo cursaba con una pérdida en particular intensa de la memoria anterógrada (no podía formar memorias nuevas), sino también parecía un grado considerable de amnesia retrógrada (ni siquiera podía recordar el nombre de su hija). Difícilmente pudieran necesitarse pruebas objetivas para concluir que sufría una declinación cognitiva relevante (criterio A del TN mayor). Su esposa indicaba que él sólo se permanecía sentado; a partir de ese dato, se extrapola que no se encargaba de alguno de los pagos o de las tareas del hogar (B). Sin embargo, no se ha determinado el grado al cual era capaz de proveerse autocuidado. Charles no mostraba evidencia de desplazamiento de la atención o de disminución del estado de alerta, lo que descartaría un delirium (C).

Si se le daba un poco de cuerda, Charles parecía confabular sobre un encuentro previo con el examinador. Si bien la confabulación no es un criterio para el diagnóstico, es uno de los síntomas clásicos, al grado de que incluso ayuda a integrar un subtipo. En el síndrome inducido por alcohol con amnesia-confabulación, la memoria es la que presenta la anomalía principal. Sin embargo, también pueden presentarse, y lo hacen, los problemas para el desempeño ejecutivo (mismos que sugieren los resultados obtenidos por Charles en el MMSE).

Los elementos principales en el diagnóstico diferencial incluirían **otras causas de TN mayor** y otras complicaciones del alcoholismo. Cualquiera de estas etiologías para un cuadro

confusional tendrían que identificarse a partir de la historia clínica. Por supuesto, existía poco riesgo de que esta condición pudiera confundirse con las lagunas de memoria que se relacionan con la **intoxicación por alcohol**.

No obstante faltan algunos elementos en la historia clínica, Charles también tendría que recibir un diagnóstico de **trastorno por consumo de alcohol**. Excepto por el deseo persistente de beber, no había cubierto los criterios durante el último año, de manera que se le asignaría el calificador en **remisión sostenida** (casi estoy tentado a agregar **en un ambiente controlado**, porque en el sitio en que vivía no podía conseguir alcohol en algún sitio. Casi, pero no del todo). Su calificación EEAG sería de sólo 41. Su diagnóstico se obtendría partir del cuadro 15-2:

F10.26 [303.90, 291.1] Trastorno por consumo de alcohol, en remisión sostenida, con trastorno neurocognitivo mayor inducido por alcohol, tipo con amnesia-confabulación, persistente

Trastorno neurocognitivo debido a etiologías múltiples

Ya sea que su etiología sea única o diversa, los síntomas básicos del TN siguen siendo los mismos. Los responsables pueden ser trastornos médicos y neurológicos numerosos, de tal forma que las combinaciones son casi incontables. Cualquier síntoma que se identifique en un paciente debe ser congruente con la patología subyacente, pero resulta difícil diferenciar los factores contribuyentes sólo a partir de la clínica.

Las demencias con más de una etiología son en particular comunes en personas añosas, quienes tienden a las caídas y a padecer varias enfermedades a la vez, así como en individuos en quienes el consumo de alcohol o sustancias determina un riesgo de padecer diversos trastornos médicos. Por ejemplo, un paciente con TN mayor inducido por alcohol también pudiera sufrir un traumatismo craneoencefálico, infección o alguna condición degenerativa como la enfermedad de Marchiafava-Bignami (en la que se afecta el cuerpo caloso por el consumo crónico de alcohol).

Los síntomas son en gran medida los mismos que en el TN de otras etiologías, de manera que no se incluye un caso como ejemplo. Ni siquiera se describen características esenciales; parecen evidentes. Una vez que se identifican los síntomas y se establece el diagnóstico, el único problema que persiste es el siguiente: ¿cómo codificarlo? En general, este es el plan (a partir del cuadro 16-1b):

En primer lugar, se escriben los nombres y los códigos para cada una de las condiciones médicas contribuyentes. A continuación, se agrega el código apropiado para el TN mayor {con} {sin} alteración del comportamiento.

En seguida se muestra el diagnóstico completo de un paciente con enfermedad de Huntington de larga evolución que también sufrió un traumatismo en la cabeza.

G10 [333.4] Enfermedad de Huntington
 S06.2X9S [907.0] Lesión cerebral traumática difusa con pérdida del estado de conciencia de duración no especificada, secuela
 F02.81 [294.11] Trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples, con alteración del comportamiento

Por supuesto, existe una mosca en la sopa. Tres moscas, de hecho.

Mosca 1. Si el paciente padece un trastorno vascular que contribuye al TN, pudiera ser necesaria su mención independiente. Supóngase que el desafortunado paciente padece enfermedad de Huntington y un TN vascular. Esta es la forma en que aparecería el diagnóstico:

| | |
|-----------------|---|
| G10 [333.4] | Enfermedad de Huntington |
| F02.80 [294.10] | Trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples, sin alteración del comportamiento |
| F01.50 [290.40] | Trastorno neurocognitivo vascular mayor {probablemente} {posiblemente} debido a vasculopatía, sin alteración del comportamiento |

Mosca 2. Supóngase, después de establecer todos esos diagnósticos, que el paciente “sólo” padece un TN leve. En ese caso, se mencionaría de la manera siguiente:

| | |
|-----------------|---|
| G31.84 [331.83] | Trastorno neurocognitivo leve debido a etiologías múltiples |
|-----------------|---|

Obsérvese que no se codifican las etiologías. Sin embargo, en el enunciado puede agregarse “{con} {sin} alteración del comportamiento”.

Mosca 3. Los criterios del DSM-5 indican que para establecer un diagnóstico de TN mayor probable debido a enfermedad de Alzheimer es necesario que no exista evidencia de etiología mixta, y de manera específica menciona el ejemplo de la vasculopatía. Sin embargo, el TN debido a etiologías múltiples señala de modo específico el ejemplo del TN mayor debido tanto a enfermedad de Alzheimer como a vasculopatía. Incluso si se enfrenta esta contradicción irreconciliable, se recurre al código para el TN mayor probable debido a enfermedad de Alzheimer y el TN vascular mayor, pero **no** se utiliza el código del cuadro de etiologías múltiples. Por lo menos, eso es lo que tiene que hacerse hasta que el DSM-5 sugiera una mejor solución.

| | |
|-----------------|--|
| G30.9 [331.0] | Enfermedad de Alzheimer |
| F02.80 [294.10] | Trastorno neurocognitivo mayor debido a probable enfermedad de Alzheimer, sin alteración del comportamiento |
| F01.50 [290.40] | Trastorno neurocognitivo vascular mayor probablemente debido a vasculopatía, sin alteración del comportamiento |

R41.9 [799.59] Trastorno neurocognitivo no especificado

La categoría de TN no especificado abarca a los pacientes cuyos defectos cognitivos no sugieren con claridad un delirium o un TN (leve o mayor), no obstante le generan tensión innegable o compromiso del desempeño.

Trastornos de la personalidad

Guía rápida para los trastornos de la personalidad

El DSM-5 conserva los 10 trastornos de la personalidad (TP) específicos que se incluían en el DSM-IV. De éstos, quizá seis hayan sido razonablemente bien estudiados y cuenten con un respaldo sólido de la comunidad de investigadores. El resto (TP paranoide, esquizoide, histriónico y dependiente), si bien quizá tengan un fundamento menos sólido en la ciencia, conservan sus posiciones en el horizonte diagnóstico, tal vez por su aplicación práctica y, con franqueza, la tradición.

Hablando de tradición, desde el DSM-III en 1980, los trastornos de la personalidad se han dividido en tres **grupos**. Muy criticados ante la carencia de validez científica, los grupos quizá alcancen su mayor utilidad como un dispositivo que hace más fácil recordar toda la serie de TP.

Trastornos de la personalidad del grupo A

Las personas con TP del grupo A pueden describirse como retraídas, frías, suspicaces o irracionales (como siempre, en esta sección y en toda la Guía rápida, el número de página que sigue a cada elemento indica el punto en que comienza una discusión más detallada).

Paranoide. Estas personas son suspicaces y se ofenden con facilidad. Tienden a confiar poco y pueden imaginar que las afirmaciones inocentes tienen significados ocultos (p. 533).

Esquizoide. Estos pacientes tienen poco interés en las relaciones sociales, cuentan con un rango emocional restringido y parecen indiferentes a la crítica o a los elogios. Con una tendencia a la soledad, evitan las relaciones interpersonales estrechas (lo que incluye las de tipo sexual; p. 535).

Esquizotípico. Las relaciones interpersonales son tan difíciles para estos individuos que otros los consideran peculiares o extraños. Carecen de amigos cercanos y se sienten incómodos en las situaciones sociales. Pueden mostrar suspicacia, y tener percepciones o pensamiento inusuales, lenguaje excéntrico y afecto inapropiado (p. 538).

Trastornos de la personalidad del grupo B

Los afectados por TP del grupo B tienden a ser melodramáticos, susceptibles y a buscar atención; sus estados de ánimo son lábiles y con frecuencia superficiales. En muchas ocasiones tienen conflictos interpersonales intensos.

Antisocial. El comportamiento irresponsable y con frecuencia criminal de estas personas comienza durante la niñez o la adolescencia temprana, con ausentismo escolar, escapatorias del hogar, crueldad, peleas, destrucción, falsedad y robo. Además del comportamiento criminal, como adultos pueden omitir el pago de deudas o tener un comportamiento irresponsable en otros sentidos, actúan de manera irresponsable o impulsiva y no muestran remordimiento por su comportamiento (p. 541).

Limítrofe. Estas personas impulsivas adoptan comportamientos que les generan daño (aventuras sexuales, gastos inapropiados, consumo excesivo de sustancias o alimentos). Con un efecto inestable, en muchas ocasiones muestran ira intensa e inapropiada. Se sienten vacíos o aburridos, e intentan evitar de manera frenética el abandono. Sienten incertidumbre en torno a quiénes son, y carecen de la capacidad para mantener relaciones interpersonales estables (p. 545).

Histriónico. En extremo susceptibles, vagos y desesperados por obtener atención, estos individuos necesitan reafirmar en forma constante su atractivo. Pueden ser egocéntricos y seducir por medios sexuales (p. 548).

Narcisista. Estas personas se sienten importantes y con frecuencia muestran intranquilidad por envidia, fantasías de éxito o rumiación en torno a la singularidad de sus problemas. Su actitud prepotente y su falta de compasión pueden llevarles a aprovecharse de otros. Rechazan con intensidad las críticas, y necesitan atención y admiración constantes (p. 550).

Trastornos de la personalidad del grupo C

Una persona con un TP del grupo C tiende a mostrarse ansiosa y tensa, con frecuencia con un control extremo.

Evitación. Estas personas tímidas se sienten heridas con tanta facilidad por las críticas que dudan involucrarse con otras. Pueden temer a la vergüenza de mostrar emociones o decir cosas que parezcan tontas. Pueden carecer de amigos cercanos y exagerar los riesgos que implican las actividades que difieren de sus rutinas usuales (p. 553).

Dependiente. Estos individuos necesitan tanto la aprobación de otros que tienen dificultad para tomar decisiones por sí mismas o iniciar proyectos; incluso pueden mostrarse de acuerdo con quienes saben están equivocados. Temen al abandono, se sienten desamparados cuando están solos y se sienten destrozados cuando las relaciones terminan. La crítica los hiere con facilidad, e incluso, se ofrecen de manera voluntaria para realizar tareas desagradables con la finalidad de ganar el favor de otros (p. 556).

Obsesivo-compulsivo. El perfeccionismo y la rigidez caracterizan a estos individuos. Con frecuencia son adictos al trabajo, tienden a ser indecisos, son escrupulosos en extremo y se preocupan por los detalles. Insisten en que otras personas hagan las cosas a su manera.

Tienen dificultad para expresar afecto, tienden a carecer de generosidad, e incluso, pueden resistirse a desechar objetos que ya no necesitan (p. 558).

Otras causas de trastornos del carácter de larga evolución

Cambio de la personalidad debido a otro trastorno médico. Una enfermedad de tipo médico puede afectar la personalidad de un paciente en forma negativa. Esto no se consideraría un TP debido a que pudiera ser menos generalizado y no presentarse desde una edad temprana (p. 560).

Otros trastornos mentales. De persistir durante un periodo prolongado (por lo general, años), varias enfermedades mentales distintas pueden distorsionar el modo en que una persona se comporta y se relaciona con otras. Esto puede dar la impresión de un trastorno de la personalidad. Algunos ejemplos son distimia, esquizofrenia, trastorno de ansiedad social y trastornos cognitivos. Algunos estudios indican que en los pacientes con trastornos del estado de ánimo hay una tendencia mayor a que se exacerben los rasgos de personalidad o los TP cuando se desarrolla depresión clínica; esto pudiera ser en particular válido para los rasgos de los grupos A y C. La enfermedad de la personalidad que se identifica en los pacientes deprimidos debe ser revalorada una vez que la depresión remite.

Otro trastorno de la personalidad, especificado o no especificado. Se recurre a una de estas categorías para clasificar los trastornos de la personalidad que no satisfacen los criterios de alguno de los trastornos previos, o los TP que aún no cuentan con un reconocimiento oficial (p. 563).

Introducción

Todos los humanos (y muchas otras especies también) tienen rasgos de la personalidad. Se trata de vías con engranes bien definidos por las que los individuos experimentan, interactúan y analizan todo lo que ocurre en torno a ellos. Los TP son cúmulos de rasgos que se han vuelto rígidos y actúan para generar una desventaja al individuo, hasta el punto de que comprometen su desempeño o le generan tensión. Estos patrones de comportamiento y pensamiento han existido desde una fase temprana de la edad adulta y se han podido reconocer en el individuo durante un periodo prolongado.

La personalidad, y por ende los TP, quizá deban interpretarse como una cuestión dimensional más que categórica; esto implica que sus componentes (rasgos) existen en las personas normales, pero se acentúan en quienes padecen los trastornos en cuestión. Sin embargo, por buenas y malas razones, el DSM-5 ha conservado la estructura categórica tradicional que se ha utilizado durante más de 30 años. Existen promesas de que esto cambiará en los años por venir; el DSM-5 dedica gran parte de su Sección III—material que no ha recibido aprobación oficial para ser utilizado a explorar estructuras diagnósticas alternativas. Sin embargo, los expertos tendrán primero que ponerse de acuerdo en torno a las dimensiones que deben utilizarse, en relación con las mejores alternativas para cuantificarlas y catalogarlas, y sobre la manera de interpretar los resultados. Entre tanto, seguiremos errando en gran medida como antes.

Según la definición actual del DSM-5, todos los TP tienen en común las características siguientes.

Características esenciales de un trastorno de la personalidad general

Existe un patrón de comportamiento y experimentación interna (pensamientos, sentimientos, sensaciones) duradero que difiere con claridad del propio de la cultura del paciente. Este patrón incluye problemas del afecto (tipo, intensidad, labilidad, pertinencia), la cognición (el modo en que el individuo mira e interpreta su propia persona y el ambiente), el control de los impulsos y las relaciones interpersonales. Este patrón es fijo y encuentra aplicación amplia en la vida social y personal del afectado.

La letra pequeña

Las D: • Duración (toda la vida, con raíces en la adolescencia o la niñez) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (consumo de sustancias, trastornos físicos, otros trastornos mentales, otros TP, cambio de la personalidad debido a otra afección médica).

La información que transmiten los TP permite al clínico tener una comprensión más adecuada del comportamiento de los pacientes; también puede incrementar el conocimiento sobre el manejo de muchos enfermos.

Al tiempo que se leen estas descripciones y los casos clínicos que las acompañan, debe tenerse en mente el marco de referencia dual de los TP: inicio temprano (por lo general al final de la adolescencia) y naturaleza generalizada, de tal manera que las características del trastorno afectan aspectos múltiples de la vida laboral, personal y social.

Diagnóstico de los trastornos de la personalidad

El diagnóstico de los TP implica distintos problemas. Por un lado, con frecuencia se pasan por alto; sin embargo, por otro, en ocasiones se sobrediagnostican—en mi opinión, el TP limítrofe es un ejemplo notorio—. Uno (TP antisocial) conlleva un pronóstico terrible; la mayoría, si no todos, son difíciles de tratar. Su escasa validez relativa sugiere que ningún TP puede tenerse como diagnóstico aislado cuando existe algún otro trastorno mental capaz de explicar los signos y los síntomas que constituyen el cuadro clínico. Por todas estas razones, resulta una buena idea tener en mente un esquema para establecer el diagnóstico de un TP.

1. Verificar la duración de los síntomas. Es necesario asegurarse que los síntomas del paciente han estado presentes por lo menos desde el inicio de la edad adulta (antes de los 15 años en el caso del TP antisocial). El interrogatorio de los informantes (familia, amigos, colaboradores) quizá aporte el material más válido.

2. Verificar que los síntomas afectan varias áreas de la vida del paciente. De manera específica, ¿se encuentran afectados el trabajo (o la escuela), la vida en el hogar, la vida personal y la vida social? Este paso puede implicar problemas reales, en el sentido de que los pacientes mismos no consideran que su comportamiento genere problemas (“Es el mundo el que tiene problemas”).
3. Verificar que el paciente tiene todos los elementos del diagnóstico específico en cuestión. Esto implica verificar todas las características y consultar las 10 series de criterios diagnósticos. En ocasiones es necesario recurrir al juicio clínico. Debe intentarse ser tan objetivo como sea posible. Al igual que en el caso de otros trastornos mentales, con una motivación suficiente suele ser posible forzar al paciente a corresponder a distintos diagnósticos.
4. Si el paciente tiene menos de 18 años, asegurarse que los síntomas han estado presentes durante por lo menos los últimos 12 meses (tener seguridad absoluta de que no se deben a algún otro trastorno mental o físico). Es preferible no establecer un diagnóstico de este tipo a una edad tan temprana.
5. Descartar alguna otra enfermedad mental que pudiera ser más aguda y tener un potencial mayor de generar daño. El punto débil es que otros trastornos mentales también son con frecuencia más sensibles al tratamiento que los TP.
6. Se trata también de un buen momento para revisar las características genéricas de cualquier otro requisito que pudiera haberse pasado por alto. Debe señalarse que cada paciente debe contar con dos o más tipos de problemas duraderos de comportamiento, pensamiento o emociones a partir de una lista de cuatro: cognitivos, afectivos, interpersonales e impulsivos (esto ayuda a asegurar que los problemas del individuo en realidad afectan más de un área de vida).
7. Buscar otros TP. Es necesario valorar toda la historia clínica para definir si existe algún otro TP adicional. Muchos individuos parecen tener más de un TP; para estos casos, deben diagnosticarse todos. Quizá, con más frecuencia, se identificarán muy pocos síntomas para establecer un diagnóstico. Es posible agregar en la nota de resumen alguna observación en ese sentido: rasgos de la personalidad esquizoide y paranoide.
8. Deben registrarse todos los diagnósticos mentales de la personalidad y de otros tipos. Algunos ejemplos en cuanto a la forma en que esto se hace se muestran en los casos clínicos incluidos más adelante.

Si bien es posible aprender los rudimentos de cada TP a partir del material que se incluye en este texto, es importante señalar que estas descripciones breves apenas rozan su rica psicopatología. Si se desea estudiar con más detalle estos trastornos, se recomienda consultar textos elementales.

Trastornos de la personalidad del grupo A

Los TP que se incluyen en el grupo A comparten conductas que suelen describirse como retraídas, frías, suspicaces o irracionales.

F60.0 [301.0] Trastorno de la personalidad paranoide

Lo que resulta más llamativo en los pacientes con TP paranoide (TPP) es la poca confianza que tienen en, y lo mucho que sospechan de, otras personas. Las sospechas que albergan son injustificadas, pero debido a su temor de ser explotados, no confían en aquéllos cuyo comportamiento tendría que haber merecido su confianza. En vez de esto, identifican significados ocultos en los comentarios y las acciones positivas, e interpretan los eventos indeseables como consecuencia de una acción deliberada. Tienden a albergar resentimiento durante mucho tiempo, y quizá por siempre.

Estos individuos tienden a ser rígidos y prejuiciosos, y pueden tener una necesidad en particular intensa de ser autosuficientes. Para otros pueden parecer personas frías, calculadoras y desconfiadas, que evitan tanto la culpa como la intimidad. Pueden mostrarse tensos y tener dificultad para relajarse durante una entrevista. Este trastorno tiende a generar dificultades laborales: los pacientes con TPP están tan concientes de los rangos y el poder que con frecuencia muestran dificultades para el trato con superiores y colaboradores. Si bien al parecer no es infrecuente (podría afectar a 1% de la población general), el TPP rara vez induce a la solicitud de atención clínica. Cuando esto ocurre, suele diagnosticarse en varones. Su relación (de existir) con el desarrollo de la esquizofrenia sigue sin definirse, pero si se detecta que precedió al inicio de la esquizofrenia se agrega el especificador (**premórbido**).

Características esenciales del trastorno de la personalidad paranoide

En muchas situaciones estos pacientes demuestran desconfianza de la lealtad y la confiabilidad de otros. Puesto que sospechan que otros individuos desean traicionarlos, lastimarlos o explotarlos dudan en compartir información personal. Las sospechas injustificadas relativas a la fidelidad del cónyuge o pareja, o incluso las percepciones (erróneas) de contenidos ocultos en los hechos cotidianos o el lenguaje, pueden inducir al rencor o a una respuesta rápida de ira o ataque.

La letra pequeña

Las D: • Duración (inicia en la adolescencia o poco después de los 20 años y persiste)
• • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos; trastornos del estado de ánimo, ansiedad y psicóticos; trastorno de estrés postraumático; TP esquizotípico y esquizoide).

Nota para codificación

Si el TPP precede al inicio de la esquizofrenia se agrega el especificador (**premórbido**).

Dr. Schatzky

El Dr. Schatzky, profesor de dermatología de un hospital universitario, nunca había consultado a un profesional de la salud mental. Sin embargo, era bien conocido por el personal del centro

médico y resaltaba entre sus colegas. Uno de ellos, el Dr. Cohen, aportó la mayor parte de la información para este caso clínico.

El Dr. Schatzky había estado en el hospital durante varios años. Se le conocía como un buen investigador y un excelente clínico. Trabajaba duro y supervisaba a becarios de dos proyectos, y se hacía cargo de más actividades de las que derivaban de sus obligaciones de enseñanza.

Uno de los becarios de su laboratorio era un médico de apellido Masters. Era un hombre joven brillante y capaz, cuya carrera en la dermatología académica parecía destinada a sobresalir. Cuando el Dr. Masters recibió una oferta de Boston para convertirse en profesor asistente y tener su propio espacio en un laboratorio, le dijo al Dr. Schatzky que lo sentía, pero que se iría al final del semestre. Además, deseaba utilizar parte de los datos que habían obtenido ahí.

El Dr. Schatzky se sintió más que alterado. Le respondió al Dr. Masters diciendo que “lo que ocurría en el laboratorio se quedaba en el laboratorio”. No permitiría que alguien le “robara”, y le comentó al Dr. Masters que lo reportaría si trataba de publicar documentos con base en sus hallazgos. Además, el Dr. Schatzky le ordenó que se mantuviera alejado de los estudiantes hasta que se fuera. Esto produjo ira en el resto de los dermatólogos. El Dr. Masters era uno de los profesores jóvenes más populares en el departamento y la indicación de que no debería tener contacto alguno con los estudiantes pareció punitivo a todos y poco menos que un ataque a la libertad académica.

Los otros dermatólogos discutieron la situación en una reunión del departamento, mientras el Dr. Schatzky estaba fuera del pueblo. Uno de los profesores de mayor edad se ofreció como voluntario para tratar de persuadirlo para que permitiera al Dr. Masters enseñar de cualquier manera. En forma subsecuente, el Dr. Schatzky se rehusó con la respuesta siguiente: “¿Qué es lo que le he hecho?” Ahora parecía pensar que el otro profesor estaba contra él.

Este profesor le dijo al Dr. Cohen que en realidad no se sentía sorprendido. Conocía al Dr. Schatzky desde la universidad y siempre había sido suspicaz. “No confía en nadie que no firme un juramento de lealtad”, fue la frase que utilizó el otro profesor. El Dr. Schatzky parecía pensar que si decía algo agradable de alguna manera se utilizaría contra él. La única persona en la que parecía confiar por completo era en su esposa, una persona que quizá nunca había estado en desacuerdo con él en toda su vida.

En la reunión, alguien más sugirió que el jefe del departamento hablara con el Dr. Schatzky y tratara de “alegrarlo un poco”. Pero él tenía poco sentido del humor y “la memoria más larga para el rencor en toda la faz de la Tierra”.

En la memoria colectiva de todo el personal, el Dr. Schatzky nunca había tenido cambios del estado de ánimo o psicosis y en las comidas del departamento no bebía. “Nunca perdía el contacto con la realidad, sólo era desagradable”, dijo el Dr. Cohen.

Evaluación del Dr. Schatzky

Se comienza con un deslinde de responsabilidad: a partir de la información que se presenta en este caso clínico, parecería que el Dr. Schatzky nunca fue entrevistado por un profesional de la salud mental. Por ende, cualquier conclusión debe ser tentativa. Los clínicos simplemente no tienen derecho a establecer diagnósticos definitivos en los pacientes—o las personas comunes—a partir de quienes no han obtenido información suficiente.

Aclarado esto, los síntomas del Dr. Schatzky en apariencia habían sido constantes y habían estado presentes durante toda su vida (por lo menos, desde la universidad). Sus problemas afectaban tanto su pensamiento como su desempeño interpersonal, que a su vez le producía problemas en su trabajo y en la vida personal.

¿Qué síntomas de TPP tenía el Dr. Schatzky? Sin que existiera una causa, sospechaba que el joven Dr. Masters estaba planeando “robarle” sus datos (criterio A1). Sus colegas identificaban sus inquietudes añejas en torno a la lealtad de sus socios (A2). Nunca confiaba en otros (A3) y se negaba en permitir que el Dr. Masters enseñara, lo que sugiere la existencia de rencor (A5; sin embargo, al parecer nunca había cuestionado la lealtad de su esposa, que sería otro síntoma frecuente en este TP). De esta manera, se pueden identificar en total cuatro síntomas, que son los que se requieren para un diagnóstico de TPP.

¿Podría otro diagnóstico distinto a un TP explicar el comportamiento que se describe del Dr. Schatzky? Si bien la información es incompleta, parece poco probable el consumo de drogas o alcohol (también parece improbable que alguien de edad intermedia pudiera haber estado utilizando un medicamento durante un tiempo suficiente para inducir un trastorno del carácter que hubiera durado toda su vida adulta). El caso clínico no aporta evidencia de alguna **otra afección médica**. Según la información provista, el Dr. Schatzky nunca había padecido una psicosis franca, como un trastorno delirante o esquizofrenia, y no padecía un trastorno del estado de ánimo (B).

¿Y qué tal otros TP? Los pacientes con **TP esquizoide** son fríos y distantes, y como consecuencia pueden parecer desconfiados, pero no muestran la suspicacia prominente que caracteriza a los individuos con TPP. Las personas con **TP esquizotípico** pueden mostrar ideación paranoide, pero también parecen peculiares o extraños (lo que no es el caso). Y el Dr. Schatzky no parecía preferir la soledad. Los individuos con **TP antisocial** son a menudo fríos e insensibles y pueden mostrarse suspicaces, a la vez tener dificultad para establecer relaciones interpersonales. Sin embargo, rara vez tienen la perseverancia para terminar los estudios profesionales, y el Dr. Schatzky no tenía antecedentes de comportamiento criminal o actitud irresponsable en torno a la seguridad de otros.

Con una calificación EEAG de 70, el diagnóstico tentativo del Dr. Schatzky sería el siguiente:

F60.0 [301.0] Trastorno de la personalidad paranoide

F60.1 [301.20] Trastorno de la personalidad esquizoide

Las personas con trastorno de la personalidad esquizoide (TPE) se muestran indiferentes a la asociación con otras personas, en ocasiones en gran medida. De manera característica son solitarios de toda la vida, que cuentan con un rango emocional restringido, parecen insociables, fríos y huraños.

Los individuos con TPE pueden tener éxito en empleos solitarios que otros encuentran difíciles de tolerar. Pueden soñar despiertos en exceso, tener gran apego a los animales y con frecuencia no se casan o no tienen relaciones románticas duraderas. Conservan el contacto con la realidad, a menos que desarrollen esquizofrenia. Sin embargo, sus parientes no tienen un riesgo más alto de padecer el trastorno.

Si bien se diagnostica con poca frecuencia, el TPE es común, y afecta a un porcentaje bajo de la población general. Los varones pueden tener un riesgo más alto que las mujeres. El paciente que se cita a continuación era el hermano menor de Lyonel Childs, cuyo caso clínico se presentó en relación con la esquizofrenia (p. 67).

Características esenciales del trastorno de la personalidad esquizoide

En muchas situaciones estas personas permanecen aisladas o tienen una variabilidad emocional limitada. Al preferir la soledad para realizar sus actividades pudieran no desear o no disfrutar las relaciones interpersonales cercanas, lo que incluye las que se forman en la familia. Pudieran carecer de amigos cercanos, con la posible excepción de sus parientes. Disfrutan pocas actividades, e incluso, muestran poco interés en el sexo con otros individuos. Fríos o desapegados, parecen indiferentes tanto a la crítica como al elogio.

La letra pequeña

Las D: • Duración (inicia en la adolescencia o poco después de los 20 años y persiste)
• Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo y psicóticos, trastornos del espectro autista, TP esquizotípico y paranoide).

Nota para codificación

Si el trastorno de la personalidad esquizoide precede al desarrollo de la esquizofrenia se agrega el especificador **(premórbido)**.

Lester Childs

“Lo trajimos por lo que le ocurrió a Lyonel. Se parecían tanto, y estábamos preocupados”. La madre de Lester se sentaba con cuidado en el sofá del consultorio. “Después de que Lyonel fue arrestado, lo decidimos”.

A los 20 años, Lester Childs era en muchos sentidos una copia fiel de su hermano mayor. Nacido con varias semanas de premadurez había pasado las primeras semanas de su vida en una incubadora. Pero había ganado peso con rapidez y pronto alcanzó los valores normales para su edad.

Camino, habló y controló esfínteres a las edades usuales. Quizá debido a que los dos trabajaban tan duro en la granja o quizá porque no había otros niños pequeños para que Lester y sus hermanos jugaran con ellos, sus padres no observaron nada anormal hasta que Lester ingresó al primer año de primaria. En el transcurso de unas cuantas semanas su maestra llamó por teléfono para hacer una cita.

Lester parecía brillante, se les dijo; su trabajo escolar no estaba en cuestión. Pero su capacidad para socializar era casi nula. Durante el recreo, cuando los otros niños jugaban a la pelota o las rondas, él se quedaba en el salón de clases dibujando. Rara vez participaba en las discusiones de grupo y siempre se sentaba a algunos centímetros por detrás de los otros en el círculo de lectura. Cuando llegó su turno para hacer una presentación oral se mantuvo de pie, en silencio, frente a la casa durante algunos momentos, y luego sacó el hilo de un papalote de su bolsillo y lo dejó caer en el piso. Luego se sentó.

Casi todo su comportamiento era muy similar al de Lyonel, de tal manera que los padres no se habían preocupado demasiado. Incluso así, lo llevaron a ver al médico familiar, quien aceptó que eso podría ser normal en la familia y que “lo superaría”. Pero Lester no lo hizo. Sólo creció. Ni siquiera participaba en las actividades familiares. En Navidad, abría un regalo, se lo llevaba a una esquina y jugaba con él a solas. Ni siquiera Lyonel hacía eso.

Cuando Lester entró en la habitación resultó indudable que no consideraba que la cita le importara mucho. Llevaba pantalones de mezclilla con una rodilla rota, tenis viejos y una camiseta que en alguna ocasión, sin duda, había tenido mangas. Durante gran parte de la entrevista se mantuvo hojeando una revista sobre astronomía y matemáticas. Después de esperar más de un minuto para que Lester dijera algo, el entrevistador comenzó: “¿Cómo te sientes hoy?”

“Estoy bien”. Lester continuó leyendo.

“Tu mamá y papá te pidieron que vinieras hoy a verme. ¿Puedes decirme por qué?”

“En realidad no.”

“¿Tienes alguna idea?”

[Silencio].

La mayor parte de la entrevista transcurrió así. Lester daba información por voluntad propia cuando se le preguntaba en forma directa, pero parecía carecer por completo de interés en hablar de manera espontánea. Sentado en silencio, la nariz metida en la revista, no mostraba alguna otra anomalía o excentricidad del comportamiento. Su flujo del lenguaje (lo poco que existía) era lógico y secuencial. Estaba del todo orientado y obtuvo una calificación perfecta de 30 en el MMSE. Su estado de ánimo estaba “OK”—ni demasiado alegre ni demasiado triste—. Nunca había consumido alcohol o drogas de algún tipo. Con tranquilidad, pero de forma enfática, negó haber escuchado alguna vez voces, tener visiones o ideas de ser observado o seguido, de que la gente hablara sobre él o de algún tipo de interferencia sobre su persona. “No soy como mi hermano”, dijo en la línea espontánea más larga expresada hasta el momento.

Cuando se le preguntó a quién se parecía, Lester dijo que a Greta Garbo—quien era famosa por desear estar sola—. Indicó que no necesitaba amigos y que también podía estar bien sin su familia. Tampoco necesitaba sexo. Había visto revistas sobre sexo y libros de anatomía. Los hombres y las mujeres eran igualmente aburridos. Su idea de una buena alternativa para pasar su vida era vivir solo en una isla, como Robinson Crusoe. “Pero sin Viernes.”

Poniéndose la revista bajo el brazo, Lester salió de la oficina, para no regresar.

Evaluación de Lester Childs

Para establecer un diagnóstico de TP es requisito que las dificultades sean tanto generalizadas como duraderas. Si bien sólo tenía 20 años, los problemas de Lester sin duda habían sido crónicos: se habían identificado cuando tenía seis años. Hasta donde se puede decir, su rechazo al contacto interpersonal abarcaba todas las facetas de su vida (familiar, social y escolar).

Lester rechazaba las relaciones estrechas, incluso con su familia (criterio A1); prefería las actividades en solitario (A2); rechazaba la noción de tener alguna relación sexual con alguna persona (aunque resulta concebible que esto pudiera cambiar con la madurez y alguna -oportunidad—A3); siempre había carecido de amigos cercanos (A5); su afecto parecía sin cambios y desapegado (si bien esto pudiera ser un artefacto de la primera entrevista con un paciente renuente—A7). En cualquier caso, Lester cubría por lo menos cuatro y quizá cinco de los criterios diagnósticos (se requieren cuatro) para el TPE. Estos síntomas podrían cubrir tres de las áreas (cognición, afecto y desempeño interpersonal) que se mencionan en los criterios genéricos para un TP. Su interés

en las matemáticas y la astronomía no serían inusuales en las personas con el trastorno, quienes de manera típica pueden disfrutar empleos que otros pudieran encontrar demasiado solitarios para poder ser disfrutados.

¿Podría algún otro trastorno explicar mejor el cuadro clínico de Lester? Los individuos con **trastornos depresivos** con frecuencia se encuentran retraídos y no son sociables, pero rara vez estas manifestaciones persisten toda su vida. Además, Lester de manera específica negaba sentirse deprimido o solo; cualquier duda al respecto podía aclararse al interrogar en torno a síntomas vegetativos propios de la depresión (cambios del apetito o el sueño). También negaba presentar síntomas (ideas delirantes o alucinaciones) que pudieran sugerir **esquizofrenia**, y esto se respaldaba con la información aportada por su madre. No existían estereotipias o síntomas de compromiso de la comunicación, como se esperaría en el **trastorno del espectro autista**, o alguna anomalía del estado de conciencia o la memoria, que sería un requisito en un **trastorno cognitivo**. A partir de la información con que se cuenta, tenía buena salud física y no consumía drogas, alcohol o medicamentos (B).

¿Qué otros TP tendrían que descartarse? Los pacientes con **TP esquizotípico** pueden tener limitación del afecto y aspecto inusual. La vestimenta de Lester no correspondía con la que se llevaría la mayoría de las veces en las visitas a un consultorio, pero podría ser usual en una persona de 20 años, además de que negaba tener la idea de que pudiera verse extraño. No expresaba ideas de sospecha o desconfianza intensas que pudieran identificarse en el **TP paranoide**. Los pacientes con **TP por evitación** también se aíslan de otras personas, a diferencia de los afectados por TPE, sin embargo, no eligen el aislamiento, sino lo sufren.

Si Lester desarrollara esquizofrenia en fecha posterior se agregaría el calificador (**premórbido**) en el momento de establecer este diagnóstico. Me parece difícil asignarle un sitio en la escala EEAG. La calificación de 65 es, en cierto grado, una cuestión de gusto y puede discutirse.

F60.1 [301.20] Trastorno de la personalidad esquizoide

F21 [301.22] Trastorno de la personalidad esquizotípico

Desde una edad temprana los pacientes con trastorno de la personalidad esquizotípico (TPET) tienen deficiencias perdurables en las relaciones interpersonales que reducen en gran medida su capacidad para tener cercanía con otros. También muestran pensamientos, percepciones y comportamientos distorsionados o excéntricos, lo que pudiera hacerles parecer peculiares. Con frecuencia se sienten ansiosos al estar con extraños, así que no cuentan con amigos cercanos. Pueden ser suspicaces y supersticiosos. Entre las características llamativas de su pensamiento se encuentran el pensamiento mágico y la creencia en la telepatía o en otras modalidades inusuales de comunicación. Estos pacientes pueden hablar acerca de sentir una “fuerza” o “presencia”, o tener un lenguaje que se caracteriza por vaguedad, divagación, abstracción excesiva, pobreza de vocabulario o aplicación inusual de palabras.

Los pacientes con TPET pueden, de manera eventual, desarrollar esquizofrenia. Muchos de ellos se encuentran deprimidos al llegar por primera vez a recibir atención clínica. Sus ideas excéntricas y su estilo de pensamiento también los colocan en riesgo de involucrarse en cultos. Sus relaciones con otros son malas, y al sentirse estresados pueden desarrollar estados psicóticos breves. No obstante su comportamiento extraño, muchos se casan y trabajan. Este trastorno tiene casi la misma frecuencia que el TP esquizoide.

Características esenciales del trastorno de la personalidad esquizotípico

En muchas situaciones estos individuos tienden a aislarse y mostrar una variabilidad emocional limitada con otras personas. Tienen ideas paranoides o suspicaces, incluso ideas de referencia (las cuales, sin embargo, no se sostienen hasta un grado delirante). Su vestimenta o manierismos pueden determinar en ellos un aspecto extraño, con un afecto inapropiado o limitado; el lenguaje puede ser vago, pobre o en extremo abstracto. Pueden referir percepciones extrañas o sensaciones físicas y su comportamiento peculiar puede estar afectado por un pensamiento mágico o creencias raras (supersticiones, telepatía). Con ansiedad social intensa (que no mejora al transcurrir el tiempo luego de conocer a una persona), tienden a no contar con amigos íntimos.

La letra pequeña

Las D: • Duración (inicia en la adolescencia o poco después de los 20 años y persiste)
• Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo con características psicóticas, trastorno del espectro autista y otros trastornos del neurodesarrollo, TP paranoide y esquizoide).

Nota para codificación

Si el TPET precede a la esquizofrenia se agrega el especificador **(premórbido)**.

Timothy Oldham

“¡Pero es mi bebé! ¡No me importa lo que él tuvo que ver con eso!” Con un embarazo avanzado y sintiéndose destrozada, Charlotte Grenville estaba sentada en la oficina del entrevistador y lloraba con frustración. Había acudido a solicitud del juez que presidía una batalla sobre los derechos de visita a su hijo aun no nacido.

La identidad del padre nunca estuvo en duda. La semana que siguió a su segundo periodo menstrual faltante, Charlotte había visitado a un ginecólogo y luego le había llamado a Timothy Oldham para darle la noticia. Había considerado amenazarlo con una demanda para que diera una pensión para el bebé, pero eso no había sido necesario. Ganaba una buena cantidad de dinero instalando alfombras y no tenía más dependientes. Ofreció una pensión mensual generosa, que comenzó de inmediato. Pero deseaba ayudar con la crianza de su hijo. Charlotte había rechazado la idea de inmediato y había puesto una demanda. Con una sala llena, el caso se había prolongado casi tanto como el embarazo de Charlotte.

“¡Lo que quiero decir es que él es realmente raro!”

“¿Qué es lo que quiere decir con ‘raro’? Déme algunos ejemplos.”

“Bueno, lo conozco desde hace mucho tiempo—varios años, en todo caso. Tenía una hermana que murió; habla sobre ella como si aún estuviera viva. Y hace cosas extrañas. Como por ejemplo, cuando estábamos haciendo el amor, justo a la mitad comenzó a balbucear algo sobre ‘amor

divino', y a dedicar su semilla. Eso me puso fría. Le dije que se detuviera y se bajara, pero era demasiado tarde. Quiero decir, ¿usted quisiera que su hijo creciera con alguien así como padre?"

"Si es tan peculiar, ¿cómo es que se involucró con él?"

Pareció abatida. "Bueno, sólo lo hicimos una vez. Y yo pudiera haber estado un poco borracha en el momento".

Timothy no sólo estaba tranquilo, estaba casi inmóvil. Un rubio larguirucho cuyo pelo caía sobre la frente hasta casi alcanzar las cejas, permanecía sentado en silencio en la silla de entrevista. Relató su historia en un tono monótono que no revelaba la más mínima emoción.

Timothy Oldham y su hermana gemela, Miranda, se habían quedado huérfanos cuando tenían cuatro años de edad. No tenía memoria de sus padres, excepto por una impresión vaga de que pudieran haber vivido de una granja de marihuana en el Norte de California. Los dos niños habían sido acogidos por tíos—unos Bautistas del Sur— que, decía él, hacían que la pareja de granjeros en la obra *American Gothic* de Grant Wood pareciera alegre en comparación. "Esa pintura... son ellos. Tengo una copia en mi recámara. A veces casi puedo ver a mi tío moviendo el trinche hacia atrás y adelante haciéndome señales".

"¿Es en realidad su tío, y de verdad se mueve el trinche?", preguntó el entrevistador.

"Bueno, es un sentimiento que llega... no en realidad... un signo de mi misión cristiana...". La voz de Timothy se perdió, pero siguió mirando hacia el frente.

La "misión cristiana", explicó, significaba que todo el mundo venía a la Tierra con un propósito especial. Su tío solía decir eso. Pensaba que su propio propósito pudiera ser ayudar a criar al bebé que crecía dentro de Charlotte. Sabía que tenía que haber algo más en la vida que colocar alfombras todo el día.

Timothy sólo tenía unos cuantos amigos, ninguno de ellos cercano. Él y Charlotte habían pasado sólo unas cuantas horas juntos. En respuesta a una pregunta, habló sobre su hermana. Miranda y él habían sido cercanos, lo que era comprensible; ella era la única amiga verdadera que él había tenido. Había muerto por un tumor cerebral cuando tenían 16 años, y Timothy quedó devastado. "Estábamos unidos cuando nacimos. Yo juré junto a su tumba que eso nunca dejaría de ser así".

Todavía sin inflexión de voz alguna, Timothy explicó que estar "unidos" era algo con lo que se nacía. Él y Miranda seguían unidos. Era una misión cristiana y ella lo estaba dirigiendo desde más allá de la tumba para tener una bebida. Él dijo que sería como tener a Miranda de vuelta. Sabía que la bebé en realidad no sería Miranda, pero sabía que sería una niña. "Es sólo uno de esos sentimientos. Pero sé que tengo razón".

Timothy respondió con negativas a las preguntas usuales en torno a las alucinaciones, las ideas delirantes, los estados de ánimo anormales, el consumo de sustancias y problemas médicos como lesión cefálica y trastornos convulsivos. Luego, se levantó de su silla y salió del consultorio sin decir una palabra más.

Esa tarde Charlotte Greenville dio a luz a un niño saludable.

Evaluación de Timothy Oldham

El testimonio de Charlotte sugería que las peculiaridades de Timothy habían existido por años. Si bien no se sabe mucho acerca de sus antecedentes académicos o laborales, parecía probable que sus síntomas afectaran la mayor parte de las áreas de su vida. Este punto tendría que explorarse con más detalle.

Los síntomas esquizotípicos de Timothy incluían creencias extrañas (su convicción de que la bebé sería su hermana que regresaba a la Tierra; no existe evidencia de que él proviniera de una subcultura en que este tipo de ideas fuera la norma—criterio A2), ilusiones (el granjero de la imagen estaba moviendo su trinche—A3), afecto limitado (A6) y carencia de amigos cercanos (A8). Sus expresiones (“unidos”, “misión cristiana”) parecían metafóricas y extrañas (A4). El entrevistador no exploró la presencia de ideas de referencia o paranoides, comportamiento extraño y ansiedad social excesiva. Sin embargo, aquí existe una representación de síntomas cognitivos, afectivos e interpersonales (véanse las características esenciales del TP general).

Esta evaluación no cuenta con datos que sugieran otro trastorno mental. Timothy, de manera específica, negó la presencia de los síntomas psicóticos necesarios para sostener un diagnóstico de **trastorno delirante** o **esquizofrenia**. Otras condiciones que pudieran traer consigo síntomas psicóticos son los **trastornos del estado de ánimo** y los **trastornos cognitivos**, pero ya se identificó evidencia que los descarta (B).

Otros TP que deben descartarse son los **TP esquizoide** y **paranoide**. Cada uno de ellos implica cierto grado de aislamiento social, pero no el pensamiento excéntrico del TPET. Los pacientes con cualquiera de estos tres trastornos del grupo A pueden descompensarse y desarrollar psicosis breves (un rasgo que comparten con el **TP límite**). En algunos individuos pueden justificarse dos diagnósticos concomitantes: TP límite y alguno de los TP del grupo A. Las personas con **TP por evitación** muestran aislamiento social, pero sufren por él, y carecen de conductas y pensamientos extraños. Por supuesto, debe considerarse un cambio de la **personalidad debido a otra afección médica** en quienes tienen un padecimiento grave o crónico; no era ese el caso de Timothy.

Tras esta evaluación, Tim podría recibir una calificación EEAG de 75. No había desarrollado esquizofrenia, de manera que no se aplicaría el calificador (**premórbido**).

| | |
|---------------|--|
| F21 [301.22] | Trastorno de la personalidad esquizotípico |
| Z65.3 [V62.5] | Litigio relativo a régimen de visitas a hijo |

Trastornos de la personalidad tipo B

Las personas con TP del grupo B tienden a ser dramáticas, susceptibles y buscar atención, con estados de ánimo que son lábiles y con frecuencia superficiales. A menudo tienen conflictos interpersonales intensos.

F60.2 [301.7] Trastorno de la personalidad antisocial

Los individuos con TP antisocial (TPA) ignoran y violan en forma crónica los derechos de otras personas; no pueden adaptarse a las normas de la sociedad o deciden no hacerlo. Dicho esto, existen distintas alternativas por las que es posible que se manifieste el TPA. Algunos son emprendedores y artífices de la estafa; otros, con franqueza, son rufianes sin gracia. Las mujeres (y algunos hombres) con el trastorno pueden involucrarse en la prostitución. En otros individuos, los aspectos antisociales más tradicionales pudieran encontrarse opacados por el consumo intenso (y, con frecuencia, la distribución) de drogas ilícitas.

Aunque algunos de estos individuos pueden parecer encantadores en la superficie, muchos son agresivos y tienden a la irritabilidad. Sus comportamientos irresponsables afectan casi todas sus áreas de vida. Además del consumo de sustancias, pueden incurrir en peleas, mentiras y conducta criminal de todo tipo concebible: robo, violencia, argucias, y maltrato de hijos y cónyuge. Pueden referir sentimientos de culpa, pero no parecen sentir remordimiento genuino por su comportamiento. No obstante pudieran referir problemas somáticos múltiples y en ocasiones tienen intentos suicidas, sus interacciones manipuladoras con otras personas hacen difícil determinar si sus malestares son genuinos.

