

Los diagnósticos y el DSM-IV

Lic. Javier Martín Camacho

info@javiercamacho.com.ar

-2006-

1. Introducción

El presente artículo aborda el tema de la construcción de los diagnósticos psicológicos y psiquiátricos, identificando la utilidad de los mismos y señalando asimismo los usos inadecuados, se verán también los diferentes sistemas clasificatorios, tanto la Clasificación internacional de enfermedades, CIE-10, como el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV, poniendo especial énfasis en este último.

En relación con el DSM-IV, se plantean las características generales del manual, la nómina completa de los trastornos codificados y las instrucciones generales para poder construir un diagnóstico a partir del mismo. Finalmente se incluye un ejemplo clínico para mostrar claramente como se realiza un diagnóstico multiaxial siguiendo los criterios del DSM-IV.

2. El diagnóstico: algunas definiciones

Los diagnósticos son construcciones que nos permiten caracterizar ciertas problemáticas humanas, los mismos se realizan mediante la observación, la recolección y el análisis de ciertos datos. Es importante destacar que los diagnósticos no son la realidad, son meras construcciones que tienen alguna utilidad, pero al diagnóstico no podemos tomarlo como una realidad en sí, tal como los miedos, incertidumbres o deseos que las personas pueden tener.

Los diagnósticos fácilmente son reificados, cosificados y tomados como verdades inamovibles, en cuanto esto ocurre, los mismos pierden su funcionalidad original y comienzan a tener otros usos cuestionables como la rotulación. Por eso es muy importante recordar que los diagnósticos, son aproximaciones, más o menos precisas, pero siempre son construcciones que deben ser revisadas, ya que las mismas cambian no sólo en cada paciente a nivel individual, sino que la comunidad científica misma modifica los sistemas clasificatorios y por ende los diagnósticos o los criterios que utiliza para delimitar las diferentes entidades clínicas. También los diagnósticos deben ser correctamente utilizados, ya que como cualquier herramienta, puede tener buenos o malos usos, hay que salir de la lógica maniquea que propone diagnosticar todo o no diagnosticar nada y pensar en diagnósticos funcionales que a modo de andamio los utilizamos mientras nos sirven y después podemos dejarlos de lado, para no perder de vista a las personas. Se dice que no hay enfermedades sino enfermos, lo mismo podemos decir en nuestro campo, no hay trastornos o diagnósticos, sino personas con problemas.

Los diagnósticos pueden hacerse en diferentes ámbitos, nosotros nos referiremos en este texto a los que se realizan en el campo de los habitualmente llamados problemas mentales, psicológicos o psíquicos.

2.1. La etimología

Etimológicamente la palabra ‘diagnóstico’ viene de una palabra griega, διαγνωστικός (diagnosticós) que significa ‘distintivo’, ‘que permite distinguir’, derivada de διαγιγνώσκω (diagignósco) que significa ‘distinguir’, ‘discernir’, ‘conocer distintamente’, ‘decidir’, ‘resolver’, ‘determinar’ y a su vez esta última palabra deriva de otro verbo γιγνώσκω (gignosco) que significa ‘conocer’, ‘llegar a conocer’, ‘reconocer’, ‘observar’, ‘experimentar’, ‘comprender’, ‘darse cuenta’, ‘saber’ y ‘determinar’ entre otros. Como claramente se puede apreciar, muchas de las significaciones de estas palabras griegas nos marcan el camino de lo que implica hoy establecer un diagnóstico.

2.2. Signos, síntomas y síndromes

Los diagnósticos psiquiátricos y psicológicos se establecen a partir de los signos y síntomas que las personas manifiestan. Habitualmente se consideran síntomas a aquellos datos que las personas refieren y no pueden ser observados directamente por el clínico, son las descripciones subjetivas que da el paciente, tal como la sensación de vacío o el desgano por ejemplo y llamamos signos a aquellos observables clínicos que no necesitan del relato de la persona y pueden ser percibidos directamente, son hallazgos objetivos, ya sean hechos por un familiar, un amigo o el terapeuta, como por ejemplo el llanto o la sudoración excesiva.