Los criterios del DSM-5 para el TPA especifican que, desde antes de los 15 años, el paciente debe tener antecedentes que respaldan el diagnóstico de un trastorno de la conducta (p. 381); este comportamiento debe haber persistido e incluso aumentado durante la edad adulta, con por lo menos cuatro síntomas de TPA.

Hasta 3% de los varones, pero sólo cerca de 1% de las mujeres, padece este trastorno; se identifica en alrededor de tres cuartas partes de los prisioneros recluidos en cárceles. Es más frecuente que en poblaciones de condición socioeconómica más baja y tiene distribución familiar; es probable que tenga tanto una base genética como ambiental. Los parientes varones padecen TPA y trastornos relacionados con sustancias; las parientes mujeres padecen trastorno de síntomas somáticos y otros relacionados con sustancias. El trastorno por déficit de atención/hiperactividad es un precursor común en la niñez, y el trastorno de la conducta de la niñez se considera un requisito (vea antes).

Si bien el tratamiento parece modificar poco las cosas en pacientes con TPA, existe cierta evidencia de que el trastorno se limita al avanzar la edad al tiempo que estas personas se apaciguan, para convertirse en “sólo” consumidores de sustancias. La muerte por suicidio u homicidio es la suerte de otros.

Por lo general, el diagnóstico de TPA no se justifica si el comportamiento antisocial sólo se presenta en el contexto del consumo de sustancias. Los individuos que consumen sustancias en forma inapropiada desarrollan en ocasiones conductas criminales, pero sólo mientras buscan drogas. Resulta crucial identificar si los pacientes con TPA posible han incurrido en actos ilícitos cuando no utilizan sustancias.

Si bien estos pacientes con frecuencia tienen una niñez marcada por la incorregibilidad, la delincuencia y los problemas escolares, como el ausentismo, menos de la mitad de los niños con estos antecedentes desarrolla de manera eventual un síndrome completo en el adulto. Por ende, nunca debe establecerse este diagnóstico antes de los 18 años.

Por último, el TPA es un trastorno grave, para el cual no existe tratamiento efectivo conocido. Así, se trata de un diagnóstico de último recurso. Antes de establecerlo, deben redoblar los esfuerzos para descartar otros trastornos mentales mayores y TP.

Características esenciales del trastorno de la personalidad antisocial

Estos individuos tienen antecedente previo a los 15 años de destrucción de la propiedad, violación grave de reglas o agresión contra personas o animales (esto es, cumplen los criterios para un trastorno de la conducta, p. 381). A partir de entonces, en muchas situaciones mienten, estafan o utilizan un alias al participar en conductas que ameritan un

arresto (ya sea que se les detenga o no). Tienden a pelear o atacar a otros, y por lo general, no planean sus actividades, para depender en vez de esto la inspiración del impulso. No muestran remordimiento por alguna de estas conductas, excepto por lamentarse en caso de ser atrapados. Se rehúsan a pagar sus deudas o mantener un empleo constante. Pueden ponerse o poner a otras personas de manera irresponsable en peligro.

La letra pequeña

Las D: • Duración y datos demográficos (el diagnóstico no puede establecerse antes de los 18 años; patrones de conducta duraderos) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos bipolares, esquizofrenia, otros TP, criminalidad ordinaria).

Milo Tark

Milo Tark tenía 23 años, era bien parecido e inteligente. Cuando trabajaba, ganaba buen dinero en la instalación de sistemas de calefacción y aire acondicionado. Había entrado al negocio al salir de la preparatoria, lo que ocurrió en algún punto a la mitad del primer año. Desde entonces, había tenido por lo menos 15 empleos; el mayor tiempo que había durado en alguno era de seis meses.

Milo fue referido para valoración después de ser atrapado tratando de timar a unos clientes ancianos en un cajero automático. La máquina era una de las dos instaladas en la sucursal bancaria en que su madre trabajaba como asistente de dirección.

“¡El pequeño demonio!”, exclamó su padre durante la entrevista inicial. “Siempre fue difícil de educar, incluso cuando era un niño. Me recordaba un poco a mí mismo, en ocasiones. Sólo que yo lo resolví”.

Milo había participado en muchas peleas cuando era un niño. Se había manchado de sangre la nariz por primera vez cuando tenía tan sólo cinco años, y la paliza de primera clase que le dio su padre no le había enseñado nada para evitar utilizar sus puños. Después, fue suspendido en primero de secundaria por extorsionar a un niño de ocho años con dinero. Cuando por fin terminó la suspensión, respondió yéndose de pinta durante 47 días seguidos. Luego comenzó a tener una serie de encuentros con la policía que comenzaron con robo en tiendas (condones) y que pasaron por allanamiento (en cuatro ocasiones) hasta un gran robo de auto cuando tenía 15 años. Por robar un Toyota fue enviado medio año a un campo administrado por las autoridades juveniles del estado. “Fueron los únicos seis meses que su madre y yo supimos dónde estaba por la noche”, comentó su padre.

El tiempo que Milo había pasado en detención parecía haberle hecho algún bien, por lo menos al inicio. Aunque nunca regresó a la escuela, durante los siguientes dos años evitó el arresto y de manera intermitente se aplicaba en aprender aquello en lo que trabajaba. Luego, celebró su cumpleaños número 19 emborrachándose y uniéndose al ejército. Pocos meses después se encontraba de nuevo en la calle, con un alta por mala conducta por compartir cocaína en sus barracas y atacar a dos cabos, su sargento primero y un teniente segundo. Durante los siguientes años trabajó cuando necesitaba dinero y no podía conseguirlo de alguna otra manera. No mucho tiempo antes de su evaluación había embarazado a una chica de 16 años de edad.

“Sólo era una cabeza hueca fácil”. Milo se recargó hacia atrás, con una pierna sobre el brazo de la silla de entrevista. Había logrado dejarse una barba rala, y jugueteaba con un palillo de dientes en los labios. Las letras O-D-I-O y A-M-O-R estaban tatuadas con descuido sobre los nudillos de cada una de sus manos. “Ella no se negó mientras lo hacíamos”.

El estado de ánimo de Milo era bueno ahora, y nunca había tenido algún cuadro que pareciera una manía. Nunca había mostrado síntomas de psicosis, excepto en la ocasión en que había usado metanfetamina y el efecto de la droga estaba pasando. Indicó que se había sentido “un poco paranoico”, pero eso no duró.

El trabajo en el cajero lo había planeado un amigo. El amigo había leído algo parecido en el periódico y decidió que sería una buena alternativa para obtener dinero rápido. Nunca pensaron que pudieran atraparlos, y Milo no consideró el efecto que eso tendría sobre su madre.

Bostezó y dijo: “Ella puede conseguir otro empleo”.

Evaluación de Milo Tark

La conducta de Milo de manera persistente afectaba todos los aspectos de su vida: escuela, trabajo, familia y relaciones interpersonales. Para cuando tuvo 15 años, cubría con facilidad los criterios para trastorno de la conducta (criterio C del TPA). Más adelante, avanzó a la criminalidad franca del adulto, misma que persistía al inicio de la tercera década de la vida: actos ilegales repetidos (A1), ataques (contra el personal del ejército—A4), registro laboral irresponsable (A6), impulsividad (no planear el robo en el cajero automático—A3) y falta de remordimiento (en relación con su madre y la niña a la que había preñado—A7). Sus síntomas tocaban las áreas de la cognición, el afecto, el desempeño interpersonal y el control de impulsos (ver descripción para un TP general). Por supuesto, tenía en ese momento edad suficiente (más de 18 años—criterio B) para justificar un diagnóstico de TPA.

Las personas con un **episodio maniaco o esquizofrenia** en ocasiones participan en actividad criminal, pero es de tipo episódica y se acompaña de otros síntomas de manía o psicosis. Milo negaba con firmeza cualquier comportamiento que sugiriera un trastorno del estado de ánimo, o psicótico (D). Los pacientes con **discapacidad intelectual** pueden quebrantar la ley, ya sea debido a que no se percatan de que algo está mal, o porque son influidos con gran facilidad por otros. Si bien Milo no tenía un desempeño en particular bueno en la escuela, no existe indicación de que no hubiera podido avanzar porque su inteligencia fuera escasa.

Puesto que muchos pacientes con adicciones hacen casi cualquier cosa para obtener dinero, los **trastornos por consumo de sustancias** son importantes en el diagnóstico diferencial. Milo había consumido cocaína y anfetaminas, pero (de acuerdo con él) sólo durante un periodo breve, y la mayor parte de sus conductas antisociales no se relacionaban con el consumo de drogas. Los pacientes con trastornos del control de impulsos participan en actividades ilegales, pero se limitan al contexto del **trastorno de la conducta** en personas más jóvenes, así como a las peleas o la destrucción de la propiedad en el **trastorno explosivo intermitente**. Los pacientes con **bulimia nerviosa** en ocasiones incurrir en robo en las tiendas, pero en Milo no había evidencia de episodios de bulimia. Por supuesto, muchas de estas condiciones (así como los **trastornos de ansiedad**) pueden identificarse como diagnósticos concomitantes en individuos con TPA.

Los criminales de carrera cuyo comportamiento antisocial se limita a su “vida profesional” pudieran no cubrir todos los criterios para el TPA. En vez de esto pueden recibir el diagnóstico de **comportamiento antisocial del adulto**, que se registra como Z72.811 [V71.0 1]. Constituye parte del diagnóstico diferencial del TP.

Con una calificación EEAG de 35, el diagnóstico completo de Milo sería el siguiente:

| | |
|---------------|---|
| F60.2 [301.7] | Trastorno de la personalidad antisocial |
| Z65.3 [V62.5] | Arresto por fraude en cajero automático |

F60.3 [301.83] Trastorno de la personalidad límite

A lo largo de su vida adulta, las personas con TP límite (TPL) parecen inestables. A menudo se encuentran en un punto crítico en cuanto al estado de ánimo, el comportamiento y las relaciones interpersonales. Muchos se sienten vacíos y aburridos; se apegan con intensidad a otros, y luego desarrollan ira u hostilidad marcadas cuando piensan que son ignorados o maltratados por aquéllos de quienes dependen. Pueden tratar de manera impulsiva de lesionarse o mutilarse; estas acciones son expresiones de ira, gritos de ayuda o intentos de dejar de percibir su dolor emocional. Si bien los pacientes con TPL pueden experimentar episodios psicóticos breves, éstos se resuelven con tanta rapidez que rara vez se les confunde con psicosis similares a la esquizofrenia. Los cambios intensos y rápidos del estado de ánimo, la impulsividad y las relaciones interpersonales inestables dificultan en estos pacientes desarrollar el potencial social, laboral o escolar completo.

El TPL muestra distribución familiar. Estas personas en realidad sufren—a tal grado, que hasta 10% se suicida.

El concepto de TPL se integró alrededor de la mitad del siglo XX. En su origen (y en ocasiones todavía), se decía que estos pacientes rondaban entre la neurosis y la psicosis—un “frontera” cuya existencia disputan muchos clínicos—. Al tiempo que el concepto evolucionó para convertirse en un TP, alcanzó popularidad notoria, quizá debido a que es posible forzar a muchos pacientes para corresponder a su holgada definición.

Si bien, entre 1 y 2% de la población general pudiera justificarse un diagnóstico legítimo de TPL, es probable que se aplique a una proporción mayor de individuos que solicitan atención de salud mental. Pudiera seguir siendo una de las condiciones con mayor sobrediagnóstico que mencionan los manuales diagnósticos. Muchos de estos pacientes cursan con trastornos que pueden tratarse con más facilidad; incluyen el trastorno depresivo mayor, el trastorno por síntomas somáticos y los trastornos relacionados con sustancias.

Características esenciales del trastorno de la personalidad límite

Estos pacientes viven en una crisis perpetua del estado de ánimo o del comportamiento. Con frecuencia se sienten vacíos y aburridos. El compromiso de la identidad (autoimagen insegura) puede llevarles a apegarse con intensidad a otros y luego rechazar a estas mismas personas con igual vigor. Por otra parte, pueden tratar de manera frenética de evitar la desertión (que puede ser real o una fantasía). La impulsividad pronunciada puede inducirles a lesionarse o mutilarse, o participar en otras conductas con potencial lesivo, como indiscreciones sexuales, gastos desmedidos, atracones alimentarios o conducción

vehicular irresponsable. Si bien el estrés puede provocar episodios breves de disociación o paranoia, éstos se resuelven con rapidez. Los cambios intensos y rápidos del estado de ánimo pueden generar una ira inapropiada y no controlada.

La letra pequeña

Las D: • Duración (inicia en la adolescencia o poco después de los 20 años, y persiste)
• Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo y psicóticos, otros TP).

Josephine Armitage

“¡Me estoy cortando!” La voz en el teléfono tenía un timbre alto y tembloroso. “¡Me estoy cortando en este momento! ¡Ay! ¡Eso es, ya comencé!” La voz aulló de dolor e ira.

Veinte minutos después, el clínico tenía la dirección de Josephine y su promesa de que acudiría de inmediato al servicio de urgencias. Dos horas después, con el antebrazo izquierdo vendado, Josephine Armitage estaba sentada en un consultorio en el departamento de salud mental. Cicatrices cruzadas cubrían su brazo derecho, desde la muñeca hasta el codo. Tenía 33 años, un poco de sobrepeso y estaba mascando chicle.

“Me siento mucho mejor”, dijo con una sonrisa. “En realidad creo que usted salvó mi vida”.

El clínico se quedó mirando su brazo descubierto. “No es la primera vez, ¿o sí?”

“Creo que eso debería ser evidente. ¿Va usted a portarse increíblemente denso, igual que mi último loquero?” Frunció el entrecejo y se giró 90° para mirar la pared. “¡Dios!”

Su terapeuta anterior había atendido a Josephine por una tarifa baja, pero no había sido capaz de concederle más tiempo cuando ella lo había solicitado. Respondió sacándole el aire a las cuatro llantas del BMW nuevo del clínico.

Su problema actual era con su novio. Una de sus amigas estaba “muy segura” de que había visto a James con otra mujer dos noches antes. La mañana del día anterior a su visita en el consultorio, Josephine se había reportado enferma al trabajo, fue a la oficina de James para poder confrontarlo y no lo encontró, de manera que por la noche fue a su departamento y golpeó la puerta hasta que los vecinos amenazaron con llamar a la policía. Antes de irse, pateó la pared al lado de la puerta y le hizo un hoyo. Se emborrachó y condujo una y otra vez por la calle principal, tratando de conocer a alguien.

“Eso suena peligroso”, observó el clínico.

“Estaba buscando al Sr. Goodbar, pero no apareció nadie. Decidí que tenía que cortarme de nuevo. Eso siempre parece ayudar”. La ira de Josephine se había evaporado una vez más, y se había volteado para dejar de mirar la pared. “La vida es perra, y luego mueres”.

“Cuando te cortas, ¿en realidad tratas de matarte?”

“Bueno, déjeme ver”. Masticó el chicle mientras pensaba. “Me siento tan enojada y deprimida, que simplemente no me importa lo que ocurra. Mi último loquero dijo que toda mi vida yo me había sentido como una ostra vacía, y supongo que eso es correcto. Se siente como si no hubiera alguien viviendo dentro, de manera que bien puedo sacar toda la sangre y terminar el trabajo”.

Evaluación de Josephine Armitage

Lo primero que este clínico debe hacer es determinar si las conductas informadas (y observadas) han existido desde los últimos años de la adolescencia de Josephine. De acuerdo con su reporte acerca del comentario hecho por su “último loquero”, ese parecería ser el caso, pero debe verificarse. Estos comportamientos eran generalizados: su empleo estaba afectado (llamar para reportarse enferma por un capricho), y también las relaciones con su novio y su terapeuta anterior.

Josephine tenía gran cantidad de síntomas. El episodio completo de atacar el departamento de James podría interpretarse como un esfuerzo frenético para evitar el abandono (criterio A1 del TPL). Incluso sus momentos iniciales con el clínico actual revelaban algunos vaivenes entre la idealización y la devaluación (criterio A2). Mostraba evidencia de impulsividad peligrosa (conducir mientras se encontraba bajo la influencia del alcohol, tratando de elegir a un extraño—A4), y había incurrido en intentos suicidas repetidos (A5). Su estado de ánimo, incluso en los confines de este caso clínico, parecería inestable y reactivo a lo que ella percibía como la actitud del clínico hacia ella (A6); su ira era súbita, inapropiada e intensa (A8). Aceptó una descripción personal de “ostra vacía” (A7). Aunque con frecuencia se describe que los pacientes con TPL cursan con una alteración de la identidad y lapsos psicóticos breves ocasionales, el caso clínico de Josephine no aporta evidencia de alguno de ellos. Aún así, contaba con seis o siete síntomas y sólo se requieren cinco.

Existe un listado largo de trastornos mentales que pueden confundirse con el TPL; cada uno debe considerarse antes de establecer este diagnóstico como aislado (o principal; éste no es un criterio para el TPL, pero corresponde a un criterio del TP genérico, así como uno de mis mantras personales). Muchos pacientes con TPL también padecen **trastorno depresivo mayor** o **distimia**. Es importante determinar si las conductas suicidas, la ira y los sentimientos de vacuidad no se experimentan sólo durante los episodios de depresión. De manera similar, es necesario saber que la inestabilidad afectiva no se debe a un **trastorno ciclotímico**. Debe señalarse que los criterios oficiales no mencionan alguna de estas posibilidades, pero destacan en el texto.

Los pacientes con TPL pueden cursar con episodios psicóticos, pero éstos tienden a ser breves y a relacionarse con el estrés, a la vez que muestran resolución rápida y espontánea—todo lo que hace poco probable que se les confunda con la **esquizofrenia**—. El consumo inapropiado de diversas **sustancias** puede determinar un comportamiento suicida, inestabilidad del estado de ánimo y control de impulsos deficiente. Los trastornos relacionados con sustancias también se identifican con frecuencia de manera concomitante al TPL, y siempre debe hacerse un interrogatorio cuidadoso en torno a ellos. Los pacientes con **trastorno de síntomas somáticos** a menudo son dramáticos y pueden consumir sustancias de manera inapropiada y tener intentos suicidas. Si bien este caso clínico no contiene evidencia de alguno de ellos (excepto porque la paciente se emborrachó—¿se trató de un evento aislado?), el clínico encargado de la valoración tendría que considerar de manera cuidadosa la lista anterior. Los pacientes con TPL también pueden mostrar características de TPL adicionales. La presentación de Josephine fue dramática, lo que sugiere un **TP histriónico**. Los pacientes con **TP narcisista** también son egocéntricos, no obstante carecen de la impulsividad de Josephine. Los pacientes con **TP antisocial** son impulsivos y no controlan su vida; si bien algunos de los comportamientos de Josephine eran destructivos, ella no participaba en actividad criminal franca.

Por último, el **trastorno de la identidad disociativo** en ocasiones se identifica en pacientes con TPL. Se requerirían un interrogatorio y una observación más detallados para descartar esta

condición infrecuente. Si se asume la verificación de los antecedentes de Josephine, su diagnóstico sería el que se indica en seguida. —Ubicaría su calificación EEAG en 51—.

F60.3 [301.83] Trastorno de la personalidad limítrofe
S51.809 [881.00] Laceraciones en antebrazo

No existe un TP que aparezca en una fase avanzada de la vida. Por definición, los TP son condiciones que han estado presentes, más o menos, desde el principio. Si se identifica a un paciente cuya estructura de carácter parece haber cambiado durante la edad adulta, busque la causa hasta encontrarla. Suele identificarse un cambio de la personalidad debido a otra afección médica, un trastorno del estado de ánimo o psicótico, alguna cuestión relacionada con sustancias, un problema cognitivo o un trastorno de adaptación grave.

F60.4 [301.50] Trastorno de la personalidad histriónico

Los pacientes con TP histriónico (TPH) tienen un patrón de larga evolución de búsqueda extrema de atención y emotividad que se cuela a todas las áreas de vida. Estas personas satisfacen su necesidad de encontrarse en el centro del escenario por dos vías principales: (1) sus intereses y temas de conversación se concentran en sus propios deseos y actividades; y (2) de manera continua llaman la atención sobre sí mismos por medio de su comportamiento, lo que incluye el lenguaje. Se encuentran en extremo preocupados por el atractivo físico (el propio y el de otros, en lo que se relaciona con ellos), y se expresan de manera tan extravagante que pudiera parecer casi una parodia de la emotividad normal. Su necesidad de aprobación puede inducirles a ser seductores, con frecuencia de manera inapropiada (o incluso ostentosa). Muchos llevan vidas sexuales normales, pero algunos son promiscuos y otros más pudieran carecer de interés en el sexo.

Estas personas con frecuencia son tan inseguras que buscan de manera constante la aprobación de otras. La dependencia del favor de otros pudiera hacer que sus estados de ánimo parezcan superficiales o sean en extremo reactivos al entorno. La tolerancia baja a la frustración puede dar origen a berrinches. Les suele gustar platicar con los profesionales de la salud mental (es otra oportunidad de ser el centro de la atención), pero debido a que su lenguaje es con frecuencia vago y está lleno de exageraciones, pueden generar frustración en el entrevistador.

Rápidos para establecer amistades nuevas, los individuos con TPH también se vuelven demandantes con rapidez. Debido a que confían y se influye sobre ellos con facilidad, su comportamiento pudiera parecer inconstante. No piensan en forma muy analítica, de tal manera que tienen dificultad para realizar tareas que requieren pensamiento lógico, como hacer cuentas mentales. Sin embargo, pueden tener éxito en empleos que establecen alguna prima por la creatividad y la imaginación. Su búsqueda de lo novedoso en ocasiones les genera problemas legales, al tiempo que persiguen la sensación o la estimulación. Algunos tienen una tendencia notoria a olvidar el material con carga afectiva.

El TPH no ha sido en especial bien estudiado, pero se refiere como frecuente. Puede distribuirse en familias. El caso clásico se identifica en la mujer, no obstante el trastorno puede afectar a varones.

Características esenciales del trastorno de la personalidad histriónico

Estos pacientes no sólo ansían los reflectores, sino que se sienten tristes cuando no son el centro de la atención. Intentan de manera activa atraer la atención sobre sí mismos con su aspecto físico y modismos. Su forma de hablar puede ser en extremo dramática, pero lo que dicen tiende a ser vago y carecer de especificidad. Pueden ser melosos o efusivos al expresar sus emociones, las cuales, sin embargo, tienden a ser superficiales y fugaces. Demasiado abiertos a la sugestión, influidos con demasiada facilidad, estos individuos pueden interpretar las relaciones interpersonales como íntimas cuando no lo son—incluso al grado de comportarse en formas sugestivas o seductoras inapropiadas—.

La letra pequeña

Las D: • Duración (inicia en la adolescencia o poco después de los 20 años y persiste)
• Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastorno de síntomas somáticos, otros trastornos de la personalidad).

Angela Black

Angela Black y su esposo, Donald, acudieron para recibir asesoría conyugal; como de costumbre, estaban peleando.

“Él nunca me escucha. ¡Bien pudiera estar hablándole al perro!” Las lágrimas y la máscara de pestañas escurrían sobre el frente del vestido de seda escotado de Angela.

“¿Y qué hay que oír?”, reclamó Donald. “Sé que le causo irritación, porque ella se queja mucho. Pero cuando le preguntó qué es lo que le gustaría que cambiara, nunca puede señalarlo con el dedo”.

Angela y Donald tenían 37 años, y habían estado casados durante casi 10 años. Ya se habían separado dos veces. Donald ganaba una excelente cantidad de dinero como abogado corporativo; Angela había sido una modelo. Ella ya no trabajaba con frecuencia, pero su esposo ganaba lo suficiente para mantenerla bien vestida y confortablemente calzada. “No creo que alguna vez se haya puesto el mismo vestido dos veces”, gruñó Donald.

“Sí, sí lo he hecho”, respondió ella.

“¿Cuándo? Señálame una sola vez”.

“Lo hago todo el tiempo. En especial últimamente”. Durante algunos momentos Angela se defendió, sin siquiera afirmar algo concreto.

“*Res ipsa loquitur*”, dijo Donald con satisfacción.

“¡Oh, Dios! ¡Latín!”, casi aulló ella. “Cuando mete su latín superior y gratuito, ¡me dan ganas de cortarme las muñecas!”

Los Black estaban de acuerdo en una cosa: para ellos, esta era una conversación típica.

Él trabajaba hasta tarde casi todas las noches y los fines de semana, lo que a ella le molestaba. Ella gastaba demasiado dinero en joyería y ropa. Ella se deleitaba con el hecho de que todavía podía atraer a los hombres. “Yo no lo haría si tú me prestaras un poco más de atención”, dijo, haciendo un puchero.

“Tú no lo harías si no escucharas a Marilyn”, él replicó.

Marilyn y Angela habían sido grandes amigas desde su época de porristas en la preparatoria. Marilyn era rica e independiente; a ella no le preocupaba lo que la gente dijera y se comportaba en consecuencia. Por lo general, Angela la seguía.

“Como la fiesta en la alberca del verano pasado”, dijo Donald, “cuando se quitaron el traje de baño para ‘practicar porras’ para las carreras. ¿O fue tu idea?”

“¿Y qué sabes tú de eso? Tú estabas trabajando hasta tarde. Además, sólo fue la parte de arriba”.

Evaluación de Angela Black

El estilo de personalidad de Angela tenía un efecto profundo sobre su matrimonio, no obstante el caso clínico sugiere que sus otras relaciones sociales (por ejemplo, los varones en la fiesta) también estaban afectadas. Se necesitaría más información para determinar si ella había sido así toda su vida adulta. Sin embargo, parecería poco probable que su estrategia para negociar con el mundo se hubiera desarrollado en fecha reciente.

Los síntomas de Angela incluían una necesidad intensa de ser el centro de la atención (criterio A1 del TPH) y de causar provocación sexual (que se infiere a partir de su baile sin traje de baño—A2); una preocupación excesiva en torno al aspecto físico (A4); una expresión emotiva dramática (A6); su sensibilidad a la sugestión (seguir el ejemplo de su amiga Marilyn—A7); y el lenguaje vago (que comenta su esposo—A5). —Considero que pudiera haber dado también una muestra de expresión emocional con cambio rápido (A3), pero quizá sea mi percepción—. Si se le califica de manera conservadora, tenía por lo menos seis síntomas de TPH (los criterios del DSM-5 son cinco, como requisito).

Su clínico tendría que obtener información suficiente para determinar que Angela no cursara con alguno de los trastornos mentales mayores que acompañan con frecuencia al TPH. Entre éstos se encuentran el **trastorno de síntomas somáticos** (¿había tenido buena salud?) y los **trastornos relacionados con sustancias**.

¿Se justificaría en Angela algún otro diagnóstico de TP? Ella se concentraba en sí misma y le gustaba ser admirada. Sin embargo, carecía del sentido de logro inmenso que caracteriza a los pacientes con **TP narcisista**. Es posible identificar con frecuencia características histriónicas en individuos con **TP limítrofe**. El estado de ánimo de Angela era un tanto lábil, pero ella no refería inestabilidad interpersonal, alteraciones de la identidad, ideación paranoide transitoria u otros síntomas que caracterizan a los pacientes limítrofes. La facilidad con que se le sugestionaba pudiera hacer sospechar un **TP dependiente**, pero también estaba tan lejos de depender de su esposo para recibir apoyo ya que peleaba con él en forma activa. Con una calificación EEAG de 65, —el diagnóstico es el siguiente:

| | |
|----------------|--|
| F60.4 [301.50] | Trastorno de la personalidad histriónico |
| Z63.0 [V61.10] | Tensión en la relación con el cónyuge |

F60.81 [301.81] Trastorno de la personalidad narcisista

Las personas con TP narcisista (TPN) tienen un patrón de grandeza (de la conducta y de sus fantasías) de por vida, sed de admiración y ausencia de empatía. Estas actitudes permean la mayor parte de los aspectos de sus vidas. Se consideran inusualmente especiales, son indivi-

duos prepotentes que a menudo exageran sus logros (sin embargo, desde el inicio es necesario señalar que estos rasgos constituyen sólo un TP en el adulto. Los niños y los adolescentes son prepotentes por naturaleza; en los niños, los rasgos narcisistas no necesariamente implican que se evolucionará a TP).

A pesar de sus actitudes de grandeza, las personas con TPN tienen una autoestima frágil y con frecuencia consideran que carecen de valía; incluso en las ocasiones en que tienen un éxito personal importante, pueden sentir que son un fraude o que no lo merecen. Son en extremo sensibles a lo que otros piensan acerca de ellos y necesitan recibir cumplidos. Cuando critican pueden ocultar su tensión con una fachada de indiferencia helada. Tan sensibles como son en torno a sus propios sentimientos, al parecer comprenden poco los sentimientos y las necesidades de los otros, y pudieran fingir empatía, al igual que pudieran mentir para ocultar sus propias faltas.

Los pacientes con TPN con frecuencia fantasean con un éxito salvaje y envidian a quienes lo han logrado. Pudieran elegir amigos que piensan que pueden ayudarles a obtener lo que desean. El desempeño laboral puede sufrir (debido a los problemas interpersonales) o mejorar (por su impulso eterno hacia el éxito). Debido a que tienden preocuparse por el arreglo y valoran su aspecto juvenil, pueden deprimirse cada vez más al tiempo que envejecen.

El TPN ha sido rara vez estudiado. Parece afectar a menos de 1% de la población general; se refiere que la mayor parte de los pacientes la constituyen varones. Se carece de información en torno a los antecedentes familiares, ambientales o de otros tipos, que pudieran ayudar a comprender estas personalidades difíciles.

Características esenciales del trastorno de la personalidad narcisista

Estos individuos poseen una actitud de grandeza, junto con una búsqueda de admiración. Para conseguirla, de manera característica, exageran sus propias habilidades y logros. Tienden a mantenerse preocupados por fantasías de belleza, brillantez, amor perfecto, poder o éxito ilimitados y piensan que son tan inusuales que sólo deben asociarse con gente o instituciones exclusivas. Con frecuencia, arrogantes o altivos, pueden pensar que otros los envidian (no obstante, la verdad puede ser lo contrario). Su falta de empatía hace que su sensación de ser privilegiados justifica la explotación de otros para lograr sus propias metas.

La letra pequeña

Las D: • Duración (inicia en la adolescencia o poco después de los 20 años y persiste)
• Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos bipolares, otros trastornos de la personalidad).

Berna Whitlow

“Dra. Whitlow, usted es mi apoyo en la clínica de urgencias esta tarde. ¡Necesito que me ayude!” Eleanor Bondurak, una trabajadora social en la clínica de salud mental tenía la cara enrojecida de ira y frustración. No era la primera vez que tenía dificultades al trabajar con esta médica.

A los 50 años, Berna Whitlow había trabajado en casi todas las clínicas de salud mental en el área metropolitana. Tenía un buen entrenamiento y era muy inteligente, y leía con voracidad sobre temas de su especialidad. Esas eran las cualidades que la habían llevado a conseguir empleo tras empleo al pasar de los años. Las cualidades que la mantenían pasando de un trabajo a otro las conocían con más detalle quienes trabajaban con ella que quienes la contrataban. Ella era famosa entre sus colegas por ser pretenciosa y egocéntrica.

“Dijo que no iba a recibir ordenes más. Y su actitud hablaba por ella: ‘No eres más que una trabajadora social’”. Eleanor estaba ahora recordando el momento mientras sostenía una discusión acalorada con el director clínico. “Dijo que hablaría con mi jefe o con usted. Yo le señalé que en ese momento ninguno de los dos estaba en el edificio, y que el paciente había llevado un arma en su portafolio. Así es que ella dijo entonces que yo tenía que ‘escribirlo y presentarlo’, y que ella ‘decidiría qué hacer’. Fue entonces que le envíe a usted un mensaje”.

Con la crisis resuelta (el arma había sido descargada, el paciente no era peligroso), el director clínico había comenzado a platicar con la Dra. Whitlow. “Mire, Berna, es verdad que de ordinario la trabajadora social ve al paciente y hace un escrito antes de que usted entre en escena. ¡Pero ese no era precisamente un caso ordinario! En especial en las urgencias, todo el equipo tiene que actuar en conjunto”.

Berna Whitlow era alta, con una nariz recta y un mentón saliente que parecían irradiar autoridad. Su cabello largo era grueso y rubio. Levantó un poco más su mentón. “Difícilmente tiene usted que darme una clase sobre la estrategia de equipo. He sido líder en casi cada clínica en el pueblo. Soy una líder de equipo soberbia. Usted puede preguntarle a cualquiera”. Mientras hablaba, se frotaba los anillos de oro que tenía en casi todos los dedos.

“Pero ser una líder de equipo implica algo más que sólo dar órdenes. También se trata de obtener información, construir consenso, interesarse por los sentimientos de los otr...”

“Escuche”, le interrumpió, “es obligación de ella trabajar en mi equipo. Es mi obligación liderarlo y tomar las decisiones”.

Evaluación de Berna Whitlow

A partir de material con que se cuenta (que no incluye una entrevista clínica, de tal manera que las conclusiones deben ser tentativas), los rasgos de personalidad de la Dra. Whitlow parecerían haberle causado dificultades durante muchos años. Afectaban muchos aspectos de su vida, interfiriendo con su trabajo (muchos empleos) y sus relaciones interpersonales. Por supuesto, en una valoración completa se investigaría su personalidad en lo relativo al modo en que afectaba su hogar y vida social.

Los síntomas que sugieren un TPN incluyen su actitud altanera (criterio A9 del TPN), su exageración de sus propios logros (“Soy una líder de equipo soberbia”—A1), su insistencia en que ella sólo recibía órdenes o solicitudes de personas de alto rango (A3), su suposición de que se le obedecería (desde la perspectiva de que ella tenía derecho a eso—A5) y su carencia de empatía por sus compañeros de trabajo (A7). Se requieren cinco criterios; existían características afectivas, cognitivas e interpersonales (véanse las características esenciales del TP general).

Existen varios TP más que pueden acompañar o confundirse con un TPN. Los pacientes con **TP histriónico** también son en extremo egocéntricos, pero la Dra. Whitlow no era tan histriónica

(no obstante y utilizaba muchos anillos). Como en el caso del **TP limítrofe** (y casi todos los otros TP), los pacientes con TPN tienen grandes problemas para relacionarse con otras personas. Sin embargo (lo que incluye a la Dra. Whitlow) no muestran gran tendencia a la inestabilidad del estado de ánimo, el comportamiento suicida o la psicosis breves cuando se encuentran bajo estrés. Aunque existe algún indicio de deshonestidad en las exageraciones narcisistas, estos individuos no incurrir en la criminalidad generalizada y la falta de consideración en cuanto a los derechos de otros, típicos del **TP antisocial**.

Si bien la **distimia** y el **trastorno depresivo mayor** con frecuencia acompañan al TPN, se carece de evidencia en el caso clínico que respalde alguno de estos diagnósticos. El diagnóstico tentativo de la Dra. Whitlow (calificación EEAG de 61) sería el siguiente:

F60.81 [301.81] Trastorno de la personalidad narcisista

Trastornos de la personalidad del grupo C

Los pacientes con TP del grupo C de manera característica se muestran ansiosos, tensos y bajo control extremo.

F60.6 [301.82] Trastorno de la personalidad por evitación

Las personas con TP por evitación (TPPE) consideran que son inapropiadas, muestran inhibición social y son en extremo sensibles a la crítica. Estas características se presentan a lo largo de toda la vida adulta y afectan la mayor parte de los aspectos de la vida cotidiana (al igual que los rasgos narcisistas, aquéllos por evitación son frecuentes en niños y no necesariamente implican el desarrollo eventual de un TP).

Su sensibilidad a la crítica y la desaprobación hace que estas personas sean modestas y estén dispuestas a agradar a otras, pero también puede dar origen a un aislamiento social intenso. Pueden malinterpretar como críticos los comentarios inocentes; con frecuencia se rehúsan a establecer una relación a menos que estén seguras de que serán aceptadas. Se mantienen ocultas en los eventos sociales por temor a decir algo tonto y pudieran evitar las actividades que impliquen demandas sociales. Excepto por sus progenitores, hermanos o hijos, tienden a contar con pocos amigos cercanos. Sintiéndose cómodos con la rutina pueden hacer un gran esfuerzo por evitar dejar sus costumbres. En una entrevista pueden parecer tensos y ansiosos, pudieran malinterpretar incluso las afirmaciones positivas como crítica.

Si bien el TPPE aparece en el DSM desde 1980, la investigación relevante **todavía** es escasa. En frecuencia ocupa un espacio intermedio (cerca a 2% en la población general) entre los TP, con una distribución similar entre varones y mujeres. Muchos de estos pacientes se casan y trabajan, no obstante pudieran desarrollar depresión o ansiedad si pierden sus sistemas de apoyo. En ocasiones este trastorno se relaciona con alguna enfermedad desfigurante u otra afección. El TPPE no se identifica con frecuencia en la clínica; estos pacientes tienden a acudir para solicitar una valoración sólo cuando sobreviene otra enfermedad. Tiene sobreposición considerable con el trastorno de ansiedad social.

Características esenciales del trastorno de la personalidad por evitación

Estas personas se muestran inhibidas en el medio social, son en extremo sensibles a la crítica y se sienten inapropiadas. Al considerarse inferiores, poco atractivas o torpes, se muestran renuentes a formar relaciones nuevas. Estos individuos temen a tal grado el ridículo o la vergüenza que sólo se involucran con otros si saben de antemano que serán aceptados. De lo contrario, se preocupan por la posibilidad de ser rechazados o criticados (o sentirse avergonzados) en un empleo o en situaciones sociales, lo que les conduce a evitar la búsqueda de nuevas alternativas.

La letra pequeña

Las D: • Duración (inicia en la adolescencia o poco después de los 20 años y persiste)
• Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastorno de ansiedad social, TP paranoide y esquizoide).

Jack Weiblich

Jack Weiblich se estaba sintiendo peor cuando debía sentirse mejor. Por lo menos, eso era lo que sus nuevos conocidos en Alcohólicos Anónimos le habían dicho. Uno le había recordado que 30 días de sobriedad era “tiempo suficiente para desintoxicar incluso a la última célula” de su organismo. Otro pensaba que estaba sufriendo por estar “seco”.

“De manera independiente a lo que seco signifique”, observó Jack más tarde. “Lo único que sé, es que después de cinco semanas sin alcohol me siento tan mal como hace 15 años, antes haber probado alguna gota de alcohol. ¡He disfrutado las crudas más que esto!”

A la edad de 32 años ya había tenido muchas crudas entre las cuales elegir. Había tomado su primera bebida al entrar a la secundaria. Había sido un chico extraño, del tipo solitario, que tenía gran dificultad para conocer a otras personas. Cuando todavía estaba en la preparatoria comenzó a perder el pelo; ahora, excepto por las cejas y las pestañas, estaba completamente calvo. También presentaba un movimiento involuntario ligero y persistente de la cabeza. “Titubeo”, había dicho el neurólogo; “no se preocupe por eso”. El aspecto de su cabeza calva y con movimiento constante en el espejo cada mañana era grotesco, incluso para él. Siendo adolescente encontró que le era casi imposible establecer relaciones interpersonales; estaba seguro de que a nadie le gustaría alguien tan peculiar como él.

Entonces, una noche Jack encontró el alcohol. “Desde el primer trago supe que había descubierto algo importante. Con dos cervezas olvidaba todo acerca de mi cabeza. Incluso, invité a salir a una chica. Ella no aceptó, pero eso no pareció importarme demasiado. Había encontrado una vida”. Sin embargo, a la mañana siguiente descubrió que seguía teniendo su vieja personalidad. Experimentó durante meses antes de aprender en qué momento y en qué cantidad tenía que beber para mantener un brillo lo suficientemente fresco para ayudarlo a sentirse bien, pero no excesivo, para poder funcionar. Durante un periodo de tres semanas en su último año en la escuela de leyes se mantuvo del todo sobrio, y descubrió que sin alcohol seguía teniendo los mismos sentimientos viejos de aislamiento y rechazo.

“Cuando no estoy bebiendo no me siento triste o ansioso”, observó Jack. “Pero me siento solo e incómodo conmigo mismo, y siento que otras personas pensarán lo mismo sobre mí. Supongo que esa es la razón por la cual no hago amigos”.

Una vez terminada la escuela de leyes, Jack comenzó a trabajar para una firma pequeña especializada en leyes corporativas. Lo apodaban “el topo”, porque pasaba casi todo el día en la biblioteca legislativa sin investigación. “Es sólo que no me sentía cómodo viendo clientes—nunca me llevo bien con las personas nuevas”.

La única excepción a este estilo de vida era la membresía que tenía Jack en el club de filatelia. Había heredado una gran colección de timbres conmemorativos de su abuelo. Cuando los llevó a la Sociedad filatélica pensó que le darían la bienvenida con los brazos abiertos, y lo hicieron. Siguió ampliando la colección de su abuelo y acudía a las reuniones una vez al mes. “Creo que me siento bien ahí porque no tengo que preocuparme sobre si voy a gustarles. Tengo una gran colección de estampillas que ellos pueden admirar”.

Evaluación de Jack Weiblich

Los síntomas de Jack eran generalizados (afectaban con intensidad su trabajo y vida social) y habían estado presentes durante un tiempo suficiente (desde que era adolescente) para justificar un diagnóstico de TP. Incluían las características siguientes del TPPE: evitaba el contacto interpersonal (por ejemplo, con los clientes de la firma legal—criterio A1); sentía que era poco atractivo (A6); si bien pertenecía al club de filatelia, eso se debía a que estaba seguro de que su colección sería aceptada (A2); se preocupaba mucho por la posibilidad de ser rechazado (A4). Sólo se requieren cuatro criterios; las áreas cognitiva, laboral e interpersonal estaban afectadas en el caso de Jack Weiblich (vea las características esenciales para el TP en general).

La depresión y ansiedad son comunes en los pacientes con TPPE. Por ende, es importante buscar evidencia de **trastornos del estado de ánimo** y **trastornos de ansiedad** (en particular, **trastorno de ansiedad social**) en individuos que evitan el contacto con otros. Jack indicaba en forma explícita que no se sentía ni triste ni ansioso, pero aceptaba que había consumido alcohol en exceso. Los **trastornos relacionados con sustancias** también llevan con frecuencia al paciente con TPPE a entrar en contacto con los proveedores de atención de salud mental.

Tanto en el TPPE como en el **TP esquizoide**, los individuos pasan la mayor parte del tiempo solos. La diferencia, por supuesto, es que los pacientes con TPPE se sienten infelices con su situación, en tanto las personas con TP esquizoide prefieren estar así. Un poco más complejo es el diagnóstico diferencial entre el TPPE y el **TP dependiente** (los individuos con dependencia evitan ocupar puestos de responsabilidad, como lo hacía Jack). Obsérvese que el estilo de vida de evitación de Jack pudiera haber estado ligado a sus dos peculiaridades físicas, la calvicie y el movimiento de la cabeza.

Si bien Jack tenía un trastorno por consumo de alcohol, su clínico consideró que le estaba generando pocas dificultades en el momento y que el problema fundamental que requería tratamiento era el TP (otros clínicos pudieran discutir esa interpretación). Esa es la razón por la cual se señala al TP como diagnóstico principal. Por supuesto, en él no se justificaban los modificadores de evolución para el trastorno por consumo de alcohol, puesto que sólo había dejado la bebida durante cinco semanas (p. 409); —considero que su alcoholismo era leve (y observe que el TP no se toma en cuenta en la codificación del trastorno por consumo de sustancias; vea el cuadro 15-2 en el capítulo 15). Colocaría su calificación EEAG en 61—.

| | |
|-----------------|--|
| F60.6 [301.82] | Trastorno de la personalidad por evitación |
| F10.10 [305.00] | Trastorno por consumo de alcohol, leve |
| L63.1 [704.09] | Alopecia universal |
| R25.0 [781.0] | Movimiento persistente de la cabeza |

F60.7 [301.6] Trastorno de la personalidad dependiente

Con mayor intensidad que casi todas las personas, los individuos con TP dependiente (TPD) sienten la necesidad de que alguien más cuide de ellos. Debido a que temen la separación con desesperación, su comportamiento se vuelve tan sumiso y empalagoso que pueden llevar a que otros se aprovechan de ellos o los rechacen. La ansiedad florece si se les coloca en una posición de liderazgo, y se sienten desamparados e incómodos cuando están solos. Puesto que en forma característica requieren gran afirmación, pueden tener dificultad para tomar decisiones. Estos pacientes tienen dificultad para iniciar proyectos y mantenerse en un negocio propio, no obstante pueden tener buenos resultados bajo la dirección cuidadosa de otra persona. Tienden a menospreciarse y estar de acuerdo con personas no obstante saber que están equivocadas. También pueden tolerar un abuso considerable (incluso físico).

Si bien pudiera ser frecuente, esta condición no ha sido bien estudiada. Algunos autores consideran que es difícil distinguirla del TP por evitación. Se ha identificado con más frecuencia en mujeres que en varones. Bud Stanhope, un paciente con trastorno del despertar del sueño no REM del tipo con terrores nocturnos, también padecía TPD; su historia clínica se presenta en la página 334.

Características esenciales del trastorno de la personalidad dependiente

La necesidad de contar con relaciones interpersonales que les respalden lleva a estas personas a tener un comportamiento de dependencia y sumisión, y a temer la separación. El miedo a la reprobación les dificulta estar en desacuerdo con otros; para tener apoyo hacen esfuerzos extraordinarios, como desempeñar tareas desagradables. La escasa confianza en sí mismos les impide iniciar o llevar a cabo proyectos de manera independiente; desean que otros tomen la responsabilidad en los áreas principales de vida. Incluso si toman decisiones cotidianas necesitan gran asesoría y afirmación. Los temores exagerados e irreales de abandono y la noción de que no pueden cuidar de sí mismos hace que estas personas se sientan desamparadas o incómodas al estar solas; pueden tratar de sustituir con desesperación una relación interpersonal cercana perdida.

La letra pequeña

Las D: • Duración (inicia en la adolescencia o poco después de los 20 años y persiste)
• Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, otros TP).

Janet Greenspan

Secretaria en una compañía grande del Silicon Valley, Janet Greenspan era una de las mejores empleadas. Nunca se enfermaba o ausentaba, y podía hacer cualquier tarea, incluso tenía cierta experiencia en contabilidad. Su supervisor observó que ella contestaba con educación el teléfono, escribía a máquina con gran rapidez y se ofrecía como voluntaria para cualquier cosa. Cuando el personal de mantenimiento del edificio entró en huelga, Janet llegó temprano todos los días durante una semana para limpiar los excusados y los lavamanos. Sin embargo, de alguna manera, no estaba funcionando.

Su supervisor se quejaba de que Janet necesitaba demasiada orientación, incluso para hacer cosas simples—como elegir el tipo de papel que tenía que utilizarse para las cartas formales—. Cuando se le preguntaba a **ella** cuál pensaba que era la respuesta, su juicio era bueno, pero de cualquier forma siempre quería orientación. Su necesidad constante de afirmación tomaba demasiado tiempo a su supervisor. Esa fue la razón por la cual se le refirió con el clínico de salud mental de la compañía para ser evaluada.

A los 28 años, Janet era delgada, atractiva y se vestía en forma cuidadosa. Su cabello castaño ya mostraba algunas canas. Apareció en la puerta del consultorio y preguntó: “¿Dónde le gustaría que me sentara?” Una vez que comenzó a hablar, se expresó dispuesta sobre su vida y su trabajo.

Siempre había sido tímida e insegura. Ella y sus dos hermanas habían crecido con un padre cariñoso pero dictatorial; su apocada madre parecía agradecida por su tiranía amorosa. Sobre la rodilla de su madre, Janet había aprendido bien la obediencia.

Cuando Janet tenía 18 años, su padre había muerto de forma súbita; en el transcurso de unos cuantos meses su madre volvió a casarse y se mudó a otro estado. Janet se sintió abandonada y le atacó el pánico. En vez de ir a la universidad optó por un empleo como cajera en un banco; poco después se casó con uno de los clientes. Él era un soltero de 30 años, con costumbres bien arraigadas, y pronto le hizo saber que él prefería tomar todas las decisiones de la pareja. Por primera vez en un año, Janet se relajó.

Pero incluso la seguridad traía consigo sus propias ansiedades. “En ocasiones me despierto por la noche, preguntándome qué haría si lo perdiera”, le dijo Janet al entrevistador. “Hace que mi corazón lata tan rápido que creo que pudiera detenerse por agotamiento. Creo que no podría arreglármelas sola”.

Evaluación de Janet Greenspan

Janet tenía los síntomas de TPD siguientes: necesitaba asesoría considerable para tomar decisiones cotidianas (criterio A1); deseaba que su esposo tomara sus decisiones (A2); sintió pánico cuando su padre murió y su madre dejó el pueblo, por lo que se lanzó a un matrimonio temprano (A7); temía quedarse sola para ver por sí misma, aun cuando no existía alguna indicación de que esto fuera probable (A8). Incluso se ofrecía como voluntaria para limpiar el excusado de la oficina, quizá para asegurar el favor del resto del personal (A5). No existe evidencia de que ella se mostrara renuente a mostrarse en desacuerdo con otros, pero en todos los otros sentidos, los criterios le quedan como guantes. Se requieren cinco para establecer el diagnóstico. Janet refería que había sido así desde niña; partir de su historia clínica, sus rasgos de carácter parecerían haber afectado tanto su vida laboral como social. Por fortuna, se había casado con alguien cuya

necesidad de estar a cargo se ajustaba a su dependencia. Estaban afectadas las áreas cognitiva, afectiva e interpersonal (vea los criterios para el TP general).

El comportamiento dependiente se identifica en varios trastornos mentales que Janet no parecía tener, entre otros, el **trastorno de síntomas somáticos** y la **agorafobia**. La persona con la psicosis secundaria que solía denominarse *folie à deux* (o trastorno psicótico compartido—que suele diagnosticarse ahora como **trastorno delirante**—) con frecuencia muestra una personalidad dependiente. El **trastorno depresivo mayor** y la **distimia** son importantes en el diagnóstico diferencial; cualquiera de estos puede volverse prominente cuando los pacientes pierden a aquéllos de quienes dependen. Incluso, si Janet tenía todos los síntomas fisiológicos que se requieren para un **trastorno de ansiedad generalizado**, no recibiría este diagnóstico debido a que resultaba evidente que sus inquietudes se limitaban al miedo al abandono.

Los pacientes con TPD deben distinguirse de los individuos con **TP histriónico**, que son impresionables y son influidos por otros con facilidad (no obstante, Janet no parecía tener una búsqueda particular de atención). Otros TP que suelen incluirse en el diagnóstico diferencial son el **límitrofe** y aquél **por evitación**.

Con una calificación EEAG de 70, el diagnóstico de Janet sería simple:

F60.7 [301.6] Trastorno de la personalidad dependiente

F60.5 [301.4] Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo

Las personas con TP obsesivo-compulsivo (TPOC) son perfeccionistas y se desvelan por el orden; necesitan ejercer un control interpersonal y mental. Estos rasgos persisten a lo largo de la vida, a expensas de eficiencia, flexibilidad y encanto. Sin embargo, el TPOC no es tan solo un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en miniatura. Muchos pacientes con TPOC no presentan obsesiones o compulsiones, aunque algunos en forma eventual desarrollan TOC.

El perfeccionismo rígido de estos pacientes con frecuencia se acompaña de indecisión, inquietud por el detalle, escrupulosidad e insistencia en que otros hagan las cosas de la misma manera. Estas conductas pueden interferir con su eficacia en el trabajo o en situaciones sociales. Con frecuencia parecen deprimidos, y esta depresión puede mostrar oscilaciones, quizá hasta el punto de que les lleve al tratamiento. En ocasiones estos individuos son avaros; pueden guardar todo y rehusarse, incluso, a deshacerse de objetos inútiles que ya no necesitan. Pueden tener dificultad para expresar afecto.

Los pacientes con TPOC gustan de hacer listas, administran mal su propio tiempo y son adictos al trabajo, necesitan planear de manera meticulosa incluso su propio placer. Pueden planear sus propias vacaciones sólo para posponerlas. Se resisten a la autoridad de otros, pero insisten en la propia. Pueden ser percibidos como forzados, rígidos o moralinos.

Esta condición quizá es común; su prevalencia en distintos centros de estudio se ubica en 5%. Se diagnostica con más frecuencia en varones que en mujeres, y quizá tenga distribución familiar.

Características esenciales del trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo

Estas personas se concentran con gran intensidad en el control, el orden y la perfección. Pueden concentrarse a un grado tal en los detalles, la organización y las reglas en cualquier actividad que llegan a perder la visión del propósito. Tienden a ser rígidas y necias, quizá tan perfeccionistas que la situación les impide terminar las tareas. Pueden mostrarse en extremo concientes, inflexibles y escrupulosas en torno a la ética, la moral y los valores. Algunas son adictas al trabajo; otros no trabajan a menos que el resto de la gente acepte hacer las cosas a su manera. Algunos pueden guardar objetos inútiles; otros son tacaños consigo mismos y con otros.

La letra pequeña

Las D: • Duración (inicia en la adolescencia o poco después de los 20 años y persiste) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, TOC, trastorno de acumulación, otros TP).

Robin Chatterjee

“Lo acepto—voy más allá de la limpieza”. Robin Chatterjee alisó un pliegue en el sari. Nacida en Mumbai y educada en Londres, Robin era estudiante de posgrado en biología. Ahora pasaba parte del tiempo como profesora asistente de biología, y el resto haciendo frente a su propio trabajo en una universidad estadounidense importante. Miraba en forma constante al entrevistador.

De acuerdo con su asesor, un escocés un tanto adusto llamado MacLeish, quien le había solicitado acudir a la entrevista, el problema no era la limpieza. Era terminar el trabajo. Cada documento que entregaba era maravilloso—mencionaba todos los datos, todas las conclusiones eran correctas, ni siquiera había errores de ortografía. Le había preguntado por qué no podía aprender a entregarlos más rápido, “¿Antes de que las ratas se mueran de viejas?” En el momento, ella había considerado que era chistoso, pero luego la hizo pensar.

Robin siempre había sido ordenada. Su madre la hacía llevar pequeñas listas limpias para hacer sus tareas, y el hábito persistió. Robin aceptaba que “perdía tanto tiempo con las listas” que en ocasiones difícilmente lograba terminar su trabajo. Sus estudiantes parecían quererla, pero varios de ellos decían que desearían que les concediera más responsabilidad. Le habían dicho al Dr. MacLeish que Robin parecía atemorizada incluso de dejarles hacer sus propias disecciones; sus métodos no eran tan compulsivamente correctos como los de ella, de manera que ella trataba de hacerlo. Por último, también aceptó que casi todas las noches sus hábitos de trabajo la hacían quedarse en el laboratorio hasta tarde. Habían pasado varias semanas desde que ella tuviera alguna cita—o cualquier tipo de vida social. Darse cuenta de esto la había espoleado para seguir las recomendaciones del Dr. MacLeish y acudir a la valoración de salud mental.

Evaluación de Robin Chatterjee

Si bien el prototipo para el TPOC parece coincidir en buena medida con Robin, apenas cubriría los criterios oficiales. Era adicta al trabajo, perfeccionista (criterios A3 y A2 para el TPOC) hasta el punto de que estos rasgos interferían con el aprendizaje de sus alumnos. Tenía gran dificultad para delegar el trabajo—¡incluso las disecciones de sus propios estudiantes (A6)!— Y se concentraba tanto en sus listas de tareas que en ocasiones no realizaba las tareas en sí (A1). Había tenido estas tendencias durante toda su vida adulta.

El estado de ánimo deprimido es frecuente en estas personas. Entre los trastornos comunes que deben buscarse en un paciente con TPOC se encuentran el **TOC** mismo, el **trastorno depresivo mayor** y la **distimia**. Robin no mostraba depresión y, a diferencia de muchos pacientes con TPOC, parecía no cursar con otro trastorno. Puesto que apenas cubría los criterios y tenía un buen desempeño general, —le asignaría una calificación EEAG relativamente alta, de 70—.

F60.5 [301.4] Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo

Otras afecciones de la personalidad

F07.0 [310.1] Cambio de la personalidad debido a otra afección médica

Algunas afecciones médicas pueden inducir un cambio de la personalidad que se define como una modificación (por lo general, un recrudescimiento) de los rasgos de la personalidad previos del paciente. La mayor parte de los casos de cambio de la personalidad deriva de una lesión cerebral o algún trastorno del sistema nervioso central distinto, como la epilepsia o la enfermedad de Huntington; sin embargo, las enfermedades sistémicas que tienen efecto sobre el cerebro (p. ej. el lupus eritematoso sistémico) también se encuentran implicadas en ocasiones.

Varios tipos de cambios de la personalidad ocurren con frecuencia. El estado de ánimo puede volverse inestable, quizá con explosiones de ira o suspicacia; otros pacientes pueden desarrollar apatía y pasividad. Los cambios del estado de ánimo son, en particular, frecuentes cuando existe daño a los lóbulos frontales del cerebro. Los individuos con epilepsia del lóbulo temporal pueden desarrollar una religiosidad excesiva, verborrea y falta del sentido del humor; algunos pueden volverse en extremo agresivos. Las ideas paranoides también son comunes. La beligerancia puede acompañar a las explosiones temperamentales, al grado de que el juicio social en algunos de los afectados puede comprometerse con intensidad. Para definir la naturaleza del cambio de la personalidad se utilizan los especificadores de tipo, que se muestra en las notas para codificación.

Si existe una alteración importante en la estructura del cerebro, estos cambios de la personalidad tienen probabilidad de persistir. Si el problema deriva de una anomalía química corregible, pudieran resolverse. Cuando son graves, pueden por último desencadenar demencia, como en ocasiones ocurre en personas con esclerosis múltiple.

Características esenciales del cambio de la personalidad debido a otra afección médica

Una enfermedad médica o lesión parece haber hecho que el paciente sufra un cambio duradero de la personalidad.

La letra pequeña

A partir del patrón de desarrollo **esperado** los niños experimentan un cambio de la personalidad que persiste por lo menos un año.

Las D: • Duración (prolongado) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (delirium, otros trastornos físicos o mentales).

Notas para codificación

Con base en la característica principal, especificar el tipo:

Tipo agresivo.

Tipo apático.

Tipo desinhibido.

Tipo lábil.

Tipo paranoide.

Otro tipo.

Tipo combinado.

Tipo no especificado.

El nombre de la afección médica general se incluye cuando se codifica el trastorno, y también se codifica por separado la primera.

Eddie Ortway

Eddie Ortway, ahora con 28 años, nacido en la zona central de Los Angeles, donde fue educado por su madre—cuando no se encontraba hospitalizada (por consumo de drogas y alcohol) o encarcelada (por prostitución)—. Sus padres, siempre había sospechado, sólo se habían tratado por un periodo breve.

Él evitaba acudir a la escuela siempre que le era posible, y creció sin un modelo de rol a la vista. Su logro principal fue aprender a utilizar sus puños. Cuando tenía 15 años, él y su pandilla habían participado en varias guerras territoriales. Se estaba construyendo una fama de enemigo agresivo.

Pero él no era un criminal, y la necesidad de ganar dinero para vivir pronto lo puso a trabajar. Con poca educación y ningún entrenamiento, encontró que sus oportunidades se limitaban en gran medida a la comida rápida y al trabajo duro. En ocasiones tenía varios empleos al mismo tiempo. Sin embargo, como lo indicaba un reporte de libertad condicional antiguo, todavía tenía un “iracundo sentido de injusticia”. Aunque en forma gradual se había dejado de relacionar con su pandilla, cercano a los 25 años seguía enfrentando de manera agresiva cualquier situación que pareciera requerir una acción directa.

Su cumpleaños número 27 fue una de ellas. Eddie estaba entregando una pizza en un edificio de departamentos en su antigua vecindad, cuando se encontró a un adolescente tratando de forzar a una anciana a entrar en un callejón a punta de pistola. Eddie se adelantó, y para su mala suerte recibió una bala, que entró a su cabeza por la órbita izquierda y salió por la línea posterior de implantación del pelo.

Ingresó al hospital directo a quirófano donde los cirujanos desbridaron la herida. Ni siquiera perdió el estado de conciencia y egresó en menos de una semana. Pero no volvió a trabajar. El informe de la trabajadora social señalaba que la condición física de Eddie se había recuperado en el transcurso de un mes, pero que “carecía de empuje”. Acudía a todas las entrevistas de trabajo programadas, pero sus jefes prospectivos reportaban de manera uniforme que no parecía “muy interesado en trabajar”.

“Necesito tiempo para recuperarme”, le dijo Eddie al entrevistador. Era un joven bien parecido cuyo cabello había comenzado a retroceder en la zona frontal. Tenía una cicatriz incisional que subía hacia su piel cabelluda. “Sigo pensando que no estoy listo”.

Había estado en recuperación durante dos años. Ahora se le estaba estudiando para determinar por qué. Excepto por un abatimiento ligero de su párpado izquierdo, la exploración neurológica era completamente normal. Un EEG reveló algunas ondas lentas en los lóbulos frontales; la RMN mostró un defecto focal de tejido cerebral.

Eddie nunca había dejado de cooperar con los procedimientos de prueba, y todos los clínicos que lo exploraban observaban que era educado y agradable. Sin embargo, como lo dijo uno de ellos, “Parece existir algo un tanto mecánico en torno a su cooperación. Se adapta, pero nunca anticipa, y muestra poco interés en los procedimientos”.

Su afecto era promedio y casi no mostraba labilidad. Su lenguaje era claro, coherente y relevante. Negaba tener ideas delirantes, alucinaciones, obsesiones, compulsiones o fobias. Cuando se le interrogó acerca de sus intereses, se quedó pensando durante algunos segundos y luego respondió que creía que estaba interesado en irse a casa. Logró una calificación perfecta en el MMSE.

En el periodo transcurrido desde su lesión, aceptaba, había vivido de la compensación laboral y pasaba la mayor parte del tiempo viendo la televisión. Ya no discutía con nadie. Cuando un examinador le preguntó qué era lo que haría si de nuevo presenciara que alguien estaba siendo asaltado, levantó los hombros y dijo que la gente “debe vivir y dejar vivir”.

Evaluación de Eddie Ortway

La historia clínica de Eddie y sus evaluaciones ponían en evidencia una causa general clara para su cambio de personalidad persistente (criterio A). Obsérvese que fue la fisiología del traumatismo cerebral la que indujo el cambio de la personalidad en Eddie. Ese es el requisito explícito (B) para establecer el diagnóstico, que no puede establecerse cuando un cambio de la personalidad acompaña a una afección médica inespecífica, como al dolor intenso.

La capacidad normal para mantener la atención de Eddie y la ausencia de un déficit de memoria permitirían descartar el **delirium (D)** y un **trastorno neurocognitivo mayor (demencia)**; sin embargo, tendrían que solicitarse pruebas neuropsicológicas. Un TP, como el **TP dependiente**, no podría explicar la condición de Eddie, puesto que su comportamiento mostraba un cambio notorio a partir de su personalidad premórbida (es decir, el modo en que se desempeñaba hasta sufrir la lesión). Y los elementos del cambio de la personalidad de Eddie no podían explicarse con

más precisión a partir de otro trastorno mental inducido por otra afección física. Un **trastorno del estado de ánimo** debido a un traumatismo cerebral sería uno de los ejemplos potenciales.

Además del traumatismo cefálico, existen distintos trastornos neurológicos capaces de generar un cambio de la personalidad. Incluyen la esclerosis múltiple, la enfermedad cerebrovascular, los tumores cerebrales y la epilepsia del lóbulo temporal. Otras causas de cambio del comportamiento que pudieran semejarse a un cambio de la personalidad incluyen al **trastorno delirante**, el **trastorno explosivo intermitente** y la **esquizofrenia**. Sin embargo, el cambio de la personalidad de Eddie había tenido un inicio abrupto después de haber recibido un disparo y no existían antecedentes congruentes con alguno de los trastornos mencionados (C). Sin embargo, muchos otros individuos experimentan un cambio de la personalidad aparente con relación a otros trastornos mentales, como la adicción a sustancias.

El hecho de que la condición de Eddie comprometiera su vida laboral y social completaba los criterios (E) para el diagnóstico. En su cuadro clínico, la apatía (y la pasividad) sin duda resaltaba como la característica principal. Esto permitía determinar el subtipo específico. Su calificación EEAG sería un descorazonador 55.

S06.330 [851.31] Herida abierta por arma de fuego en la corteza cerebral, sin pérdida del estado de conciencia

F07.0 [310.1] Cambio de la personalidad debido a traumatismo cefálico, tipo apático

F60.89 [301.89] Otro trastorno de la personalidad especificado

F60.9 [301.9] Trastorno de la personalidad no especificado

La discusión en el DSM-5 sugiere que los pacientes que presentan algunos rasgos de ciertos TP, pero que no satisfacen del todo los criterios para alguno de ellos, deben incluirse en una de estas dos categorías. Este es el problema que se encuentre con esa estrategia: se estaría etiquetando a una persona que pudiera tener un compromiso mucho menor que el típico de un paciente con un TP. La sugerencia sería mejor incluir sólo una nota en el resumen acerca de los rasgos que se identifican, y **no** establecer algún diagnóstico definitivo de algún tipo.

Trastornos parafílicos

Guía rápida para los trastornos parafílicos

Las parafilias incluyen distintos comportamientos sexuales que la mayor parte de la gente rechaza por resultarles desagradables, inusuales o anormales: implican algo distinto al sexo genital con un adulto normal que da su consentimiento. Un trastorno parafílico se diagnostica cuando una persona percibe tensión o disfunción como consecuencia de un comportamiento de este tipo. Casi todas las parafilias las practican de manera predominante, y quizá exclusiva, los varones.

Trastorno de exhibicionismo. El paciente percibe una pulsión por exponer sus genitales a un extraño que no lo espera (p. 567).

Trastorno de fetichismo. El paciente tiene pulsiones sexuales relacionadas con el uso de objetos inanimados (p. 569).

Trastorno de frotteurismo. El paciente tiene pulsiones relacionadas con el frotamiento de sus genitales contra una persona que no ha consentido a ello (p. 571).

Trastorno de pedofilia. El paciente tiene pulsiones que implican las actividades sexuales con niños (p. 574).

Trastorno de masoquismo sexual. El paciente tiene pulsiones sexuales que implican ser lesionado, atado o humillado (p. 578).

Trastorno de sadismo sexual. El paciente tiene pulsiones sexuales relacionadas con la inducción de sufrimiento o humillación en otra persona (p. 580).

Trastorno de travestismo. Un individuo tiene pulsiones sexuales que se vinculan con el uso de ropa propia del género contrario (p. 583).

Trastorno de voyeurismo. El paciente tiene pulsiones sexuales que se relacionan con mirar a una persona, que no lo sospecha, mientras se quita la ropa, al estar desnuda o mientras realiza actividad sexual (p. 586).

Otro trastorno parafílico, especificado o no especificado. Unos cuantos trastornos parafílicos no se practican en forma amplia o han recibido tan poca atención clínica que en ellos no se justifica la asignación de códigos independientes (p. 588).

Introducción

Definición de las parafilias y los trastornos parafilícos

De manera literal **parafilia** significa “afección anormal o no natural”. Las relaciones sexuales parafilícas difieren de las normales respecto a los objetos sexuales que se prefieren o por la forma en que un individuo se relaciona con esos objetos (en este caso, se considera que **normal** hace referencia a la actividad sexual que se concentra en la estimulación genital con una pareja adulta que da su consentimiento). Estas actividades sexuales giran en torno a (1) objetos inanimados o animales distintos al humano; (2) humillación o sufrimiento de la persona o su pareja o (3) personas que no dan su consentimiento, lo que incluye a los niños. De manera alternativa, el DSM-5 divide a las parafilias en aquéllas que implican preferencias anormales respecto del blanco (niños, fetiches, ropa del sexo opuesto) y aquéllas que implican actividades anormales (exhibicionismo, voyeurismo, sadismo, masoquismo, frotteurismo). Existen muchas parafilias adicionales en el mundo; las que señala el DSM-5 son las más frecuentes y, en algunos casos, que tienen mayor impacto.

Es necesario diferenciar además una **parafilia** de un **trastorno parafilíco**. Este último consiste en una parafilia que genera ansiedad al individuo o daña a otras personas. Esta diferenciación permite cierta parsimonia al dispensar los diagnósticos de salud mental. Por ejemplo, no debe asignarse la etiqueta de **trastorno** al comportamiento de un individuo que se viste con ropas del género opuesto y se siente cómodo con ellas, ya que el comportamiento no le genera inconveniente importante (un censo realizado entre estudiantes universitarios en 1991 reveló que más de la mitad había tenido parte en algún tipo de comportamiento parafilíco). En breve, la parafilia se identifica a partir de la pulsión que se percibe, no obstante el trastorno parafilíco se determina a partir de la tensión o la disfunción que ese impulso provoca.

El solo deseo o la fantasía de tener estas actividades sexuales puede alterar a algunos pacientes en grado suficiente para justificar el diagnóstico, pero es mucho más frecuente que los individuos actúen con base en sus deseos (el DSM-5 indica de manera cuidadosa que una persona que refiere carecer de estrés o discapacidad—disfunción laboral/educativa, social, personal o de otro tipo—puede aún así recibir el diagnóstico si ha actuado de manera repetida en función de esas ideas). En orden descendente, los trastornos parafilícos más frecuentes son la pedofilia, el exhibicionismo, el voyeurismo y el frotteurismo. El resto se identifica con mucha menor frecuencia.

Varios de estos comportamientos incluyen a personas que no dan su consentimiento. Los frotteuristas, los voyeuristas, los sadistas y los exhibicionistas están muy concientes de su condición legal precaria y suelen tomar medidas para evitar ser detectados o planear su escape. Los pedófilos pueden convencerse de que de alguna manera están beneficiando a los niños con los que interactúan (“educación”, quizá), no obstante toman la precaución de advertir a sus víctimas que no se lo digan a sus progenitores—o a cualquier otra persona—. Los pacientes que solicitan ayuda clínica debido a que han entrado en conflicto con la ley pudieran no describir en forma confiable la motivación que les induce a tales actividades.

El comportamiento parafilíco puede representar un porcentaje elevado de episodios sexuales en muchos pacientes, en tanto en otros sólo sucede en ocasiones, quizá cuando se encuentran bajo tensión. Muchos pacientes tienen parafilias múltiples (el promedio es de tres o cuatro). Pueden pasar de un comportamiento parafilíco a otro, y cambiar entre los tipos de víctima con base en el género, la edad, si se le toca o no y si pertenece o no a la familia.

Si bien ninguno de los criterios especifica el género, excepto los pedófilos, casi todos los pacientes con trastornos parafilicos son varones. La mayor parte de ellos tiene fantasías sobre el contacto sexual con sus víctimas.

Un trastorno parafilico casi nunca se debe a otra afección médica. Sin embargo puede identificarse un comportamiento sexual inusual en varios trastornos mentales más: esquizofrenia, trastorno bipolar I (episodios maníacos), discapacidad intelectual y trastorno obsesivo-compulsivo. Además, un hallazgo concomitante frecuente del comportamiento parafilico es el trastorno de la personalidad.

Si bien en ninguna de estas series de criterios se especifica la edad, casi todas las parafilias comienzan durante la adolescencia. Este también es el periodo en que las personas empiezan a descubrir y explorar su sexualidad; en particular los varones adolescentes de manera característica experimentan con distintos comportamientos sexuales. Sin embargo, cualquier adolescente que participe en un comportamiento parafilico en un grado tal que le permita cumplir los criterios diagnósticos que se mencionan más adelante, también debe considerarse un candidato para el diagnóstico.

Además debe resaltarse que los límites de lo que se considera normal en el comportamiento sexual del humano no se encuentran definidos con precisión. Si bien la pedofilia se condena de manera universal, incluso entre criminales encarcelados, casi todas las otras parafilias tienen comportamientos paralelos en la población general. Mostrarse, observar y tocar son actividades que forman parte de la experiencia sexual cotidiana. Incluso la coerción y el dolor (en grado moderado) figuran entre las actividades sexuales de muchas personas cuyas vidas sexuales podrían considerarse convencionales. El uso de ropa perteneciente al género contrario durante siglos ha sido importante como parte del teatro. —Sin embargo, acepto que tengo dificultades para imaginar un contexto “normal” para el fetichismo—.

Especificadores de los trastornos parafilicos

Se debe observar que para cada trastorno parafilico existen dos especificadores que es posible utilizar con el objetivo de indicar que la persona ya no incurre en un comportamiento específico. Existe más probabilidad de que estos especificadores se apliquen en alguien cuyo comportamiento puede tener como consecuencia dificultades legales— de manera específica, pacientes con trastornos de exhibicionismo, frotteurismo, pedofilia, voyeurismo y, en ocasiones, sadismo sexual—.

En un ambiente controlado está diseñado para utilizarse en individuos que viven en el momento en sitios que por medios físicos impiden a los pacientes perseguir sus intereses parafilicos. Incluyen prisiones, hospitales, asilos y otras instituciones cerradas que impiden la libertad de desplazamiento sin supervisión.

En remisión es un concepto menos restrictivo que puede agregarse al diagnóstico de una persona que **no** vive en un ambiente controlado, no obstante no ha presentado recurrencia del comportamiento en cuestión y no ha cursado con tensión o disfunción por el trastorno durante por lo menos cinco años.

F65.2 [302.4] Trastorno de exhibicionismo

Aunque nadie sabe cuántos exhibicionistas existen en el mundo, el exhibicionismo es una de las actos sexuales censurables más frecuentes (a la que sólo antecede el voyeurismo). A pesar del hecho de que se menciona a algunas mujeres en los censos realizados en población general, las personas que acuden para solicitar atención clínica o legal casi siempre son varones, y sus víctimas, por lo general, mujeres. En casi todos los casos las víctimas son extraños que no sospechan la situación; sin embargo, un porcentaje bajo de exposiciones ocurren ante individuos a los que conoce el exhibicionista. Los varones que se exponen ante niños pueden tener algunas diferencias respecto de aquéllos que se exponen a los adultos; por ejemplo, su tasa de recidiva es más alta.

Un exhibicionista tiende a seguir el mismo patrón en cada infracción. Puede fantasear mientras conduce en búsqueda de una víctima (con frecuencia tiene cuidado de elegir una ruta de escape que pueda utilizarse en caso de ser visto por otra persona distinta a la víctima). Un individuo puede exponerse con una erección; otro con flacidez. Algunos son agresivos y disfrutan la mirada de sorpresa o terror que generan. Un exhibicionista pudiera masturbarse al tiempo que se muestra a una mujer o tiempo después, cuando revive la escena en su imaginación. Muchos imaginan tener sexo con sus víctimas, pero la mayor parte de los exhibicionistas no intenta concretar esas fantasías.

El exhibicionismo suele iniciar antes de los 18 años, pero puede persistir hasta los 30 años o más. Con frecuencia la pulsión de exhibirse llega en oleadas: el paciente puede ceder cada día durante una o dos semanas, y luego permanecer inactivo durante semanas o meses. El comportamiento exhibicionista las más de las veces ocurre cuando un individuo se encuentra bajo estrés o tiene tiempo libre. El consumo de alcohol rara vez es un factor implicado.

Muchos exhibicionistas tienen cónyuges o parejas y llevan vidas sexuales normales, no obstante su interés en el sexo puede ser superior al promedio. Aunque el comportamiento de manera tradicional se considera más una molestia que un peligro verdadero para otros, puede coexistir con otras parafilias. Quizá 15% incurre en una ofensa que implica contacto, como coerción, pedofilia o violación. Es claro que existe indicación para realizar una valoración completa de los intereses parafilicos en cualquier individuo implicado en el exhibicionismo.

Características esenciales del trastorno de exhibicionismo

La persona se excita por la exposición de sus genitales a un extraño que no lo espera y ha actuado de manera repetida por esa pulsión (o siente tensión o discapacidad al pensarlo).

La letra pequeña

Las D: • Duración (seis meses o más) • Disfunción o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastorno psicóticos y bipolares).

Notas para codificación

Especificar el tipo:

Con excitación sexual por la exposición de genitales a niños prepúberes.

Con excitación sexual por la exposición de genitales a individuos con madurez física.

Con excitación sexual por la exposición de genitales a niños prepúberes e individuos con madurez física.

Especificar si:

En remisión completa (sin síntomas durante cinco años o más).

En un ambiente controlado.

Ronald Spivey

Ronald Spivey era un abogado de 39 años que en ocasiones trabajaba como juez temporal en la corte municipal de la ciudad en que vivía. Se hizo una referencia personal debido a los síntomas de ansiedad que había desarrollado cuando comenzó a sentirse preocupado respecto de que una mujer lo reportara por mostrarle su pene erecto en la alberca del complejo departamental en que ambos vivían.

“Pensé que me había estado mirando con interés”, dijo, pasándose la mano por el peluquín. “Lleva un bikini muy pequeño y pensé que me estaba invitando a que me mostrara. Así es que me senté de tal manera que pudiera mirar a través de la pierna de mi traje de baño”.

Ronald había ido a la escuela de leyes gracias a una beca. Había crecido en un barrio pobre en el que se encontraba Hooper's, un antro que se dedicaba al striptease y no estaba lejos de la estación de reclutamiento naval. Cuando estaba en la carrera, sus amigos y él en ocasiones miraban el espectáculo por una puerta lateral. Por un desafío que le hicieron cuando tenía 15 años, se bajó los pantalones frente a dos de las chicas que se desnudaban, al tiempo que salían del edificio. Las mujeres se rieron y aplaudieron; más tarde, se masturbó y fantaseó que estaban acariciándolo.

Después de eso, mientras estaba en la universidad y la escuela de leyes, de vez en cuando Ronald daba una vuelta en su auto “cazando”, como él lo llamaba, buscando una chica o mujer joven que caminara sola por alguna zona aislada. Mientras manejaba, se masturbaba. Cuando encontraba la combinación correcta de circunstancias (una mujer que le gustaba en un sitio aislado, sin alguien más alrededor), saltaba de su auto y confrontaba a la mujer con su erección. En ocasiones, la mirada de sorpresa en la cara de la mujer le hacía eyacular.

Con su matrimonio, que coincidió con su graduación de la escuela de leyes, la actividad exhibicionista de Ronald cedió durante algún tiempo. Si bien las relaciones sexuales que tenía con su esposa eran satisfactorias para ambos, él seguía imaginando que se mostraba a alguna extraña, con quien luego fantaseaba tener relaciones sexuales. Siendo un abogado activo, en ocasiones tenía tardes en las que la interrupción de un caso en la corte lo dejaba sin nada que hacer. Entonces iba de nuevo de pesca, en ocasiones varias veces en un mes. En otras ocasiones pasaba meses sin tener actividad.

En cuanto a la mujer de la alberca, Ronald dijo: “En realidad creo que quería eso”. Su bikini era muy revelador, y él había estado pensando durante varios días en tener sexo con ella. Él pla-

neó sentirse de tal manera que fuera casi seguro que ella mirara entre sus muslos. Cuando ella se dio cuenta de lo que él trataba de enseñarle, su respuesta fue: “¡Eso confirma lo que siempre he pensado sobre los abogados!” Desde entonces él casi entraba en pánico al pensar que notificaría a la barra de abogados del estado.

Evaluación de Ronald Spivey

Los antecedentes de Ronald de experimentar excitación por exhibirse ante una persona que no daba su consentimiento databan de sus años de adolescencia y habían persistido durante, por lo menos, dos décadas (criterios A y B). Si se le aprehendiera, podía perder su forma de vida, si no su libertad. El hecho de que persistiera en este comportamiento ilegal no obstante sus consecuencias potenciales revela la intensidad de su pulsión (obsérvese que en tanto “la cacería” es un comportamiento característico de una exhibicionista, la exposición ante una persona que pudiera esperar encontrar de nuevo no lo es—no obstante no es raro escucharlo—).

La conjetura de Ronald respecto de que la mujer quería que él “se revelara” es típica de la distorsión cognitiva de la que estas personas son presa. Una mujer que se interesara en un individuo extraño que le mostrara sus genitales en una alberca pública sería inusual.

Si bien es posible que exista otro trastorno mental junto con el trastorno exhibicionista, es poco probable que la **esquizofrenia** o el **trastorno bipolar I** estuvieran presentes durante más de 20 años sin que se detectaran y explicaran así el comportamiento. Por supuesto, la **discapacidad intelectual** habría impedido que Ronald ingresara y mucho menos terminara la carrera de derecho. El clínico tendría que esforzarse por hacer una valoración completa en Ronald para descartar otros trastornos parafilicos, así como **trastornos por consumo de sustancias, del estado de ánimo y de ansiedad**. —Incluiría una nota como recordatorio: “Buscar rasgos de la personalidad en la entrevista siguiente”—.

El interés exclusivo de Ronald en las mujeres adultas indicaría el especificador a utilizar; en el momento no se encontraba en remisión, de tal forma que su diagnóstico completo (calificación EEAG de 65) sería el siguiente:

F65.2 [302.4] Trastorno de exhibicionismo, excitación sexual por la exposición de genitales a mujeres con madurez física.

F65.0 [302.81] Trastorno de fetichismo

En su sentido original (la palabra deriva del portugués) un **fetiche** era un ídolo o un amuleto con un significado mágico. En el contexto de la actividad sexual hace referencia a algo que intensifica las fantasías o los deseos sexuales de un individuo. Entre estos objetos se encuentran la ropa interior, los zapatos, las medias y otros objetos inanimados. Los sostenes y las pantaletas quizá son los objetos que se utilizan con más frecuencia como fetiches.

La definición que aporta el DSM-5 para el trastorno fetichista también incluye las partes corporales que no participan en el proceso reproductivo. Una atracción sexual por los pies sería un ejemplo de **parcialismo**, según se le conoce, que en ocasiones coincide con el uso de otros

fetiches (existen reportes de varones que sentían atracción por mujeres a las que les **faltaban** partes corporales, como una mujer con una sola pierna—un tipo de *jamaís vu* fetichista). Vestir con ropa del género opuesto con excitación sexual como consecuencia, como lo que ocurre en el trastorno de travestismo, y la excitación que se logra por medio de objetos diseñados para utilizar durante las relaciones sexuales, como los dildos o vibradores, son elementos que se excluyen de la definición del trastorno de fetichismo.

Algunas personas amasan gran cantidad de sus fetiches preferidos; algunos recurren al robo en las tiendas o en los tenderos para conseguirlos. Pueden oler, frotar o manipular estos objetos mientras se masturban, o pudieran solicitar a sus parejas sexuales que los utilicen. Sin un fetiche esta persona pudiera no ser capaz de lograr una erección.

El fetichismo suele iniciar en la adolescencia, no obstante muchos pacientes refieren intereses similares incluso en la niñez. Aunque algunas mujeres pueden mostrar cierto grado de comportamiento fetichista, casi todos los que padecen trastorno de fetichismo son varones. Tiende a ser una condición crónica, al grado de que para algunas personas un fetiche puede desplazar a objetos de amor más tradicionales.

Características esenciales del trastorno de fetichismo

La persona desarrolla excitación sexual con objetos inanimados (como zapatos o ropa interior) o partes corporales distintas a los genitales (como los pies) y percibe tensión o discapacidad al pensar en ello.

La letra pequeña

Las D: • Duración (seis meses o más) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/ educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastorno de travestismo).

Notas para codificación

Especificar el tipo:

Partes corporales.

Objetos inanimados.

Otros (quizá combinaciones de los primeros dos tipos).

Especificar si:

En remisión.

En un ambiente controlado.

Corky Brauner

Cuando tenía 13 años, Corky Brauner encontró unas pantaletas de su hermana mayor, que su madre por accidente había guardado junto con su propia ropa interior. Tenían flores bordadas y la palabra “sábado”, y las encontró en particular excitantes. Durmió con ellas bajo su almohada durante un par de noches y se masturbó con ellas dos veces antes de devolverlas al buró de su

hermana la noche del viernes. De vez en cuando durante su adolescencia, Corky se apropiaba de ciertas piezas de ropa interior de su hermana mientras estaba solo en la casa.

Mientras iba a la universidad, Corky vivía solo, de manera que podía conseguir y conservar un pequeño guardarropa de lencería sin temor de ser descubierto. Aunque tenía algunos sostenes y fondos, le gustaban más las pantaletas. En el último año ya contaba con varias docenas. Algunas las había comprado, pero prefería las que podía conservar tras persuadir a las dueñas de dejárselas tras una cita. Incluso había robado una o dos piezas de tendedores, pero eso era peligroso y no lo hacía con frecuencia.

En ocasiones, cuando Corky no esperaba compañía, sacaba alguna pantaleta del cajón y jugaba con ella. La olía, la frotaba contra su cara y masturbaba con ella. Durante esta actividad pretendía que estaba haciendo el amor a la dueña original de la pantaleta. Si no la conocía, se imaginaba cómo hubiera podido verse.

Corky se había sentido impulsado a solicitar tratamiento por la risa de su novia más reciente, una vez que descubrió que había tenido que poner su ropa interior bajo la almohada para poder lograr una erección mientras hacían el amor. “Tengo una fijación total por las pantaletas”, dijo durante su entrevista inicial. “Parece que las prefiero a las mujeres”.

Evaluación de Corky Brauner

El interés excesivo de Corky en las pantaletas es un ejemplo típico de trastorno de fetichismo. Había persistido durante años—mucho más que el requisito de seis meses (criterio A)—. Al pasar de los años había integrado toda una colección, proveniente de distintas fuentes. La preocupación de Corky (B) no derivaba de su propia percepción respecto de su comportamiento, sino del hecho de que su novia lo criticara por ello. De esta manera se dio cuenta de que prefería las pantaletas a las personas—una progresión que no resulta infrecuente en los fetichistas—.

El diagnóstico diferencial del trastorno de fetichismo incluye al **trastorno de travestismo**, en el que los varones (casi siempre) se sienten estimulados al vestir ropa de mujer y mirarse. Los fetichistas pueden vestir ropa del sexo opuesto, pero esto resulta un incidente derivado de la gratificación sexual que obtienen de la ropa misma, y no tienen fantasías en cuanto a su propio atractivo mientras se mantienen vestidos así. Corky no mostraba interés en vestir ropa del sexo opuesto (C).

Muchos fetichistas también han participado en **violación, exhibicionismo, frotteurismo, pedofilia o voyeurismo**, pero en el caso clínico de Corky no se menciona alguna de estas conductas (su clínico tendría que interrogar al respecto). En espera del resultado de una investigación de este tipo, el diagnóstico completo de Corky (con una calificación EEAG de 61) sería el siguiente:

F65.0 [302.81] Trastorno de fetichismo, objetos inanimados (pantaletas)

F65.81 [302.89] Trastorno de frotteurismo

El **frotamiento** (el término deriva de la palabra francesa *frotter*, que significa “frotarse”) por lo general ocurre en las banquetas o en el transporte público cuando se encuentran atestados (al frotteurista le interesa contar con una vía de escape inmediata). El perpetrador (de manera inva-

riable, un varón) selecciona a una víctima (por lo general, una mujer) que se encuentra accesible y cuya atracción puede incrementarse por el uso de ropa estrecha. El frotteurista frota sus genitales contra sus caderas o nalgas, o puede acariciar sus senos o genitales. El proceso es eficiente; en los trenes subterráneos, la eyaculación suele presentarse en el trayecto de una estación a otra.

La víctima, de manera característica, no grita de inmediato, quizá debido a que espera estar equivocada en relación con lo que parece estar ocurriendo. Debe observarse que es el acto de tocar o frotar, y no la coerción que implica, lo que excita al frotteurista. Sin embargo, más de la mitad tiene el antecedente de participación en otras variedades de parafilias, en particular exhibicionismo y voyeurismo. Un frotteurista con frecuencia tiene fantasías en torno a establecer una relación íntima con la víctima.

La condición suele iniciar en la adolescencia y en ocasiones se desencadena a partir de la observación de otros que participan en el frotamiento. Casi todos los actos ocurren cuando el frotteurista se encuentra entre los 15 y 25 años de edad; la frecuencia muestra declinación gradual a partir de entonces. Nadie parece saber qué tan común es esta condición y pudiera existir subreporte.

Características esenciales del trastorno de frotteurismo

El individuo desarrolla excitación sexual al frotarse contra una persona que no ha consentido a ello o sentirla, y ha cedido en forma repetida ante la pulsión (o siente tensión o discapacidad al pensar en ello).

La letra pequeña

Las D: • Duración (seis meses o más) • Malestar o discapacidad (disfunción laboral/ educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos psicóticos y bipolares).

Notas para codificación

Especificar si:

- En remisión completa** (sin síntomas durante cinco años o más).
- En un ambiente controlado.**

Henry McWilliams

Henry McWilliams había nacido en Londres. Vestido con pantalones cortos grises, camisa blanca y corbata escolar, viajaba en el tren subterráneo todos los días para llegar a su exclusiva escuela. Un día, cuando tenía nueve años, vio a un hombre frotándose contra una mujer.

Henry era muy bajito cuando tenía nueve años, e incluso en el tren subterráneo repleto tenía un ángulo de visión excelente, a la altura de sus ojos. La mujer (que era adulta, si bien Henry no tenía la idea de su edad) tenía un poco de sobrepeso e iba vestida con una minifalda muy ajustada.

Estaba mirando hacia el lado contrario del hombre, que permitía que el peso de la multitud que salía por las puertas lo presionara contra ella. El hombre se oprimió la entrepierna, y luego, al tiempo que el tren comenzó moverse, se frotó contra la mujer.

“Nunca le vi la cara a ella, pero sé que no le gustaba”, dijo Henry. “Trató de empujarlo para alejarlo, intentó moverse, pero no había lugar para ninguno de los dos. Luego, el tren se detuvo y ella salió corriendo”.

Henry se había mudado con sus padres a EUA cuando tenía 15 años. Ahora, con 24 años, se había referido él mismo para recibir tratamiento con esta historia.

Desde su graduación de la preparatoria había trabajado como mensajero para una firma legal grande. Muchos días pasaba horas en el tren subterráneo mientras hacía su trabajo. Calculaba que se había frotado contra unas 200 mujeres en cinco años. Estaba solicitando ayuda ante la insistencia de uno de sus compañeros en la firma legal, quien la semana previa se había subido en el mismo tren y lo había visto en acción.

Cuando Henry tenía necesidad, entraba al baño de hombres y se ponía un condón, para no manchar sus pantalones. Luego caminaba de un lado a otro a las orillas de una multitud, hasta que identificaba a una mujer que le interesara. Se trataba de alguien de aspecto juvenil pero no joven (“Existe menos probabilidad de que grite”), y con curvas suficientes para hacer que el material de su falda o pantalones se tensara. Lo disfrutaba en particular si el material era cuero. Se subía después de que ella lo hacía, y si la mujer no se giraba, frotaba su pene erecto arriba y abajo contra sus nalgas mientras el tren comenzaba la marcha.

Henry era muy sensible, de manera que no necesitaba demasiada presión. En ocasiones la mujer ni siquiera parecía darse cuenta de lo que estaba pasando, o quizá no quería reconocerlo, incluso para sí. Por lo general, él llegaba al clímax en el transcurso de un minuto. Luego salía con rapidez por la puerta en la parada siguiente. Si se le interrumpía antes de llegar al clímax, se quedaba en la plataforma hasta que identificaba a otra mujer en otra multitud.

“Me ayuda imaginarme que estamos casados o comprometidos”, explicó. “Pretendo que lleva mi anillo y que vine a casa para un rapidín”.

Evaluación de Henry McWilliams

El método de operación de Henry es típico de los frotteuristas, la mayor parte de los cuales tiende a seguir el mismo patrón en cada ocasión. Henry había incurrido en la ofensa en muchas ocasiones (criterios A y B). Al igual que la mayor parte de los frotteuristas tenía el antecedente de muchos episodios de este comportamiento durante varios años y fantaseaba tener un romance con cada víctima. Henry no se sentía en particular molesto por su propio comportamiento; había acudido para solicitar tratamiento debido a que sus jefes lo exigieron.

Aunque los pacientes con **esquizofrenia** o **discapacidad intelectual** en ocasiones participan en comportamientos sexuales que resultan inapropiados con base en el contexto, Henry no tenía evidencia alguna de estas enfermedades. Con una calificación EEAG de 70, su diagnóstico tan sólo sería el siguiente:

F65.4 [302.2] Trastorno de pedofilia

En griego, la palabra **pedofilia** significa “amor por los niños”. En el contexto de la parafilia, por supuesto, significa tener sexo con los niños. El trastorno pedofílico es el más frecuente entre los trastornos de parafilias que implican un contacto real. Los cálculos varían, pero para la edad de 18 años, hasta 20% de los niños estadounidenses ha sufrido algún acercamiento sexual de este tipo. En su mayoría, los perpetradores no son extraños sino parientes, amigos o vecinos. El mayor número de pedófilos corresponde a varones, pero las mujeres pueden ser responsables de hasta 12% de las infracciones registradas (no obstante cierta parte de este porcentaje implica permitir que se abuse de los niños, más que cometer el acto en forma personal).

El tipo de acto que se prefiere varía con el agresor. Algunos pedófilos sólo miran (pornografía infantil con niños reales); otros desean tocar o desvestir a un niño. Pero casi todos los actos implican el sexo oral o tocar los genitales del niño—o que el niño toque los genitales del perpetrador—. Excepto en el incesto, casi ningún pedófilo desea la penetración real. Sin embargo, los que lo hacen pueden recurrir a la fuerza para lograrlo.

Aunque algunos pedófilos no debutan sino hasta una edad intermedia, este comportamiento suele iniciar al final de la adolescencia (la definición del trastorno de pedofilia de manera expresa excluye a los perpetradores adolescentes o a quienes no son más de cinco años mayores que la víctima). Puede volverse más frecuente entre personas que sufrieron abuso durante la niñez. Una vez que la pedofilia aparece, tiende a volverse crónica. Hasta 50% de los individuos consume alcohol como preludeo al contacto con los niños. La mitad o más cursa con otras parafilias.

Muchos pedófilos se limitan a los niños (este tipo de pedofilia se denomina **exclusiva**); con frecuencia se limitan todavía más a niños de un sexo y un rango de edad específicos. Sin embargo, casi todos sienten también atracción por adultos, y su pedofilia se denomina **no exclusiva**. Al igual que otros individuos con parafilias, los pedófilos pueden desarrollar cierto grado de distorsión cognitiva en torno a sus actividades: se convencen de que los niños disfrutaban la experiencia sexual o de que es importante para su desarrollo. Casi todos los pedófilos evitan forzar sus atenciones sobre los niños, y en vez de ello dependen de la amistad, la persuasión y la astucia. Distintos estudios sugieren que los niños que se encuentran solos o de alguna otra manera no reciben atención pueden ser en particular susceptibles a las propuestas de un pedófilo.