Los síndromes son un grupo de signos y síntomas que suelen aparecer juntos y son identificables, pero que no tienen una entidad tan claramente definida como los trastornos o las enfermedades; de hecho, en el campo psicológico y psiquiátrico, siendo rigurosos, la mayoría de los cuadros son síndromes.

2.3. ¿El para qué de un diagnóstico?

En medicina los diagnósticos tienen una utilidad indiscutible, sin embargo en psicología y psiquiatría se ha discutido muchas veces e incluso actualmente se suele preguntar sobre la utilidad o necesidad de los diagnósticos.

Los diagnósticos pueden hacerse con diversos fines, que podemos identificar como positivos o negativos. Entre los fines positivos las utilidades principales de un diagnóstico en el campo de la psicología y psiquiatría son:

- 1) Establecer una terapéutica particular en función del cuadro que el paciente presenta, esto requiere que contemos con tratamientos específicos para patologías específicas. Ej.: en el

caso de que el paciente presente una depresión, son más útiles las técnicas de reestructuración cognitiva, mientras que en el caso de las fobias son más útiles las técnicas de exposición, pero antes de saber que técnica utilizar tenemos que tener establecido un claro diagnóstico.

- 2) Evaluar la funcionalidad y gravedad de un paciente, identificando potenciales riesgos en función de la evolución y el pronóstico que ese trastorno puede llegar a tener. En algunos casos conocer el cuadro y tener un diagnóstico claro posibilita la derivación para una interconsulta. Ej.: si una paciente tiene un trastorno depresivo mayor, es importante sugerir una consulta con un médico clínico para realizar un chequeo general, fundamentalmente descartando algún tipo de baja en las defensas debido a alguna enfermedad médica, como neoplasias o problemas hormonales, como hipotiroidismo, ya que ambas pueden cursar con trastornos del estado de ánimo.
- 3) Investigar, ya que en toda investigación es muy importante la homogeneización de la muestra, poder agrupar a los pacientes que tienen determinada patología, para eso deben poder establecerse diagnósticos fiables. Ej.: si en una investigación para probar la eficacia de un tratamiento para pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo, la muestra no se selecciona en función de criterios diagnósticos bien establecidos, podemos pensar que en ese grupo puede haber pacientes que no tengan dicho trastorno y por lo tanto los resultados de esa investigación no serán muy válidos. Por eso es importante contar con diagnósticos y criterios precisos y claros que no sean objeto de interpretaciones subjetivas y controversias.
- 4) Tener un lenguaje común, al contar con diagnósticos universalmente aceptados, podemos compartir trabajos, investigaciones e información científica en donde estemos de acuerdo en un código común consensuado, que permita unificar criterios y diagnósticos. Ej.: es importante si leemos un artículo que trata sobre el trastorno de conversión, saber de que entidad clínica específicamente se está hablando, independientemente de si ese texto fue escrito en Japón, España o Sudáfrica o si el investigador tiene una orientación biológica, cognitiva psicoanalítica, o sistémica.
- 5) Permitir tomar decisiones relacionadas con campos específicos, en muchas oportunidades se realizan psicodiagnósticos o entrevistas para evaluar a una persona, ya sea a pedido de la escuela, la justicia o una empresa. En estos casos los diagnósticos, no tanto en el sentido de circunscribir a un cuadro determinado, sino en el de conocer ciertos rasgos de personalidad o problemáticas específicas pueden ser útiles para áreas particulares. Ej.: los diagnósticos pueden servir para orientar a los padres y maestros, en el ámbito escolar; dar en adopción a un nene o apartar a un marido golpeador de su hogar, en el ámbito de la justicia; o tomar un empleado con un perfil en donde se priorice la toma de riesgos y decisiones bajo situaciones de estrés, en una empresa u organización.

Los fines negativos que un diagnóstico puede tener en el campo de la psicología y psiquiatría son:

- 1) Rotular a las personas, tomando a las mismas por el diagnóstico en sí, tratándolas como meras patologías, esto es no sólo un mal uso del diagnóstico, sino una forma de discriminación. Esta cosificación, es frecuente en la práctica de la psicología y la psiquiatría, fundamentalmente con los pacientes con patologías crónicas, a veces surge por mala formación profesional, en otros casos por deformación profesional debido al burnout y en general por una deshumanización de la práctica clínica en donde se privilegia la técnica y la teoría por sobre el genuino encuentro humano. Ej.: a veces a los pacientes en vez de llamarlos por el nombre y pensarlos en función de su persona, se los llama por su patología o diagnóstico y entonces se habla de la anoréxica, la histérica, el adicto o el psicótico y de esta manera se les borra su subjetividad, ubicándolos en el lugar de objetos o subsumiéndolos en una patología que pareciera agotar su persona.
- 2) Explicar los hechos, respuestas o situaciones mediante los diagnósticos. Esto hace que los diagnósticos obturen la posibilidad de pensar, entender y reflexionar ya que se justifica todo en función de un diagnóstico, en vez de ampliar la mirada se establecen círculos cerrados que nada explican. Ej.: si un paciente tiene dificultades en aceptar el régimen terapéutico, se explica esto diciendo: “es una border” o “es un adicto” y de esa manera no se cuestiona o reflexiona nada más.
- 3) Atribuir sentidos o rótulos que funcionan como profecías autocumplidoras. Esto ocurre con frecuencia, en cuanto a alguien se lo encasilla en un lugar, se lo trata de esa manera y obviamente la persona tiende a responder a esa atribución significativa con un patrón que responde a la adjudicación previa. Ej.: una paciente mía fue tratada por sus padres, en complicidad con su psiquiatra como una psicótica, incluso se la medicó con antipsicóticos durante varios años, se le decía el diagnóstico, se la ubicaba constantemente en el lugar de enferma y la misma psiquiatra la amenazaba diciéndole que si dejaba la medicación se iba a brotar. La paciente no sólo no era psicótica, sino que dejó la medicación y el tratamiento y hace más de 7 años que no tiene ninguno de los supuestos síntomas atribuidos por el sistema. Es importante, más allá de cualquier diagnóstico, tratar a las personas como personas y no como patologías.

3. Los sistemas clasificatorios: La CIE y el DSM

Existen dos grandes sistemas clasificatorios reconocidos mundialmente, la Clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas de salud, CIE-10, son sus siglas, y el número 10 se refiere al número de edición, en este caso la décima y el Manual diagnóstico y

estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV, son las iniciales que se utilizan para abreviarlo y el número romano alude al número de edición, en este caso la cuarta.

La CIE-10 fue confeccionada por la Organización Mundial de la Salud, OMS y fue publicada en 1992, es un sistema oficial de códigos, documentos e instrumentos relacionados con la clínica y la investigación.

El DSM-IV fue publicado en 1994 por la Asociación Americana de Psiquiatría y es un sistema de clasificación de los trastornos mentales que tiene la intención de proporcionar descripciones claras y precisas de las categorías diagnósticas, para que los clínicos y los investigadores puedan estudiar, diagnosticar e intercambiar información respecto de las mismas.

4. El DSM-IV

4.1. Breve historia sobre el DSM-IV

Antecedentes de intentos clasificatorios encontramos ya en Hipócrates, quien en el siglo V a. C. planteó las entidades de “manía”, “histeria” y “epilepsia” para referirse a ciertas formas de enfermedades mentales y también Asclepiades en el siglo I a. C. ya había dividido a las enfermedades en agudas y crónicas. Pero en la historia más reciente de los sistemas clasificatorios en particular del DSM, el hecho más inmediato y significativo fue la primera clasificación Norteamericana hecha en 1869 en el encuentro anual de la Asociación Americana Médico-Psicológica, que luego sería la Asociación Americana de Psiquiatría.

Este manual surgió de la necesidad de contar con un sistema de clasificación de los trastornos mentales consensuado y aceptado ampliamente, debido al escaso acuerdo que había respecto de los criterios diagnósticos y las diversas patologías en aquellos años.

La primera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, el DSM-I fue publicado en 1952 por el Comité de nomenclaturas y estadísticas de la Asociación Americana de Psiquiatría. Este manual fue revisado, ampliado y actualizado desde ese entonces, encontrándose diversas versiones desde aquella primera edición, en 1968 apareció el DSM-II; en 1980 el DSM-III, en 1987 se publicó la revisión de la tercera edición llamada DSM-III-R y actualmente el DSM-IV que fue editado en 1994.