En general, quizá de 15 a 25% de los convictos vuelve a incurrir en la ofensa en el transcurso de pocos años de su liberación de la prisión. El consumo de alcohol y la dificultad para establecer relaciones íntimas con adultos incrementa la posibilidad de recidiva. Los varones que prefieren a los niños tienen dos veces más probabilidad de volver a incurrir en la ofensa que aquéllos que prefieren a las niñas.

Algunos pedófilos limitan sus atenciones a sus hijas, hijastras u otras víctimas relacionadas con ellos. En ese caso puede utilizarse el especificador **limitada al incesto**, no obstante no resulta evidente qué beneficio confiere. Algunos perpetradores de incesto pueden ser pedófilos, pero muchos varones (la mayor parte de los adultos que cometen incesto corresponde a varones) sólo se interesan en sus hijas o hijastras que han alcanzado la pubertad.

La información de fuentes colaterales es en particular importante al valorar a los pedófilos, que tienen razones fuertes para mentir acerca de su comportamiento. Y con frecuencia existe poca motivación para decir la verdad: las sentencias son largas; los pedófilos convictos pueden enfrentar

un trato duro en la prisión; y la perspectiva de supresión del interés sexual por medio del uso de fármacos no resulta atractiva para muchos de estos individuos.

Un aspecto que puede resultar confuso en los criterios es que se requiera una diferencia de cinco años entre el perpetrador y la víctima. Como lo indican las notas para codificación, en una persona de 15 años que tiene una relación sexual con cualquier individuo de cualquier edad no se diagnosticaría con trastorno de pedofilia. Sin embargo, esto sí ocurriría en alguien de 20 años que tiene una relación con una persona de 14 o 15 años.

Y esto trae consigo otra dificultad. De acuerdo con los criterios del DSM-5, el niño implicado debe ser prepúber. Si se interpreta de manera estricta lo que dice el DSM-5, el diagnóstico no se establecerá en una persona cuya víctima haya comenzado su desarrollo sexual. Esto ha generado gran malestar entre los clínicos y también entre algunos miembros del Comité relevante del DSM-5, a quienes les preocupa que mantener la definición actual del DSM-5 evite que se diagnostique una condición patológica en los varones adultos que prefieren a púberes de 13 años o menos.

Características esenciales del trastorno de pedofilia

Al paciente le induce excitación sexual un niño prepúber, y ha cedido ante tal pulsión (o siente tensión/disfunción interpersonal al pensar en ello).

La letra pequeña

Las D: • Duración (seis meses o más) • Datos demográficos (el paciente debe tener por lo menos 16 años de edad y ser al menos cinco años mayor que la víctima) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos psicóticos y bipolares, discapacidad intelectual, abuso de tipo criminal en niños para obtener alguna ganancia).

Notas para codificación

Especificar si:

En un ambiente controlado (vea el texto entre barras más adelante).

Especificar:

De tipo exclusivo (sólo se excita con niños).

De tipo no exclusivo.

Especificar si:

Siente atracción sexual por varones.

Siente atracción sexual por mujeres.

Siente atracción sexual por personas de ambos sexos.

Especificar si:

Limitado al incesto.

Existe un pequeño problema aquí: los criterios para el trastorno de pedofilia son los únicos en este capítulo del DSM-5 que no permiten de manera precisa el uso del especificador **en un ambiente controlado**. Por supuesto, también es el único que no permite el especificador **en remisión completa**, pero por lo menos esto es lógico: la pedofilia desde hace mucho se ha definido como una condición vitalicia. Sin embargo, ¿quién tiene más probabilidad de cumplir una sentencia en la cárcel que un pedófilo? ¿Y qué tan probable es que esa persona vuelva a incurrir en la ofensa mientras se encuentra dentro? —Si se tuviera que evaluar de nuevo un paciente como éste, se sugiere utilizar de inmediato el especificador **en un ambiente controlado**—.

Raymond Boggs

A los 58 años, Raymond Boggs no tenía el tipo de un convicto. Su traje naranja de prisionero se restiraba un poco sobre su cuerpo con forma de pera; en contraste con el contoneo propio de los presos más jóvenes, arrastraba los pies, con la cabeza gacha, por el corredor, mientras se dirigía a la sala de entrevista.

Raymond había comenzado a tener interés en el sexo cuando era muy joven. Una de sus primeras memorias era un juego sexual con una niña adolescente que estaba cuidando de él y de su hermana menor. Siendo adulto, la vista de los cuerpos de las niñas pequeñas le generaba fascinación particular. Recordaba haber observado a su hermana mientras se bañaba cuando él tenía siete u ocho años, y permanecer ahí hasta que su madre tenía que sacarlo del baño. Cuando ellos eran adolescentes se asomaba por la ventana de la habitación de su hermana por la noche, tratando de echarle una mirada mientras se desvestía para meterse a la cama. Cuando ella llegó a la pubertad terminaron sus vigiliias nocturnas. “Fue por el vello corporal. Se veía tan grueso y desagradable. Fue entonces que descubrí que en realidad sólo me gustaban las niñas mientras eran, bueno, lampiñas”.

A pesar de estos gustos, cerca de los 25 años Raymond se casó con la hija del encargado del taller de impresión en el que trabajaba. Durante los primeros años de matrimonio la pareja mantuvo una vida sexual activa. Él solía tratar de fantasear que estaba teniendo relaciones con una niña pequeña. Una vez persuadió a su esposa de rasurarse el vello púbico, pero ella se quejó de que le producía prurito al crecer de nuevo y se rehusó a hacerlo otra vez. Tenían tres hijos, todos varones, lo que en retrospectiva parecía un pequeño milagro: los niños pequeños no le provocaban alguna tentación.

Al pasar de los años, Raymond adquirió una pequeña serie de revistas pornográficas que mostraban niñas. Las mantenía ocultas bajo una pila de trapos en su cobertizo de herramientas. Cuando su tensión sexual se incrementaba demasiado, se masturbaba mientras se imaginaba jugueteando con las niñas desnudas que aparecían en esas imágenes.

Poco después de los 50 años, la vida de Raymond tuvo un giro negativo. Sus hijos se habían ido de casa y una serie de cirugías pélvicas hicieron que su esposa rechazara sus insinuaciones sexuales, en ocasiones durante varios meses. Para ocupar estos periodos comenzó a dedicarse a la fotografía. En especial durante los largos meses del verano encontraba modelos disponibles entre las niñas de la colonia de quienes se hacía amigo. Pudo persuadir a algunas de las niñas pequeñas para posar para él en parte o por completo desnudas.

Prefería a las que tenían cinco o seis años, pero en algunas ocasiones tomaba fotografías de niñas de incluso ocho años (los niños mayores eran más independientes y más difíciles de

convencer). Esas sesiones tenían lugar en un espacio cerrado ubicado detrás de su cobertizo de herramientas. Utilizaba dulces y monedas como anzuelo, y después recordaba a cada una de las niñas que a sus padres no debían contarles.

“No me siento orgulloso de ello”, dijo al tiempo que trataba de aflojar el resorte de su overol anaranjado. “Era algo que no podía resistir. La sensación que tenía cuando bajaba sus pantale-
tas—era ansiedad y éxtasis, y mariposas en el estómago. Un poco como lo que se siente cuando se gana la lotería. Pero nunca toqué a alguna; lo único que hacía era ver. Y nunca pensé que eso pudiera dañarlas de alguna manera”.

Raymond había estado mirando y tomando fotografías durante casi 10 años cuando fue descubierto por un niño de 12 años que se había metido detrás del cobertizo para coleccionar especímenes de plantas nativas para una exhibición de ciencias. El niño le dijo a su padre, quien llamó a la madre de la niña, quien llamó a la policía. El juicio—que alentó el furor de los medios durante tres semanas—incluyó el testimonio confirmatorio de no menos de siete niñas de la colonia, ahora en distintas etapas de la adolescencia, que en algún momento habían sido víctimas de Raymond Boggs.

Con una sentencia de entre 5 y 10 años en prisión, Raymond todavía enfrentaba demandas civiles por millones de dólares. El día en que se le arrestó, su esposa demandó el divorcio e ingresó a terapia. Uno de sus hijos rompió su contacto con él; el otro se fue del estado.

Evaluación de Raymond Boggs

Cuando los hechos son claros en un caso, existe poco que discutir respecto del diagnóstico de trastorno de pedofilia. Una persona con **intoxicación por sustancias** pudiera acariciar a un niño en alguna ocasión aislada, pero en esos casos suele ser evidente que no se trata de una alternativa sexual frecuente. A manera de muestra de un juicio en general deficiente, los pacientes con **discapacidad intelectual** o **esquizofrenia** pueden en ocasiones incurrir en esta variante de liberación sexual. Los progenitores (entre los que resaltan algunas celebridades) en ocasiones son acusados de haber tenido acercamientos sexuales a un niño como parte de un divorcio complicado; con frecuencia los hechos no confirman esos alegatos. En el caso de Raymond Boggs, los hechos legales eran indiscutibles. Aceptó de manera voluntaria sus intereses de larga evolución y su comportamiento (criterios A y B). Insistió en que el acto nunca había sido táctil, sino visual, lo que es típico en un gran número de personas de este tipo.

Los que cursan con **trastorno de exhibicionismo** pueden mostrarse ante los niños, pero no se aproximan a sus víctimas para tener actividad sexual adicional. Algunos pedófilos también pueden cursar con **trastorno de sadismo sexual**; en esta situación, deben establecerse los dos diagnósticos.

Se solicita elegir varios especificadores para detallar la descripción de la enfermedad del paciente. Raymond sólo sentía atracción por mujeres, y sólo cuando eran pequeñas. Su calificación EEAG sería de 55. Si bien los criterios para el trastorno de pedofilia no influyen el especificador.

| | |
|---------------|--|
| F65.4 [302.2] | Trastorno de pedofilia, tipo no exclusivo, atracción sexual por mujeres, en un ambiente controlado |
| Z65.1 [V62.5] | Encarcelamiento |

F65.51 [302.83] Trastorno de masoquismo sexual

El masoquismo sexual comprende tres características principales: dolor, humillación y falta de control. Muchas personas—quizá 15% de la población general—obtienen placer sexual a partir de cierto grado de sufrimiento. Sin embargo, estos comportamientos o ideas por sí mismos suelen ser benignos, y sin duda resultan insuficientes para establecer el diagnóstico de un trastorno. Casi todas las personas que incurrn en algún comportamiento masoquista tienen un buen desempeño, tanto social como psicológico. Algunas mujeres incluso aceptan que les gusta ser golpeadas (en las nalgas) durante las relaciones sexuales o que tienen fantasías en torno a ser forzadas a tener sexo. El masoquismo sexual es así el único comportamiento parafilico en el que parece participar un número apreciable de mujeres.

Por otra parte, el **trastorno de masoquismo sexual (TMS)** es un trastorno parafilico que suele iniciar durante la niñez. Los comportamientos implicados incluyen atar, vendar los ojos, golpear las nalgas, cortar y producir humillación (mediante defecación, micción o al forzar al miembro sumiso de la pareja a imitar a un animal). Es probable que lo más frecuente consista en recurrir al maltrato físico de algún tipo. Al pasar el tiempo, los pacientes con TMS pueden necesitar grados crecientes de tortura para experimentar el mismo nivel de satisfacción sexual; en este sentido, el TMS se asemeja a una adicción.

Al asfixiar, pinchar o dar toques eléctricos, algunos masoquistas se producen dolor. Quizá 30% de ellos en ocasiones también participa en un comportamiento sadista. Unos cuantos incurrn en un comportamiento en particular peligroso denominado **asfioxifilia** (o **hipoxifilia**), en que se induce un casi ahogamiento al atarse una cuerda en torno al cuello, meter la cabeza en una bolsa hermética o inhalar nitrato de amilo. Estas personas refieren que la sensación de restricción respiratoria favorece una sensación de goce sexual en especial intenso. Cada año, estas prácticas causan una o dos muertes accidentales por cada millón en la población general.

Si bien los masoquistas obtienen gratificación sexual al sufrir dolor o degradación, no necesariamente ceden el control **total**. Muchas relaciones sadomasoquistas están planeadas en forma cuidadosa; los compañeros acuerdan una palabra secreta por la cual el masoquista puede indicar cuándo en realidad es tiempo de detenerse.

Características esenciales del trastorno de masoquismo sexual

El paciente logra la excitación sexual al ser golpeado, inmovilizado o humillado por algún otro medio (y percibe malestar/discapacidad al pensar en ello).

La letra pequeña

Las D: • Duración (seis meses o más) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos).

Notas para codificación

Especificar si:

Con asfixiofilia.

Especificar si:

En remisión completa (sin síntomas durante cinco años o más).

En un ambiente controlado.

Martin Allingham

Martin Allingham acudió para solicitar atención médica la noche en que casi muere. En el departamento que compartía con Samuel Brock, los dos habían diseñado un aparato complicado integrado por poleas, cuerdas, collares y grilletes que permitían voltear de cabeza a Martin y estrangularlo en forma parcial mientras Sam lo golpeaba con un látigo.

“Tengo el orgasmo más maravilloso cuando estoy por desmayarme”, dijo Martin mucho después.

Sam y Martin habían ido juntos a la escuela. Sam era un deportista; Martin era el flojo del grupo. No se dieron cuenta de qué tan perfecto era esto para ellos hasta una tarde de sábado cuando tenían 15 años. Los dos estaban peleando en el patio de juegos desierto, y Sam comenzó a sentarse sobre Martin, doblándole los dedos como si fueran pretzels. Aunque Martin gritó, la intensidad creciente de su erección fue evidente al tiempo que se incrementaba el dolor. Después de separarse, Sam se había masturbado mientras recordaba la sensación de control absoluto.

Sin discutirlo demasiado, por consentimiento mutuo Sam y Martin se encontraron de nuevo dos semanas después. Tenían 19 años, se mudaron juntos y habían vivido así desde entonces. Ahora tenían 28.

Martin no necesitaba ser lastimado para disfrutar el sexo, pero esto aumentaba en gran medida el placer. Había tratado con las nalgadas y las ataduras, pero lo mejor era la asfixia. Cuando era más joven había experimentado y probado con otras parejas. Pero casi todos ellos lo lastimaban demasiado o muy poco; además, él y Sam temían al SIDA. Durante los últimos años habían trabajado en la misma tienda departamental y se eran fieles.

La noche del accidente, Martin se había metido en el arnés mientras Sam estaba en el trabajo. En apariencia había ajustado demasiado la cuerda y perdió la conciencia, aunque no lo recordaba. Cuando Sam encontró a Martin, carecía de pulso y no estaba respirando. Siendo un niño explorador, Sam había aprendido RCP, que aplicó en forma vigorosa antes de llamar al 911.

Se integró un informe policiaco y un par de oficiales los entrevistaron. “Nos ajustamos perfectamente”, explicó Sam. “A mí me gusta hacerlo; a él le gusta que lo haga”. Aceptó que su vida sexual en fecha reciente se había vuelto cada vez más violenta, e incluso, desafiaba a la muerte. Pero esa no había sido la idea; era Martin quien había necesitado más para obtener los mismos resultados. Sam aceptó que él se “excitaba” con el dolor, pero que lo mismo le servía un poco que mucho.

“Yo no querría hacerle daño en verdad”, dijo. “Lo amo”.

Evaluación de Martin Allingham

El comportamiento sexual de Martin incluía elementos para infligirle dolor (criterio A). Las ataduras eran uno de esos elementos, al igual que la práctica de asfixiofilia, con la que Martin incrementaba su placer sexual. Martin había cedido a esas pulsiones durante años; la disfunción que eso le había causado en fecha reciente era casi definitiva (B). Por ende, cumplía con holgura los criterios para el TMS.

Debe señalarse que algunos **trabajadores sexuales** aceptan el dolor con límites debido a que la paga es mejor que en el caso del sexo ordinario. Estos individuos no deben recibir el diagnóstico de TMS a menos que también obtengan placer a partir de la práctica y ésta les genere malestar o disfunción.

Los masoquistas en ocasiones utilizan ropas del género contrario en respuesta las demandas de un compañero sádico. Si el acto de utilizar ropa del género opuesto también causa excitación sexual (y no sólo la humillación por vestir ropa del otro género), entonces también debe diagnosticarse un **trastorno de travestismo**. El caso clínico no hace referencia al tema, pero quien atendiera a Martin tendría que explorar en forma detallada la posibilidad de un **trastorno de la personalidad**—frecuente entre los individuos con TMS—, lo que modificaría en grado importante la terapia. Esto se menciona en el resumen. Si se considera el hecho de que su excitación sexual se intensificaba a partir de la sensación de limitación de la respiración, el diagnóstico de Martin (calificación EEAG actual de 25) sería el siguiente:

F65.51 [302.83] Trastorno de masoquismo sexual, con asfixiofilia

F65.52 [302.84] Trastorno de sadismo sexual

Gran parte del comportamiento de los sadistas complementa al de los masoquistas; la diferencia es que los sadistas son perpetradores más que receptores. Infligir dolor o humillación sexual los estimula. El sufrimiento de otros les causa excitación sexual y tienen fantasías en torno a la dominancia y la inmovilización. Algunas mujeres aceptan participar en este tipo de actividad.

Si bien las experiencias tempranas de la niñez con el castigo pudieran preconfigurar esta condición crónica en algunas personas, el comportamiento franco suele iniciar con fantasías durante la adolescencia. Las técnicas físicas utilizadas consisten, entre otras, en atar, vendar los ojos, golpear (en las nalgas), cortar y humillar (como por medio de la defecación, la micción o al forzar al miembro sumiso de la pareja a imitar a un animal). Al igual que las personas con masoquismo sexual, los individuos con sadismo sexual pueden, al pasar el tiempo, necesitar un incremento de la intensidad de la tortura para obtener el mismo grado de satisfacción sexual.

Casi toda la gente que tiene comportamiento sádico se limita a tener unas cuantas parejas, casi todas son voluntarias; por definición, estas personas no cumplirían los criterios del DSM-5 para trastorno de sadismo sexual, a menos que percibieran tensión o disfunción por efecto de sus pulsiones. Menos de 10% de los sádicos incurre en violación, pero los que lo hacen pueden ser incluso más brutales que otros violadores, al utilizar una fuerza mayor e infligir un dolor más intenso que el necesario para cubrir sus necesidades.

Se desconoce la frecuencia del trastorno de sadismo sexual en la población general. En un estudio realizado entre 240 agresores sexuales, en 52 (21%) podría haberse establecido el diag-

nóstico de trastorno de sadismo sexual. Entre éstos, sólo 16 (31% del total) había recibido un diagnóstico correcto antes del estudio.

Características esenciales del trastorno de sadismo sexual

El paciente, que desarrolla excitación sexual ante el sufrimiento de otra persona, ha cedido ante sus pulsiones con alguien que no lo consintió (de manera alternativa, el individuo siente tensión/discapacidad al pensar en ello).

La letra pequeña

Las D: • Duración (seis meses o más) • Discapacidad o malestar (disfunción laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, trastornos de la personalidad, violación sin sadismo).

Notas para codificación

Especificar si:

En remisión completa (sin síntomas durante cinco años o más).

En un ambiente controlado.

Donatien Alphonse François, el Marqués de Sade

Si es que alguna vez una persona se vinculó de manera ineludible con un trastorno mental, se trata de Donatien Alphonse François, el Marqués de Sade—el santo patrono del sadismo—. Resulta interesante, y también revelador, explorar el grado al cual la historia personal de este hombre, que prosperó hace más de dos siglos en Francia, refleja la condición que lleva su nombre.

Sade (como sus biógrafos lo denominan) nació en una familia pobre pero con prominencia social, lo que pudiera ayudar a explicar su desarrollo hasta convertirse en un autócrata orgulloso y arrogante. La ausencia de un padre dejó en manos de su tío libertino su crianza durante sus años tempranos de formación.

Cuando tenía tan sólo 16 años, Sade ingresó al ejército y sirvió con distinción en el combate. Forzado por su familia a un matrimonio sin amor (de su parte), poco después del casamiento demostró que sus intereses sexuales podían ser problemáticos.

Siendo un niño había deseado el abrazo de su madre, pero como adulto buscaba consuelo en los brazos de las prostitutas. Varias de ellas, que habían sido contratadas por él, pusieron quejas formales porque había tratado de golpearlas con un látigo; una también afirmó que le había causado enfermedad al vertir en su boubon el conocido (y sobrevalorado) afrodisiaco “mosca de España”. Pedía a muchas de las prostitutas con las que acudía que lo golpearan con un látigo—una solicitud no tan inusual entre los hombres franceses del siglo XVIII—, que en ocasiones se reconocían por resolver la impotencia recurriendo al látigo. Más adelante, mientras estaba en prisión, recurría a dildos rectales enormes (que le pedía a su esposa, Renée, que le llevara) para lograr la satisfacción sexual.

Lo que aseguró su caída definitiva no fue ni su pasión ni su penuria, sino la antipatía que sentía por él su suegra. Esta dama formidable reaccionó ante sus tendencias libertinas al persuadir al Rey que emitiera un acta privada de extinción de derechos civiles, que era popular en ese entonces entre los peticionarios franceses. Esto permitió que las autoridades enviaran a Sade a prisión y lo encerraran sin juicio, a perpetuidad.

Durante su encierro—pasó casi 29 años ya fuera en prisión o en el manicomio de Charenton, y estuvo a un día de ser ejecutado durante el Terror de la Revolución francesa—escribió parte de la prosa sexual más explícita y violenta compuesta alguna vez en cualquier lengua. **Justine** relata la tortura sexual de una mujer joven a manos de distintos hombres, desde que tenía 12 años de edad. *Los 120 días de Sodoma*, escrita en poco menos de un mes mientras languidecía en la Bastilla, es un crescendo nauseabundo (disculpen esta editorial nauseosa) de horror sexual que culmina en el asesinato. Es en sus escritos, más que en sus propias tendencias sexuales, en que se basa su reputación.

De manera independiente a esa reputación, el personaje de Sade, por lo menos a esta distancia, sigue siendo en cierto grado confuso. Por un lado, algunos lo consideran un solitario iracundo con un temperamento rápido y violento que carecía de amigos verdaderos. Otros lo describen como un hombre encantador durante toda su vida, capaz de manipular a las personas con facilidad y que en ocasiones amenazaba con suicidarse.

Más adelante desarrolló ideas frecuentes de persecución que involucraban a Renée. Revisaba sus cartas para identificar señales ocultas, que pensaba que contenían referencias a su fecha de liberación. Aún así, durante una de sus infrecuentes liberaciones de la prisión, cuando podría haber cobrado venganza sobre sus suegros, no lo hizo. Su recompensa fue un nuevo arresto y la encarcelación durante el resto de su vida.

Evaluación de Donatien Alphonse François, el Marqués de Sade

A partir de sus propios escritos y del trabajo de otros autores, resulta claro que Sade mostraba un interés intenso en los placeres sexuales que derivaban de la inducción de dolor y humillación sobre otras personas (criterio A). Si bien no parecía sufrir tensión por estos deseos, cedió a sus pulsiones de manera repetida con personas que no habían consentido a ello cuando era un hombre joven (B). Eso le hace calificar, incluso bajo los sólidos estándares actuales, para el diagnóstico de trastorno de sadismo sexual (no es posible dudar que en los personajes descritos en *Los 120 días de Sodoma*, escrita por Sade, sin duda se justificaría del todo ese diagnóstico).

Aun así, cuando se analiza toda su vida en conjunto, Sade cubre incluso mejor la definición de trastorno de masoquismo sexual: tendía en gran medida a someterse al dolor de los latigazos, lo que había contribuido a su encarcelamiento prolongado. Sin embargo, el poder de la tradición es tal que su nombre sigue teniendo un vínculo intenso con el comportamiento que él parece haber perseguido a título personal durante un capítulo breve de su vida.

¿Qué diagnóstico pudiera resultar apropiado? Por supuesto, en cualquiera que muestre inclinaciones como las suyas tendría que descartarse un **trastorno de la personalidad**, pero este sería adicional y no en sustitución del diagnóstico de trastorno parafilico. Esta mención se incluye en el resumen.

Contando tan sólo con la información que se muestra antes, los diagnósticos del Marqués de Sade (en orden de aparición) serían los que se muestran enseguida. —Se le asignaría una calificación EEAG de 71—.

- F65.51 [302.83] Trastorno de masoquismo sexual
- F65.52 [302.84] Trastorno de sadismo sexual
- F52.32 [302.74] Eyaculación tardía

Leopold von Sacher-Masoch fue un escritor austriaco del siglo XIX que se volvió por decisión propia esclavo de su amante durante seis meses, con la condición de que ella se vistiera con pieles con tanta frecuencia como le fuera posible y lo tratara como a un sirviente. En forma subsecuente escribió acerca de la experiencia en una novela, *Venus en pieles*. Esto condujo a la adaptación de su nombre (junto con el de Sade) a las parafilias respectivas en el libro de texto de 1886, *Psicopatía sexual*, escrito por Richard von Krafft-Ebing, cuyo nombre, tristemente, no se ha vinculado con algo.

Sade y Sacher-Masoch se encuentran entre los cada vez más escasos individuos cuyos nombres se retienen como epónimos en el DSM-5. Y los únicos que utilizamos como adjetivos—al igual que los términos **freudiano** y **junguiano**—. Los trastornos que llevaban otros nombres personales, como el síndrome de Münchhausen, fueron rebautizados con términos que son más descriptivos (no obstante quizá menos evocadores).

F65.1 [302.3] Trastorno de travestismo

Las personas travestistas se visten con ropa del sexo opuesto para sentir excitación sexual; experimentan frustración cuando se malogra este comportamiento. Existe gran variabilidad en cuanto a la intensidad del uso de ropa del género puesto. En ocasiones algunos lo hacen mientras se encuentran solos, otros se muestran con frecuencia en público. Algunos se limitan a la ropa interior, otros llevan el atavío completo. Algunos varones (de nuevo, hay un predominio franco de varones) invierten incluso varias horas por semana vistiéndose y utilizando ropa de mujer. Muchos se masturban o tienen relaciones sexuales mientras utilizan ropa del género contrario. Pueden fantasear en torno a sí mismos siendo mujeres y poseen una colección de ropa femenina, que con frecuencia visten bajo el atuendo normal del varón. Sin embargo sólo una persona que percibe tensión o disfunción importante al practicar estos comportamientos puede recibir el diagnóstico de trastorno de travestismo; los que aceptan su propio comportamiento sólo son travestistas.

El trastorno de travestismo suele iniciar durante la adolescencia o incluso en la niñez. Sin embargo, la mayor parte de los varones travestistas no son niños afeminados; menos de 20% de ellos son adultos homosexuales. Como ocurre en el caso de otras parafilias, su comportamiento aberrante puede sustituir de manera gradual alternativas más usuales para la gratificación sexual. Por medio de videos, revistas o la interacción personal pueden involucrarse en grado considerable en la subcultura travesti. Un número escaso de manera progresiva se siente cada vez más cómodo con la ropa del género contrario y se convierte en transexual. Esta disforia de género puede proveer el estímulo definitivo para la búsqueda del tratamiento. Al avanzar la edad, la excitación sexual que se vincula con el uso de ropa del género contrario puede dar paso a una sensación de bienestar general.

Algunos pacientes se involucran antes en conductas de voyeurismo, exhibicionismo o masoquismo. Es posible agregar especificadores para quienes desarrollan excitación sexual con la ropa (con **fetichismo**) o al pensar en sí mismos como mujeres (con **autoginefilia**). Se refiere un número demasiado escaso de mujeres con trastorno de travestismo en quienes se justifica el uso del término **autoandrofilia**.

En la población masculina en general, la prevalencia de uso de ropa del género contrario para alcanzar la estimulación sexual parece ser inferior a 3%, no obstante sólo la mitad de estos individuos pudiera justificar un diagnóstico de trastorno de travestismo.

Características esenciales del trastorno de travestismo

La excitación sexual vinculada con el uso de ropa del género opuesto (pensamientos o comportamientos) ha generado en forma repetida que el paciente perciba tensión o disfunción.

La letra pequeña

Las D: • Duración (seis meses o más) • Tensión o discapacidad (disfunción laboral/ educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos por consumo de sustancias y físicos, disforia de género, trastorno de fetichismo).

Notas para codificación

Especificar si:

Con fetichismo (excitación sexual con ropa o telas).

Con autoginefilia (excitación sexual por la visualización de sí mismo como mujer).

Especificar si:

En remisión completa (sin síntomas durante cinco años o más).

En un ambiente controlado.

Paul Castro

Cuando Paul Castro tenía siete años, sus padres habían contratado a una vecina adolescente para cuidarlo. Julie era precoz y tenía gran imaginación. Convencía a Paul de jugar a vestirse con su ropa, que se quitaba para la ocasión. Al principio, Paul sólo toleraba esto, pero más adelante se excitaba con la sensación de sus pantaletas sedosas al tiempo que las subía por sus propios muslos delgados.

Cuando Julie consiguió un novio estable y perdió el interés en Paul, éste en ocasiones tomaba a escondidas un sostén y unas pantaletas de su madre para ponérselas. Al llegar a una fase avanzada de la adolescencia, había juntado un pequeño guardarropa de ropa interior de mujer, que se ponía tan sólo una o dos veces por semana. Mientras estaba parado frente a un espejo con el sostén puesto, con sus copas rellenas en forma atractiva, fantaseaba estar siendo abrazado—en ocasiones por un hombre, en ocasiones por una mujer—. Una o dos veces había probado ponerse

lápiz labial y un vestido viejo que su madre rara vez usaba. Pero de esa manera se veía tonto y llamaba la atención, pensaba, y desde entonces se limitó a la lencería. Sin embargo, nunca tuvo alguna sensación de malestar en relación con ser varón o algún deseo de cambiar su género.

Después de un año en la universidad, Paul consiguió un trabajo como vendedor en una librería y se mudó a su propio departamento. Algunos días se ponía a sus pantaletas y su sostén (sin el relleno) para ir al trabajo, bajo su camisa y sus pantalones casuales. Luego, a la hora del almuerzo podía masturbarse en el baño de hombres mientras se imaginaba haciendo el amor a una mujer hermosa, los dos vestidos con ropa interior de seda. Si estaba ocupado durante el almuerzo, durante la tarde disfrutaba la sensación deliciosa de la seda sobre su piel y la anticipación de la liberación que sentiría en el momento en que se mirara al espejo esa noche.

Estaba vestido así una mañana cuando los paramédicos lo recogieron después de que un camión que pasaba lo golpeó en su camino al trabajo. Despertó para encontrar una férula en su brazo derecho y a los transeúntes exaltados por la vista de su sostén Maidenform 40C. La vergüenza que sintió por este episodio le hizo repensar su conducta y solicitar tratamiento.

Evaluación de Paul Castro

La sociedad occidental tolera cierto grado de uso de ropa del género opuesto e incluso la considera normal. La imitación transgénero tiene una historia larga y honorable tanto en el escenario como en las películas; los disfraces de Halloween también vienen a la mente.

En el **trastorno de masoquismo sexual** los pacientes pueden verse forzados a utilizar ropa del sexo contrario para excitar a un amante sádico; si no experimentan también excitación sexual no debe diagnosticarse trastorno de travestismo. Los pacientes con **disforia de género** con frecuencia visten ropa propia del género opuesto, pero esto no les provoca estimulación sexual. Cuando las personas homosexuales utilizan ropa del género contrario, en ocasiones lo hacen para incrementar su atractivo para otros homosexuales; sin embargo, con frecuencia esto se hace para exagerar o burlarse de la sociedad. En cualquier caso, la estimulación sexual no es el objetivo.

Resulta evidente que el comportamiento de Paul no se ajustaba a alguna de estas explicaciones alternativas. Excepto por su interés en la lencería, tenía intereses heterosexuales muy convencionales (si se juzga a partir de sus fantasías al masturbarse; criterio A). Por ende, no recibiría el especificador **con autoginefilia**. Parecía excitarse con la sensación de la seda, de manera que sería posible justificar el uso del especificador **con fetichismo**. Su tensión reciente (calificación EEAG de 71) al ser recogido por los paramédicos permite cubrir el criterio B.

F65.1 [302.3] Trastorno del travestismo, con fetichismo
S42.009 [810.00] Fractura de clavícula

En la actualidad es posible integrar el diagnóstico de trastorno de travestismo en las mujeres. Esto no era posible de acuerdo con el DSM-IV-TR o cualquiera de sus predecesores, hasta el DSM-III. El cambio es en extremo igualitario: el único estudio que refiere que alguna mujer busque estimulación sexual por medio del uso de ropa del género contrario sólo encontró cinco casos entre 1,171 personas (0.4%), y no sabemos si esas pocas mujeres percibían tensión o disfunción por efecto de su comportamiento. En términos prácticos, este club sigue siendo “sólo para hombres”.

F65.3 [302.82] Trastorno de voyeurismo

Los voyeuristas sienten excitación sexual al observar a personas que realizan actividades privadas. Por supuesto, muchas personas que no tienen una parafilia también disfrutan verlo—por ejemplo, los que miran películas y páginas electrónicas pornográficas—. La diferencia es que la gratificación de un voyeurista deriva de mirar a personas ordinarias que no se dan cuenta de que están siendo observadas y, de saberlo, quizá no lo permitieran.

En 2006, en un censo suizo, 12% de varones (y 4% de mujeres) aceptó haber tenido por lo menos una experiencia con este tipo de conducta. Con base en los estándares actuales, la mayor parte de los individuos no recibiría el diagnóstico de trastorno parafilico. Otros censos indican que muchas personas de ambos sexos verían a otros individuos desvistándose o teniendo relaciones sexuales si consideraran que no serían descubiertas. Al igual que en el caso de otros trastornos parafilicos, el DSM-5 pone como requisito que el comportamiento se repita o genere tensión o disfunción en el individuo. Las conclusiones: casi todos los que lo practican son hombres, y el voyeurismo es el crimen sexual que se reporta con más frecuencia.

El voyeurismo suele iniciar cuando las personas se encuentran en la adolescencia—casi siempre alrededor de los 15 años—. Una vez que se desarrolla el trastorno de voyeurismo, tiende a ser crónico. Las víctimas de estos “mirones” son casi siempre desconocidas. Los voyeuristas suelen masturbarse mientras observan. Después, pudieran fantasear sobre tener sexo con la víctima, no obstante rara vez buscan tener tal actividad. Algunos voyeuristas prefieren esta estrategia de gratificación sexual, pero casi todos tienen vidas sexuales normales. Al igual que los exhibicionistas, toman precauciones para no ser detectados.

Características esenciales del trastorno de voyeurismo

El paciente desarrolla excitación sexual mientras observa a una persona, que desconoce su presencia, mientras se desviste o tiene actividad sexual, y ha cedido a tal pulsión en ocasiones repetidas, o experimentado tensión o disfunción por ello.

La letra pequeña

Las D: • Duración y datos demográficos (seis meses o más; edad 18 años o más) • Malestar o discapacidad (laboral/educativa, social o personal) • Diagnóstico diferencial (trastornos de conducta, trastorno de la personalidad antisocial, trastornos por consumo de sustancias, intereses sexuales normales).

Notas para codificación

Especificar si:

En remisión completa (sin síntomas durante cinco años o más).
En un ambiente controlado.

Rex Collingwood

La referencia se hizo a solicitud de un juez de la Suprema Corte, quien sintió desagrado al recibir por segunda vez a Rex Collingwood en la banca de los acusados en menos de un año. En esta ocasión, a los 23 años, Rex había sido encontrado de manera literal con los pantalones bajados, masturbándose fuera de la ventana de la habitación principal de una casa en una calle silenciosa en los suburbios. Se había sentido tan fascinado por el aspecto de la mujer que se encontraba dentro, quien se quitaba la ropa interior, que no se percató de que su esposo se aproximaba, después de llevar al perro a pasear.

Cuando Rex estaba creciendo, su familia vivía cerca del campus de una universidad pequeña del Medio Oeste. Se había hecho amigo del presidente interino del sindicato de estudiantes, un alumno de desgarbado de Filosofía llamado Rollo quien, a cambio de un trabajo menor de vigilancia, vivía sin pagar renta en una habitación del segundo piso. Cuando Rex tenía 14 años, Rollo le mostró el orificio diminuto que había descubierto en las tablas del piso justo arriba del baño de mujeres. De manera intermitente durante algunas semanas, Rex y Rollo habían permanecido de rodillas en la oscuridad encima del orificio, esperando que entraran mujeres. Puesto que miraban justo hacia abajo, no podían ver demasiado, pero las imágenes daban suministro suficiente al molino de la vida de fantasías de Rex.

Cuando se graduó de la preparatoria, Rex se fue a trabajar en una tienda de accesorios para autos. La contadora, Darlene, tenía uno o dos años más que él, y pronto comenzaron a vivir juntos. Rex y Darlene hacían el amor cuatro o cinco veces por semana; ambos expresaban satisfacción con el acuerdo. En ocasiones Rex se preguntaba si era “hipersexual”, porque a veces todavía sentía la necesidad de “ir a ver”. Había probado con videos con clasificación X, pero no era lo mismo—esas personas sabían que eran observadas y también se les estaba pagando—.

Así es que cada dos o tres meses Rex pasaba un par de noches conduciendo por calles oscuras y silenciosas, en busca del sitio apropiado. Entrever la piel desnuda era excitante, pero ver a una mujer quitándose la ropa iba acompañado del suspenso delicioso de no saber qué tanto sería revelado. De manera independiente a lo que veía, Rex lo agregaba a la colección de imágenes a recordar mientras hacía el amor con Darlene.

Lo mejor era ver a la gente hacer el amor. Había memorizado con cuidado los sitios en que se daban varios de esos encuentros, y regresaba una y otra vez cuando sentía la pulsión. La época de verano era la mejor, porque entonces era menos probable que la gente se metiera bajo las cobijas. Una o dos veces había permanecido parado entre los arbustos hasta por 2 horas, mirando mientras sus blancos vivían su pasión y la suya. Eso era lo que lo había llevado de nuevo a la casa en que había sido detenido—a menos de cuatro cuadras del sitio en que había sido arrestado el año anterior—.

“Supongo que debería sentirme avergonzado”, dijo Rex al entrevistador, “pero no lo estoy. Creo que es normal estar interesado. Y si a ellos en realidad les interesara su privacidad, cerrarían las cortinas, ¿no?”.

Evaluación de Rex Collingwood

El diagnóstico diferencial no es largo con antecedentes como los de Rex; con facilidad cumple los criterios A y B. Si hubiera pasado su tiempo observando a actores pagados en un escenario o la

internet no pensaríamos al respecto; tampoco el juez. A pesar de que Rex había cedido en forma repetida ante sus pulsiones, la única tensión que percibía derivaba de la posibilidad de ser castigado.

Con una calificación EEAG de 61, el diagnóstico completo de Rex sería el siguiente:

| | |
|----------------|-------------------------|
| F65.3 [302.82] | Trastorno de voyeurismo |
| Z65.3 [V62.5] | Arresto y acusación |

F65.89 [302.89] Otro trastorno parafilico especificado

Se han descrito varios trastornos parafilicos más. En comparación con los trastornos recién descritos, casi todos estos son menos frecuentes, existen menos estudios o comparten ambas características. Codificados bajo el rubro otro trastorno parafilico especificado, incluyen los siguientes:

Trastorno parafilico coercitivo. Un individuo disfruta la idea de forzar a una pareja a tener relaciones sexuales sin desearlo.

Escatología telefónica. Como lo implica su nombre, se trata de una inquietud por “decir palabras sucias” por vía telefónica. Se encontró que guarda relación con el exhibicionismo y el voyeurismo.

Zoofilia. Esta parafilia consiste en el deseo de tener relaciones sexuales con distintos mamíferos y otros animales. Escasos en las muestras clínicas, estos individuos refieren a menudo que la atracción no es sólo el sexo, sino el amor por los animales.

Necrofilia. Se dice que las relaciones sexuales con cadáveres era la única opción de liberación que los enterradores tenían en el antiguo Egipto. El sexo con cadáveres contemporáneos, rara vez informado, casi obliga a integrar otro trastorno mental o de la personalidad (quizá ambos).

Klismafilia. En esta parafilia, en cierta forma aliada del trastorno de masoquismo sexual, las personas alcanzan el placer sexual al aplicarse enemas. En algunos de estos individuos la klismafilia se vincula al uso de ropas del género contrario. Si bien pudiera ser muy frecuente, este comportamiento se ha estudiado poco en la literatura profesional.

Coprofilia. Se trata de la masturbación con las heces propias; rara vez se refiere.

Urofilia. Algunas personas desarrollan excitación sexual al jugar o masturbarse con orina. Esto debe diferenciarse de la variedad de masoquismo sexual en que la persona desea que otra orine sobre ella (“lluvia dorada”). De manera colectiva, quienes disfrutaban las conductas vinculadas con los enemas y la orina les denominan “deportes acuáticos”.

Infantilismo. En esta parafilia el paciente obtiene satisfacción sexual al ser tratado como un bebé—quizá al ponerse pañales y beber de una botella—.

F65.9 [302.9] Trastorno parafilico no especificado

El rubro trastorno parafilico no especificado se utiliza cuando una de estas afecciones no satisface los criterios de alguno de los trastornos descritos en el capítulo y se decide no indicar la razón.

Otros factores que pudieran requerir atención clínica

Es posible utilizar los códigos que se incluyen en este capítulo para informar ciertos eventos o condiciones ambientales, físicos o psicosociales que pudieran afectar el diagnóstico o manejo del paciente. Al indicarlos, es necesario tener la mayor especificidad posible (pueden presentarse otros problemas; los que aquí se presentan son ejemplos). Muchos se mencionaban en el Eje IV del DSM-IV. El DSM-5 pone como requisito que se utilicen los códigos CIE-10 (o CIE-9) en relación con los problemas que se identifiquen. A continuación se incluye una lista completa de los que se encuentran disponibles.

Sin embargo, se solicita al lector que se recuerde que estos comportamientos, enfermedades y relaciones no constituyen trastornos mentales. Se hace énfasis en este aspecto con el objetivo de reducir la tendencia a inducir que existe patología a partir de comportamientos que, después de todo, son parte de la existencia humana normal.

Problemas de relación y familiares

Z62.820 [V61.20] Problema de relación padre-hijo

Problema de relación padre-hijo se utiliza cuando existen síntomas o efectos negativos relevantes en cuanto a la funcionalidad, que se relacionan con las características de la interacción entre un progenitor y su hijo. Entre los patrones de interacción problemáticos que pueden encontrarse se encuentran la comunicación deficiente, la disciplina ineficaz o la sobreprotección. Esto puede dar origen a distintos problemas emocionales y conductuales.

Z63.0 [V61.10] Tensión en la relación con el cónyuge o una pareja íntima

Tensión en la relación con el cónyuge o una pareja íntima se utiliza cuando existen síntomas o efectos negativos relevantes en cuanto a la funcionalidad, que se vinculan con las características de la interacción entre un paciente y su cónyuge/pareja. Entre los patrones de interacción problemáticos que pueden encontrarse están la comunicación deficiente y la ausencia de comunicación. Sin embargo, esta categoría de manera explícita excluye los problemas derivados del maltrato (que se describen más adelante).

Z62.891 [V61.8] Problema de relación entre hermanos

Problema de relación entre hermanos se utiliza cuando existen síntomas o efectos negativos relevantes en cuanto a la funcionalidad, que se vinculan con las características de la interacción entre hermanos.

Z62.898 [V61.29] Hijo afectado por tensión en la relación de los padres

Z62.29 [V61.8] Crianza lejos de los progenitores

Crianza lejos de los padres se utiliza para hacer referencia a problemas que surgen debido a que un niño está viviendo en un hogar sustituto o con parientes o amigos, pero no en una institución para residencia o internado escolar.

Z59.3 [V60.6] Problemas relacionados con la vida en una institución para residencia

Este código se utiliza para los niños (o los adultos) cuyos problemas derivan de vivir lejos del hogar en algún tipo de institución. No incluye las respuestas emocionales a la experiencia de la vida institucional.

Z59.2 [V60.89] Discordia con vecino, inquilino o casero

Res ipsa loquitur.

Z63.5 [V61.03] Desintegración de la familia por separación o divorcio

Z63.8 [V61.8] Nivel alto de expresión de emociones al interior de la familia

Se ha relacionado con los gritos frecuentes dentro de la unidad familiar con una recaída de la esquizofrenia, pero esto podría afectar a cualquiera.

Z63.4 [V62.82] Duelo no complicado

Cuando muere un pariente o un amigo cercano resulta natural entrar en duelo. Cuando los síntomas del proceso de duelo son una causa que lleva a solicitar atención clínica, el DSM-5 permite codificar este duelo como no complicado—en tanto los síntomas no duren demasiado ni sean demasiado graves—. El problema es que la tristeza del duelo puede asemejarse la tristeza que se relaciona con un episodio depresivo mayor.

Ciertos síntomas pueden ayudar al clínico a decidir si, además de presentar un duelo, el paciente sufre un episodio depresivo mayor:

- Sentimientos de culpa (excepto los relacionados con las acciones que pudieran haber evitado la muerte).

- Deseos de muerte (excepto el deseo del sobreviviente de haber muerto en vez de la persona querida).
- Disminución de la velocidad de la actividad psicomotriz.
- Inquietud intensa en relación con la falta de valía personal.
- Compromiso intenso del desempeño durante un periodo en extremo prolongado.
- Alucinaciones (distintas a las de ver o escuchar a la persona muerta).

Además, las personas que “sólo” enfrentan un duelo de manera característica consideran su estado de ánimo normal. De manera tradicional se evita establecer el diagnóstico de enfermedad depresiva en estos casos hasta que los síntomas persisten por más de dos meses. Ahora se impulsa a establecer el diagnóstico de trastorno depresivo mayor de manera independiente al duelo, en caso de que los síntomas lo justifiquen. En el cuadro 19-1 se comparan los síntomas de la depresión mayor y los del duelo no complicado.

Problemas académicos y laborales

Z55.9 [V62.3] Problema académico o educativo

Problema académico o educativo se aplica en los pacientes cuya dificultad se vincula con cuestiones escolares y que no presentan algún trastorno del aprendizaje específico u otro trastorno mental que explique el impedimento. Entre los ejemplos se encuentran el analfabetismo, la falta de disponibilidad de una escuela, el desempeño académico deficiente, el avance académico deficiente o la discordia con algún profesor u otros estudiantes. Incluso si es posible que otro trastorno explique la situación, el problema académico mismo puede ser tan serio que justifique de manera independiente la solicitud de atención clínica. Por ejemplo, vea el caso clínico de Colin Rodebaugh (p. 311).

Cuadro 19-1. Comparación de los síntomas de la depresión mayor y del duelo no complicado

| | Depresión mayor | Duelo |
|-----------------------------------|---|---|
| Expresión del estado de ánimo | Desesperación y desesperanza | Pérdida o vacío |
| Evolución temporal | Constante o en incremento | Disminución al transcurrir el tiempo (semanas) |
| Estabilidad del estado de ánimo | Persistente | Presencia de fluctuaciones |
| Respuesta a bromas, distracciones | Escasa o nula | Pudiera existir mejoría |
| Contenido del pensamiento | En gran medida, pensamiento constante acerca del sufrimiento propio | Memorias/pensamientos de la persona difunta, pero ciertos pensamientos positivos relacionados con otros |
| Autoestima | Culpa, inculpación, falta de valía | “Hice lo mejor que pude” |
| Paso del tiempo | El tiempo es muy lento | El tiempo transcurre a la misma velocidad que antes |
| Muerte, morir | Se desea la propia muerte; planes de suicidio | La vida sigue valiendo la pena |
| Compromiso clínico | Sí | No |

Z56.82 [V62.21] Problema relacionado con la situación de despliegue militar existente

En este código no se incluyen reacciones psicológicas. En vez de esto se recurre a esta categoría cuando el despliegue mismo es el centro del problema.