En las nuevas actualizaciones se trabaja permanentemente, a partir de las investigaciones, avances y nuevos descubrimientos en el ámbito de la psicopatología en todo el mundo, con profesionales que colaboran y grupos que se encargan de grandes áreas temáticas y a su vez se subdividen en grupos más específicos, tales como Trastornos de ansiedad y dentro de ellos los diferentes tipos: Trastorno obsesivo-compulsivo, Fobia específica, Trastorno por estrés postraumático, etc.

4.2. La elaboración del manual

Para realizar el DSM-IV, se formaron 13 grupos de trabajo, cada uno de ellos fue responsable de una sección del manual. A su vez cada grupo estuvo constituido por 5 o más miembros, y los planteos de ellos eran analizados por entre 50 y 100 consejeros que representaban diferentes orientaciones, perspectivas y experiencias. Estos grupos informaron a un comité elaborador, que fue compuesto por 27 miembros.

Los profesionales que elaboraron la CIE-10 y el DSM-IV han trabajado en colaboración para intentar compatibilizar ambos sistemas, por esa razón existe mucha influencia entre ellos, sin embargo, si bien todas las categorías que se encuentran en el DSM-IV tienen su equivalente en la CIE-10, en esta última existen varias categorías que no tienen su equivalente en el DSM-IV.

4.3. Características generales

El DSM-IV se plantea ateoórico respecto de las causas, este aspecto es discutido, porque la ateoricidad es insostenible, siempre se habla desde algún lugar, desde una posición o ideología, igualmente a lo que se alude con este rasgo es que no se pretende explicar la génesis de los trastornos, sino que se limita a describir las manifestaciones clínicas de los diferentes cuadros.

El DSM-IV fue confeccionado a partir de datos empíricos, utilizando una metodología descriptiva, con la finalidad de mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores de diferentes orientaciones. Por esa razón no tiene intención de explicar los trastornos mentales, ni proponer modelos teóricos para los mismos, asimismo tampoco se expide sobre las posibles terapéuticas, ya sean psicológicas o farmacológicas y tampoco adhiere a una teoría o corriente dentro de la psicología o psiquiatría. Sin embargo las personas que lo confeccionaron tienen orientaciones particulares, por lo tanto este deseo, no es fácil de sostener en la praxis, razón por la cual, en algunas oportunidades, se ven las influencias de determinadas escuelas. Por ejemplo es clara, aunque subrepticia, la orientación psicoanalítica presente en el trastorno límite de la personalidad, incluso el nombre mismo del cuadro, que suele ser criticado por muchos investigadores, ya que implícitamente alude a la diferenciación entre psicosis y neurosis y a cierto “límite” existente entre ambos. Estos conceptos de psicosis y neurosis son tan amplios e inespecíficos que muchos clínicos los cuestionan y algunos otros los consideran perimidos como formas clasificatorias.

El manual está hecho para la clasificación de trastornos mentales y no de personas, en el mismo se proporcionan criterios diagnósticos específicos para cada cuadro. Estos criterios incluyen listas de características que deben estar presentes para establecer un diagnóstico. El DSM-IV debe ser utilizado por personas con experiencia y juicio clínico, además de contar con conocimientos profesionales y responsabilidad ética.

En el DSM-IV para cada trastorno, encontraremos criterios específicos que deben cumplirse para poder diagnosticar el cuadro; para identificar y evaluar si se cumplen o no los criterios solicitados se deben conocer los trastornos en general, la semiología psicológica y psiquiátrica y por supuesto también al paciente.

4.4. Evaluación multiaxial

El DSM-IV evalúa al paciente en diferentes variables y un diagnóstico consta de cinco ejes.

Eje I: en él se codifican los trastornos clínicos y otras enfermedades que puedan ser objeto de atención clínica.

Eje II: se codifican en este eje los trastornos de la personalidad, el retraso mental y los mecanismos de defensa.

Eje III: en este eje se incluyen las enfermedades médicas y los problemas físicos cuando van acompañados de un trastorno mental.

Eje IV: se codifican en este eje los problemas ambientales y psicosociales que contribuyen con un trastorno.

Eje V: en este eje se incluye la opinión del clínico respecto del nivel de funcionamiento y actividad del paciente.

Habitualmente al hacer un diagnóstico los ejes a los que más atención se les presta son el Eje I y el Eje II.

5. Trastornos del Eje I y Eje II

Los trastornos del Eje I y II están agrupados por grandes grupos, ellos son:

- 1) Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
- 2) Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
- 3) Trastornos mentales debidos a enfermedad médica
- 4) Trastornos relacionados con sustancias
- 5) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- 6) Trastornos del estado de ánimo
- 7) Trastornos de ansiedad
- 8) Trastornos somatomorfos
- 9) Trastornos facticios
- 10) Trastornos disociativos
- 11) Trastornos sexuales y de la identidad sexual
- 12) Trastornos de la conducta alimentaria
- 13) Trastornos del sueño
- 14) Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados

15) Trastornos adaptativos

16) Trastornos de la personalidad

17) Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Es importante conocer los diferentes trastornos mentales, lo mismo que los criterios para poder establecer los diagnósticos, a medida que el clínico va familiarizándose con el manual y con la psicopatología, resulta muy útil y práctica esta organización por grupos. Existe un clásico refrán médico que se puede aplicar perfectamente al campo de los trastornos mentales y dice: “Si no lo conocés, no lo diagnosticás”.

Por eso vayamos a conocer que trastornos están incluidos en estos grandes grupos que acabamos de presentar.

1) Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

En este apartado se incluyen los trastornos que surgen en esta edad, aunque no necesariamente sean diagnosticados en la infancia, niñez o adolescencia.

- ✓ Retraso mental: puede ser leve, moderado, grave o profundo, en función de la capacidad intelectual en relación con la media, medida a través del coeficiente intelectual. Se codifican en el Eje II.
- ✓ Trastornos del aprendizaje: bajo rendimiento académico en función de lo esperado en el área afectada, considerando la inteligencia, educación y edad del niño o adolescente.
 - Trastorno de la lectura
 - Trastorno del cálculo
 - Trastorno de la expresión escrita
 - Trastorno del aprendizaje no especificado
- ✓ Trastorno de las habilidades motoras:
 - Trastorno del desarrollo de la coordinación
- ✓ Trastornos de la comunicación: se diagnostican en este apartado las alteraciones del habla o del lenguaje
 - Trastorno del lenguaje expresivo
 - Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo
 - Trastorno fonológico
 - Tartamudeo
 - Trastorno de la comunicación no especificado

- ✓ Trastornos generalizados del desarrollo: consisten en déficits graves y alteraciones generales del desarrollo en áreas como la comunicación, la interacción social y la aparición de comportamientos desorganizados o estereotipados.
 - Trastorno autista
 - Trastorno de Rett
 - Trastorno desintegrativo infantil
 - Trastorno de Asperger
 - Trastorno generalizado del desarrollo no especificado
- ✓ Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador: las características principales son la desadaptación, la impulsividad, la hiperactividad, la distracción y los comportamientos perturbadores.
 - Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
 - Tipo combinado
 - Tipo con predominio del déficit de atención
 - Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo
 - Trastorno por déficit de atención no especificado
 - Trastorno disocial
 - De inicio infantil
 - De inicio adolescente
 - Trastorno negativista desafiante
 - Trastorno de comportamiento perturbador no especificado
- ✓ Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez: se ubican en este apartado diferentes alteraciones persistentes en la conducta alimentaria.
 - Trastorno de pica
 - Trastorno de rumiación
 - Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez
- ✓ Trastornos de tics: se ubican en este apartado problemas relacionados con movimientos o sonidos repetitivos e involuntarios.
 - Trastorno de la Tourette
 - Trastorno de tics motores vocales crónicos
 - Trastorno de tics transitorios
 - Trastorno de tics no especificado
- ✓ Trastornos de la eliminación: su característica es la eliminación de orina o heces en lugares o formas inadecuadas.
 - Encopresis

- Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento
- Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento
- Enuresis (no debida a una enfermedad médica)
 - Sólo nocturna
 - Sólo diurna
 - Nocturna y diurna
- ✓ Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia
 - Trastorno de ansiedad por separación
 - De inicio temprano
 - Mutismo selectivo
 - Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez
 - Inhibido
 - Desinhibido
 - Trastorno de movimientos estereotipados
 - Con comportamientos autolesivos
 - Trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado

2) Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos

Trastornos que provocan un déficit clínicamente significativo de las principales funciones cognoscitivas.