Z91.82 [V62.22] Antecedente personal de acción militar

Z56.9 [V62.29] Otro problema relacionado con el empleo

Otro problema relacionado con el empleo podría hacer referencia a las cuestiones vinculadas con la elección de la carrera, un cambio de empleo, las dificultades en las relaciones con el supervisor o los colaboradores, una amenaza de despido, la falta de satisfacción general con el empleo, el ambiente laboral estresante u hostil, el acoso sexual en el sitio de trabajo o el desempleo.

Problemas relacionados con el ingreso económico y la vivienda

Z59.0 [V60.0] Carencia de hogar

Un paciente carece de morada fija.

Z59.1 [V60.1] Condiciones de vivienda inadecuadas

Ejemplos: falta de implementos, hacinamiento, plagas, ruido excesivo.

Z59.4 [V60.2] Falta de alimentos adecuados o agua potable

Z59.5 [V60.2] Pobreza extrema

Z59.6 [V60.2] Ingresos bajos

Z59.7 [V60.2] Asistencia social o prestaciones sociales insuficientes

Z59.9 [V60.9] Problema de vivienda o económico no especificado

Z60.2 [V60.3] Problema relacionado con la vida en solitario

Problemas legales/conductuales

Z65.0 [V62.5] Condena por proceso civil o criminal, sin encarcelamiento

Z65.1 [V62.5] Encarcelamiento u otro tipo de reclusión**Z65.2 [V62.5] Problemas relacionados con la liberación de la prisión****Z65.3 [V62.5] Problemas relacionados con otras cuestiones legales**

Algunos ejemplos incluyen ser arrestado, poner una demanda o ser demandado.

Z65.4 [V62.89] Víctima de delito**Z72.811 [V71.01] Comportamiento antisocial en el adulto**

Si la razón para solicitar atención clínica es el comportamiento antisocial que no forma parte de un patrón (y por ende no puede atribuirse al trastorno de la personalidad antisocial, al trastorno de la conducta o a un trastorno del control de impulsos) es posible usar el código para comportamiento antisocial en el adulto. Algunos ejemplos incluirían las actividades de criminales de carrera que no cursan con alguno de los trastornos que acaban de mencionarse.

Z72.810 [V71.02] Comportamiento antisocial en niño o adolescente

El comportamiento antisocial en niño o adolescente es el equivalente juvenil del código para adultos que se describe antes.

Problemas relacionados con cuestiones del cuidado de la salud

Las etiquetas de muchos de estos códigos de la categoría del cuidado de la salud son explícitas.

E66.9 [278.00] Sobrepeso u obesidad**Z64.0 [V61.7] Problemas relacionados con un embarazo no deseado****Z64.1 [V61.5] Problemas relacionados con la multiparidad****Z64.4 [V62.89] Discordia con proveedor de servicios sociales, entre otros supervisor de libertad condicional, administrador de caso o trabajador social****Z71.9 [V65.40] Otro tipo de asesoría o consulta**

Otro tipo de asesoría o consulta cubre cuestiones relativas a la asesoría, como aquélla para pérdida ponderal o cesación del tabaquismo, por ejemplo.

Z75.3 [V63.9] Falta de disponibilidad o imposibilidad para el acceso a instalaciones para atención de la salud

275.4 [V63.8] Falta de disponibilidad o imposibilidad para el acceso a otras agencias de apoyo

Los problemas en estas dos áreas podrían deberse a un seguro de salud insuficiente o a la falta de disponibilidad de un medio de transporte para acudir a los servicios de atención para la salud.

291.19 [V15.81] Falta de apego al tratamiento médico

Se utiliza el término: falta de apego a tratamiento médico, cuando el paciente requiere atención porque ha ignorado o ha hecho lo opuesto a una indicación médica en el tratamiento para el control de un trastorno mental o alguna otra afección médica. Un ejemplo sería aquél que padece esquizofrenia y requiere otra hospitalización tras rehusarse a tomar el medicamento.

291.83 [V40.31] Vagabundeo relacionado con un trastorno mental

Vagabundeo relacionado con un trastorno mental se aplica en particular en individuos con trastornos neurocognitivos mayores, que muestran una tendencia singular a salir de casa y vagar solos; las consecuencias negativas en ocasiones son materia de titulares a nivel nacional. Se codifica en primer lugar el trastorno mental, y luego se agrega el código Z/código V.

291.5 [V15.59] Antecedente personal de autolesión

Problemas relacionados con maltrato, abuso o negligencia

Los títulos de los códigos Z [o códigos V] para distintos tipos de maltrato, abuso o negligencia son explícitos. En vez de describir cada uno de ellos, se les integró en un cuadro (vea el cuadro 19-2). De igual manera, a cada uno de los códigos CIE-10 en el cuadro 19-2 se les debe anexar un sufijo XA (que hace referencia a una primera cita) o XD (que hace referencia a una cita subsecuente). Debe señalarse que algunos de estos números de código son los mismos, no obstante difiere la frase que los acompaña. No se trata de un error—o, por lo menos no es mi error—.

Aquí se presentan tres definiciones útiles:

Abuso sexual. Cualquier acto sexual (lo que incluye aquéllos que no implican contacto, como la fotografía) que tiene como finalidad la gratificación del perpetrador o de otros.

Negligencia. Acto (u omisión) que priva a un individuo en grado tal de lo necesario para cubrir sus necesidades básicas, que pudiera generar como consecuencia un daño físico o psicológico.

Maltrato psicológico. Actos verbales o simbólicos intencionales de un cuidador que pudieran dar origen a daño psicológico. Algunos ejemplos son amonestaciones, inculpación, amenaza, coerción y confinamiento físico.

Cuadro 19-2. Códigos para negligencia, maltrato y abuso

| | Abuso confirmado | Sospecha de abuso |
|--|------------------|-------------------|
| Maltrato físico infantil | T74.12 [995.54] | T76.12 [995.54] |
| Abuso sexual infantil | T74.22 [995.53] | T76.22 [995.53] |
| Negligencia infantil | T74.02 [995.52] | T76.02 [995.52] |
| Maltrato psicológico infantil | T74.32 [995.51] | T76.32 [995.51] |
| Violencia física contra cónyuge o pareja | T74.11 [995.81] | T76.11 [995.81] |
| Violencia sexual contra cónyuge o pareja | T74.21 [995.83] | T76.21 [995.83] |
| Negligencia contra cónyuge o pareja | T74.01 [995.85] | T76.01 [995.85] |
| Maltrato psicológico contra cónyuge o pareja | T74.31 [995.82] | T76.31 [995.82] |
| Maltrato físico en adulto por persona distinta al cónyuge o la pareja | T74.11 [995.81] | T76.11 [995.81] |
| Abuso sexual en adulto por persona distinta al cónyuge o la pareja | T74.21 [995.83] | T76.21 [995.83] |
| Maltrato psicológico en adulto por persona distinta al cónyuge o la pareja | T74.31 [995.82] | T76.31 [995.82] |

Por cierto, existen otros códigos que pueden aplicarse si el objetivo de la entrevista es la identificación de servicios de salud mental para la víctima o el perpetrador—códigos distintos si el perpetrador es el progenitor y si no lo es (vea el cuadro 19-3)—. Y si el paciente tiene el antecedente de abuso, maltrato o negligencia contra su persona, también existen algunos códigos específicos (vea el cuadro 19-4).

Cuadro 19-3. Códigos para la negligencia, el maltrato y el abuso cuando la cita tiene como objetivo primordial la identificación de servicios de salud mental

| Cita para servicios de salud mental para: | Víctima | Perpetrador |
|--|------------------|------------------|
| Negligencia o abuso físico/sexual/psicológico infantil ejercido por un progenitor | Z69.010 [V61.21] | Z69.011 [V61.22] |
| Negligencia o abuso físico/sexual/psicológico infantil ejercido por persona distinta al progenitor | Z69.020 [V61.21] | Z69.021 [V62.83] |
| Negligencia, violencia física/sexual o maltrato psicológico contra cónyuge/ pareja adulta | Z69.11 [V61.11] | Z69.12 [V61.12] |
| Abuso en adulto por persona distinta al cónyuge/pareja | Z69.81 [V65.49] | Z69.82 [V62.83] |

Cuadro 19-4. Códigos a utilizar en el paciente con antecedente personal de negligencia, maltrato o abuso

| | |
|---|------------------|
| Maltrato físico o abuso sexual durante la niñez | Z62.810 [V15.41] |
| Negligencia durante la niñez | Z62.812 [V15.42] |
| Maltrato físico durante la niñez | Z62.811 [V15.42] |
| Violencia física o sexual por parte del cónyuge o la pareja | Z91.410 [V15.41] |
| Negligencia por parte del cónyuge o la pareja | Z91.412 [V15.42] |
| Maltrato psicológico por parte del cónyuge o la pareja | Z91.411 [V15.42] |

Trastornos del movimiento inducidos por medicamentos

Los trastornos de movimiento inducidos por medicamentos son relevantes en los cuidados de la salud mental por dos razones:

- Pueden confundirse con trastornos mentales (como trastornos de tics, esquizofrenia o trastornos de ansiedad).
- Pueden afectar el manejo de los pacientes que reciben fármacos psicotrópicos.

G21.0 [333.92] Síndrome neuroléptico maligno

El uso de un fármaco neuroléptico puede producir en tres días rigidez muscular, fiebre y otros problemas, como sudoración, dificultad para la deglución, incontinencia y delirium.

G21.11 [332.1] Parkinsonismo inducido por neuroléptico

G21.19 [332.1] Parkinsonismo inducido por otro medicamento

Muchos de los fármacos antipsicóticos que se han desarrollado y utilizado durante los últimos 60 años (y algunos otros medicamentos también) pueden inducir el desarrollo de fascies inexpresiva, marcha parkinsoniana y temblor en cuenta monedas que se asemejan en gran medida a los que se presentan de manera natural en la enfermedad de Parkinson.

G24.01 [333.85] Discinesia tardía

Después de que un paciente ha utilizado un fármaco neuroléptico durante algunos meses o más, es posible que comiencen a observarse movimientos involuntarios de la cara, la mandíbula, la lengua o las extremidades. Una vez que se desarrollan, estos movimientos se vuelven permanentes, incluso si el neuroléptico responsable se suspende.

G24.02 [333.72] Distonía aguda inducida por medicamentos

La contracción súbita de los músculos de la cabeza, el cuello o u otras porciones del organismo pueden generar espasmos dolorosos y con frecuencia atemorizantes. Se debe al uso de fármacos neurolépticos (y de otros tipos) y es muy frecuente.

G25.1 [333.1] Temblor postural inducido por medicamentos

El uso de medicamentos como antidepresivos, litio o valproato puede inducir un temblor fino cuando la persona trata mantener una posición (p. ej. extender la mano para saludar).

G25.71 [333.99] Acatisia aguda inducida por medicamentos

Poco después de comenzar el uso de un fármaco neuroléptico (o de otro tipo) o incrementar su dosis, algunos individuos desarrollan inquietud aguda y son incapaces de permanecer sentados.

G25.79 [333.99] Otro trastorno del movimiento inducido por medicamentos

El DSM-5 sugiere que el código otro trastorno del movimiento inducido por medicamentos pudiera ser útil en individuos que presentan síntomas similares a los del síndrome neuroléptico maligno, pero después del uso de fármacos distintos a los neurolépticos.

T43.205 [995.29] Síndrome de suspensión de antidepresivos

En el transcurso de algunos días de suspender el uso de un antidepresivo, una persona puede desarrollar síntomas inespecíficos como mareo, imposibilidad para dormir, una sensación peculiar que en ocasiones se describe como “descargas eléctricas al cerebro”, náusea, sudoración y muchos otros síntomas. Su incidencia quizás sea proporcional a la dosis del antidepresivo.

T50.905 [995.20] Otros efectos adversos por uso de fármacos

Otros efectos adversos por uso de fármacos puede utilizarse cuando existen efectos indeseables distintos a los trastornos del movimiento que se convierten en un elemento importante para la atención clínica. Algunos ejemplos son la hipotensión grave que generan los neurolépticos y el priapismo que induce la trazodona.

Situaciones diversas**Z65.4 [V62.89] Víctima de terrorismo o tortura****Z65.8 [V62.89] Otro problema relacionado con las circunstancias psicosociales****Z65.9 [V62.9] Problema no especificado relacionado con circunstancias psicosociales no especificadas**

Otras condiciones que pudieran convertirse en foco de atención clínica

... pero que no son trastornos mentales.

R41.83 [V62.89] Desempeño intelectual limítrofe

Desempeño intelectual limítrofe se aplica a pacientes cuyo coeficiente intelectual (CI) y nivel de desempeño cae dentro de un rango aproximado de 71 a 84. De existir otros diagnósticos de salud mental (trastornos psicóticos o cognitivos, por ejemplo), el diagnóstico diferencial entre el desempeño intelectual limítrofe y la discapacidad intelectual leve puede ser muy difícil—en particular ahora que el DSM-5 ha dejado de definir la discapacidad intelectual a partir de la calificación del CI—.

Z60.0 [V62.89] Problema de fase de la vida

Problema de fase de la vida se utiliza en el individuo cuyo problema no deriva de un trastorno mental sino de un cambio de vida, como el matrimonio, el divorcio, un empleo nuevo, un problema por nido vacío o el retiro. Debe diferenciarse de un trastorno de adaptación.

Z60.3 [V62.4] Problema para la adaptación cultural

Problema para la adaptación cultural puede ser útil en personas cuyas dificultades se centran en un desplazamiento de una cultura a otra (es decir, migrantes e inmigrantes).

Z60.4 [V62.4] Exclusión o rechazo sociales

Ese código podría aplicarse a una víctima de *bullying*.

Z60.5 [V62.4] Blanco de discriminación negativa (percibida) o persecución

Algunos ejemplos serían la discriminación racial o la sexual.

Z65.8 [V62.89] Problema religioso o espiritual

Los pacientes que requieren valoración o tratamiento por cuestiones vinculadas con la fe religiosa (o su carencia) pueden recibir este código.

Z65.8 [V62.89] Otros problemas relacionados con las circunstancias psicosociales

Esta categoría incluyente podría abarcar la muerte o la enfermedad de un pariente, o un nuevo matrimonio de un progenitor. Es posible observar que cuenta con los mismos números de código que el problema religioso o espiritual; la vida es imperfecta.

Z65.5 [V62.22] Exposición a desastre, guerra u hostilidades de otro tipo

Z72.9 [V69.9] Problema relacionado con el estilo de vida

Algunos ejemplos son la mala higiene para el sueño y el comportamiento sexual de alto riesgo.

Z76.5 [V65.2] Simulación

La **simulación** se define como el fingimiento intencional de signos o síntomas de un trastorno físico o mental. El propósito es algún tipo de ganancia: obtener algo que se desea (dinero, drogas, resolución de seguro) o evitar algo desagradable (castigo, trabajo, servicio militar, labor como jurado). La simulación con frecuencia se confunde con el trastorno facticio (en el cual el motivo no es una ganancia externa, sino el deseo de desempeñar el papel del enfermo) y otros trastornos de síntomas somáticos y relacionados (en cuyo caso los síntomas no son generados de manera intencional).

La simulación debe sospecharse en cualquiera de las situaciones siguientes:

- El paciente tiene problemas legales o existe la posibilidad de una ganancia financiera.
- El paciente padece trastorno de la personalidad antisocial.
- El paciente refiere una historia que no coincide con la referida por los informantes o bien con otros hechos conocidos.
- El paciente no coopera para la evaluación.

La simulación es fácil de sospechar y difícil de comprobar. En ausencia de una observación definitiva (como observar que alguien coloca arena en una muestra de orina o sostiene el termómetro junto a un foco) puede ser casi imposible descubrir a una persona resuelta e inteligente que recurre a la simulación. Cuando la simulación implica síntomas que son únicamente mentales o emocionales su detección puede ser imposible. Por otra parte, las consecuencias que tiene este diagnóstico son claras: aporta un cierre, de tal manera que aleja por completo al clínico del paciente. Por ende, la recomendación es que este diagnóstico se establezca sólo en las circunstancias más claras e imperiosas.

Z91.49 [V15.49] Otros antecedentes personales de trauma psicológico

Z91.89 [V15.89] Otros factores de riesgo personales

Códigos adicionales

Por último, en esta sección se mencionan algunos códigos adicionales, útiles con fines administrativos. No se incluyen en el DSM-5, pero forman parte de la CIE-10. Se presentan aquí de cualquier manera.

Z03.89 [V71.09] Cita para observación por otras enfermedades y condiciones posibles que se sospechan

Esta designación un tanto extraña y demasiado larga (la frase que se utiliza en la CIE-9 es un poco menor—**observación por otra condición mental que se sospecha**— implica que el paciente no padece un trastorno mental mayor o trastorno de la personalidad. Por supuesto, ese no sería un caso frecuente, pero todo clínico de la salud mental en un momento u otro tiene probabilidad de encontrarse con pacientes que no padecen trastornos mentales. —Cuando se utilice deberá escribir alguno de los códigos que se indican”—.

F48.9 [300.9] Trastorno mental no psicótico no especificado

Existen una o dos situaciones en las cuales un diagnóstico de trastorno mental no psicótico no especificado pudiera resultar apropiado:

- El diagnóstico que se desea asignar no existe en el DSM-5.
- Se sabe que un paciente padece un trastorno mental, pero no se cuenta con información suficiente para indicar de qué se trata, y no existe alguna otra categoría no especificada que parezca apropiada. Una vez que se obtiene más información, debe ser posible cambiar este diagnóstico por uno más específico. Si no es posible siquiera tener seguridad de que un paciente carece de síntomas psicóticos sería necesario utilizar el código que se muestra a continuación.

F99 [799.9] Enfermedad mental no especificada (diagnóstico diferido)

Esta es una designación que rara vez se utilizaría como diagnóstico definitivo, —pero que utilizo con frecuencia tras la primera valoración—. Implica que no se cuenta con información suficiente para asegurar a qué capítulo del DSM-5 pertenece la enfermedad del paciente (en caso de saber esto, sería posible utilizar, por ejemplo, trastorno depresivo no especificado). —La mayoría de las veces se recurre a esta categoría para describir a un paciente en una nota de ingreso (caso en el que no se debe incluir algún número de código)—. El paciente puede presentar psicosis.

R69 [799.9] Enfermedad no especificada

Este código es el menos específico de todos, pero, ¿no cree usted que pudiera existir información por lo menos suficiente para saber que se trata de un proceso **mental**?

Pacientes y diagnósticos

Los médicos necesitan establecer reglas para elegir el diagnóstico correcto que le darán a sus pacientes. No siempre se dan cuenta de que utilizan reglas, pero ahí están, sin duda.

A lo largo de mi vida profesional, he invertido mucho tiempo pensando, hablando y escribiendo acerca de estas reglas—por lo general les denomino “principios”—y la forma en que deben utilizarse. En esta ocasión, sólo se señalan, de tal manera que sea posible usarlas para establecer el diagnóstico de los pacientes de salud mental en este capítulo. Es necesario que usted se interese en saber más sobre cómo entender y aplicar este aspecto importante de la práctica de la salud mental.

Principios diagnósticos en los cuidados de la salud

Al tiempo que se leen los casos clínicos que se presentan a continuación, es necesario tratar de no confundir los principios que se señalan con letras mayúsculas, con los criterios del DSM-5, que también cuentan con letras.

Integrar un diagnóstico diferencial

- A. Establezca su diagnóstico diferencial en forma jerárquica conforme a la seguridad del paciente.
- B. Los antecedentes familiares pueden orientar el diagnóstico, pero puesto que no siempre es posible confiar en esta información, los médicos deben intentar reintegrar el diagnóstico después de entrevistar a cada miembro de la familia.
- C. Los trastornos físicos y su tratamiento pueden inducir o agravar los síntomas mentales.
- D. Es necesario descartar un trastorno de síntomas somáticos (somatización) cuando los síntomas no coinciden o los tratamientos no dan resultado.
- E. El consumo de sustancias puede inducir diversos trastornos mentales.
- F. Por efecto de su distribución generalizada, potencial de daño y gran sensibilidad al tratamiento, **siempre** deben descartarse los trastornos del estado de ánimo.

Cuando las fuentes de información entran en conflicto

- G. Los antecedentes tienen más valor que el aspecto actual.
- H. Los antecedentes más recientes tienen más valor que los antecedentes de mayor antigüedad.
- I. La información de otras fuentes en ocasiones tiene más valor que la que aporta el propio paciente.
- J. Los signos tienen más valor que los síntomas.
- K. Es necesario mantenerse alerta al valorar los datos obtenidos durante una crisis.
- L. Los hallazgos objetivos tienen más valor que el juicio subjetivo.
- M. Utilizar la navaja de Occam: elegir la explicación más simple.
- N. Los caballos son más comunes que las cebras; debe darse preferencia al diagnóstico que se identifica con más frecuencia.
- O. Tener cuidado con la información contradictoria.

Resolver la incertidumbre

- P. El elemento que mejor predice el comportamiento futuro es el comportamiento previo.
- Q. A mayor el número de síntomas correspondientes a un trastorno, mayor la probabilidad de que se trate de ese diagnóstico.
- R. Las características típicas de un trastorno incrementan la probabilidad de que se trate de ese diagnóstico; cuando existen características atípicas, deben buscarse alternativas.
- S. Una respuesta típica a la terapéutica para un trastorno incrementa la probabilidad de que se trate de ese diagnóstico.
- T. Debe incluirse la frase **diagnóstico indeterminado** cuando no es posible asegurar el proceso del que se trata.
- U. Debe considerarse la posibilidad de que el paciente no deba recibir algún diagnóstico de salud mental.

Diagnósticos múltiples

- V. Cuando los síntomas no pueden explicarse de manera adecuada a partir de un solo trastorno, deben considerarse diagnósticos múltiples.
- W. Es necesario evitar los diagnósticos de trastornos de la personalidad cuando el paciente muestra un cuadro agudo de un trastorno importante de salud mental.
- X. Los diagnósticos múltiples se disponen de tal manera que se menciona primero el que resulta más urgente, tiene más sensibilidad al tratamiento o es más específico. Siempre que sea posible, los diagnósticos se listan en orden cronológico.

Casos clínicos

Con la experiencia, el análisis de la información de los antecedentes y el examen de salud mental de un paciente se vuelve cada vez más sencillo. Una vez que se han valorado alrededor de 200 pacientes, se encuentra que el proceso casi se convierte en algo natural. En el resto de este capítulo se presenta la oportunidad para probar las habilidades diagnósticas propias en distintos individuos. Algunos de ellos padecen trastornos mentales múltiples, lo que pudiera ser la norma más que la excepción. Un censo nacional realizado en la población general de adultos encontró que entre los que tenían el antecedente de por lo menos un diagnóstico, más de 60% tenía otro. Cerca de 14% de todos los estadounidenses tienen tres o más diagnósticos a lo largo de la vida.

Por cuestiones espacio, estas historias clínicas se han sintetizado en cierto grado. Otros médicos pudieran estar en desacuerdo con algunas de las conclusiones a las que se llega aquí; el propósito principal de este texto es presentar los cuadros para mostrar la vía por la que el médico razona los hechos para alcanzar un diagnóstico.

Esta es una sugerencia adicional. Las personas aprenden con más rapidez cuando participan en forma activa. Así es que, más que sólo leer los casos clínicos y los análisis, se sugiere que se intente identificar el diagnóstico de manera independiente a partir de la aplicación de los principios diagnósticos y las características esenciales mencionadas del DSM-5. Luego, se comparan las respuestas con las que se integran en este libro.

Laura Freitas

Laura Freitas, una mujer divorciada de 32 años de edad, ingresó a la unidad de salud mental afirmando lo siguiente: “Soy Dios”. Se le refirió de una clínica de atención ambulatoria y ella fue la informante principal en su caso.

Laura había tenido un primer episodio de enfermedad mental a los 19 años, después de que naciera su segundo hijo. Podía recordar poco acerca de ese periodo, excepto porque habían denominado al cuadro “psicosis posparto”, y ella había pasado algún tiempo en aislamiento por bailar desnuda en la sala común del hospital. Se había recuperado y permanecido en buen estado hasta tres años antes del ingreso, cuando, por razones que no podía recordar, comenzó a recibir carbonato de litio. Había recibido este medicamento desde entonces hasta siete u ocho días antes, en que lo había suspendido porque “Me sentía tan bien, tan poderosa, que supe que no lo necesitaba”. En los días posteriores desarrolló agitación creciente, dormía poco, hablaba mucho, y por fin sus amigos la llevaron para que recibiera tratamiento.

Laura nació en Illinois, donde su padre había sido mecánico automotriz. Ella era hija única, y con frecuencia sentía que sus padres “habría sido más felices sin tener hijos”. Ella los describía como “alcohólicos”, y señaló que había huido de casa durante la noche por lo menos en una ocasión cuando tenía 13 años de edad. Dos veces había consumido marihuana cuando era adolescente, pero negaba el uso de otras drogas, entre otras el alcohol.

A los 18 años de edad, Laura había estado casada durante un periodo breve con un vendedor de pan, con quien había procreado dos hijos. Su hija, de 13 años, vivía con su padre. Su hijo, de 14 años, era hiperactivo y en alguna época había recibido metilfenidato. Laura era una católica no practicante, quien durante los últimos dos años había trabajado en una agencia de viajes. Indicó que su salud había sido “más que perfecta”, lo que quería decir que no había padecido alergias o

problemas médicos, excepto por haber sido sometida a una amigdalectomía a los seis años y a una ligadura de trompas después del nacimiento de su hija. Sus antecedentes familiares eran positivos para alcoholismo en ambos padres y ambos abuelos. Una tía paterna de manera intermitente “se rompe en pedazos”, y desarrollaba una religiosidad excesiva, al tiempo que imaginaba distintos pecados por los que sentía una culpa exagerada.

Laura era una mujer con un poco de sobrepeso, que aparentaba la edad que indicaba tener. Se mostraba agitada, brincando fuera de su silla cada poco tiempo, para caminar hacia la puerta y regresar. Al recibir el desayuno durante cierta parte de la entrevista, de manera intencional le untó jalea de uva a los pantalones de una enfermera que pasaba. Más adelante, se acostó en el piso y agitó las piernas en el aire, en éxtasis aparente.

Laura parecía estar esforzándose por controlar su lenguaje; incluso así, saltaba de un tema a otro. Sin embargo, la velocidad a la cual hablaba se aproximaba a la normal. Su afecto sin duda mostraba exaltación y declaraba que nunca se había sentido mejor en su vida. Aceptaba que pudiera estar escuchando voces que cantaban (el entrevistador no podía escuchar música); disfrutaba cantar a modo de acompañamiento de lo que estaba escuchando. Indicaba que ella era “El Todopoderoso” y que ahora se daba cuenta de que no necesitaba medicamentos.

Laura estaba orientada en persona, lugar y tiempo. Mencionó a cinco presidentes recientes, y en forma correcta (en extremo rápida) sustrajo series de siete a los números negativos. Cuando terminó, se disculpó por haber requerido tanto tiempo para terminar la tarea de calcular los números. “Después de todo”, afirmó, “yo los creé”.

Evaluación de Laura Freitas

Existen dos áreas diagnósticas que resaltan en el caso de Laura—psicosis y alteración del estado de ánimo—. La psicosis puede resumirse así: sus ideas delirantes eran demasiado breves para corresponder a cualquiera de los diagnósticos psicóticos, excepto por el **trastorno psicótico breve** o el **trastorno psicótico inducido por sustancias**. Sin embargo, cada uno de estos pone como requisito que no exista algún trastorno del estado de ánimo que explique mejor los síntomas y eso, como se verá más adelante, no era el caso: los episodios maníacos previos de Laura le impedirían recibir el diagnóstico de algún trastorno psicótico.

Los síntomas existentes en Laura sugieren con intensidad un **episodio maníaco**. Al parecer un médico anterior había pensado algo así: había recibido un tratamiento exitoso con litio —específico para los trastornos bipolares— hasta poco antes de su ingreso. En seguida se analizan los pasos necesarios para establecer el diagnóstico de un episodio maníaco (vea la p. 116).

1. **Calidad del estado de ánimo.** El estado de ánimo exaltado se manifestaba a partir de la expresión expansiva de Laura en torno a sí misma y su afirmación de que nunca se había sentido mejor.
2. **Duración.** Sus síntomas activos habían durado por lo menos una semana. La información obtenida de otras personas (principio I) quizá habría permitido determinar el inicio de su episodio actual en una fecha por mucho anterior, quizá a partir del momento en que había comenzado a sentirse cada vez “mejor”.
3. **Síntomas.** Laura tenía por lo menos cuatro síntomas (se requieren tres) para diagnosticar un episodio maníaco. Mostraba ideas de grandeza (se denominaba Dios y afirmaba que su

salud física era “más que perfecta”). También mostraba agitación, lenguaje excesivo y disminución de la necesidad de dormir. De igual manera, puede señalarse que tenía **muchos** de los síntomas típicos de la manía (principio R).

4. **Disfunción.** Sin duda esto podía demostrarse a partir del ingreso de Laura al hospital, donde le untó jalea a una enfermera.
5. **Criterios de exclusión.** No se identifica alguno, lo que incluye el consumo de sustancias (sólo había consumido marihuana cuando era adolescente) y las afecciones médicas generales. Sin embargo, deben descartarse el hipertiroidismo y otros trastornos endocrinos mediante estudios de laboratorio de rutina en el momento del ingreso.

De esta manera, Laura cumpliría los criterios básicos para un episodio maniaco. No existe alguna afección médica general o trastorno cognitivo que pareciera ser más probable (principio diagnóstico C). Si se requiriera confirmación adicional, tenía una tía que pudiera haber padecido alguna psicosis recurrente. Ese tipo de antecedente familiar (principio B) podría sugerir con más intensidad alguna afección recurrente, como el trastorno bipolar I, que una psicosis crónica, como la esquizofrenia. Por otra parte, el principio de seguridad (A) exige que se consideren primero los trastornos más sensibles de ser tratados. Y sólo para incluirlo, vuélvase a leer el principio F.

El caso clínico no indica si Laura había padecido en alguna ocasión un episodio de depresión; con fines de codificación, eso no importa. Su episodio más reciente (activo) era maniaco, y había tenido por lo menos dos episodios previos (uno 13 años antes, otro tres años antes cuando comenzó recibir litio). La psicosis justificaría en ella la asignación de un grado de intensidad alto, con características psicóticas. Su idea delirante de que era Dios sería congruente con el estado de ánimo de la manía.

Por cierto, al volver a leer esta discusión, observe que no se menciona el diagnóstico diferencial. Los síntomas de la manía me rebasaron, y no pensé que sería de utilidad para comprender a esta paciente con un trastorno bipolar I clásico.

En Laura no se justificaría el uso de especificadores para el episodio (vea el cuadro 3-3 en el capítulo 3). El caso clínico no aporta información que sugiera que también padeciera algún trastorno de la personalidad. Su salud física era buena. No existía evidencia de que su condición de divorcio o el tratamiento de para la hiperactividad de su hijo pudieran tener algún efecto sobre el manejo de su manía, de tal manera que en ella no se aplicaría algún código Z. Se le asignó una calificación EEAG de 25 en referencia a que ella tenía una enfermedad activa muy intensa, con un comportamiento influido por ideas delirantes, no obstante no parecía encontrarse en riesgo de lesionarse o lesionar a otros. Su diagnóstico completo quedaría así:

F31.2 [296.44] Trastorno bipolar I, episodio activo maniaco, grave, con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo

Adrian Branscom

Adrian Branscom era un ejecutivo de 49 años de edad que acudió por voluntad propia con el médico de salud mental de su compañía. “Nunca pensé que estaría hablando con un loquero”, fue su primer comentario al entrar al consultorio.

Después de trabajar dos años como oficial primero en la artillería del ejército, Adrian había sido contratado por una subsidiaria de una de las grandes compañías petroleras que se especializaba en el desarrollo de campos petroleros. Brillante y lleno de energía, había escalado con rapidez los niveles administrativos intermedios y estaba en espera de una vicepresidencia cuando golpeó la recesión. Aunque la parte que le tocó tras la reestructuración no fue una vicepresidencia e incluyó un recorte salarial de 10%, Adrian se sintió afortunado por conservar su trabajo. La perspectiva de su esposa era menos optimista.

Yoshiko era una esposa de servicio japonesa. Se había casado durante una licencia ultracorta de dos semanas en que había estado en Tokio, en el cuarto viaje de trabajo de Adrian a Asia. Durante los últimos 20 años, desde los nacimientos de su hija y su hijo, ella había permanecido en casa con sus vástagos.

“Ella querría haberse quedado en casa en Japón”, comentó Adrian con amargura. Casi desde su boda, Yoshiko lo había acusado de alejarla de su gente, de manera que pudiera “botarla”. Durante todos los años que habían vivido juntos, ella nunca había hecho amigos. Pasaba la mayor parte de su tiempo libre coleccionando artefactos japoneses de porcelana. Ahora estaba muy resentida por la asignación de su esposo a un puesto de menor jerarquía y la pérdida de su ingreso.

“No nos hemos llevado bien por años”, dijo Adrian, “pero durante los últimos hemos tenido un problema tras otro. Ella dice que si yo fuera un hombre de verdad, la proveería mejor”.

En muchas ocasiones, Adrian le había dicho a Yoshiko que pensaba que tenían que hablar sobre sus problemas. Su respuesta usual era: “¡Entonces discútelo!” Cuando él trataba de darle su punto de vista, ella escuchaba media oración; luego “Siempre empieza a hablar al mismo tiempo que yo. Después de comenzar seis o siete oraciones suelo darme por vencido”. Cada sugerencia de Adrian para buscar asesoría marital daba origen a un torrente de ataques de Yoshiko y la exigencia de un divorcio. Cuando él trataba de hablar acerca del divorcio, ella lloraba y decía que él estaba tratando de deshacerse de ella y de que todos estarían mejor si ella se suicidara. Estas amenazas le hacían sentirse culpable, y se habían intensificado en el último mes o un tiempo similar.

Si bien Adrian, por lo general era un “tipo feliz y afortunado”, casi todo el tiempo durante las últimas seis semanas se había sentido deprimido y ansioso. Su apetito y su energía no se habían modificado, pero tenía dificultad para dormir casi todas las noches; a menudo despertaba con palpitations y la sensación de que estaba a punto de ahogarse. Su concentración en el trabajo y su confianza personal se habían derrumbado. Cada vez más, en el transcurso de la semana previa, se había encontrado pensando acerca de la muerte y de la pistola que tenía en algún sitio en el ático. Asustado, por fin había decidido pedir ayuda.

Adrian nació en la zona oeste central de Texas, donde su padre daba clases en la escuela y hacía algunas labores en la granja. Era el más joven de tres hijos, todos habían logrado ir a la universidad y tener éxito en algún negocio o profesión. “No fue sino hasta que salí de la universidad que me di cuenta de lo muy pobres que eran mis padres”, dijo. “Supongo que parecíamos estar bien porque todos éramos felices”.

Los antecedentes familiares eran negativos para consumo de sustancias o trastornos mentales. Adrian nunca había consumido drogas o alcohol, y nunca había tenido estados de ánimo en extremo exaltados o irritables. Pasaba la mayor parte de su tiempo en el trabajo y tenía muy pocos amigos; nunca se había alejado de la cama marital (“camas gemelas”, según indicó). En casa, disfrutaba coleccionar rocas y salir a caminar con su hijo.

Adrian era un hombre que vestía de manera conservadora, con un poco de sobrepeso, que aparentaba la edad que indicaba tener. Se mantuvo sentado en silencio en la silla del consultorio durante la entrevista. Una o dos veces estiró la mano para tomar un pañuelo nuevo para secarse los ojos. Su lenguaje era claro, coherente, relevante y espontáneo. Su estado de ánimo era apropiado para el contenido de su pensamiento, y mostraba labilidad normal. Negaba haber tenido alucinaciones o ideas delirantes. Indicaba que le gustaba “arreglar” cosas—que sentía que era su trabajo hacer que las cosas funcionaran para todos—. Logró una calificación perfecta en el MMSE. Su introspección y juicio parecían íntegros. “Creo que estaríamos todos mejor si viviéramos separado”, concluyó. “Esto es algo que creo que no puedo arreglar”.

Evaluación de Adrian Branscom

Una lectura rápida de la historia clínica de Adrian sugiere tres áreas diagnósticas potenciales: trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad y problemas de adaptación. Para considerar primero un trastorno de adaptación, sería fácil suponer que las dificultades de Adrian podrían depender por completo de sus dificultades maritales. Después de todo, carecía de antecedentes de algún trastorno mental, y tenía un matrimonio en extremo problemático. Sin embargo, contaba con síntomas suficientes para justificar un trastorno del estado de ánimo (vea más adelante), y los criterios para el trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido ponen como requisito que no se cumplan los criterios de algún otro trastorno mental.

A partir de la información con la que se cuenta, su estructura de carácter, no obstante quizá un poco inocente, no revelaba algún tipo de dificultad interpersonal que pudiera esperarse en algún trastorno de la personalidad. Sin embargo, en una entrevista posterior, el médico tendría que obtener información a partir de informantes (principio I); el caso clínico sólo presenta la interpretación que da Adrian a su conflicto matrimonial.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, Adrian presentaba cuadros de despertar con palpitaciones y disnea, y se había estado sintiendo ansioso gran parte de las últimas semanas. Estos síntomas no eran suficientes para justificar en él un **ataque de pánico** —que puede presentarse durante el sueño—; por ende, no se establecería el diagnóstico de trastorno de pánico. Ninguno de sus síntomas sugería alguna **fobia específica, trastorno de ansiedad social, agorafobia o trastorno obsesivo-compulsivo**. Si bien era un veterano de guerra, resultaba evidente que no había estado expuesto a eventos en extremo traumáticos (como sería el caso en el **trastorno de estrés postraumático**). El **trastorno de ansiedad generalizada** pone como requisito una evolución de seis meses y un número mayor de síntomas. Si bien Adrian presentaba sobrepeso, la obesidad no guarda alguna relación conocida con los síntomas de ansiedad; tendría que mencionarse, sin embargo, en su resumen diagnóstico.

Por último, Adrian mostraba algunos síntomas del estado de ánimo bien definidos, y cuando se escucha el ruido de cascos en la calle, debe pensarse en caballos y no en cebras (principio N). Estos síntomas incluían sentirse deprimido todo el tiempo, tener insomnio, mostrar problemas para la concentración, sentimientos de culpa y una inquietud creciente en torno al suicidio —el DSM-5 no reconoce a la disminución de la confianza personal y el llanto como síntomas depresivos que justifiquen el diagnóstico—. Sus síntomas habían estado presentes de manera constante durante más de un mes y le estaban generando problemas en su empleo. No aplicaba alguno de los criterios de exclusión (condición médica general o consumo de sustancias), de tal manera que cumpliría los criterios de un episodio depresivo mayor y un episodio único de **trastorno depresivo mayor**. No

se aplicaría alguno de los especificadores de evolución o del episodio (vea el capítulo 3, cuadro 3-3). Contaba sólo con el número mínimo de síntomas, pero uno de ellos (ideas suicidas) era grave, de tal manera que su médico consideró que esto justifica una calificación de gravedad por lo menos moderada. Sus síntomas moderados le permitirían recibir una calificación EEAG de 60. Si bien Adrian tenía algunas ideas en torno al suicidio, no tenía planes y no parecía encontrarse en un riesgo inmediato grave. Su diagnóstico completo sería el siguiente:

| | |
|----------------|---|
| F32.1 [296.22] | Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado |
| E66.9 [278.00] | Obesidad |
| Z63.0 [V61.10] | Discordia marital |

¿Y qué hay de Yoshiko? Sin duda ella merece algún tipo de diagnóstico. Un trastorno de la personalidad, pudiera pensarse.

Por supuesto, las características personales de Yoshiko suenan alarmantes, quizá lo suficiente para recibir algún tipo de diagnóstico de salud mental. Sólo que hay dos problemas: no se cuenta con información suficiente y ella no es una paciente. No se le ha entrevistado. Lo único que se tiene es la información obtenida a partir de Adrian, que bien pudiera ser un observador muy preciso; sin embargo, no carece de interés, y en realidad se tendría que contar con su visión de la historia para establecer en ella algún diagnóstico. Ese no es uno de los principios diagnósticos, pero es uno que todo médico debe seguir, de manera independiente a ello.

Reggie Ansnes

Cuando tenía 35 años de edad, Reggie Ansnes ingresó a un hospital de salud mental a 3000 millas de su hogar. La nota de ingreso refería que estaba agitado, tenía algunas ideas de grandeza y ni siquiera sabía en qué ciudad estaba. Aunque hablaba mucho, nada de lo que decía tenía mucho sentido. “Tengo esquizofrenia”, fue una de sus afirmaciones no ambiguas.

“Debe ser su esquizofrenia”, dijo Faye, su esposa, por vía telefónica al médico que lo ingresó. “Me dijo que la había padecido alguna vez. Sólo hemos estado casados durante tres años”.

Cinco años antes, Reggie había ingresado por psicosis a un hospital de salud mental en Boston. Faye pensaba que él había creído que era el hijo de Jesús, pero no sabía nada más acerca de sus manifestaciones. El médico le había dicho que padecía esquizofrenia paranoide. Había recibido tratamiento con clorpromazina; Faye lo sabía porque él todavía la tomaba cuando comenzaron a salir.

Durante cerca de dos años después de su ingreso, Reggie había estado deprimido. Solía referir dificultad para concentrarse en el trabajo, y Faye pensaba que no demasiado tiempo después de haber egresado del hospital había tenido ideas suicidas. Sin embargo, la depresión había remitido de manera gradual y le había dejado problemas leves del apetito y el sueño. Incluso éstos se habían resuelto para el momento de su matrimonio, y él había estado bien desde entonces. Ahora habían transcurrido varios años desde que había tomado medicamentos por última vez.

Desde varios días antes de su reciente viaje de negocios, Reggie se había mostrado inusualmente alegre. Hablaba mucho, parecía tener más energía y se levantaba temprano para terminar el trabajo que no podría hacer mientras estaba lejos.

Faye indicó que su esposo tenía buena salud física, excepto por una “enfermedad tiroidea leve”, para la cual tomaba una dosis baja de fármacos tiroideos. Pensaba que la habían revisado la última vez que había acudido al médico, tres meses antes. Hasta donde ella sabía, él no bebía alcohol ni utilizaba drogas.

Durante las primeras 24 h en el hospital, Reggie se mostró en extremo hiperactivo y no durmió. Su estado de ánimo mostraba gran exaltación y hablaba tan rápido que con frecuencia no podía entenderse. Las afirmaciones que podían comprenderse incluían “Soy el hijo de Dios”, y daba algunas ideas para mejorar el funcionamiento del hospital. Prestaba poca atención a cualquier tarea que se le asignara, de tal manera que no pudo completar el MMSE.

Evaluación de Reggie Ansnes

La enfermedad tiroidea es una afección médica general que puede inducir síntomas del estado de ánimo; sin embargo, el médico de Reggie había valorado en fecha reciente la condición de su tiroides, y ésta nunca le había generado síntomas que se asemejaron a su condición actual. La revaloración de las pruebas tiroidea sería una alternativa razonable, en cualquier caso — **me** estoy cansando de escribir “principio C”—.

En cuanto al consumo de sustancias, la información de Faye estaría en contra de un **trastorno psicótico inducido por sustancias**, con inicio durante la abstinencia. Sin embargo, un perfil hemático para detección de sustancias tóxicas permitiría descartar cualquier posibilidad de una psicosis de este tipo con inicio durante la intoxicación (como la intoxicación por fenilciclidina). Con los antecedentes disponibles, esto parecería muy improbable. Resulta mucho más usual que los pacientes consuman alcohol para atenuar la sensación desagradable y de falta de control que generan la manía y otra psicosis.

Un **trastorno del estado de ánimo** parecería un candidato mucho más sólido. Cinco años antes, Reggie había tenido ideas delirantes de grandeza; más adelante, había estado deprimido durante meses o años. Después de un periodo de dos años de completa normalidad aparente, de nuevo había desarrollado psicosis, con exaltación del estado de ánimo, hiperactividad, insomnio (disminución de la necesidad de dormir) y tendencia a la distracción. Si se asume que las pruebas de función tiroidea y el perfil tóxico son normales, su cuadro coincidiría del todo con las características esenciales de un episodio maníaco (p. 116), y por ende con un **trastorno bipolar I**, episodio activo maníaco (p. 129). Si se desea, es posible verificar estos criterios en el DSM-5—es tedioso, pero resulta un gran ejercicio—.

Los antecedentes de **esquizofrenia** parecerían corresponder a un diagnóstico integrado con premura en este paciente sin duda psicótico. Si la enfermedad previa de Reggie en realidad hubiera sido una esquizofrenia, se habría mantenido en remisión completa hasta el episodio actual. Esto sería muy inusual, y con síntomas del estado de ánimo tan prominentes entonces y ahora, este nuevo cuadro obligaría a repensar con seriedad el diagnóstico (principio H). Por otra parte, de manera independiente al grado de psicosis que pudiera parecer tener Reggie en un momento determinado, su antecedente de enfermedad episódica con recuperación virtualmente completa obliga (principio G) a establecer el diagnóstico de trastorno bipolar I. Un aparente trastorno del estado de ánimo ahora y esquizofrenia años antes también violaría la regla de la parsimonia (principio M), por no mencionar los criterios básicos para la esquizofrenia.

Los síntomas maníacos actuales de Reggie eran discapacitantes; el único nivel apropiado para aplicarle sería grave. Sus características psicóticas eran del todo congruentes con los temas de la manía—el pensamiento de que era el hijo de Dios—que determinan los números de código que se asignan más adelante. Los otros especificadores posibles (capítulo 3, cuadro 3-3) no aplican. Su diagnóstico previo de esquizofrenia sería un error, y tendría que eliminarse de su expediente (en lo posible). En el momento del ingreso, su calificación EEAG era de 30; en el momento del egreso, su calificación EEAG habría recuperado un valor de 90.

| | |
|----------------|---|
| F31.2 [296.44] | Trastorno bipolar I, episodio activo maníaco, grave con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo |
| E03.9 [244.9] | Hipotiroidismo adquirido |

James Chatterton

Cuando James Chatterton tenía 18 años de edad, se cortó la muñeca con el cristal de una ventana que acababa de romper; esto justificó su primer ingreso a un hospital de salud mental. La tía de James fue la informante principal en esta ocasión. “Él siempre ha parecido un poco frío. Un poco como su prima, mi Betty”, dijo.

James había sido poco convencional, incluso cuando era pequeño. Le preocupaba tan poco lo que pensaban otras personas en cuarto año de primaria, que cuando llamó a la maestra “nalgas de cartilago” ni siquiera se dio cuenta de la risa contenida de los otros niños. “No creo que tuviera un solo amigo en la escuela”, dijo su tía. “Nunca sonreía, nunca se enojaba—ni siquiera cuando decía que pensaba que los otros niños hablaban de él—. Eso lo decía mucho, según recuerdo”. Incluso cuando era mayor, nunca mostró el menor interés en las niñas o curiosidad en torno al sexo.

Cuando él tenía 14 años, su madre murió de pronto. Su padre, que trabajaba en otro estado, no tenía tiempo para cuidar del niño, de manera que lo envió a vivir con su tía. Sin amigos con quienes hablar, él tenía suficiente tiempo para estudiar y tuvo buenos resultados durante los primeros dos o tres años de la secundaria. Le encantaba la ciencia. Mucho tiempo después de que los niños dejaran de hacerlo, él seguía utilizando su juego de química, que había recibido en la Navidad cuando tenía nueve años de edad. Un día, cerca de la primavera de su último año de preparatoria, cuando su prima Betty estaba en casa con sus “cosas de cada mes”, se levantó la falda y le ofreció a James que la tocara. “Él vino y me lo contó de inmediato”, dijo su tía. “Él me dijo que se había sentido asqueado”. Al día siguiente, la familia completa se sintió aliviada cuando Betty fue rehospitalizada por esquizofrenia.

Durante los meses siguientes, James pareció tener un deterioro. Cuando sus calificaciones bajaron y su tía le preguntó la razón, sólo levantó los hombros. No mostraba interés en ir a la universidad o conseguir un trabajo. Pasaba la mayor parte de su tiempo libre leyendo textos de química y haciendo notas en los márgenes. En ocasiones, cuando su tía despertaba en la madrugada, creía escucharlo caminando en su habitación. Varias veces pareció estar riéndose solo. Comenzó a dormir hasta tarde, muchas veces hasta después del mediodía; de manera gradual dejó de ir a la escuela.

Ese verano Betty regresó del hospital, muy mejorada con sus fármacos neurolépticos. En el transcurso de una semana le dijo a su madre que James le había advertido que no tomara el

medicamento. Era parte de una conspiración de los mormones, le había dicho, para volverla estéril. En varias ocasiones durante los siguientes dos meses, él la aleccionaba sobre los extraterrestres.

James había dejado de comer en buena medida y había perdido por lo menos 10 kg. La pérdida de peso y las alteraciones del sueño le hacían verse demacrado y de más edad. Justo antes del día de Acción de Gracias rompió la ventana y se cortó, y por fin, ingresó al mismo hospital en que Betty había sido paciente.

Excepto por su falta de amigos y su separación de sus padres, la fase inicial de la vida de James carecía de aspectos relevantes. Había experimentado algunas veces con la marihuana, pero nunca había utilizado otras drogas ilegales o alcohol. Fumaba cerca de una cajetilla de cigarrillos por día. Su único problema médico había sido una cirugía por hernia umbilical cuando tenía cinco años. Además de su prima, tenía antecedentes familiares positivos para alcoholismo en su abuelo paterno, e hipertiroidismo tanto en su padre como en un tío. Su madre había sido “nerviosa”.

James era delgado, su tez se veía amarillenta y parecía varios años mayor a su edad real. Iba vestido con unos pantalones de mezclilla cortados y raídos, y una camiseta. Sus tenis no tenían agujetas, así es que entró arrastrando los pies con lentitud a la sala de entrevistas, con la cabeza gacha, mirando el suelo. Si bien su expresión facial casi siempre era vacua, en ocasiones reía y giraba la cabeza hacia un lado, como si escuchara algo. Al inicio negó que estuviera oyendo voces, pero más adelante aceptó con un segundo entrevistador que la voz de una mujer le decía continuamente que se masturbara. Negaba tener ideas delirantes, entre otras de grandeza y persecución. Al interrogar de manera directa en torno a la conspiración de los mormones para esterilizar a su prima, dijo que no tenía autorización para discutirlo.

James indicaba que no estaba deprimido ni tenía ideas suicidas; había roto la ventana y se había lacerado el brazo porque estaba “molesto”. Tuvo una calificación de 28 de 30 en el MMSE —se equivocó por dos días en la fecha y no pudo indicar el nombre del hospital—. Aunque aceptaba que necesitaba atención médica por su brazo, carecía de introspección en torno a su trastorno mental.

Evaluación de James Chatterton

James tenía síntomas en tres áreas de interés clínico: pensamiento psicótico, síntomas somáticos, y problemas sociales y de la personalidad. Los síntomas somáticos (entre los que se encuentran pérdida del apetito y pérdida ponderal) y el antecedente familiar de hipertiroidismo, tendrían que descartar una afección médica general como una causa potencial de la psicosis (principio C). En el momento del ingreso se le realizaría una exploración física completa y se solicitarían pruebas de laboratorio relevantes, entre las que se incluirían pruebas de función tiroidea. Para los fines de esta discusión, se asume que no existe alguna enfermedad tiroidea.

La discusión acerca del pensamiento psicótico de James sigue la descripción que se incluye en la sección del capítulo 2 titulada “Diferenciación de la esquizofrenia y otros trastornos” (p. 60). En primer lugar, debe considerarse el alcance de los síntomas: ¿tenía James síntomas suficientes para satisfacer el criterio A para la **esquizofrenia**? Sus síntomas psicóticos activos incluían ideas delirantes de persecución (el complot mormón, los extraterrestres) y la alucinación de la voz de la mujer que le daba órdenes. Estos dos síntomas por sí mismos serían suficientes para satisfacer el criterio A, no obstante él presentaba también síntomas negativos de pérdida de la voluntad (sus calificaciones habían declinado y no mostraba interés en el trabajo o la universidad). Si bien su

comportamiento sugería lo contrario, James al principio negaba oír voces. Esto demuestra el valor del principio J (los signos tienen más valor que los síntomas), lo que se confirmó más adelante con otro entrevistador, cuando aceptó tener alucinaciones auditivas. Reír solo (quizá en respuesta a algo chistoso dicho por las voces alucinadas) y tener una pariente con esquizofrenia (principio B) también sugieren con intensidad un diagnóstico de esquizofrenia.

La evolución de un trastorno psicótico es en extremo importante para determinar el diagnóstico. El trastorno de James inició en forma gradual, sin factores precipitantes y evolucionó sin remisión o recuperación. Eso no constituye un criterio, pero sin duda suena como la esquizofrenia. Aquí está el criterio —criterio C del DSM-5 para la esquizofrenia—: había estado enfermo durante más de seis meses (desde cerca de abril hasta noviembre), incluyendo el periodo prodrómico en que comenzó a retraerse y mostrar abulia. La personalidad premórbida se analiza más adelante. Las consecuencias tenían también gravedad suficiente para justificar el diagnóstico de esquizofrenia: interferían en grado intenso con la vida social de James y con su capacidad para acudir a la escuela (principio B). Con sus síntomas maníacos típicos de esquizofrenia, existe una convicción cada vez mayor de que ese debe ser el diagnóstico (principio Q).

El resto del trabajo en torno a los criterios de la esquizofrenia consiste en descartar otros diagnósticos. La posibilidad de **otra afección médica** que genere síntomas psicóticos ya se analizó y, para los fines de esta discusión, se descartó (criterio E del DSM-5 para la esquizofrenia). James había probado la marihuana algunas veces, pero no había consumido otras **sustancias** en cantidad suficiente para explicar su deterioro marcado (también criterio E). Estuvo a dos puntos de alcanzar una calificación perfecta en el MMSE, por mucho por encima del valor para un **trastorno cognitivo**. Si bien James había perdido peso, dormía mal y se había cortado la muñeca con un cristal, cuando ingresó al hospital no podía explicar la razón por la cual se había producido la herida. Por otra parte, no sólo negaba sentirse deprimido; su afecto era en ocasiones inapropiado. Por ende, se descartan los **trastornos del estado de ánimo**, no obstante, por cuestiones de seguridad, casi siempre aparecen al final de mi lista de diagnósticos diferenciales (principio A).

Por último, deben descartarse los **problemas sociales y de la personalidad**. De acuerdo con su tía, desde que era un niño pequeño, James había sido identificado por otros como “distinto”. Mostraba distanciamiento emocional (criterio A1 para el trastorno de la personalidad esquizoide), no se mostraba interesado por lo que otros pensaban (A6), carecía de amigos cercanos (A5), mostraba pocas expresiones de emoción (A7) y prefería las actividades solitarias (A2). Sólo se cuenta con la perspectiva de su tía respecto de su carencia de interés en el sexo, pero cuenta con un síntoma adicional a los cuatro que existen como requisito para un **trastorno de la personalidad esquizoide**. También tenía algunas ideas de referencia (los otros niños pudieran estar hablando acerca de él)—un síntoma del **trastorno de la personalidad esquizotípico**—, no obstante su tía no refería otras ideas extrañas, o bien lenguaje o comportamientos peculiares; James por lo general se mostraba distante que peculiar. La ausencia de otros síntomas de sospecha también permitiría descartar un **trastorno de la personalidad paranoide**.

En el *DSM-IV Made Easy* se analiza el subtipo de esquizofrenia de James. Con ideas delirantes, alucinaciones y un afecto tanto aplanado como inapropiado (risitas) en ocasiones, la única conclusión a la que se pudo llegar fue que su esquizofrenia era del tipo indiferenciado. Sin embargo, a la vista de los criterios del DSM-5 ese ejercicio se ha vuelto discutible, no obstante sigue siendo interesante. Todavía no había estado enfermo con síntomas de fase activa durante un año, de manera que no recibiría un especificador de evolución. Ya se señaló su trastorno de la

personalidad, al cual se agregaría el calificador (**premórbido**), puesto que había estado presente durante mucho tiempo antes de que comenzara su esquizofrenia.

También tenía un problema importante del sueño, pero, ¿tendría que recibir un diagnóstico independiente? Cumplía la mayor parte de los criterios para el insomnio relacionado con la esquizofrenia, pero no era la problemática predominante ni un centro de atención importante para el tratamiento. El insomnio persistente de este tipo suele resolverse una vez que la psicosis subyacente se maneja con éxito, de tal manera que no es posible decir que merezca una valoración independiente. Con una calificación EEAG de 20, el diagnóstico completo de James sería el siguiente:

F20.9 [295.90] Esquizofrenia
 F60.1 [301.20] Trastorno de la personalidad esquizoide (premórbido)
 S61.519A [881.02] Laceración de la muñeca

Es posible que se haya notado que al inicio de la evaluación de James se mencionó “áreas de interés clínico”. ¿A qué se refiere esto?

Hace muchos años, —pensé que dividir todos los síntomas que pueden encontrarse en los pacientes podría resultar de utilidad con fines de explicación—. Terminé integrando siete grupos, tres de los cuales son **pensamiento psicótico, síntomas somáticos y problemas sociales y de la personalidad**. El resto son los siguientes: **síntomas del estado de ánimo, síntomas de ansiedad, problemas cognitivos y consumo de sustancias**. —He escrito mucho más sobre ellos en mi libro *The First Interview*, que ahora se encuentra en su cuarta edición (The Guilford Press, 2014) —.

Gail Downey

“¡Vamos, corte!”, decía Gail Downey mientras estaba acostada en su cama del hospital, mirando al techo. Su cabello estaba bien lavado y cepillado, pero su expresión era rígida. “Quiero una lobotomía. Firmaré los papeles. Ya no puedo soportar esto”.

Gail era una mujer divorciada atractiva, de 34 años de edad, y con tres hijos. Durante cinco años había sufrido depresión, pero no manías o hipomanías. Su tratamiento había estado marcado por intentos frecuentes de suicidio y hospitalizaciones. En su episodio actual, que había durado casi cinco semanas, se sentía muy deprimida casi todo el día. Refería que permanecía despierta todas las noches hasta horas avanzadas; carecía de ánimo, interés o apetito. Con frecuencia lloraba y se encontraba tan distraída por su torbellino emocional que su jefe la había dejado irse con renuencia.

A Gail se le habían prescrito por lo menos seis antidepresivos, con frecuencia en combinación. La mayor parte parecían ayudar al inicio para la depresión, que por lo menos mejoraban en grado suficiente su estado de ánimo para poder regresar a casa. Tuvo una respuesta favorable a cada uno de los ciclos de terapia electroconvulsiva. Después de pocos meses de cada tratamiento recaía y regresaba al hospital, muchas veces con una serie nueva de puntadas en la muñeca. En un descuido breve durante la hospitalización actual, había deglutido una dosis casi letal de hidrato de cloral.

Después de que los padres de Gail se divorciaron cuando tenía nueve años de edad, fue criada por su madre. Desde los 13 años, Gail fue arrestada en tres o cuatro ocasiones por llevarse objetos pequeños, como una pantaleta o un lápiz labial, de alguna tienda departamental. Cada uno de estos incidentes se había presentado cuando ella estaba bajo estrés, por lo general, porque algo iba mal en un empleo o una relación interpersonal. Antes de robarse los objetos sentía mucha presión que iba en aumento y sentía una alegría casi explosiva cada vez que salía de la tienda con su trofeo en la bolsa de su abrigo. Sin embargo, cada que la descubrían la liberaban, para llevarla con su madre, una vez tuvo que pagar una fianza. El episodio más reciente se había presentado justo antes de esta hospitalización. En esta ocasión, los cargos se habían retirado debido a sus intentos de suicidio.

Los antecedentes médicos de Gail formaban todo un catálogo sintomático. Incluían retención urinaria, sensación de opresión en la garganta que parecía asfixiarla, dolores torácicos, cólico premenstrual intenso, episodios de vómito, diarrea crónica, palpitaciones, cefalea migrañosa—un neurólogo decía que “no era típica”—, e incluso un episodio de ceguera (a partir del cual ella se había recuperado sin tratamiento). En la época del divorcio, el esposo de Gail había indicado que ella era “frígida”, y con frecuencia refería dolor durante el coito. Comenzó a recibir medicamentos en la adolescencia y había visitado médicos por más de 30 síntomas distintos. Los médicos nunca encontraron algún problema físico grave; le prescribían tranquilizantes o la referían con una serie de psiquiatras.

Después de varios años, Gail tuvo que dejar su departamento y su esposo había obtenido la custodia de sus tres hijos. La única persona que no era médico y con la que ella hablaba era su madre. Ahora ella estaba exigiendo una cirugía que cortara de manera permanente algunas de las conexiones de su cerebro.

Evaluación de Gail Downey

Gail tenía síntomas más que suficientes (estado de ánimo deprimido, anhedonia, insomnio, anorexia, ideas suicidas, pérdida de la energía, dificultad para pensar) para justificar en ella un diagnóstico de episodio depresivo mayor para su cuadro actual. Cualquier paciente que se presente por depresión grave debe ser valorado para descartar un trastorno depresivo mayor (principio F), que tiene potencial de poner en riesgo la vida y con frecuencia responde con rapidez a la terapia apropiada.

Gail tenía el antecedente de episodios numerosos de depresión, pero carecía de manías o hipomanías, así como de síntomas psicóticos; también en apariencia se había recuperado durante por lo menos dos meses entre cada episodio. Así, en ella podría justificarse un diagnóstico de trastorno depresivo mayor recurrente. Los intentos suicidas persistentes lo señalarían como grave, sin características psicóticas. El cuadro clínico no aporta información suficiente para respaldar otros especificadores. Sin embargo, el hecho de que la depresión de Gail hubiera sido tratada con tanta frecuencia y de manera tan poco exitosa constituye un problema. La respuesta al tratamiento típico de un trastorno es un punto a favor del mismo (principio S), pero, ¿es posible decir lo contrario? No existe algún principio diagnóstico en ese sentido, pero quizá debería existir: “la falta de respuesta repetida al tratamiento típico debe obligar a descartar algún otro trastorno”.

Sin embargo, desde su adolescencia Gail también tuvo distintos síntomas somáticos, por lo menos algunos de los cuales (como la migraña) eran atípicos, de manera que es necesario considerar un **trastorno de síntomas somáticos** (principio D), se evaluarán de dos formas: en primer lugar, a partir de la descripción oficial del DSM-5, y luego, con los lineamientos antiguos del DSM-IV para el trastorno de somatización. Ella se ajustaría de manera apropiada a la primera: por lo menos un síntoma somático que genera tensión intensa y altera la vida en forma importante. Se había mantenido sintomática durante mucho más que los seis meses requeridos y había experimentado un grado intenso de ansiedad como consecuencia de sus síntomas.

Por supuesto, también cumpliría los criterios del DSM-IV para el trastorno de somatización, mucho más valiosos para la identificación de la patología existente. Estos síntomas mostraban una distribución apropiada para justificar el diagnóstico. Entre los **trastornos médicos** y **neurológicos** que deben descartarse se encuentran la esclerosis múltiple, los tumores de la médula espinal, las enfermedades cardíacas y pulmonares. El hecho de que ella hubiera recibido tratamiento sin éxito de muchos médicos reduce la probabilidad de que en vez de esto tuviera distintas afecciones médicas (principio C). El caso clínico no aporta evidencia de que Gail fingiera en forma conciente sus síntomas para lograr una ganancia (**simulación**) o por motivos menos concretos (**trastorno facticio**).

No se requiere algún diagnóstico adicional para la anorexia de Gail (principio M); cualquier problema para el mantenimiento del peso corporal no derivaba de la renuencia a ingerir alimentos, sino de su falta de apetito. Su insomnio podría recibir un diagnóstico independiente (**trastorno de insomnio con trastorno mental del sueño no REM comórbido**) si tuviera intensidad suficiente para justificar una valoración clínica independiente; ese no era el caso. De manera similar, su **disfunción sexual** no podría codificarse por separado—incluso, si el caso clínico diera datos específicos suficientes en torno a su naturaleza precisa—, debido a que puede explicarse con facilidad como un síntoma que forma parte del trastorno de síntomas somáticos. Y ella no cursaba con abuso de sustancias, de tal manera que se trata de otro elemento que puede eliminarse de la lista.

Por último, los antecedentes de Gail revelaban un patrón repetido de robo en tiendas (vea **cleptomanía**, p. 390), que se caracterizaba por tensión y liberación. Estas características no pueden explicarse con base en la ira o la venganza, o a partir de algún otro trastorno mental. De esta manera debe asignársele un diagnóstico de cleptomanía (principio V).

De esta forma, Gail contaba con tres diagnósticos mentales codificables. ¿En qué orden deben mencionarse? Su trastorno depresivo mayor tenía gravedad suficiente como para haber constituido el eje central del tratamiento durante por lo menos cinco años; al inicio del tratamiento, esa estrategia quizá habría sido válida (principio X). Sin embargo, ahora ese mismo principio X sugiere algo distinto: si se convierte al trastorno de somatización—puede denominársele trastorno de síntomas somáticos en reconocimiento al DSM-5—en el punto central de su atención, sugerirá un abordaje común para atender varios de sus problemas. Si bien en los criterios del trastorno de síntomas somáticos no se especifica la gravedad, el médico de Gail, quien deseaba indicar la gravedad que había tenido su enfermedad, recurrió a la “prerrogativa del médico” y calificó su enfermedad como grave.

El caso clínico aporta información escasa acerca de su personalidad; se necesita agregar una nota en su resumen diagnóstico que indique la necesidad de una exploración más detallada. Además, es mejor evitar establecer un diagnóstico de trastorno de la personalidad en tanto la de-

presión y otras cuestiones son tan agudas (principio W). Si se consideran todos sus antecedentes recientes, se le asignaría una calificación EEAG baja de 40.

| | |
|----------------|--|
| F45.1 [300.82] | Trastorno de síntomas somáticos, grave |
| F33.2 [296.33] | Trastorno depresivo mayor, recurrente, grave, sin características psicóticas |
| F63.2 [312.32] | Cleptomanía |
| Z56.9 [V62.29] | Desempleada |
| Z65.3 [V62.5] | Pérdida de la custodia de los hijos |
| Z59.0 [V60.0] | Desalojada |

Reena Walters

Reena Walters se sentía muy contenta al contar su historia al grupo de estudiantes. En los cuatro días que había estado hospitalizada—en esta ocasión—, permaneció casi siempre sentada, esperando que se le hicieran muchas pruebas.

“Temo que sea un aneurisma”, le dijo al grupo con una sonrisa irónica. “Tuve una convulsión el día de Navidad, justo cuando estábamos por cortar el pavo, y en vez de eso terminé aquí. Soy pediatra, y tengo muchas cosas mejores que hacer”.

“Pero, ¿cómo llegó usted aquí, a la unidad de aislamiento?”, preguntó el estudiante que la entrevistaba.

Reena se acomodó en su silla. “Es el único servicio del hospital que no tiene televisión en las habitaciones”. El estudiante pareció perplejo. “Temen que mis convulsiones se exacerben por el centelleo de la televisión”, explicó con paciencia. “Estás familiarizado con el fenómeno de las convulsiones inducidas, ¿verdad? Bien. Al pasar de los años tuve un par de pacientes pequeños con el mismo problema. Nunca pensé que algún día yo sería la afectada”. Estaba bien controlada en el momento, con un medicamento—el nombre del cual no podía recordar—.

Reena continuó su historia. Había crecido cerca de Modesto, California, hija de granjeros que vivían de la recolección de fruta y de la siembra de jitomate. La familia se había mudado en muchas ocasiones, de manera que para cuando ella tenía 18 años de edad había acudido “literalmente, a docenas de escuelas distintas”. Sin embargo, un comité de becas en su última preparatoria la había sacado de los campos y enviado a la universidad. A partir de ahí, su inteligencia y determinación de escapar del estilo de vida de sus padres la condujeron por la escuela médica en el sur de California, hasta una carrera para cuidar de los niños. Había sido un elemento instrumental, señaló con orgullo, para desarrollar una de las pruebas definitivas para la fibrosis quística en los neonatos. “Creo que fue mi momento más brillante”, casi susurró.

Ahora tenía 59 años, y de lo que más se arrepentía era de un legrado mal elegido y una histerectomía subsecuente cuando tenía poco más de 30 años, que implicaron que nunca sería capaz de tener hijos propios.

A esas alturas, el estudiante que la entrevistaba no estaba seguro de qué interrogar a continuación. “Quizá a usted le gustaría oír acerca de mi familia”, ofreció Reena con una sonrisa amable. Le habló sobre su padre—un hombre silencioso y gentil que nunca había dicho una mala palabra— y su madre—que todavía vivía a los 97 años, una santa entre las mujeres, que todavía manejaba su propio auto—. Reena se había casado dos veces, primero con un estudiante de medicina que era su compañero, que años antes había muerto siendo misionero médico en Uganda. Alrededor de

10 años después se casó de nuevo, esta vez con un psiquiatra que todavía trabajaba en el pueblo donde vivían. Debido a su carga de trabajo, todavía no había podido visitarla.

“¿Pudiera decirnos cómo llegó al hospital?—Quiero decir, ¿qué es lo que obligó a la hospitalización?”

Reena explicó que cuando se presentaban sus convulsiones, con frecuencia tenía comportamientos automáticos. “Se conoce como crisis parcial compleja, ¿sabe? Bueno. Pierdo la conciencia en torno al sitio en que me encuentro, pero mi cuerpo sigue actuando. Puedo caminar y caminar, en ocasiones kilómetros. En esta ocasión me encontraron fuera de la casa de un actor que yo solía tratar. La policía dijo que estaba ‘espiándolo’”. Se rió con un humor contagioso, y la clase se unió a ella.

Unos cuantos minutos después, Reena se fue y el instructor interrogó a los estudiantes sobre su evaluación de la paciente. Su comportamiento tranquilo y agradable, y la lógica de la presentación, habían parecido persuasivos para varios individuos del grupo. “Quizá, entonces, debemos interpretar su historia al pie de la letra”, sugirió el instructor. Eso la convertiría en uno de los raros casos—en los servicios de salud mental—sin un diagnóstico de este tipo (principio U).

Por otra parte, señaló un estudiante, estaba la cuestión inquietante sobre su medicamento, el nombre del cual no podía recordar no obstante ser médica. Por supuesto, podría haber sido tan sólo un olvido por la edad, pero también puede considerarse como el tipo de evidencia contradictoria (principio O) que obliga a repensar toda la historia. Ahora que lo analizaban con más detalle, ¿no sería posible tan sólo apagar la televisión en una habitación de cualquier servicio hospitalario? La clase acordó asignarle un estatus de diagnóstico indeterminado hasta no contar con más información (principio T).

Ese fue el momento en que una estudiante, que se había mantenido sonriendo en silencio durante la discusión, ofreció algunos datos del contexto. Había participado en las discusiones con el grupo que atendía a Reena, y compartió la información adicional siguiente.

Si la única afirmación verdadera que Reena había hecho era sobre su nombre. Nunca había acudido a la escuela de Medicina, no se había siquiera graduado de la universidad. Ninguno de sus **tres** esposos había sido médico—en el momento estaba de nuevo divorciada—y sus padres habían estado muertos durante años. Reena había trabajado en alguna época como recepcionista de un médico; en ese sitio había aprendido la jerga que utilizaba con tanta precisión.

La creencia de Reena de que padecía algún trastorno convulsivo parecía genuina—de vez en cuando, se le había interrogado con detalle al respecto—. Podía describir la sensación temprana de un olor a jitomate (“supongo que del olor de los campos en los que estuve durante mi niñez”), a la que seguía una sensación de *déjà vu* que casi siempre precedía a periodos prolongados de inconciencia, durante los cuales vagaba con frecuencia por colonias desconocidas. Al pasar de los años se le había estudiado varias veces para descartar un trastorno convulsivo, pero todas sus resonancias magnéticas nucleares y sus electroencefalogramas—algunos con electrodos faríngeos—habían sido normales. Nadie había presenciado alguna vez una convulsión en ella (¿Padece entonces un **trastorno facticio**?, preguntó alguien. Pero ella sólo había sido atendida en un pueblo, en un hospital, y nunca nadie la había observado inventando síntomas. ¿Estaba **simulando**? De ser así, ¿en qué consistía la ganancia?).

Por otra parte, tenía antecedentes con la policía local. Cada contacto había guardado relación con su fascinación—si es que esa era la palabra apropiada—que sentía por un actor local que había tenido éxito ocasional en la televisión. Durante años había dado seguimiento a su carrera,

al actor mismo y a su inclinación a estar cerca de él, lo que había dado origen a arrestos repetidos por acoso y media docena de órdenes de aprehensión. Y la estudiante terminó diciendo que “y si se le pregunta, ella se sentirá contenta al decir que está embarazada. De manera independiente a su edad y a su histerectomía”.

Evaluación Reena Walters

La presencia de numerosas ideas delirantes durante muchos años (trastorno delirante, criterio A) sin que en alguna ocasión se satisficiera el criterio A para la esquizofrenia (trastorno delirante, criterio B) coloca a esta condición infrecuente al frente del diagnóstico diferencial —de acuerdo, Reena mencionó las alucinaciones olfatorias de los jitomates, pero esto siempre guardaba una relación estrecha con sus convulsiones delirantes; este tipo de alucinaciones en realidad no puede considerarse en favor del criterio A para la esquizofrenia y con frecuencia se identifica en el trastorno delirante—. Fuera del contexto de sus ideas delirantes específicas, su comportamiento y afecto parecían ordinarios (C) y no existía evidencia de episodios asociados del estado de ánimo (D).

Por supuesto, sus antecedentes personales incluyen diversos factores potenciales que generan confusión y que tienen que descartarse antes de establecer un diagnóstico definitivo. Sería necesario identificar si ella consumía **sustancias** (F)—y, si se toma en consideración la deshonestidad de sus propias afirmaciones, esa información tendría que provenir de una fuente más confiable—. Se carecía de datos para respaldar alguna afección mental distinta, de manera específica el **trastorno de dismorfia corporal** o el **trastorno obsesivo-compulsivo** (D). En cuanto al tipo de ideas delirantes, podría decirse que son en gran medida somáticas (ella consideraba que padecía epilepsia del lóbulo temporal). Aquí sólo se da algún indicio de que pudiera tener ideas de grandeza vinculadas con alguna relación con el actor. Si se prefiere una clasificación más detallada (pero vaga), puede recurrirse a las ideas delirantes de tipo mixto. —Se podría asignar una calificación EEAG cercana a 35, pero aceptaría de buen grado los argumentos en contra—. Sin duda, se recomendaría agregar algún comentario en su resumen que indicara la necesidad de hacer una valoración completa de su estructura de personalidad—pero más adelante—.

| | |
|---------------|------------------------------------|
| F22 [297.1] | Trastorno delirante, tipo somático |
| Z65.3 [V62.5] | Órdenes de aprehensión |

Sara Winkler

Antes de sentarse, Sara Winkler se santiguó tres veces. Ella y su esposo tenían 25 años de edad y habían estado casados durante cuatro años. “La conozco desde que teníamos 16”, dijo Loren Winkler, “y ella siempre ha sido cuidadosa. Usted sabe, verificar la estufa para ver qué está apagada o las puertas, para asegurarse de que en realidad están cerradas antes de salir. Es sólo que durante los últimos dos años eso ha empeorado mucho”.

Sara era una universitaria graduada que había trabajado durante un periodo corto como asistente legal antes de tomarse un tiempo para tener una familia. Era saludable y carecía de antecedentes de consumo de alcohol o drogas. Su hijo Jonathan tenía sólo seis meses de edad, y ella había tenido un sueño terrorífico en el que clavaba un cuchillo para pelar verduras en el

pecho de una muñeca que descansaba en la mesa de la cocina. Reconocía a la muñeca como una que tuvo siendo niña. Al penetrar el cuchillo en el cuerpo de plástico, sus piernas y brazos comenzaron a moverse, y ella veía que era un niño de verdad. En la pared de la cocina, la palabra ASESINAR parecía moverse hacia arriba frente a sus ojos, y despertó gritando. Le tomó varias horas volver a dormir.

La noche siguiente, mientras rebanaba zanahorias para preparar una ensalada, de pronto tuvo este pensamiento: “¿Podría yo lastimar a Jonathan?” La idea parecía absurda, pero la acompañó la misma ansiedad que había sentido la noche anterior. Le llevó al bebé a Loren mientras terminaba de preparar la cena.

A partir de entonces los pensamientos sobre cuchillos y apuñalar a una persona más pequeña y débil se habían posicionado cada vez más en la conciencia de Sara. Incluso si tenía la mente fija en la lectura o en ver la televisión, de modo súbito veía surgir ante sus ojos el bloque gigante con las letras ASESINAR.

La idea de que en realidad pudiera lesionar a Jonathan le parecía irracional, pero a diario se veía atormentada por dudas perturbadoras y ansiedad. Ya no confiaba al permanecer con él en la cocina. En ocasiones casi podía sentir los músculos de su antebrazo comenzar a contraerse con el objetivo de alcanzar un cuchillo. Aunque nunca había seguido esas pulsiones, la idea de que pudiera hacerlo le aterrorizaba. Ahora se rehusaba incluso a abrir el cajón de los cuchillos; cualquier tipo de corte tenía que implicar el uso de tijeras, el procesador de alimentos o a su esposo.

No mucho después de su sueño, Sara comenzó a tratar de mantener alejados sus pensamientos e impulsos problemáticos. Católica no practicante, recuperó algunas de las prácticas que había conocido siendo niña. Cuando tenía una de sus ideas alarmantes, al inicio se sentía cómoda si se santiguaba. Si estaba cargando bolsas o a Jonathan, murmuraba un Ave María.

Al pasar el tiempo, el poder de estas medidas simples pareció debilitarse. Entonces Sara descubrió que si se santiguaba tres veces o decía tres Aves María (o cualquier combinación, en grupos de tres) se sentía mejor. Sin embargo, de manera eventual necesitaba nueve de estas repeticiones antes de sentir que protegían en grado suficiente a su hijo y a ella misma. Cuando estaba en público sólo se santiguaba una vez y terminaba el ritual murmurando Aves María.

Ahora Jonathan tenía casi un año de edad y varias horas de cada día estaban siendo consumidas por las ideas y las actividades repetitivas de Sara. Jonathan se mostraba llorón, y Loren estaba cocinando casi todas las comidas. Durante varias semanas ella se había sentido cada vez más deprimida; aceptaba que su estado de ánimo era malo casi todo el tiempo, no obstante no tenía ideas suicidas o deseos de muerte. Nada le interesaba mucho, y siempre estaba cansada. Había perdido más de 5 kg y padecía insomnio; con frecuencia despertaba gritando por la noche. Cuando su esposo la encontró haciendo penitencia 27 veces seguidas, insistió en que acudieran a solicitar ayuda.

“Sé que parece loco”, dijo Sara llorosa, “pero al parecer simplemente no puedo sacar estas ideas estúpidas de mi cabeza”.

Evaluación de Sara Winkler

Durante más de dos semanas Sara había estado deprimida la mayor parte del tiempo. Sus síntomas también incluían insomnio, fatiga y pérdida del interés y peso, todo era congruente con un

episodio depresivo mayor. Desde la perspectiva física se encontraba saludable (principio C) y no tenía antecedentes de consumo de sustancias (principio E). Es difícil asegurar si su disfunción derivaba de la depresión o de los síntomas de un **trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)**; parecería razonable que ella estuviera teniendo problemas por ambas causas. Sin antecedente de episodios depresivos mayores, maníacos o hipomaniacos, su diagnóstico sería **trastorno depresivo mayor, episodio único.** —Se recomienda utilizar el especificador de gravedad moderada (síntomas escasos, sin ideas suicidas, con tensión considerable)—. Existía muy poco riesgo de que ella de lesionara a su hijo.

En cuanto a la ansiedad que Sara percibía, no presentaba ni **ataques de pánico** ni **trastorno de ansiedad generalizado.** Tenía obsesiones y compulsiones, las cuales satisfacían los criterios para TOC (p. 200. Si bien ella padecía otro trastorno mental, sus obsesiones no se limitaban a las rumiaciones culpables, relacionadas con su trastorno depresivo mayor). Sus síntomas de TOC consumían más de una hora por día y mostraba una tensión intensa. Sin duda, la inquietud de Sara no correspondía tan sólo a la exageración de un **problema real de la vida**, de tal manera que su foco de atención era enfermizo. Ella misma reconocía que no estaba siendo razonable; su introspección se calificaría como buena.

Al registrar los diagnósticos de Sara, la depresión se menciona primero para indicar que el médico la consideró el aspecto que requería mayor atención. Su calificación EEAG de 45 se justificaría a partir de la intensidad de sus rituales.

| | |
|----------------|---|
| F32.1 [296.22] | Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado |
| F42 [300.3] | Trastorno obsesivo-compulsivo, con introspección adecuada |

Gemma Livingstone

“Como y luego vómito”. Ésa fue la forma en que Gemma Livingstone describió su problema durante la primera entrevista. A partir de los 23 años de edad, este comportamiento había sido casi continuo a lo largo de cuatro años.

Incluso siendo adolescente, Gemma se sentía preocupada en cuanto a su aspecto. Junto con sus compañeras de grupo, había hecho dietas rápidas de vez en cuando durante la secundaria. Pero su peso rara vez variaba más que algunos kilogramos a partir de 52. Medía 1.68 m de estatura, era esbelta, pero no demasiado flaca. Durante la adolescencia y los primeros años de la edad adulta había desarrollado la sensación de que no podía controlar en forma adecuada sus hábitos alimenticios, de tal manera que subía de peso con rapidez: “me hinchaba como un sapo”, decía.

Mientras hacía frente a las consecuencias de un embarazo no deseado y a un aborto subsecuente, Gemma tuvo la oportunidad de probar su teoría. Comiendo lo que deseaba, había pasado de ser talla 8 a talla 14 en menos de seis meses. Una vez que por fin recuperó el control, juró que nunca lo perdería de nuevo. Durante tres años no había comprado nada que superara la talla 4.

Cuando Gemma era adolescente, ella y sus amigos simplemente no comían. Cada vez que comía en un restaurante o con sus amigos, disponía sus alimentos alrededor del plato, para disimular la escasa cantidad que en realidad consumía. Pero cuando estaba en casa con frecuencia ingería toda la comida, y luego se retiraba al baño y vomitaba. Al inicio, tocaba la parte posterior

de su garganta con el mango de una cuchara que conservaba en el baño para ese propósito. Al tener más práctica, aprendió regurgitar con solo desearlo. “Es tan fácil como sonarse la nariz”, indicó después.

El temor que sentía Gemma de la obesidad se había convertido en el principio organizador de su vida. En la puerta de su refrigerador conservaba una fotografía suya, de la época en que había estado en su fase de “sapo”. Ella decía que cada vez que la miraba perdía el apetito. Mientras que antes utilizaba los laxantes sólo para resolver el estreñimiento, en fecha reciente había comenzado utilizarlos como otro medio para purgar su sistema: “Si no evacuó una vez cada día, me siento como si fuera a estallar. Incluso mis ojos se hinchan”. También había utilizado algunos diuréticos, pero dejó de hacerlo cuando sus menstruaciones se detuvieron. Ella en realidad no pensaba que existiera alguna conexión, pero poco antes había comenzado a menstruar de nuevo. Si había una cosa que temía más que engordar, era embarazarse. Ella nunca había tenido gran actividad sexual, pero ahora ella y su esposo rara vez tenía relaciones sexuales más de una vez al mes. Incluso entonces, insistía en utilizar tanto un diafragma como un preservativo.

Excepto por su peso, que había caído por debajo de 41 kg, Gemma parecía tener buena salud. Una revisión por sistemas sólo reveló distensión abdominal. Si bien en ocasiones durante un día o dos su estado de ánimo se abatía o sentía lástima por sí misma, se reía de la situación por tratarse de un “síndrome premenstrual” y agregaba que sin duda no lo tenía en el momento. Ella nunca había tenido episodios maníacos, alucinaciones, obsesiones, compulsiones, fobias, ataques de pánico o ideas suicidas.

Gemma nació en Virginia Beach, donde su padre se encontraba de base con la marina. De manera subsecuente, él hizo su propia compañía de calefacción y aire acondicionado, y la familia se mantuvo en buena situación económica. Gemma era la única hija. Ella carecía de antecedentes de dificultades para el aprendizaje o la conducta mientras iba a la escuela. Ella y su esposo se casaron cuando ella tenía 21 años, después de haber trabajado tres años como cajera en un banco. Tenían dos hijos, uno de siete y una hija de cinco años de edad.

El único problema que Gemma tuvo con la ley había sido dos años antes, cuando falsificó algunas recetas para comprar anfetaminas para su dieta. Estuvo en libertad condicional durante un año; evitó de manera escrupulosa las anfetaminas desde entonces. Fumó marihuana una o dos veces al salir de la preparatoria, pero nunca había consumido alcohol o tabaco. Su único procedimiento quirúrgico fue un aumento mamario bilateral, que se había hecho con grasa autóloga y no con silicón.

En una entrevista independiente, el esposo de Gemma indicó que pensaba que su esposa se sentía incompetente e insegura. Indicó que ella solía utilizar vestimenta reveladora, incluso seductora, que se veía menos agradable ahora que había perdido tanto peso. Cuando se le impedía hacer lo que quería, en ocasiones se enfadaba varias horas, aunque él no pensaba que hubiera demasiado sentimiento real detrás de ese tipo de expresión de emociones. “Le encanta ser el centro de atención”, dijo, “pero muchas personas ya no creen lo que ella hace. Pienso que eso la frustra”.

Gemma era una mujer con cabello oscuro y de constitución delgada, quien probablemente era muy bonita antes de perder tanto peso. Sonreía con facilidad y con cierta conciencia, como si estuviera tratando de hacer que se formara un hoyuelo en sus mejillas. Llevaba una blusa con cuello en V y una falda muy corta que no trataba de bajar cuando cruzaba las piernas. Mientras hablaba, giraba mucho los ojos y hacía inflexiones con la voz, pero sus respuestas a las preguntas

del examinador eran vagas y con frecuencia discursivas. Ella negaba sentirse deprimida o desear estar muerta; nunca había tenido ideas delirantes o alucinaciones, pero insistía en que seguía “gorda como un cerdo”. Para demostrarlo, se tomó entre el dedo pulgar y el índice un pliegue de piel que colgaba con laxitud de su brazo. Obtuvo una calificación perfecta de 30 en el MMSE.

Evaluación de Gemma Livingstone

Gemma tenía antecedentes de consumo de alimentos anómalo desde los años de la secundaria. Había presentado las siguientes características de la **anorexia nerviosa**: estaba muy delgada, temía ganar peso y se percibía gorda. El subtipo en el momento sería de consumo en atracones/purgas; siendo adolescente había presentado el tipo restrictivo. ¿Qué gravedad debe asignarse a la anorexia? Los criterios del DSM-5 tan sólo asignan la calificación con base en el índice de masa corporal (IMC), lo cual constituye un error —en mi opinión—, sin duda el tipo de comportamiento debe tomarse en consideración. El peso de Gemma es inferior a 41 kg (digamos, 40), que con una talla de 1.67 m, permite el cálculo de una IMC de 14.4, lo que la coloca en la categoría **extrema** de intensidad.

Con base en la información que ella misma aportó, Gemma no podría haber recibido un diagnóstico de **trastorno de la personalidad**—esa es la experiencia clínica usual que deriva de sólo tomar en consideración la información del paciente—. Sin embargo, a partir de la información de su esposo (principio I) y de la evaluación del estado mental (principio L), pueden identificarse los criterios siguientes para el **trastorno de la personalidad histriónico**: necesidad de ser el centro de atención, emociones cambiantes y superficiales, atracción de la atención hacia sí misma (uso de ropa reveladora y cruzamiento de las piernas), lenguaje vago y expresión dramática sobre sí misma. El trastorno crónico de la personalidad con frecuencia se asocia al **trastorno de síntomas somáticos/somatización**, pero una revisión por sistemas reveló síntomas mínimos, y ella no expresaba las inquietudes de salud desproporcionadas que de ordinario se vinculan con un diagnóstico de síntomas somáticos.

La falsificación de recetas y el consumo de drogas por supuesto son ilegales, pero Gemma no había incurrido en alguno de estos comportamientos después de ser puesta en libertad condicional. Con una calificación EEAG de 45, su diagnóstico completo sería el siguiente:

| | |
|----------------|--|
| F50.02 [307.1] | Anorexia nerviosa, tipo con consumo en atracones/purgas, extrema |
| F60.4 [301.50] | Trastorno de la personalidad histriónico |

Edith Roman

Edith Roman, de 76 años de edad, ingresó al hospital por el problema referido por su hija, Silvia: “Ella ha estado deprimida desde su evento vascular cerebral”. Desde cerca de un año antes, Edith se había vuelto cada vez más olvidadiza. Esto se hizo aparente por primera vez cuando tres de cuatro semanas había olvidado hacer su llamada telefónica de viernes a Silvia, quien vivía en aquella época a varios cientos de kilómetros de distancia. Cada vez que la hija marcaba, Edith parecía sorprendida de recibir la llamada.

Cuando por fin solicitó una semana libre en su trabajo para hacerle una visita, Silvia descubrió que Edith también había estado olvidando hacer las compras y la limpieza de la casa: el fregadero estaba lleno y refrigerador casi vacío, y había polvo en casi todos lados. Si bien el lenguaje de Edith y su aspecto físico no habían cambiado, algo estaba sin duda mal. Al final de la semana, Silvia obtuvo la respuesta de un neurólogo: enfermedad de Alzheimer temprana. Tomó otra semana en su trabajo para trasladar a su madre y llevarla a su propia casa. Contrató a una persona de compañía para permanecer con Edith durante el día, mientras Silvia estaba ausente.

Esta disposición funcionó bien durante varios meses. El deterioro de Edith fue gradual y mínimo, hasta que la enfermedad cerebrovascular la dejó cojeando e incapaz de recordar palabras. Ahora su memoria era peor que nunca y fue en ese momento que comenzó la depresión. Cuando Edith llegaba a hablar, se quejaba con la persona de compañía sobre qué tan inútil y sola se sentía. Dormía mal, comía muy poco, lloraba con frecuencia y decía que era una carga.

Edith nació en St. Louis, Missouri, donde sus padres tenían un negocio pequeño de tintorería en seco hasta cuando tuvo 12 años. Luego, su padre murió y su madre se casó pronto con su tío paterno, quien vino equipado con dos adolescentes propios. Todos se llevaban muy bien, y Edith se graduó de la preparatoria, se casó y tuvo a su única hija.

Durante su vida, había sido agradable y valerosa, se interesaba en las artes manuales en muchos otros aspectos del cuidado del hogar. Después de que su esposo murió, ella siguió siendo activa en sus grupos sociales y de *bridge*. Hasta un año antes, su salud física era buena; nunca había consumido alcohol o tabaco.

Edith, una mujer mayor, vestida con un camisón de algodón y un chal tejido, se sentaba erguida sobre el borde de la cama, con la mano izquierda inutilizada descansando sobre el regazo. Establecía buen contacto visual con el examinador; aunque no hablaba de manera espontánea, respondía a todas las preguntas. Su lenguaje era claro, pero en ocasiones tenía dificultad para encontrar las palabras que deseaba. Cuando se le solicitó que identificara una revista, pensó por un momento y la llamó “estos papeles”. Aceptaba sentirse deprimida, dijo que no veía un futuro para sí misma y que esperaba morir pronto. Negó haber experimentado alucinaciones o ideas delirantes. En el MMSE obtuvo sólo una calificación de 16 de 30.

Evaluación de Edith Roman

Los síntomas de **trastorno neurocognitivo mayor** de Edith incluían la falla de la memoria y el deterioro de la capacidad para cuidar de sí misma (p. 492). Estos síntomas, congruentes con la **enfermedad de Alzheimer** (p. 498), se habían instaurado y estaban intensificándose en forma gradual cuando presentó la enfermedad cerebrovascular. En ese momento, su memoria empeoró de modo abrupto todavía más y desarrolló afasia (no podía identificar algunas palabras que deseaba utilizar). Mantenía el contacto visual y parecía concentrar su atención en quien la examinaba—evidencia que va en contra del **delirium**—. Una exploración neurológica realizada poco tiempo antes no había encontrado evidencia de **otras afecciones médicas** que pudieran explicar mejor sus síntomas.

Durante un periodo mucho mayor que dos semanas, Edith también había presentado síntomas de depresión. Incluían un estado de ánimo deprimido constante, la pérdida del apetito y el sueño, deseos de muerte y la sensación de ser una carga—lo que más o menos equivale a una sensación de falta de valía—. Sus síntomas parecerían permitir justificar un diagnóstico de **episodio depresivo**

mayor, que debe establecerse siempre que resulte relevante, no obstante la presencia de otros trastornos (principios F y V). La redacción precisa de este diagnóstico se indica más adelante, y se agrega una frase para indicar que sus síntomas corresponden a los de un episodio depresivo mayor.

La demencia de Edith tenía dos causas, cada una había generado dificultades para la comunicación y el desempeño cotidiano, tanto para ella como para su hija. Esto satisfacía los criterios del **trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples**, que no es en realidad un diagnóstico. En vez de ello, es un recordatorio de que puede registrarse una sola serie de códigos para la demencia, pero se requiere un código independiente para cada una de sus causas (p. 526. Una excepción corresponde a la enfermedad vascular, que requeriría su propio código). Sus síntomas depresivos justifican el uso del especificador **con alteración del comportamiento**. Su calificación EEAG sería de 31.

Algo curioso ocurrió mientras se integraba el diagnóstico de Edith Roman: se enredó en una contradicción del DSM-5. Los criterios para probable demencia de Alzheimer (véase el DSM-5, indican que no debe existir evidencia de causa mixta; ponen el ejemplo de la enfermedad cerebrovascular. Los criterios para el trastorno neurocognitivo mayor o leve debido a causas múltiples (véase DSM-5) ponen como ejemplo la enfermedad de Alzheimer concomitante a la enfermedad cerebrovascular.

| | |
|-----------------|--|
| G30.9 [331.0] | Enfermedad de Alzheimer |
| F02.81 [294.11] | Trastorno neurocognitivo mayor debido a etiologías múltiples, con alteración del comportamiento |
| F01.51 [290.40] | Trastorno neurocognitivo mayor de origen vascular, con alteración del comportamiento |
| F06.32 [293.83] | Trastorno depresivo debido a trastorno neurocognitivo mayor, con cuadro similar a episodio depresivo mayor |

Clara Widdicombe

Clara Widdicombe había tenido sobrepeso por mucho tiempo, pero ahora, a los 14 años de edad, tenía la cara redonda y rellena. De manera independiente a eso, parecía haber estado avanzando en forma normal tanto en la escuela como en la pubertad, hasta que una tarde de súbito comenzó a hablar, de acuerdo con su madre, “como un loro”. Insistía en que sus padres permanecieran despiertos con ella para hablar acerca de “su agenda”. Al inicio, su estado de ánimo parecía exaltado, pero se enojó cuando su padre le dijo que querían irse a acostar. En pocas horas, Clara se puso tan agitada que fue necesario hospitalizarla en un servicio de aislamiento para adultos.

Clara medía 1.60 m y pesaba 96 kg, lo que determinaba un IMC de 37—superior al valor para obesidad—. Su presión arterial se mantuvo constante por encima de 230/110. Cuando se le quitó la ropa, el personal del hospital pudo observar que la piel de su abdomen mostraba estrías enrojecidas, provocadas por su ganancia ponderal.

En los días que siguieron, el estado de ánimo de Clara continuó exaltado y ella necesitaba dormir poco. Incluso cuando se le interrumpía, no dejaba de hablar más que algunos segundos. Una y otra vez refería ser la madre de Jesús; ella intuía la solución de muchos problemas—el SIDA, los pecados y el calentamiento global—. Tenía fuga de ideas, e incluso aceptaba que sus pensamientos estaban acelerados. Era imposible interrumpirla por más de algunos segundos y era difícil conseguir su atención. En algún momento, se quitó la ropa justo frente a sus visitantes—un comportamiento poco conservador, que no coincidía en lo absoluto con su forma de ser—.

Clara no tenía antecedentes personales de depresión o manía, y sus antecedentes familiares eran negativos para algún trastorno del estado de ánimo. Contaba con una concentración sérica de cortisol anormal. Un endocrinólogo recomendó realizar una RMN que reveló un adenoma hipofisario. Después de extirparlo por vía quirúrgica, ya no requirió medicamentos psicotrópicos. Desarrolló eutimia y regresó a la escuela.

Evaluación de Clara Widdicombe

Por supuesto, después de una cirugía exitosa que trae consigo el resultado deseado, es sencillo atribuir los síntomas del estado de ánimo a un tumor. El truco es establecer la conexión antes de que transcurran demasiados meses o años. La edad inicio en Clara (joven para un trastorno bipolar), su aspecto (cara de “luna” típica, sobrepeso intenso, estrías abdominales clásicas) eran indicios diagnósticos. Otros pacientes pueden ser menos afortunados.

Clara estuvo enferma durante una semana. Cursaba de manera alternativa con euforia e irritabilidad y tenía incremento de la actividad (ambos, requisitos del criterio A para el episodio maniaco. Debe señalarse que, si bien ella presentaba otros síntomas de manía—hablaba con rapidez, necesitaba dormir poco, tenía ideas de grandeza e incluso delirantes, en el sentido de que pensaba que era la madre de Jesús—no se requiere una lista completa de los síntomas para establecer el diagnóstico de una condición bipolar inducida). Si bien podría inferirse a partir de su incapacidad para establecer el contacto con otras personas que tendía a la distracción, no existe detalle suficiente para establecer un diagnóstico de delirium (D). En lo que se refiere a la gravedad de sus síntomas, sufría las tres consecuencias que se mencionan en el criterio E: psicosis, hospitalización y compromiso del desempeño.

Por último, —yo no identifico evidencia de algún otro trastorno mental (C), ¿usted sí?— En la parte superior de su listado de diagnósticos diferenciales podría colocarse al **trastorno bipolar I**, pero para eso se requeriría que se descartaran primero **otras afecciones médicas** y **trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias**. Y eso nos lleva de nuevo a su tumor hipofisario y al síndrome de Cushing, que se sabe bien provocan síntomas de manía (B). En el momento del ingreso, se le asignaría una calificación EEAG de 25.

Una vez que se estableciera el diagnóstico definitivo, sus médicos tendrían que determinar los especificadores potenciales que pudieran aplicarse (si ese era el caso). Diversas condiciones médicas más pueden inducir síntomas de manía (vea el cuadro en el Apéndice).

| | |
|-----------------|---|
| D35.2 [227.3] | Adenoma hipofisario |
| E24.9 [255.0] | Síndrome de Cushing |
| F06.33 [293.83] | Trastorno bipolar debido a síndrome de Cushing, con episodio similar al maniaco |

El caso de Clara es un poco inusual en el sentido de que cubre por completo los requisitos sintomáticos del DSM-5 para un episodio maniaco. ¿Es eso inusual? Quizá, en el sentido de que casi todos los pacientes a los que he conocido desarrollan euforia (irritabilidad) e hiperactividad, pero pudieran carecer de los otros síntomas que se requieren para el diagnóstico—ideas de grandeza, disminución de la necesidad de sueño, lenguaje bajo presión, fuga de ideas, tendencia a la distracción, y cambio frenético de una actividad a otra. Si se recurre a la CIE-10, es posible diferenciar ahora un episodio del tipo que presentó Clara de los que no cumplen por completo los criterios para un episodio maniaco—y las depresiones que cumplen todos los criterios sintomáticos del episodio depresivo mayor de aquéllos que no lo hacen.

Jeremy Dowling

“Me siento miserable”, era el problema principal que refería Jeremy Dowling, un estudiante de posgrado de 24 años de edad. Perfeccionista de toda la vida, el límite de dos semanas para entregar su tesis no mejoraba las cosas. Estaba atrasado, en parte porque necesitaba perfeccionar cada párrafo antes de comenzar a escribir el siguiente.

La mayor parte del tiempo desde su adolescencia, se había sentido “no lo suficientemente bien” y un poco deprimido. Nunca había cursado con un episodio maniaco. Mostraba retraimiento social y afirmaba nunca disfrutar mucho las cosas. “Soy un pesimista, más o menos”, dijo.

Jeremy describía su apetito como adecuado y nunca había tenido ideas suicidas. Sin embargo, su sueño era otra cuestión. Al tiempo que se aproximaba el límite de tiempo para entregar la tesis, sentía que tenía que permanecer despierto casi todas las noches para hacer su trabajo. Por ende, bebía gran cantidad de café. “Si tengo que dormir menos de 8 h cada noche, me tomo una taza cada 2 o 3 h. Cuando permanezco despierto toda la noche, son cuatro o cinco tazas. Café cargado”. Excepto por el café, Jeremy negaba haber consumido en forma inapropiada sustancias como alcohol o drogas ilegales. En fecha reciente, Jeremy se habían mantenido despierto toda la noche tres veces por semana; siempre se sentía cansado. También aceptaba tener sentimientos crónicos de culpa e irritabilidad. Nunca había tenido crisis de llanto, pero su concentración era “un problema importante de toda la vida”. Por ejemplo, mientras trabajaba con la computadora, otros pensamientos y preocupaciones se entrometían en su conciencia, hasta el punto de que tenía dificultad para hacer su trabajo.

Jeremy también refería ansiedad. Por ejemplo, hacia el final de la cena comenzaba a preocuparse por la cantidad de trabajo que tenía que hacer. Se le hacía un nudo en el estómago y el mundo parecía estar cerrándose. La hora del día afectaba poco la forma en que se sentía, pero por lo general mejoraba durante un periodo breve una vez que entregaba algún documento final o algún otro trabajo importante. Negaba haber sufrido alguna vez problemas de disnea, fasciculaciones musculares o palpitaciones, a menos que bebiera una cantidad extraordinaria de café. En esas ocasiones, también observaba que se sentía nervioso y con frecuencia tenía molestias estomacales, en ocasiones hasta el punto de tener que permanecer en casa y faltar a clases. Negaba sentimientos de fatalidad o desastre inminentes.

Si bien Jeremy siempre había hecho listas, no describía algún pensamiento obsesivo o alguna conducta compulsiva (“En ocasiones sí arreglo mi cajón de calcetines”, cuidó de señalar). Se

describía como una persona que siempre había tenido dificultad para tomar decisiones, incluso hasta el punto de no poder desechar cosas inútiles que ya no necesitaba—una canasta de Pascua de cuando tenía 10 años era un ejemplo—.

Jeremy nació en Brasil, donde su padre había estudiado insectos en la selva tropical. La familia regresó a vivir en el sur de California cuando Jeremy tenía cuatro años. Su madre era una arpista profesional; había estado en terapia con un asesor u otro a lo largo de 25 años. Siempre había sido un poco sosa y nunca había disfrutado mucho la vida. Cuando Jeremy tenía 16 años obtuvo el divorcio porque nunca había sentido que su esposo tuviera compromiso con su relación. Después del divorcio cambió a tal grado que por fin aceptó utilizar un antidepresivo. El fármaco “había cambiado por completo su vida” y ahora por primera vez en su existencia se sentía feliz. Fue en parte por recomendación suya que Jeremy estaba ahora solicitando tratamiento.

Los parientes maternos habían padecido depresión, entre otros un primo que se había suicidado bebiendo anticongelante. Otro pariente también se había suicidado, pero Jeremy desconocía los detalles.

Cuando Jeremy estaba en preparatoria había “nacido de nuevo”; desde entonces había acudido a una iglesia fundamentalista. Condenaba con tal intensidad a su padre por vivir con otra mujer sin casarse con ella que por más de dos años no había hablado con él. El único problema físico de Jeremy era que se mordía las uñas. Nunca había tenido dificultades legales. Tenía una novia seria, y estaban “haciendo muchos esfuerzos” para evitar comprometerse demasiado desde la perspectiva sexual hasta casarse.

Jeremy era un hombre alto, delgado, cuya cara ojerosa y ojos hinchados le hacían ver casi viejo. Aunque se movía con normalidad y sonreía con facilidad, estaban comenzando a marcarse líneas de expresión profundas en su frente. Su lenguaje era claro, coherente, relevante y espontáneo. Cuando decía algo de manera espontánea, en gran medida era para expresarse acerca de su preocupación por terminar su tesis; negaba algún deseo de muerte o ideas suicidas. Estaba del todo orientado, tenía un excelente acervo de información, y podía hacer cálculos con rapidez. Su memoria reciente y remota se encontraban conservadas; su introspección y juicio parecían excelentes: “La vida es demasiado importante, y yo la estoy desperdiciando”.

Evaluación de Jeremy Dowling

Mientras se evalúa cualquier trastorno del estado de ánimo, la primera cuestión a atender es determinar si ha existido un **episodio depresivo mayor** o algún **episodio maniaco**. Jeremy se acercaba a satisfacer los criterios del primero: se había sentido “un tanto deprimido” durante un periodo prolongado, quizá la mayor parte de su vida adulta. La depresión estaba presente casi todo el tiempo y nunca disfrutaba mucho las cosas; sentía una culpa crónica, tenía mala concentración y autoestima baja. Sin embargo, a partir de sus antecedentes y de la observación directa no tenía problemas del apetito o el peso, ideas de suicidio o anomalías de la actividad psicomotora. Aunque refería fatiga, este síntoma parecía relacionado con su consumo de café. Sus antecedentes familiares eran muy positivos para los trastornos del estado de ánimo (su madre había estado deprimida, dos parientes se habían suicidado).

Jeremy contaba con cuatro síntomas (se requieren cinco) para diagnosticar un episodio depresivo mayor, y dos síntomas (se requieren dos) para un **trastorno depresivo persistente**, o

distimia, en breve. De esta manera, es necesario preguntarse lo siguiente: ¿resulta razonable insistir en que un paciente cumpla con precisión los criterios? Después de todo, Jeremy casi cubría los criterios para un episodio depresivo mayor y sus antecedentes familiares eran muy positivos. Un diagnóstico de **trastorno depresivo mayor** señalaría la vía terapéutica y alertaría a los médicos en torno a la posibilidad de agravamiento de los síntomas (como el desarrollo de ideas suicidas) en un momento posterior. Sin embargo, su médico consideró que era más importante hacer énfasis en la evolución prolongada de los síntomas de Jeremy, que casi parecía ocultar su **trastorno de la personalidad** (vea más adelante). La distimia con frecuencia dispone el escenario para un trastorno depresión mayor posterior, y los criterios del DSM-5 de cualquier manera los han mezclado, al afirmar de manera explícita que incluso puede diagnosticarse un trastorno depresivo mayor al aplicarse como especificador de la distimia.

—Yo no perdería demasiado tiempo discutiendo esta situación— en la que dos médicos excelentes dedicados al diagnóstico pudieran estar en desacuerdo por siempre, y en la que es posible identificar las ventajas que implica juzgar al paciente no con base en el conteo (obsesivo) de síntomas, sino al compararlo con el prototipo de un paciente ideal. —Sigamos adelante y asignémosle un diagnóstico que quizá de pie a un tratamiento efectivo—.

También está la cuestión de los síntomas de ansiedad de Jeremy. Nunca había tenido crisis de ansiedad, fobias, obsesiones o compulsiones. No obstante, sin duda se sentía ansioso. Le preocupaban distintas cosas—la escuela, su personalidad, la intensidad de su relación con su novia—. Refería fatiga, dificultad para dormir y concentrarse, lo que parecería (apenas) suficiente para justificar un diagnóstico de **trastorno de ansiedad generalizada**. Sin embargo, estos síntomas se presentaban en el proceso de evolución un trastorno del estado de ánimo, de tal manera que su médico consideró que no se requería algún diagnóstico concomitante de ansiedad (incluso no cubría los criterios para utilizar el especificador del estado de ánimo con **tensión ansiosa**; véase la p. 159). Además, sus síntomas de ansiedad pudieran estar relacionados todos con su cafeinismo, de tal manera que no se agregaría esta expresión adicional.

En cuanto al consumo de sustancia, si bien Jeremy nunca había usado alcohol o drogas ilegales, el consumo de café en muchas ocasiones le había inducido nerviosismo, malestar estomacal, palpitaciones, fasciculaciones e insomnio. Estos síntomas tenían, en ocasiones, intensidad suficiente para impedirle acudir a la escuela; los síntomas justificarían un diagnóstico de **intoxicación por cafeína**. Es posible cuestionarse acerca del diagnóstico de **trastorno por consumo de cafeína**, pero el DSM-5 no lo sanciona. Su consumo, sin embargo, genera la duda.

Por último, describiéndose como un perfeccionista pesimista que tenía la sensación crónica de no ser lo suficientemente bueno, Jeremy también era un integrador de listas y ordenador de cajones que enfrentaba dificultades para tomar decisiones y no podía desechar cosas. Estas características, además de su condena moralista contra su padre, serían diagnósticas para un **trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo**.

La distimia de Jeremy parecía haber iniciado años antes, quizá cuando él todavía era un adolescente. Su hipersomnia e incremento del apetito justificarían en él el especificador **con características atípicas** (p. 160), si no fuera por el hecho de que no fue posible encontrar evidencia alguna de reactividad del estado de ánimo en el caso clínico. Quizá sólo sea necesario hacer una entrevista más detallada. Se identifica un problema psicosocial/ambiental con un código Z debido a que podría afectar el manejo, por lo menos durante las dos semanas siguientes. Su calificación EEAG de 65 se calculó con base en la combinación de sus trastornos.

| | |
|------------------|---|
| F34.1 [300.4] | Trastorno depresivo persistente, inicio temprano |
| F15.929 [305.90] | Intoxicación por cafeína |
| F60.5 [301.4] | Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo |
| Z55.9 [V62.3] | Problema académico (límite de tiempo para entrega de tesis) |

Cookie Coates

Cookie Coates era una mujer soltera de 23 años de edad que ingresó a una unidad de salud mental por el problema principal de “ver arañas”.

De acuerdo con el expediente, el médico había llegado tarde para atender el nacimiento de Cookie, a quien la enfermera había tratado de mantener dentro ejerciendo presión sobre su cabeza. “De cualquier manera, no sé si eso hubiera hecho alguna diferencia”, dijo su madre en alguna ocasión a una trabajadora social. “Padecí rubéola durante mi embarazo”.

De manera independiente a la causa, Cookie tuvo un desarrollo lento. Caminó a los 18 meses, habló a los dos años y formó oraciones a los tres. Era una niña retraída y asustadiza que se aferraba con tal fuerza de su madre que ni siquiera podía dejársele con alguien que la cuidara. No acudió a la escuela sino hasta cerca de los siete años. Con un CI ubicado en valores un poco por encima de 70, acudió a clases especiales durante sus primeros dos años y luego fue integrada a la educación normal.

En sus primeros años escolares, Cookie adquirió la reputación de morder y patear a otros niños. Cuando tenía 11 fue castigada en forma repetida por robar (y comerse) los almuerzos de otros niños. Casi en la misma época, comenzó a tirarse del cabello. Por lo general se arrancaba unos cuantos cabellos cada vez de la parte frontal de la cabeza, pero lo hacía de manera asidua todo el día. Al final de la jornada escolar, había pequeños montoncitos de cabello concentrados en torno a su escritorio.

Sin embargo, la tendencia persistente de Cookie a lesionarse y mutilarse la llevó por primera vez a recibir atención de salud mental. A los nueve años, se mordió el labio hasta que sangró. Al año siguiente desarrolló de modo gradual el hábito de golpearse en forma repetida los antebrazos en el borde de la mesa; esto le generaba inflamación y equimosis crónicas, y al final dieron origen a una úlcera con secreción persistente. Cuando tenía 13 años se hizo unos cortes largos en la cara con un rastrillo y luego se frotó tierra en las heridas, lo que dio origen a cicatrices hipertróficas permanentes.

Varios de estos episodios indujeron un ingreso a alguna institución de salud mental. En su mayoría, se trató de estancias cortas, pero en una ocasión, cuando tenía 16 años y prendió fuego a su pantaleta, fue internada durante cuatro meses. Durante esa hospitalización se descubrió que desde los siete años Cookie había sufrido abuso sexual de su padre y dos hermanos mayores. De manera subsecuente, ingresó a la primera de una serie de hogares grupales para personas con discapacidad del desarrollo.

El patrón de Cookie en cada una de estas instituciones era establecer una relación intensa e inmediata con uno o más miembros del personal, en particular los varones. De manera característica llamaba a uno de ellos “Papá”. Cuando un miembro del personal la desconcertaba (como de manera inevitable ocurría siempre) decía que odiaba a esa persona. Su enojo persistía varias semanas, durante las cuales en ocasiones se mostraba malhumorada y decía que estaba deprimida, y en otras perdía el control y arrojaba cosas en su habitación. Otras veces acusaba a sus asesores

de conspirar para volverla loca, de manera que pudieran regresarla al hospital. Al tiempo que se familiarizaba más con una institución, solicitaba privilegios especiales (alimento adicional a la hora de la cena, permanecer despierta hasta tarde) y se lesionaba de alguna manera dramática cuando no se le concedían.

De manera gradual, Cookie comenzó a tener manifestaciones sexuales abiertas. Durante las fiestas u otras actividades con los pacientes de la casa grupal de varones, se acostaba en las piernas de casi cualquier paciente varón o le pasaba la mano entre los muslos. Las advertencias y los consejos repetidos de los asesores de su propio grupo no lograron eliminar este tipo de comportamiento; sólo se volvió más cautelosa en torno al sitio y el momento en que lo hacía. De igual modo, en los distintos hogares grupales se le encontró comiendo en atracones. De ordinario comelona, ahora también ingería el contenido de los platos de otros cuando éstos habían terminado; con frecuencia se ofrecía como voluntaria para limpiar la mesa, incluso cuando no era su turno. Ninguno de los miembros del personal que aportó información al médico que la ingresó tenía conocimiento de que se indujera el vómito o utilizara laxantes. Y describían su nivel usual de actividad como muy bajo.

Al momento del ingreso a la unidad, Cookie era una mujer obesa que no utilizaba maquillaje, y vestía una sudadera y pants. Jugaba con mechones de su pelo; aunque no los jaló durante la entrevista, la piel cabelluda mostraba parches del tamaño de monedas en que casi no existía cabello. Negaba alguna sensación de tensión o alivio en relación con el arrancamiento del cabello, y no existía evidencia de tensión en torno a ello. Se mantuvo sentada en silencio, sin mostrar evidencia movimientos anormales, y cooperó con el examinador. Dijo que se sentía “sin esperanza”; su estado de ánimo en general un tanto aplanado resultaba apropiado para esas ideas. Hablaba con lentitud y no aportó información alguna de manera voluntaria, pero siempre respondía a las preguntas. Su pensamiento era secuencial y orientado por metas, sin evidencia de asociaciones laxas.

Cookie informó ver en ocasiones “chorros de arañas” que caían del ventilador ubicado en el techo de su recámara. Durante varios años había escuchado voces de manera intermitente, que la inducían a lesionarse. Por lo general las escuchaba cuando estaba triste. Eran audibles, no eran las voces de alguien que conociera y se localizaban dentro de su propia cabeza. Al interrogarla en detalle, aceptó que pudieran ser sus propios pensamientos. Ella no creía que alguien más pudiera escucharlas. Hablaba con libertad acerca del abuso sexual que había sufrido de parte de su padre y sus hermanos y lo describía con detalles gráficos (y al parecer precisos). Sin embargo, no existía evidencia de que volviera a experimentar esas experiencias o las reprimiera.

Cookie tuvo una calificación a 28 de 30 en el MMSE (sólo podía recordar dos de tres objetos después de 5 min, y tuvo un error de varios días en la fecha). Aunque mantenía una atención apropiada, sólo podía realizar cálculos muy simples. Reconocía que había algo mal en ella, pero lo atribuía a otros: sus progenitores y un trabajador en su residencia anterior que le había faltado al respeto al reírse cuando ella le dijo que escuchaba voces. Ella no consideraba que tuviera necesidad de estar en el hospital, e indicó que le gustaría tener su propio departamento y trabajar como mesera.

Evaluación de Cookie Coates

Cookie cursaba con una variedad amplia de problemas y síntomas clínicos que tenían el potencial de corresponder a trastornos psicóticos, del estado de ánimo, de ansiedad, del control de impulsos, de la alimentación y de la personalidad, a la vez que un desempeño intelectual bajo.

Analicemos primero este último factor. Con un desarrollo lento, Cookie de manera constante había recibido calificaciones de CI en valores que rebasaban apenas el 70. Tuvo un desempeño adecuado en el MMSE y no tenía problemas con la atención, de tal manera que no parecía calificar para el diagnóstico de **delirium o trastorno neurocognitivo mayor o leve**. Su médico consideró que el grado de sus defectos (problemas para el autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales/interpersonales, autonomía y seguridad) justificaban un diagnóstico de **discapacidad intelectual leve**.

Cookie también refería sentir desesperanza y depresión, pero estos síntomas parecían ser transitorios, reactivos a sus circunstancias y en algún grado, manipuladores. Los síntomas de psicosis (ver arañas, escuchar voces) no se acompañaban de la convicción de las alucinaciones verdaderas: con frecuencia ocurren cuando estaba triste (principio K) y ella señaló que las voces pudieran ser sus propios pensamientos. No presentaba asociaciones laxas, comportamiento catatónico o síntomas negativos típicos de la esquizofrenia. No parecía justificarse un diagnóstico de **psicosis**. Aunque presentaba un **comportamiento alimentario anormal**, no parecía sentir tensión por ello, y carecía de antecedentes de vómito o uso de laxantes o diuréticos; su autoevaluación no hacía algún énfasis excesivo en su peso o aspecto corporal. Un médico que revisó el caso consideró que su historia clínica revelaba algunas de las características del **trastorno de estrés postraumático**, pero carecía de antecedentes de reexperimentación del abuso sexual que había sufrido durante la niñez.

Las manifestaciones abiertas de Cookie incluían morder, patear, tirar del cabello, robar, y habían comenzado cuando tenía alrededor de 11 años. Estos comportamientos no parecían ser parte de algún problema mayor relacionado con la violación de normas sociales o el derecho de otros, lo que descartaba algún **trastorno de la conducta**. El arrancamiento del cabello no se vinculaba con el estrés, y no existe información de que ella hubiera tratado de detenerlo, de manera que no se diagnosticaría **tricotilomanía**. La autolesión puede identificarse en el **trastorno de movimiento estereotípico**, pero el comportamiento de Cookie no parecía ser repetitivo o tener estereotipias. Siendo una niña pequeña pudiera haberse justificado el **diagnóstico de trastorno de relación social desinhibida** (por efecto de su disposición excesiva aproximarse a los extraños), pero se carece de información suficiente para establecer el diagnóstico incluso en retrospectiva, y ese no parecería ser el problema ahora.

De igual manera, habiendo descartado los trastornos mentales mayores como una causa de sus comportamientos, es posible considerar un **trastorno de la personalidad** (principio W). La mayor parte de sus conductas destructivas parecía poder explicarse en buena medida a partir de un **trastorno de la personalidad límite**. A partir de su adolescencia y con efecto sobre muchas de sus áreas de vida, los síntomas relevantes incluían autolesión, relaciones interpersonales intensas (las que establecía con distintos miembros del personal), impulsividad (alimentación, expresiones sexuales), estado de ánimo reactivo (berrinches) e ideación paranoide.

Si bien Cookie de ninguna manera tenía todos los síntomas del trastorno de la personalidad límite, —yo consideraría que los que refería pudieran considerarse graves—. Su calificación EEAG de 30 correspondería a una imagen compuesta de todas sus dificultades.

| | |
|----------------|--|
| F70 [317] | Discapacidad intelectual, leve |
| F60.3 [301.83] | Trastorno de la personalidad límite, grave |
| E66.9 [278.00] | Obesidad |

Dean Wannamaker

“Sigo escuchando voces que no puedo controlar”, dijo Dean Wannamaker. Lo molestaban todos los días y no estaba seguro cuánto tiempo más podría soportarlo. Dean tenía 54 años de edad, pero había escuchado voces por primera vez poco después de cumplir los 40. Fue hospitalizado en tres ocasiones distintas; cada vez había recibido tratamiento farmacológico con buenos resultados. Ahora habían transcurrido más de seis años desde su última hospitalización.

“Están en mi cabeza, pero se oyen fuertes y claras como una radio”, dijo Dean. Las voces eran en su mayoría de varones, pero también había algunas mujeres; ninguna parecía familiar. Sólo expresaban frases, no decían oraciones completas, pero trataban de darle órdenes sobre cómo actuar. Le decían que era tiempo de ir a casa y que estaría bien tomar otro trago. “En general parecían estar cuidándome”. Pensaba que habían estado hablando por cerca de tres semanas en esta ocasión.

Dean aceptó que era bebedor. Había comenzado a beber vino dulce cuando sólo tenía 12 años de edad. En la milicia había tenido algunas peleas e incluso había sido amenazado con una corte marcial en una ocasión, pero había logrado “escapar con una salida honorable”. Con los años, había sido arrestado varias veces por conducir bajo la influencia del alcohol; el evento más reciente había tenido lugar tan sólo dos semanas antes.

El patrón usual de Dean era beber con intensidad durante varios meses, luego detenerse en forma súbita y permanecer sobrio durante años. Sus tres borracheras previas habían tenido lugar 3, 5 y 11 años antes. Fue durante la borrachera de hacía 11 años que su esposa lo había dejado; ella estaba cansada de pagar las infracciones de tránsito y de mantenerlo tras ser despedido de su empleo. Pero tenía entonces una novia, Annie—la misma mujer con la que estaba ahora—, de manera que no le importó mucho lo que ocurrió con su esposa. Lo que recordaba de manera más vívida fue la época en que escuchó voces durante casi tres meses. “Era suficiente para hacer que un hombre bebiera”, comentó, sin rastro de ironía.

En esta ocasión, fue el servicio de administración tributaria el que le dio el impulso. Había ganado un buen dinero con su negocio (era carnicero) y, en apariencia, mientras se encontraba en la espiral de su última borrachera, tres años antes, que había omitido informar una parte. Ahora se le estaba requiriendo el pago de impuestos, intereses y penalizaciones, y él siquiera tenía registros.

“No era mi intención comenzar a beber”, dijo. “Sólo quería tomar un trago”. Ahora había estado bebiendo más de 1 L de bourbon al día durante dos meses. Annie agregó que “él nunca parece borracho”, y confirmó que sólo presentaba estas alucinaciones después de haber estado bebiendo algún tiempo.

El mediano de tres hijos, Dean nació en Chicago, donde su padre trabajaba como vendedor de carne. Sus padres se habían divorciado cuando él tenía nueve años; su madre se había vuelto a casar dos veces. En una depresión cuatro años antes, su hermano mayor se había suicidado de un disparo. Su hermana era una enfermera que en alguna ocasión había sido hospitalizada por consumo excesivo de barbitúricos.

Después de trabajar para la milicia, Dean había acudido dos años a una escuela técnica, pero pensaba que no le había servido de mucho. “Nunca he sido nada más que un ciudadano grande y tonto que rebana animales muertos para vivir”, dijo.

Annie informó que Dean había estado deprimido la mayor parte del tiempo durante el último mes y medio—no todo el tiempo que había estado bebiendo—. Había llorado un poco y dormido mal, con frecuencia despertando temprano en la madrugada, incapaz de volver a dormir. Su apetito

había disminuido y había perdido cerca de 10 kg. Parecía tener cansancio crónico y su interés en el sexo había disminuido, excepto cuando estaba borracho, lo que ocurría casi todo el tiempo.

Dean parecía más de 60 años que de 54. Era evidente que había perdido peso. Medía más de 1.83 m, pero su ropa holgada parecía disminuir su talla. Estaba tirado en su silla y sólo hablaba cuando se dirigían a él. Su voz era monótona y de bajo volumen, pero su lenguaje era relevante y coherente. Estaba del todo alerta y prestaba atención estrecha a la conversación. Su estado de ánimo mostraba muy poca variación, y él aceptaba sentirse deprimido. Estaba del todo orientado en tiempo, lugar y persona; obtuvo una calificación de 29 de 30 en el MMSE, al no poder recordar el nombre de una calle después de 5 min. Nunca había tenido ideas delirantes, pero tampoco parecía tener introspección en cuanto al hecho de que lo que oía no era real.

Dean había tenido algunos pensamientos acerca de morir. Habían comenzado con la depresión, y ahora las voces se habían montado en la idea. “No me están ordenando que lo haga o algo por el estilo”, dijo. “Sólo piensan que yo podría estar mucho mejor”.

Evaluación de Dean Wannamaker

—He aquí la forma en que yo analizaría esta historia compleja—.

Para empezar, ¿cuáles eran las conductas de consumo de alcohol diagnosticables en Dean? Por supuesto, cubría distintos criterios para el **trastorno por consumo de alcohol** (p. 397): mostraba síntomas sociales (divorcio, arrestos). Durante el episodio de consumo actual había demostrado tolerancia (no parecía borracho después de beber 1 L de licor al día), seguía bebiendo, no obstante presentaba alucinaciones, y consumía más alcohol que el que pretendía (“sólo deseaba tomar un trago”). Incluso si los síntomas de abstinencia no se tomaran en consideración, justificaría un diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol. Había estado bebiendo en forma activa durante el último mes, de manera que no se agregaría un especificador de evolución.

Los malestares somáticos de Dean incluían la pérdida del apetito y la ponderal, la disminución de la libido y el insomnio. Éstos corresponden a tres categorías independientes en el DSM-5 (alimentación, sueño-vigilia y trastornos sexuales) y podría integrarse un diagnóstico diferencial para cada uno. Sin embargo, la carga de diagnósticos mentales mayores independientes que esto determinaría parecería muy improbable, ya fuera desde la perspectiva estadística o la lógica (principio M—simplificar). Todas estas manifestaciones somáticas pueden identificarse en pacientes con depresión, psicosis o trastornos relacionados con el alcohol. Siempre debe descartarse un **trastorno del estado de ánimo debido a otra afección médica**, en particular en un individuo que ha estado ignorando sus necesidades de salud (principio B). Si bien se requieren una exploración física y pruebas de laboratorio para asegurarlo, no existe información en el caso clínico que sugiera que Dean padeciera algún trastorno médico de este tipo.

Durante la última fase de su vida adulta, Dean había escuchado voces de manera intermitente. Una cuestión central en cualquier paciente psicótico es si la esquizofrenia es una posibilidad. Sin embargo, Dean carecía de la parte A de los criterios básicos—escuchaba voces, pero era el único síntoma psicótico que presentaba—lo que descarta la **esquizofrenia**, así como los **trastornos esquizofreniforme** y **esquizoafectivo**. Tenía alucinaciones pero carecía de otros síntomas (de acuerdo, su afecto era limitado, —pero yo adjudicaría eso a la depresión—). Annie señalaba que él sólo había desarrollado alucinaciones después de beber. Los resultados de su MMSE descartarían el **delirium** y el **trastorno neurocognitivo mayor o leve**; sus antecedentes excluirían el **trastorno psicótico debido a otra afección médica**. Por supuesto, todos los otros trastornos

psicóticos ponen como requisito que los síntomas no guarden relación directa con el consumo de alguna sustancia. Por otra parte, ni el **trastorno delirante** ni el **trastorno psicótico breve** pueden establecerse como diagnósticos si existe una probabilidad mayor de que la causa sea un trastorno del estado de ánimo.

Revítese los criterios para el **trastorno psicótico inducido por sustancia/medicamento** en el capítulo 2 (p. 293). Éstos definen como requisito la presencia de alucinaciones o ideas delirantes prominentes (o lenguaje desorganizado). Puesto que Dean siempre bebía antes de que aparecieran las alucinaciones y éstas nunca persistían por más de algunas semanas tras suspender el consumo, parecería satisfacer los criterios para el trastorno psicótico inducido por alcohol, con alucinaciones. Si éste se convertía en el diagnóstico de trabajo, se agregaría el calificador **con inicio durante la abstinencia**.

En cuanto al trastorno del estado de ánimo, Dean satisfacía el criterio de inclusión para un **episodio depresivo mayor**: había presentado estado de ánimo abatido persistente durante más de dos semanas, fatiga, pérdida ponderal, insomnio e ideas suicidas. Sus síntomas no derivan de una afección médica, representaban un cambio a partir de su condición usual y sin duda le generaban tensión. Sin embargo, se habían desarrollado después del momento en que había comenzado a beber, y por ende podrían guardar relación con el alcohol; de ser así, esto descartaría un **trastorno depresivo mayor**.

Los criterios para el **trastorno del estado de ánimo inducido por sustancia** son simples, y Dean parecería satisfacerlos: mostraba depresión persistente, lo que le permitía cumplir todos los criterios para un trastorno depresivo mayor; también había estado bebiendo durante varios meses, y se sabe que el alcohol es del todo capaz de inducir depresión grave. El DSM-5 menciona varios elementos de evidencia que pudieran sugerir una depresión que no guarda relación con sustancias. Si bien, su hermano se había disparado durante un cuadro depresivo, se desconoce si él también consumía alcohol; una hermana había consumido drogas. Sin duda la información genética no constituye un criterio, pero es un principio útil (B).

El trastorno depresivo mayor es susceptible al tratamiento, y también puede ser letal. Debe recibir prioridad alta para su estudio y posible tratamiento (principio F). Sin embargo, no debe diagnosticarse de manera automática en un paciente que consume sustancias; en muchos casos el trastorno del estado de ánimo mejora cuando el paciente deja de consumir la sustancia.

Por ende, debe hacerse referencia a los síntomas por consumo de sustancia, el trastorno del estado de ánimo y la psicosis en el diagnóstico final de Dean. No parecería que alguna afección cognitiva o médica general pudiera explicar estos síntomas (principio C). Resultaría elegante explicarlos todos tan sólo con base en un mecanismo de enfermedad subyacente (principio M). Puesto que el consumo de sustancias sin duda fue el primero de estos síntomas en aparecer (principio X)—Dean comenzó a beber a los 12 años de edad y tuvo algunos problemas conductuales que derivaron de ello cuando era joven y pertenencia al ejército—resulta razonable analizarlo primero.

Ahora se cuenta con dos puntos de referencia a partir de los cuales se pueden analizar los síntomas de Dean: (1) el consumo de alcohol indujo una psicosis, y él cursaba con un trastorno depresivo mayor independiente; o (2) el consumo de alcohol indujo tanto una psicosis como un trastorno del estado de ánimo. La simplicidad del segundo planteamiento, además del deseo de evitar apresurarse y administrar un tratamiento quizá innecesario, llevaría al médico conservador a considerar primero el trastorno del estado de ánimo como inducido por una sustancia—por lo menos hasta que Dean pudiera abstenerse por completo de consumir alcohol—. De acuerdo con la CIE-9, la percepción del médico de que el alcoholismo era el problema subyacente, y por ende

el que tendría que atenderse primero, determinaría el orden en que se mencionan los diagnósticos. De acuerdo con la CIE-10, en la cual se codifica el trastorno por consumo al mismo tiempo que la psicosis o la depresión, —yo incluiría primero la psicosis—; parece requerir tratamiento con más urgencia. Pero estaría dispuesto a discutirlo. La calificación EEAG de Dean se aproximaría a 40.

- F10.259 [303.90, 291.9] Trastorno por consumo de alcohol, grave, con trastorno psicótico inducido por alcohol, con inicio durante la abstinencia
- F10.24 [303.90, 291.89] Trastorno depresivo inducido por alcohol, con inicio durante la intoxicación

Apéndices

- A-1. Escala de evaluación de la actividad global (EEAG; también conocida como escala GAF, por su nombre en inglés *Global Assessment of Functioning*)
- A-2. Trastornos físicos que afectan el diagnóstico de salud mental
- A-3. Clases (o nombres) de medicamentos capaces de generar trastornos mentales

A-1. Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

Como puede observarse, es necesario llegar casi al final del listado (alrededor de los valores 50 a 70) para alcanzar el punto en el cual la mayor parte de los pacientes que se describen en este libro recibe un diagnóstico. Si bien es posible hacer interpolaciones entre estos números para tratar de obtener valores con un intervalo más fino de cinco unidades (65, 25, entre otros), esto resultaría poco útil.

Considérese el desempeño psicológico, social y laboral en un continuo hipotético entre la salud y la enfermedad mental. No se incluyen el compromiso del desempeño debido a limitaciones físicas (o ambientales).

Codificar (Nota: cuando resulte apropiado, utilizar códigos intermedios, como por ejemplo, 45, 68, 72).

| | |
|-----|---|
| 100 | Desempeño superior en un rango amplio de actividades, los problemas de vida no parecen salirse de control, otros lo buscan por sus muchas cualidades positivas. No existen síntomas. |
| 91 | |
| 90 | Síntomas nulos o mínimos (p. ej., ansiedad leve previa a un examen), desempeño adecuado en todas las áreas, interés y participación en una gran variedad de actividades, eficacia social, por lo general satisfacción con la vida, sólo los problemas o las inquietudes cotidianas (p. ej., discusión ocasional con los miembros de la familia). |
| 81 | |
| 80 | Si existen síntomas, son transitorios y corresponden a reacciones esperadas ante los factores de estrés psicossociales (p. ej., dificultad para concentrarse después de una discusión familiar); no existen manifestaciones, excepto por un compromiso discreto del desempeño social, laboral o escolar (p. ej., sufrir un atraso temporal en el trabajo escolar). |
| 71 | |
| 70 | Algunos síntomas leves (p. ej., estado ánimo depresivo e insomnio leve) o algún grado de dificultad para el desempeño social, laboral o escolar (p. ej., ausentismo ocasional, o robo en el hogar), pero por lo general un desempeño muy bueno; cuenta con algunas relaciones interpersonales significativas. |
| 61 | |
| 60 | Síntomas moderados (p. ej., aplanamiento afectivo y lenguaje circunstancial, ataques de pánico ocasionales) o grado moderado de dificultad para el desempeño social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros o colaboradores). |
| 51 | |
| 50 | Síntomas intensos (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robo en tiendas frecuente) o cualquier grado de compromiso para el desempeño social, laboral o escolar (p. ej., carece de amigos, es incapaz de conservar un empleo). |
| 41 | |
| 40 | Cierto grado de disfunción en las pruebas relacionadas con la realidad o la comunicación (p. ej., lenguaje ilógico en ocasiones, difícil de entender o irrelevante) o disfunción intensa en varias áreas, como el trabajo la escuela, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., hombre deprimido que evita amigos, descuida a la familia y es incapaz de trabajar; menor que con frecuencia golpea a niños más pequeños, se muestra desafiante en el hogar y está reprobando en la escuela). |
| 31 | |
| 30 | Comportamiento con influencia considerable de ideas delirantes o alucinaciones, o compromiso grave para la comunicación o el juicio (p. ej., es incoherente en ocasiones, actúa de manera muy inapropiada, muestra inquietud suicida), o muestra incapacidad para el desempeño en casi todas las áreas (p. ej., permanece en cama todo el día; carece de empleo, casa o amigos). |
| 21 | |
| 20 | Cierto riesgo de lesionarse o lesionar a otros (p. ej., intento suicida sin expectativa clara de muerte; violencia frecuente; excitación maníaca), o en ocasiones es incapaz de mantener una higiene personal mínima (p. ej., se mancha con heces), o disfunción franca de la comunicación (p. ej., en gran medida incoherente o con mutismo). |
| 11 | |
| 10 | Riesgo persistente de causarse o causar a otros lesión grave (p. ej., violencia recurrente), o incapacidad persistente para mantener una higiene personal mínima, o acto suicida serio con expectativa clara de muerte. |
| 1 | |
| 0 | Información insuficiente. |

Reproducido con autorización de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., text rev. (p. 34); American Psychiatric Association, 2000, Washington, DC: Author. Copyright © 2000 por The American Psychiatric Association.

A-2. Trastornos físicos que afectan el diagnóstico de salud mental

| Trastorno médico | Ans | Dep | Manía | Psic | Del | Dem | Cat | Pers | Eréctil | Eyac | Gen | Anorg |
|---|-----|-----|-------|------|-----|-----|-----|------|---------|------|-----|-------|
| Cardiovasculares | | | | | | | | | | | | |
| Anemia | × | | | | | | | | | | | |
| Angina | × | | | | | | | | | | | |
| Aneurisma aórtico | | | | | | | | | × | | | |
| Arritmia | × | | | | × | | | | | | | |
| Malformación arteriovenosa | | | | | | | × | | | | | |
| Insuficiencia cardíaca congestiva | × | | | | × | | | | × | | | |
| Hipertiroidismo | × | | | | × | | | | | | | |
| Infarto del miocardio | × | | | | | | | | | | | |
| Prolapso de la válvula mitral | × | | | | | | | | | | | |
| Taquicardia supraventricular paroxística | × | | | | | | | | | | | |
| Choque | × | | | | × | | | | | | | |
| Endocrinos | | | | | | | | | | | | |
| Enfermedad de Addison (insuficiencia suprarrenal) | × | × | | | × | | | | | | | |
| Tumor carcinóide | × | | | | | | | | | | | |
| Enfermedad de Cushing | × | × | × | | × | | | × | | | | |
| Diabetes | × | | | | | | | | × | | | × |
| Hiperparatiroidismo | | | | | | | × | | | | | |
| Hipertiroidismo | × | × | × | | × | | | | × | | | |
| Hipoglucemia | × | × | | | × | × | | | | | | |
| Hipoparatiroidismo | × | × | | | | | | | | | | |
| Hipotiroidismo | × | × | | × | | × | | × | × | | | × |
| Secreción inapropiada de ADH | | | | | × | | | | | | | |

Ans, ansiedad; Dep, depresión; Psic, psicosis; Del, delirium; Dem, demencia (trastorno neurocognitivo mayor); Cat, síntomas de catatonía; Pers, cambio de la personalidad; Eréctil, disfunción eréctil; Eyac, disfunción eyaculatoria; Gen, síndromes de dolor genital (en varón o mujer); Anorg, anorgasmia.

A-2. Trastornos físicos que afectan el diagnóstico de salud mental (continuación)

| Trastorno médico | Ans | Dep | Manía | Psic | Del | Dem | Cat | Pers | Eréctil | Eyac | Gen | Anorg |
|--|-----|-----|-------|------|-----|-----|-----|------|---------|------|-----|-------|
| Síndrome de Klinefelter | | | | | | | | | × | | | |
| Menopausia | × | | | | | | | | | | × | |
| Tumor pancreático | | × | | | | | | | | | | |
| Feocromocitoma | × | | | | | | | | | | | |
| Síndrome premens-trual | × | | | | | | | | | | | |
| Hiperprolactinemia | | | | | | | | | | | | × |
| Infeciosos | | | | | | | | | | | | |
| SIDA | × | × | × | | | × | | × | | | | |
| Absceso cerebral | | | | | × | | | | | | | |
| Endocarditis bacteriana subaguda | × | | | | | | | | | | | |
| Infección sistémica | × | | | | × | | | | | | | |
| Infección de vías urinarias | | | | | × | | | | | | | |
| Vaginitis | | | | | | | | | | | × | |
| Infecciones virales | | × | | | | | | | | | | |
| Tóxicos | | | | | | | | | | | | |
| Aminofilina | | | | | × | | | | | | | |
| Antidepresivos | × | | | × | × | | | | × | × | | × |
| Intolerancia al ácido acetilsalicílico | × | | | | | | | | | | | |
| Bromuros | | | | × | | | | | | | | |
| Cimetidina | | | | | × | | | | | | | |
| Digital | | | | | × | | | | | | | |
| Disulfiram | | | | × | × | | | | | | | |
| Estrógenos | | | | | | | | | × | | | |
| Fluoruros | | | | | | | × | | | | | |
| Metales pesados | × | × | | | | | | | | | | |
| Herbicidas | | | | | | | | | × | | | |
| L-dopa | | | | | × | | | | | | | |
| Esteroides | × | | | × | | | | | | | | |
| Teofilina | × | | | | | | | | | | | |
| Metabólicos | | | | | | | | | | | | |
| Desequilibrio electrolítico | × | | | | × | | | | | | | |
| Hepatopatía | | × | | | × | × | | | × | | | |

A-2. Trastornos físicos que afectan el diagnóstico de salud mental (continuación)

| Trastorno médico | Ans | Dep | Manía | Psic | Del | Dem | Cat | Pers | Eréctil | Eyac | Gen | Anorg |
|---|-----|-----|-------|------|-----|-----|-----|------|---------|------|-----|-------|
| Hipercarbia | | | | | × | | | | | | | |
| Hiperventilación | × | | | | | | | | | | | |
| Hipocalcemia | × | | | | | | | | | | | |
| Hipopotasemia | × | × | | | | | | | | | | |
| Hipoxia | | | | | × | | | | | | | |
| Desnutrición | | × | | | × | | | | × | | | |
| Porfiria | × | | | | | | | × | | | | |
| Nefropatía | × | | | × | × | | | | × | | | |
| Neurológicos | | | | | | | | | | | | |
| Enfermedad de Alzheimer/fronto-temporal | | | | | | × | | | | | | |
| Esclerosis lateral amiotrófica | | | | | | × | | | × | | | |
| Tumor cerebral | × | | | × | × | × | × | × | | | | |
| Degeneración cerebelosa | | | | | | × | | | | | | |
| Accidente cerebrovascular | × | | | | | × | | × | | | | |
| Creutzfeldt-Jakob | | | | | | × | | | | | | |
| Encefalitis | × | | | | × | × | × | | | | | |
| Epilepsia, convulsiones | × | × | | | × | × | | × | | | | |
| Hematoma peridural | | | | | × | | | | | | | |
| Traumatismo craneoencefálico | × | | | | × | × | × | × | | | | |
| Enfermedad de Huntington | × | × | | | | × | | × | | | | |
| Hematoma cerebral | | | | | × | | | | | | | |
| Enfermedad de Menière | × | | | | | | | | | | | |
| Meningitis | | | | | × | | | | | | | |
| Migraña | × | | | | | | | | | | | |
| Esclerosis múltiple | × | × | × | | | × | | × | × | | | |
| Infartos múltiples | | | | | | × | | | | | | |
| Neurosífilis | | | × | | × | × | | × | × | | | |
| Hidrocefalia normotensa | | | | | | × | | | | | | |
| Enfermedad de Parkinson | | | | | | × | | | × | | | × |

A-2. Trastornos físicos que afectan el diagnóstico de salud mental (continuación)

| Trastorno médico | Ans | Dep | Manía | Psic | Del | Dem | Cat | Pers | Eréctil | Eyac | Gen | Anorg |
|---|-----|-----|-------|------|-----|-----|-----|------|---------|------|-----|-------|
| Estado posanóxico | | | | | | × | | | | | | |
| Parálisis supranuclear progresiva | | | | | | × | | | | | | |
| Enfermedad de la médula espinal | | | | | | | | | × | | | |
| Hemorragia subaracnoidea | | | | | × | | × | | | | | |
| Hematoma subdural | | | | | × | × | × | | | | | |
| Crisis isquémica transitoria | × | | | | × | | | | | | | |
| Enfermedad de Wilson | × | | | | | | | × | | | | |
| Pulmonares | | | | | | | | | | | | |
| Asma | × | | | | | | | | | | | |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | × | | | | × | | | | × | | | |
| Hiperventilación | × | | | | | | | | | | | |
| Embolia pulmonar | × | | | | | | | | | | | |
| Otros | | | | | | | | | | | | |
| Enfermedades de la colágena | × | | | | | | | | | | | |
| Endometriosis | | | | | | | | | | | × | |
| Enfermedad pélvica inflamatoria | | | | | | | | | × | | × | × |
| Enfermedad de Peyronie | | | | | | | | | × | | | |
| Estados posoperatorios | | | | | × | | | | | | | |
| Lupus eritematoso sistémico | × | × | | × | × | | | × | | | | |
| Arteritis temporal | × | | | | | | | | | | | |
| Deficiencias vitamínicas | | | | | | | | | | | | |
| B ₁₂ (anemia perniciososa) | × | × | | | | × | | | | | | |
| Ácido fólico | | | | | | × | | | | | | |
| Niacina (pelagra) | | | | | × | × | | | | | | |
| Tiamina (B ₁ ; síndrome de Wernicke) | | | | | × | × | | | | | | |

A-3. Clases (o nombres) de medicamentos capaces de generar trastornos mentales

| | Ansiedad | Trastornos del estado de Ánimo | Psicosis | Delirium |
|---|----------|--------------------------------|----------|----------|
| Analgésicos | × | × | × | × |
| Anestésicos | × | × | × | × |
| Ansiolíticos | | × | | |
| Anticolinérgicos | × | × | × | |
| Anticonvulsivos | × | × | × | × |
| Antidepresivos | × | × | × | × |
| Antihistamínicos | × | | × | × |
| Antihipertensivos/ fármacos con actividad cardiovascular | × | × | × | × |
| Antimicrobianos | | × | × | × |
| Antiparkinsonianos | × | × | × | × |
| Antipsicóticos | × | × | | × |
| Antiulcerosos | | × | | |
| Broncodilatadores | × | | | × |
| Quimioterapéuticos | | | × | |
| Corticosteroides | × | × | × | × |
| Disulfiram | | × | × | |
| Fármacos con actividad gastrointestinal | | | × | × |
| Histaminérgicos | | | | × |
| Inmunosupresores | | | | × |
| Insulina | × | | | |
| Interferón | × | × | × | |
| Litio | × | | | |
| Relajantes musculares | | × | × | × |
| Antiinflamatorios no esteroideos | | | × | |
| Anticonceptivos orales | × | × | | |
| Fármacos para restitución tiroidea | × | | | |

Adaptado con permiso de Morrison J: *Diagnosis Made Easier* (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2014. Copyright © 2014, por The Guilford Press.

Índice

NOTA: En este índice, los números en **negrita** denotan Características esenciales del material de diagnóstico. Los números de página en *cursiva* indican una definición. La letra c después de un número de página indica un cuadro.

A

- Abstinencia, 401
- Abulia, 60
- Abuso, 218
 - códigos para, 595c
 - sexual, 222, 594
- Acatasia aguda inducida por medicamentos, 597
- Adenoma hipofisario, 625
- Adicción, 396
- Adopción de posturas, 101
- Adultos mayores, 219
- Afasia, 499, 518
- Afección(es)
 - físicas, 193
 - médica, 223
- Afecto, 112
- Agitación, 101, 114, 125
- Agnosia, 518
 - digital, 52
- Ágora, 179
- Agorafobia, 176, 178, 179, **180**, 190, 281, 473, 558, 607
 - características esenciales, **180**
- Agrafía, 52
- Agresividad, 223
- Alcohol, 151, 187, 223, 284, 346, 356, 394, 423, 438
 - abstinencia de, **406**, **407**
 - no complicada, 407
- Alcoholismo, 241, 395, 398, 634
- Almohada psicológica, 106
- Alprazolam, 445
- Alteración del comportamiento, 624
- Alucinación(es), 59, 61, 68, 192, 314, 486, 504, 507, 591
 - auditivas, 68, 96, 612
 - persistentes, 107
 - del paciente, 164
 - hipnagógicas, 59
 - hipnopómpicas, 59
 - inducidos por alcohol, 408
 - olfatorias, 99
 - verdaderas, 59
 - visuales, 68
- Alucinógenos, 97, 394, 423, 427
- Alucinosis auditiva alcohólica, 96, 407
- Ambiente social caótico, 37
- Amnesia, 242, 255
 - de porciones del evento, 226
 - disociativa, 223, 235, 237, 239, **241**, 243, 247
 - circunscrita, 239
 - con subtipo de fuga, 333
 - continua, 240
 - generalizada, 240
 - localizada, 239
 - selectiva, 240
 - sistematizada, 240
- Anestesia en calcetín, 262
- Anfetaminas, 69, 121, 151, 176, 195, 394, 418, 450, 451, 454
 - abstinencia de, 458
- Anhedonia, 113, 161
- Anomalías
 - del apetito, 277
 - del peso, 277
- Anomia, 512
- Anorexia nerviosa, 187, 193, 204, 208, 276, 277, 287, 622
 - atípica, 292
- Anoxia, 441
- Ansiedad, 44, 173, 182, 200, 257, 304, 392, 411, 482
 - anticipatoria, 182
 - causas de, 172
 - especificador con síntomas de, **159**
 - excesiva, 185
 - fóbica, 239
 - obsesiva, 200
 - respuesta vasovagal, 182
 - síntomas de, 126
 - relacionados, 172
 - social, **185**
- Abstinencia de, **448**
- Anticolinérgicos, 362
- Antidepresivo, 91, 141, 597
- Antihistamínicos, 362
- Antipsicóticos, 596
- Apego reactivo, 217, 231, **232**
- Apetito, 113
- Apnea, 318
 - del sueño, 296, 297, 303, 309, 317, **344**, 359
 - central, 318
- Apnea-hipopnea obstructiva del sueño, 318
- Apraxia, 518
 - de construcción, 52
- Aprendizaje, 50, 489
- Asfixiofilia, 578, 580
- Astasia-abasia, 263
- Ataque de pánico, 173, **174**, 235, 607
 - características esenciales del, **174**
 - con predisposición situacional, 174
 - de tipo psicótico, 173
 - inducidos, 174
 - inesperado, 176
 - no inducidos, 174
 - nocturnos, 173
 - patológicos, 174
- Atención, 486
 - compleja, 488
 - fluctuante, 504
- Atrofia sistémica múltiple, 345
- Autismo, 17, 20
 - infantil temprano, 27
- Autoandrofilia, **584**
- Autoestima, 116, 121
 - baja, 114, 257
 - intensificación de la, 117

Autoginefilia, **584**, 585
Autolesión, 594

B

Baja autoestima, 91
Barbitúricos, 97, 151, 445
Benzodiazepinas, 445
Bizarro, 61
Buen humor, 117
Bulimia nerviosa, 204, 276, 280, 281, 287, 544
duración limitada, 292
frecuencia baja, 292

C

Cafeína, 176, 195, 346, 394, 416
abstinencia de, **418**
Cafeinismo, 416
Cáncer pulmonar, 99, 100
Cannabis, 394, 421
abstinencia de, **422**, **424**
Cansancio crónico, 633
Carbamatos, 445
Cardiopatía, 249
Casos clínicos, 603
Castigo, 57
Catalepsia, 101, 103, 315
Cataplejía, 313, 315
Catatonía, 55, 59, **104**
estuporosa, 101
lenta, 101
no especificada, 56, 107
relacionada con otro trastorno mental, 100
Celos excesivos, 216
Choque, 224
Ciclado rápido, 165
características esenciales del especificador con, 165
Ciclo sueño-vigilia, 479
Ciclotimia, 145
de corta duración, 169
Circadiano, 323
Cleptomanía, 210, 284, 378, 387, 390, 615
Clordiazepóxido, 484
Cocaína, 151, 214, 394, 418, 452, 456
abstinencia de, 459
Codeína, 214
Cognición, 477
social, 491
Comportamiento
alimentario anormal, 631
alteración del, 507, 511, 624
anómalo, 59
antisocial,
en el adolescente, 379
en el adulto, 379, 544, 593
en el niño, 379
en niño o adolescente, 593
bullicioso, 134

desorganizado, 59
disruptivo, 19
embarazoso, 414
sexual, 580
transgénico, 372
Comprensión, 491
Compulsiones, 192, 199, 200
Comunicación, 26
incendio de, 390
pragmático, 49
social, 49
Concentración, 114
Conducta(s)
alimentaria, 276, 285
catatónica, 103
de imitación, 499
de salud maladaptadas, 268
delictiva, 33
hiperactiva, 121
motriz, 27
psicomotora, 479
suicida, 128
Confusión, 492
Coprofilia, 588
Coprofalia, 39
mental, 39
Crack, 452
Crimen sexual, 586
Criterios de exclusión, 605
Culpa, 114, 164

D

Daño neurológico, 435
Defectos auditivos, 32
Déficit
cognitivo, 477
de atención, **35**
Degeneración frontotemporal, 503
Delirio, 59, 480
Delirium, 432, 450, 474, 477, **480**, 518, 524, 562, 623, 631
debido a anoxia, 487
debido a etiologías múltiples, 475, 486
debido a otra afección médica, 475, 480
especificado, 475, 487
inducido por medicamentos, 475, 483
no especificado, 475, 487
por abstinencia,
de ansiolíticos, 450
de hipnóticos, 450
de sedantes, 450
de sustancias, 96, 475, 483
por intoxicación, 483
por estimulantes, 461
por sustancias, 438, 475, 483
Delirium tremens, 407, 442, 480
Demencia(s), 21, 25, 68, 99, 273, 432, 434, 476, 477, 493, 495, 562
con ideas delirantes, 86
corticales, 516
degenerativas, 516
frontotemporal, 512
inducida por sustancia, 503
por cuerpos de Lewy, 345
por infartos múltiples, 516
precoz, 100, 493
pugilística, 509
secundarias, 516
subcorticales, 516
temprana, 493
Demente, 495
Dependencia ambiental, 499
Depresión, 37, 127, 175, 257, 259, 408, 411, 524
breve recurrente, 169
con características,
atípicas, **111**, **160**
catatónicas, **111**
melancólicas, **111**, **161**
con síntomas de ansiedad, **111**
crónica, 138
de bajo grado, **140**
estacional, 160
grave, **161**
mayor, 142
no clásica, 160
posparto, 163
Deprivación psicosocial intensa, 32
Desempeño
ejecutivo, 491
intelectual limitrofe, 17, 25, 598
Deseo
de muerte, 114
sexual, **362**
Desesperanza, 91, 139
Desintegración de la familia, 590
por separación o divorcio, 590
Desnutrición, 278
Despersonalización, **220**, 237
Desrealización, **220**, 237
Deterioro, 492
cognitivo relacionado con la edad, 498
Dextranfetamina, 451
DI (discapacidad intelectual), 20
Diabetes mellitus dependiente de insulina, 182
Diagnóstico(s)
diferencial, 601
indeterminado, 602
múltiples, 602
principios en los cuidados de la salud, 601
Diazepam, 192, 445
Dietilopropión, 451
Discalculia, 51, 52
Discapacidad, **94**
Discapacidad del desarrollo, 26
Discapacidad intelectual, 17, 20, 26, 37, 57, 288, 546, 569, 573, 577
causas genéticas, 21
factores ambientales y trastornos mentales, 21

- factores tardíos del embarazo y perinatales, 21
factores tempranos del embarazo, 21
grave, **23**
leve, **22**, 25, 631
moderada, **23**
no especificada, 18, 26
profunda, **23**
sin causa identificable, 21
- Discinesia tardía, 596
Discordia marital, 608
Disforia, 65
de género, 207, 351, 372, 585
de nacimiento, 372
en adolescentes, 372
en adultos, 372
en niños, 20, 372, 374
especificada, 372, 377
especificador postransición, 373
no especificada, 372, 377
primaria, 372
- Disfunción(es), 493, 605
cognitiva, 65
leve, 498
sin demencia, 498
de la memoria asociada a la edad, 498
sexual(es), 350, 394, 615
dificultad para el desempeño sexual, 351
especificada, 351, 371
etiología indefinida, 371
factores culturales o religiosos, 352
factores de la pareja, 352
factores de la relación interpersonal, 352
factores de vulnerabilidad individuales, 352
factores médicos, 352
generalizadas, 351
inducida por sustancias/medicamentos, **370**
no especificada, 351, 371
por sustancia/medicamento, 351
síntomas atípicos, 371
situacionales, 351
- Disgrafía, 52
Dislexia, 51
Dismorfia
corporal, 187, **205**
muscular, 205
especificador de, 206
- Dismorfofobia, 205
Disnea, 173, 176
Disociación, 236
Disomnía, 299
Dispersión, 22
Dispraxia, 43
Distanciamiento emocional, 222
Distimia, 33, 109, 138, **140**, 148, 156, 158, 223, 232, 547, 553, 558, 628
- Distonía, 264
aguda inducida por medicamentos, 597
- Disulfiram, 221, 410
Divorcio, 219
- Dolor
crónico, 257
esporádico durante el coito, 366
genito-pélvico/por penetración, 364
torácico, 173
- Dominios sintomáticos, 488
- Dormir
demasiado, 297, 299
muy poco, 299
- Drogas, 187, 223, 241, 284, 354
psicoactivas, 39
psicodélicas, 426
psicomiméticas, 426
- Duelo, 219
no complicado, 110, 184, 590
- E**
- Ecolalia, 101
Ecopraxia, 101
Electrocardiograma (ECG), 271
Electroencefalograma (EEG), 299
Embarazo falso, 277
Emociones prosociales limitadas, 383, **384**
- Encefalopatía
espongiforme, 519
metabólica, 479
traumática crónica, 509
- Encopresis, 19, 293, **294**
- Enfermedad(es)
con cuerpos de Lewy, 503
de Alzheimer, 25, 157, 325, 414, 475, 492, 498, 508, 519, 623
de Creutzfeldt-Jakob, 476, 519
de Huntington, 157, 476, 494, 508, 519, 526, 527
de las vacas locas, 519
de Marchiafava-Bignami, 526
de moda, 270
de Parkinson, 184, 345, 476, 494, 503, 505, 508, 519
de Peyronie, 367
de Pick, 476
de Wilson, 103
física, 273
real, 250
infecciosas, 157
maniaco-depresiva, 129
mental, 638
no especificada, 600
por priones, 476, 519
pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 301
real, 263
tiroidea, 611
leve, 609
vascular, 503
isquémica subcortical, 516
- Enfisema, 487
pulmonar, 303
- Enlentecimiento psicomotor, 114
- Ensoñación, 242
- Enteógeno, 428
- Enuresis, 19, 293
nocturna y diurna, **294**
sólo diurna, **294**
sólo nocturna, **294**
- Epilepsia, 25, 44, 239, 242, 244, 432, 434
del lóbulo temporal, 203, 244
psicomotora, 312, 333, 335
- Episodio
afectivo, 108
del estado de ánimo, 108
depresivo, 111, 623
con síntomas insuficientes, 170
de corta duración, 170
en curso, 130
depresivo mayor, 92, 106, 108, 112, 125, 133, 145, 167, 306, 620, 627, 634
intermitente, 142
hipomaniaco, 109, 120, 134, 306
calidad del estado de ánimo, 120
características esenciales, **122**
con síntomas insuficientes, 169
cuadro comparativo de, 120c
de corta duración, 167
sin episodio depresivo mayor previo, 169
maniaco, 74, 106, 108, 111, 116, 133, 197, 244, 389, 472, 544, 604, 627
con características catatónicas, 111
con características mixtas, 111
con características psicóticas, 111
con ciclado rápido, 112
con inicio en torno al parto, 111
con patrón estacional, 112
criterios de exclusión, 119
cuadro comparativo de, 120c
en curso o más reciente, 130
franco, 135
- Escala de evaluación de la actividad global, 638
- Escatología telefónica, 588
- Esclerosis
múltiple, 157, 438, 494
tuberosa, 103
- Esquizofrenia, 37, 42, 55, 60, 68, 78, 88, 96, 100, 103, 106, 125, 207, 239, 244, 247, 262, 266, 273, 277, 304, 327, 372, 377, 379, 389, 430, 432, 434, 457, 482, 485, 487, 538, 541, 546, 569, 573, 577, 609, 611, 613, 633
básica, 76
características esenciales, **66**

clásica, 100
 cronicidad, 65
 desorganizada, 72
 espectro de, 64
 frecuencia, 65
 hebefrénica, 72, 74, 145
 indiferenciada, 74
 intensidad, 65
 manejo, 65
 simple, 512
 típica, 71

Estado confusional agudo, 479

Estado de alerta, 222, 224, 477
 incremento del, 222

Estado de ánimo, 37, 109, 112, 479
 abatido, 125
 anómalo, 117, 121, 411
 calidad del, 113, 117, 604
 características psicóticas, 114
 congruentes, 114
 incongruentes, 114
 incongruentes con, 164

depresivo, 83, **229**
 deprimido, 113, 303
 disfórico, 110
 episodios del, 112
 inestable, 411
 lábil, 411
 modificadores de diagnósticos del, 158
 negativo, 222
 pertinente, 164

Estado de atención, 477

Estado mental negativo persistente, 222

Esterotipias, 27, 44, 101

Esteroides anabólicos, 463

Estimulación sexual, 372, 585

Estimulantes,
 abstinencia de, **457**

Estrés, 217
 agudo, 172, 236
 emocional intenso, 62
 factores de, 228
 intenso, 240
 posttraumático, 172, 219, 236, 607
 en preescolares, 223
 psicológico, 264
 específico, 263
 reexperimenta el, 222
 respuesta psicológica relacionada con, 268

Estresantes, 222

Estupor, 101, 411

Euforia, 117, 411, 461, 626

Evento vascular cerebral, 157

Evocaciones, 226

Exclusión social, 598

Exhibicionismo, 564, 571, 577

Exhibicionista, 567

Experiencias disociativas, 226

Éxtasis, 214, 451

Eyacuación
 precoz, 350, 359
 prematura, 350, 359
 retardada, 350, 359
 retrógrada, **360**

F

Facticio, 268

Fatiga, 114, 125, 128, 139, 192, 224

Fenciclidina, 97

Fenilciclidina, 393, 426, 428, 609

Fenómeno de Capgras, 57

Fetiche, 569

Fetichismo, 564, 569, **584**, 585

Flexibilidad cérea, 101, 103

Fobia, 205
 específica, 56, 171, 176, 178, 179, 181, 182, 197, 607
 características esenciales, **183**
 situacional, 184
 social, 207

Folie à deux, 83

Freudiano, 583

Frotamiento, 571

Frotteurismo, 564, 571

Fuga disociativa, 240, 243

Funciones ejecutivas, 478

G

Gesticulaciones, 101, 103

Gozo sexual, 365

H

Habilidad perceptual-motriz, 490

Hepatitis C crónica, 153

Heterosexualidad, 374

Hidrocefalia normotensa, 503

Hiperactividad/impulsividad, **35**

Hipersexual, 587

Hipersomnia, 297, 309

Hipersomnolencia, 297, 309

Hipertiroidismo con bocio sin tormenta tiroidea, 197

Hipnagógico, 315

Hipnopémpico, 315

Hipnosis, 236

Hipnóticos, 346, 394, 445
 abstinencia de, **448**

Hipocondriasis, 260, 266

Hipomanía, 122, 145, 165
 subumbral, 169

Hipopnea, 318

Hipotiroidismo, 503
 adquirido, 610

Hipoventilación relacionada con el sueño, 323

Hipoxifilia, 579

Histerectomía total, 254

Histeria, 253

Huelgas de hambre, 280

I

Idea(s)
 delirante(s), 57, 58, 61, 164, 192, 426, 460, 478, 485, 618
 bizarras, 69
 celotípicas, 58
 compartidas, 83
 de control, 58
 de culpa, 58
 de grandeza, 58
 de nihilismo, 164
 de persecución, 58
 de pobreza, 58
 de referencia, 58, 68
 erotomaniacas, 58
 pasivas, 58
 persistentes, 82
 somáticas, 58

fuga de, 118

sacrilegas, 201

sobrevaluadas, 58

suicidas, 114, 128

Identidad disociativa, **245**

Ilusiones, 59

Ilusionógenos, 428

Imágenes, 59
 hipnopémpicas, 432

Imipramina, 91

Índice de masa corporal (IMC), 622

Infantilismo, 588

Infección(es)
 estreptocócicas, 215
 por VIH, 519

Inhalantes,
 Inhibidores de la monoaminoxidasa, 160, 368

Insomnio, 125, 128, 296, 299, 633
 inducido por sustancia, 303
 persistente, 613
 primario, 307

Insuficiencia hepática, 483

Intensidad, 158
 códigos de, 158

Intentos suicidas, 473

Intoxicación, **94**, 195, 412
 con anfetaminas, 42, 151
 con cocaína, 151
 patológica, 416
 por alcohol, 412, **413**, 415, 526
 por anfetaminas, 454, 457
 por ansiolíticos, 446
 por cafeína, 349, 416, **417**, 628
 por *Cannabis*, 133, 287, 421
 por cocaína, 456
 por estimulantes, **453**
 por fenilciclidina, **428**, 457, 459
 por hipnóticos, 446
 por inhalantes, 436
 por opioides, 440
 por otro alucinógeno, 430
 por sedantes, 446
 por sustancia, 393, 411, **412**, 465c, 577

Irritabilidad, 117

J

Juego patológico, 394, 460
 Jugadores
 profesionales, 472
 sociales, 472
 Juicio, 121, 122
 Junguiano, 583

K

Kava, 463
 Ketamina, 427
 Khat, 452
 Klismafilia, 588

L

Lenguaje, 46, 121, 478, 491
 con asociaciones laxas, 59
 corporal, 27
 de señas, 46
 desarticulado, 478
 desorganizado, 59, 77
 errático, 478
 escrito, 46
 expresivo, 491
 farfullante, 478
 hablado, 46
 incoherente, 77, 478
 maniaco, 118
 normal, 27
 presionado, 478
 receptivo, 491
 Lesión(es)
 cerebral, 434
 traumática (LCT), 242, 476, 503,
 508, 509
 difusa, 526
 craneoencefálicas, 223
 deportivas, 509
 Libido, 633
 Locura doble, 83
 Lupus eritematoso sistémico, 560

M

Macropsia, 433
 Malestar, 200
 Maltrato, 218, 233
 códigos para, 595c
 psicológico, 594
 Manía, 117, 127, 142, 165, 304
 Manierismos, 101
 Marcha anormal, 264
 Marihuana, 134, 176, 418, 452
 Masoquismo sexual, 564, 578, 585
 Medicalización, 167
 Melancolía involutiva, 161
 Memoria, 235, 478
 de trabajo, 489
 episódica, 489
 falla ordinaria de la, 242
 huecos en su, 246

invasivas, 226
 pérdida intensa de la, 235
 causas, 235
 procesal, 489
 reciente, 499
 semántica, 489
 Meningioma cerebral, 106
 Meprobamato, 445
 Metacualona, 445
 Metanfetamina, 214, 451
 Metilendioximetanfetamina, 214
 Metilfenidato, 451
 Microdepresiones, 118, 134
 Micropsia, 433
 Miedo, 174, 205
 Mini-Mental State Exam (MMSE),
 124, 280, 499
 Misterio bipolar, 150
 Mutismo, 101, 104, 106
 absoluto, 102
 selectivo, 18, 171, 187

N

Narcolepsia, 297, 303, 309, 312, 313,
 321, 327, 344
 con cataplejía, 317
 Necrofilia, 588
 Negativismo, 101, 103, 104, 106
 Negligencia, 20, 218, 233, 594
 códigos para, 595c
 Nerviosismo, 181
 Neumonía, 483
 por *Klebsiella*, 102
 Neurocirujano, 258
 Neurolépticos, 91
 Neurosífilis, 494
 Neurosis depresiva, 139
 Nicturia, 319
 Niño(s)
 bipolar, 150
 inhibidos, 232
 Nuez de areca, 463

O

Obesidad, 285, 593, 608, 631
 simple, 277
 Obsesiones, 192, 199, 200
 Opioides,
 abstinencia de, 443
 Orientación, 478
 Óxido nítrico, 463

P

Paciente(s)
 con fobias específicas, 182
 desalentados, 113
 descorazonados, 113
 infelices, 113
 maniacos, 118
 melancólicos, 113
 y diagnósticos, 601

Palpitaciones, 176
 Pancreatitis, 483
 Pánico
 ataque de, 173
 del micrófono, 187
 escénico, 187
 síntomas de, 174
 Parafilia, 565
 Parálisis, 264
 cerebral, 25
 muscular, 263
 parcial, 517
 Parasomnias, 297, 298, 299, 329
 Parkinsonismo
 inducido por neuroleptico, 596
 inducido por otro medicamento, 596
 Parto, 163
 inicio en torno al, 163
 Pedofilia, 564, 571, 574
 Pensamiento
 acelerado, 121
 flujo del, 486
 obsesivo, 200
 prohibidos, 201
 psicótico, 613
 Pentobarbital, 445
 Percepción, 478
 Perpetradores, 384
 Personalidad, 528
 antisocial, 244, 255, 266, 387, 529
 cambio debido a otra afección mé-
 dica, 560
 cambio debido a otro trastorno mé-
 dico, 530
 cambio inducido por alucinógenos,
 435
 ciclotímica, 145
 del grupo A, 528
 del grupo B, 529
 del grupo C, 529
 dependiente, 266, 335, 529
 depresiva, 139, 141
 dividida, 247
 esquizoide, 69, 528
 esquizotípico, 69, 528
 evitación, 529
 explosiva, 384
 histriónico, 255, 266, 529
 límitrofe, 236, 247, 255, 266, 335,
 377, 387, 529
 múltiple, 245
 narcisista, 377, 529
 obsesivo-compulsivo, 529
 paranoide, 528
 pasivo-agresiva, 384
 por evitación, 185
 premórbida, 62
 problemas sociales, 613
 rasgos de la, 268
 síntomas somáticos, 613
 tipo agresivo, 384
 trasplante de, 492
 Pesadillas, 226, 298, 309, 340
 sociológica, 369

- Pica, 19, 277, 288, **289**
 Piloerección, 444
 Piromanía, 210, 378, 387, **388**
 Problema
 académico, 18, 591
 asistencia social o prestaciones sociales, 592
 carencia de hogar, 592
 con el abuso, 20
 con las circunstancias psicosociales, 598
 condiciones de vivienda inadecuadas, 592
 de fase de la vida, 598
 de relación,
 con los hermanos, 20
 padre-hijo, 19
 de vivienda o económico, 592
 educativo, 18, 591
 encarcelamiento u otro tipo declusión, 593
 falta de alimentos adecuados o agua potable, 592
 ingresos bajos, 592
 laborales, 591
 legales/conductuales, 592
 para la adaptación cultural, 598
 pobreza extrema, 592
 relacionado,
 con cuestiones del cuidado de la salud, 593
 con el empleo, 592
 con el ingreso económico y la vivienda, 592
 con la liberación de la prisión, 593
 con la multiparidad, 593
 con la situación de despliegue militar existente, 592
 con la vida en solitario, 592
 con maltrato, abuso o negligencia, 594
 con otras cuestiones legales, 593
 con un embarazo no deseado, 593
 religioso o espiritual, 598
 Prueba de latencias múltiples del sueño, 317
 Pseudociesis, 275
 Pseudodemencia, 476, 518
 debida a un trastorno depresivo, 503
 Psicodélico, 428
 Psicosis, 55, 142, 170, 212, 524, 631, 635
 antecedentes familiares de enfermedad, 63
 edad al inicio, 63
 endógenas, 93
 esquizofreniforme, 77
 evolución de la enfermedad, 62
 factores precipitantes, 62
 independiente, 88
 persistente inducida por alucinógenos, 435
 posaborto, 242
 reactiva breve, 80
 respuesta a los medicamentos, 63
 síntomas, 58, 631
 psicóticos, 60
 residuales, 62
 tóxica, 479
 Psilocibina, 427
 Psiquiatra, 91
- R**
 Reactividad, 222
 Rechazo social, 598
 Red neuronal medular, 322
 Reflejo palmomentoniano, 500
 Relación
 con el cónyuge, tensión en la, 589
 con una pareja íntima, 589
 de los padres, 590
 crianza lejos de los progenitores, 590
 hijo afectado por tensión en, 590
 entre hermanos, 590
 problema de, 590
 padre-hijo, 589
 problema de, 589
 REM (sueño con movimientos oculares rápidos), 298
 Remisión, 158
 códigos de, 158
 Respiración de Cheyne-Stokes, 318
 Retraso
 global del desarrollo, 18, 26
 mental, 20, 26
 Rumiación, 289
- S**
 Sadismo sexual, 564, 577, 580
 Sadistas, 580
 Sales para baño, 453
 Salud mental, 102, 150, 184
 Sedantes, 346, 394, 445
 abstinencia de, **448**
 Senilidad, 498
 Septicemia, 487
 Servicios de salud mental, 595c
 Sexsomnia, 330
 Signo de Babinski, 518
 Simulación, 57, 223, 236, 250, 259, 266, 476, 482, 485, 599
 Síndrome(s)
 cerebral agudo, 479
 culturales, 198
 diversos, 234
 de abstinencia reconocido, de Briquet, 253
 de consumo nocturno, 292
 de Cushing, 625
 de Charles Bonnet, 107
 de despersonalización de ansiedad fóbica, 239
 de dolor pélvico, 366
 de Down, 21, 492
 de Gerstmann, 52
 de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), 494
 de Kleine-Levin, 312
 de Lesch-Nyhan, 44
 de Münchausen, 269
 de piernas inquietas, 298, 336
 de Prader-Willi, 212, 215, 287
 de psicosis atenuada, 107
 de somnolencia excesiva, 313
 de suspensión de antidepresivos, 597
 de tensión premenstrual, 147
 del niño torpe, 43
 distímico puro, **140**
 neuroléptico maligno, 596
 premenstrual, 621
 Sinestias, 430
 Sinucleinopatías, 345
 Sistema
 musculoesquelético, 107
 nervioso, 107
 central, 346
 Sobrepeso, 285, 593
 Socialización, 27
 Somnolencia, 411
 diurna, 297
 excesiva, 313
 Sonambulismo, 236, 298, 309, **330**, 331, 333, 335, 345
 Subcultura travesti, 583
 Sueño, 121, 298
 anormal, 298
 borracho de, 335
 higiene del, 329
 inerencia del, 309
 latencia del, 317
 mala higiene del, 299, 309
 no es uniforme, 298
 no REM, 236, 293, 298
 no reparador, 349
 nocturno, 312
 normal, 298
 parálisis del, 314, **330**
 REM, 298, 314, 340, 505
 sin movimientos oculares rápidos, 298
 Sueño-vigilia, 296
 fases de sueño,
 avanzadas, 297
 retardadas, 297
 irregular, 297
 no ajustado a las 24 h, 297
 Suicidio, **66**, 278
 intento de, 114
 plan de, 114
 Sustancia(s)
 abstinencia de, 393, 402, 464, 465c
 clases específicas de, desconocidas, psicoactivas, 176

síntomas de abstinencia, 403c
 síntomas de intoxicación, 403c
 Sustos nocturnos, 334

T

Tabaco,
 abstinencia de, **462**
 Tabúes sexuales, 201
 Tartamudeo, *18, 47, 48, 266*
 temprano, 48
 TEA (trastorno del espectro autista), 26
 Temblor, 264
 postural inducido por medicamen-
 tos, 597
 Temor situacional, 183
 Temperamento ciclotímico, 143
 Tensión ansiosa, 146, *172, 628*
 Teoría sobre la mente, 491
 Terapia
 cognitivo-conductual, 127
 de mantenimiento, 410
 electroconvulsiva (TEC), 127
 Terrores nocturnos, *19, 298, 309, 330,*
342
 Tetraciclina, 102
 Tics, 38
 especificador de, 201
 motores, 39
 vocales, 39
 Timidez ordinaria, 187
 TOC (trastorno obsesivo-compulsivo),
177, 200
 Tolerancia, 401
 Tolueno, 436
 Tóxico, 435
 Trabajadores sexuales, 580
 Trance disociativo, 248
 Transexualismo, 373
 Trastorno(s)
 afectivo, 112
 estacional, 112
 alimentario, 292
 autista, **28**
 bipolar, *109, 165, 231*
 codificación para, 167c
 debido a esclerosis múltiple, 157
 debido a otra afección médica,
110
 especificado, *110*
 I, 71, 79, 104, *110, 125, 129,*
379, 609, 625
 II, *110, 125, 135, 306*
 inducido por sustancia/medica-
 mento, *110, 152*
 inducidos por otro trastorno rela-
 cionado, **152**
 no especificado, *110*
 catatónico, 100
 debido a otra afección médica,
 100
 ciclotímico, *110, 133, 143, 146,*
165, 547

cognitivos, 86, 96, 239, 244, 304,
 474, 477, 538, 541, 612
 con psicosis, 56
 compulsivo, 247
 con psicosis como síntoma, 56
 convulsivos, 344
 de acumulación, *199, 207, 208*
 de adaptación, *217, 228, 250, 259,*
304
 con ansiedad, 193
 con estado de ánimo deprimido,
110
 situacional, 223
 de ansiedad, 25, 37, 126, 129, *171,*
223, 239, 394, 449, 482, 544,
557
 debido a hipertiroidismo, 197
 debido a otra afección médica,
172
 especificado, *172*
 generalizada, 126, *171, 179,*
191, 197, 223, 231, 262, 339,
607, 620, 628
 guía rápida para, *171*
 inducido por cannabis, 195
 inducido por sustancia, 178, 193
 inducido por sustancia/medica-
 mento, *172, 193*
 no especificado, *172, 198*
 por enfermedad, *172, 204, 207,*
255, 259, 260, 266
 por enfermedad breve, 277
 por separación, *20, 172, 182,*
187, 189, 190, 193, 218
 primarios, *171*
 social, *171, 176, 182, 185, 193,*
281, 607
 de apego reactivo, *217, 231, 232*
 de arrancamiento del pelo, *199, 210*
 de Asperger, *27, 28, 32*
 de atracones, 276, 280, 284
 de comunicación,
 social, 32
 y aprendizaje, *18*
 de conversión, *249, 255, 259, 262*
 de deseo sexual hipoaactivo en el va-
 rón, *350, 352*
 de despersonalización/desrealiza-
 ción, *235, 237*
 de desregulación disruptiva del
 estado de ánimo, *20, 109, 149,*
150, 379
 de dismorfia corporal, 86, 187, *199,*
200, 204, 205, 207, 212, 213,
216, 262, 618
 de dolor genito-pélvico, *350*
 de dolor genito-pélvico/por penetra-
 ción, 364
 de duelo,
 complejo, 234
 persistente, 234
 de estrés agudo, *172, 217, 224, 231,*
236

características esenciales, **226**
 en adultos, 225c
 en infantil, 225c
 de estrés postraumático, *172, 174,*
217, 219, 223, 236, 239, 345,
607, 631
 en adultos, 225c
 en preescolares, *20, 217, 223,*
225c
 de evitación/restricción de ingesta
 de alimento, *277, 291*
 de exorciación, *199, 212, 214*
 de exhibicionismo, 564, 567, 577
 de fetichismo, 564, 569
 de fluidez de inicio en la infancia,
18, 47, 48
 de fobias, 223
 de frotteurismo, 564, 571
 de Gilles la Tourette, *19, 37, 40, 42*
 de hipersomnolencia, *297, 309*
 especificado, 349
 no especificado, 349
 de identidad disociativo, *235*
 de insomnio, *296, 299, 615*
 breve, 349
 con otra afección médica conco-
 mitante, 301
 con trastorno mental comórbido,
 303
 especificado, 349
 no especificado, 349
 primario, 307
 relacionados con traumas, 303
 de juego patológico, 470
 de la alimentación, 193
 de la comunicación, 46
 no especificado, *18, 50*
 social, *18, 49*
 de la conducta, *19, 37, 378, 381,*
546, 631
 alimentaria, 276
 con emociones prosociales limi-
 tadas, *378, 383*
 de la excreción, *19, 293*
 de la expresión oral, 46
 de la fluidez del lenguaje, 266
 de la identidad disociativo, 244,
245, 547
 de la ingesta de alimentos, *19, 276*
 de la personalidad, *37, 56, 97, 110,*
223, 231, 239, 281, 528, 531,
622, 628, 631
 antisocial, 37, 244, 255, 273,
378, 384, 535, 541
 del grupo A, 528
 del grupo B, 529
 del grupo C, 529, 553
 dependiente, 88, 273, 558
 esquizoide, 535, 612
 esquizotípico, 69, 535, 538, 612
 histriónico, 255, 266, 273, 548,
 622
 limitrofe, 145, 236, 247, 255,
 273, **545, 631**

- narcisista, 550
 no especificado, 563
 obsesivo-compulsivo, 204, 304, 558
 paranoide, **533**, 612
 por dependiente, 142
 por evitación, 86, 142, 172, 187, 553
 tipo B, 541
 de la Tourette, 203
 de lenguaje, 46
 de masoquismo sexual, 564, **578**, 580, 585
 de movimientos, estereotípicos, 18, 32, 44, **45**, 631
 de pánico, 32, 126, 171, 174, 176, 187, 197, 239, 262, 281, 304, 473
 de pedofilia, 564, 574
 de percepción persistente por alucinógenos, **433**
 de pesadillas, 298, 335, 340
 de purgas, 292
 de relación social desinhibida, 217, 231, 232, **233**, 631
 de Rett, 28
 de rumiación, 277, 289
 de sadismo sexual, 564, 577, 580
 de síntomas neurológicos funcionales, 255, 262
 de síntomas pseudoneurológicos, 262
 de síntomas somáticos, 57, 106, 172, 193, 236, 249, 251, 256, 262, 266, 273, 277, 304, 547, 558, 615
 breve, 277
 causas de manifestaciones somáticas, 250
 con predominio de dolor, 249, 257, 266
 de ansiedad por enfermedad, 249
 especificado, 250
 guía para, 249
 neurológicos funcionales, 249
 no especificado, 250, 275
 primarios, 249
 de síntomas somáticos/somatización, 622
 de somatización, 253
 de tics, 38
 de otros tipos, 19
 especificado, 43
 motores, 18, 19, 42
 no especificado, 19, 43
 transitorio, 19, 42
 vocales persistente, 42
 de travestismo, 377, 564, 571, 580, 583
 de voyeurismo, 564, **586**
 del aprendizaje, 18
 del carácter de larga evolución, 530
 del comportamiento del sueño REM, 298
 del consumo de alimentos, 283
 especificado, 292
 del desarrollo de la coordinación, 18, 43, **44**
 del despertar del sueño no REM, 19, 236, 298, 329
 con confusión al despertar, 298
 con terrores nocturnos, 298
 del tipo con sonambulismo, 298, 331
 tipo con terrores nocturnos, 333
 del espectro autista, 18, 25, 26, 32, 37, 288, 538
 grave, **28**
 leve, **28**
 moderado, **28**
 del espectro de la esquizofrenia, 56
 del estado de ánimo, 25, 37, 44, 86, 96, 108, 109, 122, 193, 239, 250, 277, 323, 356, 394, 473, 555, 563, 609, 612
 adicionales, 138
 con características psicóticas, 82, 99
 con psicosis, 56, 92
 debido a otra afección médica, 128, 633
 descriptores, 168c
 especificadores, 168c
 especificados, 167
 guía rápida para, 108
 inducido por alucinógeno, 435
 inducido por sustancia, 128, 634
 inducidos por sustancias, 625
 inducidos por sustancias/medicamentos, **151**
 no especificados, 167
 del interés/excitación sexual femenino, 350, **362**
 del lenguaje, 18, **46**
 del movimiento inducidos por medicamentos, 596
 del neurodesarrollo, 17
 especificado, 54
 guía rápida para, 17
 no especificado, 54
 del ritmo circadiano de sueño-vigilia, 297
 del sonido del lenguaje, 46, **47**
 del sueño, 19, 65, 192, 297
 especificado, 298
 inducidos por sustancias, 317
 no especificado, 298
 por cafeína, 349
 por sustancia/medicamento, **346**
 relacionados con la respiración, 318
 del sueño-vigilia, 296, 346
 delirante, 56, 82, 86, 88, 107, 125, 130, 541, 558, 634
 de tipo somático, 208
 dependiente, 557
 depresivo, 482, 538
 a otra afección médica, **154**
 debido a otra afección médica, 109
 especificado, 109, 169
 inducido por alcohol, 635
 inducido por interferón, 153
 inducido por sustancia/medicamento, 109
 mayor, 92
 no especificado, 109, 170
 persistente, 109, 138, **140**, 627
 postpsicótico, 170
 depresivo mayor, 69, 104, 109, 122, 133, 142, 172, 179, 210, 223, 228, 232, 262, 281, 547, 607, 628
 codificación para, 167c
 con características melancólicas, 104
 con características psicóticas, 74
 episodio único, **123**
 recurrente, **123**
 dermatológico, 212
 desafiante por oposición, 37
 desintegrativo infantil, 28
 disfórico premenstrual, 109, 146, **147**, 148
 disociativo(s), 235, 476
 especificado, 235, 248
 guía rápida para, 235
 no especificado, 235, 248
 primarios, 235
 disruptivos,
 de la conducta, 378
 del control de los impulsos, 378
 distímico, 138
 endocrinos, 157
 eréctil, 350, **356**, 357
 esporádico, 359
 específico del aprendizaje, 18, 50, **52**
 con dificultad para la expresión escrita, 52
 con dificultad para la lectura, 51
 con dificultad para las matemáticas, 51
 esquizoafectivo, 55, 69, 71, 88, **90**, 110, 633
 esquizofreniforme, 55, 69, 71, 76, **77**, 106, 459, 633
 explosivo intermitente, 223, 378, 384, 387, 544
 facticio, 106, 212, 266, 268, 485, 615, 617
 aplicado a otro, 20, 250, 269, **271**
 aplicado a uno mismo, 57, 249, 268, **271**, 476, 482
 físicos que afectan el diagnóstico de salud mental, 639c, 640c, 641c

- grave por consumo de alcohol, 97
 inducidos por alucinógenos, 434
 inducidos por *Cannabis*, 426
 inducidos por el alcohol, 415
 inducidos por feniliclidina, 434
 inducidos por inhalantes, 439
 inducidos por sustancia/medicamento,
 inducidos por sustancias,
 intelectual del desarrollo, 20
 médicos, 615
 mentales, 55, 97, 267, 468c, 493, 530
 inducidos por sustancia, 465c
 medicamentos capaces de generar, 643c
 no psicótico no especificado, 600
 que afectan el desempeño sexual, 351
 motores, 43
 negativista desafiante, 19, 378, 380
 neurocognitivo, 394, 474
 codificación para, 497c
 con cuerpos de Lewy, 504
 debido a etiologías múltiples, 526
 debido a la enfermedad de Alzheimer, 498
 debido a lesión cerebral traumática, 508
 debido a otras afecciones médicas, 518
 etiologías, 498c
 frontotemporal, 512
 inducido por sustancias, 242
 inducido por sustancias/medicamentos, 522
 leve, 128, 475, 492, 631
 mayor, 25, 242, 323, 474, 475, 492, 623, 631
 mayor debido a etiologías múltiples, 624
 mayor o leve con alteración del comportamiento, 110
 mayor secundario, 25
 no especificado, 527
 vascular, 516
 neurológicos, 615
 neuropsiquiátricos autoinmunitarios, 215
 no relacionado con sustancia, 394, 470
 obsesivo-compulsivo, 32, 86, 129, 172, 199, 262, 281, 394, 473, 607, 618, 620
 especificado, 199
 inducidos por sustancia/medicamento, 199
 no especificado, 199
 relacionados debidos a una afección médica, 199
 orgásmico femenino, 351, 368
 parafilico, 351, 379, 564, 565
 coercitivo, 588
 especificado, 588
 no especificado, 588
 perceptuales, 97
 por arrancamiento del cabello, 379
 por consumo,
 de alcohol, 129, 223, 397, 524, 526, 633, 635
 de ansiolíticos, 446
 de cafeína, 628
 de *Cannabis*, 421
 de estimulantes, 453
 de feniliclidina, 428
 de hipnóticos, 446
 de inhalantes, 436
 de opioides, 440
 de sedantes, 446
 de sustancia, 396
 de sustancias, 227, 393, 546
 de tabaco, 462
 de tolueno, 436
 por déficit de atención, 19
 /hiperactividad, 19, 25, 33
 /hiperactividad especificado, 19
 /hiperactividad no especificado, 19
 por síntomas somáticos y cognitivos, 193
 por travestismo, 372
 por uso de sustancia, 223
 psicótico, 55, 56, 193, 204, 277, 394, 450, 482, 485
 breve, 56, 74, 79, 80, 96, 125, 227, 273, 604, 634
 debido a carcinoma metastásico, 100
 debido a otra afección médica, 56, 88, 97, 98, 634
 distintos de la esquizofrenia, 76
 inducido por abstinencia de alcohol, 635
 inducido por alcohol, 69, 97, 635
 inducido por alucinógeno, 434
 inducido por anfetaminas, 71, 86
 inducido por *Cannabis*, 426
 inducido por feniliclidina, 71
 inducido por sustancia, 88, 99
 inducido por sustancia/medicamento, 56, 93, 634
 inducido por sustancias, 74, 79, 96, 604, 609
 inducidos por sustancias, 86
 no especificado, 130
 que se confunden con psicosis, 56
 relacionados,
 con alucinógenos, 426
 con ansiolíticos, 445
 con *Cannabis*, 420
 con el tabaco, 461
 con factores de estrés, 217
 con hipnóticos, 445
 con inhalantes, 435
 con la cafeína, 416
 con los estimulantes, 450
 con opioides, 439
 con sedantes, 445
 con sustancias, 129, 244, 255, 273, 379
 con sustancias y adicciones, con traumas, 217
 sueño-vigilia, 296,
 asociado a cambio de huso horario, 297
 asociado a turnos laborales, 297
 del ciclo circadiano, 323, 324
 inducido por sustancias/medicamentos, 296
 no ajustado a las 24 h, 297
 por sustancia/medicamento, 298
 tipo asociado a turnos laborales, 325
 tipo con ciclo sueño-vigilia irregular, 325
 tipo con fases del sueño avanzadas, 324
 tipo con fases del sueño retardadas, 324
 tipo con parasomnia, 298
 tipo con somnolencia diurna, 297
 vocales persistente, 19
 Trauma
 grave, 222
 psicológico, 599
 Traumatismo craneoencefálico, 242, 483
 Travestismo, 372, 564, 580, 583
 Tricotilomanía, 199, 210, 379, 631
 Tumor(es)
 cerebrales, 503
 hipofisario, 625
U
 Urofilia, 588
V
 Vagabundeo, 594
 Vaginismo, 364
 Válvula cardiaca protésica, 482
 Varones homosexuales, 374
 Víctima
 de delito, 593
 de terrorismo o tortura, 597
 Violación, 571
 sexual, 222
 Virus del inmunodeficiencia humana (VIH), 476
 Voyeurismo, 564, 567, 571
Z
 Zoofilia, 588