- ✓ Delirium: episodio agudo que provoca desorientación y alteraciones de la conciencia y la memoria. Puede ser debido a diversas causas:
 - Delirium debido a enfermedad médica
 - Delirium inducido por sustancias
 - Delirium por abstinencia de sustancias
 - Delirium debido a múltiples etiologías
 - Delirium no especificado
- ✓ Demencia: enfermedad progresiva y crónica del sistema nervioso central que afecta las funciones cognitivas. Pueden ser:
 - Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano
Puede ser: no complicada, con delirium, con ideas delirantes, con estado de ánimo deprimido o con trastorno de comportamiento
 - Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío
Puede ser: no complicada, con delirium, con ideas delirantes, con estado de ánimo deprimido o con trastorno de comportamiento

- Demencia vascular
Puede ser: no complicada, con delirium, con ideas delirantes, con estado de ánimo deprimido o con trastorno de comportamiento
 - Demencia debida a enfermedad por VIH
 - Demencia debida a traumatismo craneal
 - Demencia debida a enfermedad de Parkinson
 - Demencia debida a enfermedad de Huntington
 - Demencia debida a Enfermedad de Pick
 - Demencia debida a Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
 - Demencia debida a otras enfermedades médicas
 - Demencia persistente inducida por sustancias
 - Demencia debida a múltiples etiologías
 - Demencia no especificada
- ✓ Trastornos amnésicos: deterioro de la memoria sin alteraciones de las otras funciones cognitivas.
- Trastorno amnésico debido a enfermedad médica
 - Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias
 - Trastorno amnésico no especificado
- ✓ Trastorno cognoscitivo no especificado

3) Trastornos mentales debidos a enfermedad médica

La causa es una enfermedad médica pero los síntomas provocan implicaciones psicológicas que merecen atención clínica.

- Trastorno catatónico debido a enfermedad médica
- Cambio de personalidad debido a enfermedad médica
 - Lábil/Desinhibido/Agresivo/Apático/Paranoide/Otros tipos
 - Combinado
 - Tipo inespecífico
- Trastorno mental no especificado debido a enfermedad médica

4) Trastornos relacionados con sustancias

Se relacionan con el consumo de drogas, con los efectos de medicamentos, y la exposición a sustancias tóxicas. Distingue entre el abuso y la dependencia

- a. El abuso de sustancias se da cuando, durante al menos 1 año, la persona no es capaz de cumplir con sus obligaciones, debido al abuso; consume las sustancias en condiciones de riesgo; tuvo

problemas legales debido al uso de las mismas, o sigue consumiendo a pesar de los problemas de tipo social o interpersonal que le genera.

- b. La dependencia de sustancias se da cuando, durante al menos 1 año, la persona experimenta tolerancia (es la necesidad de consumir mayor cantidad de droga para lograr el mismo efecto), abstinencia (síntomas que se dan por la privación abrupta del consumo), intenta disminuir el consumo y no puede, o consume más de lo que quisiera y deja de hacer actividades importantes debido al consumo. Además, la persona sigue consumiendo a pesar de padecer un problema físico o psicológico que esa sustancia exacerba.

El manual clasifica a los trastornos en función de las diferentes sustancias implicadas. Este capítulo de los trastornos relacionados con sustancias es el más complejo y el que más categorías y subtipos presenta, para simplificar la presentación simplemente mencionaremos las diferentes sustancias y las combinaciones ya sea con dependencia, abuso, intoxicación, etc.

- ✓ Trastornos relacionados con el alcohol
 - Trastornos por consumo de alcohol (dependencia o abuso)
 - Trastornos inducidos por el alcohol (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia, trastorno amnésico, psicótico, del estado de ánimo, de ansiedad, del sueño o sexual inducidos por el alcohol)
- ✓ Trastornos relacionados con alucinógenos
 - Trastornos por consumo de alucinógenos (dependencia o abuso)
 - Trastornos inducidos por alucinógenos (intoxicación, delirium, trastorno perceptivo persistente, psicótico, de ansiedad o del estado de ánimo inducido por alucinógenos)
- ✓ Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar)
 - Trastornos por consumo de anfetaminas (dependencia o abuso)
 - Trastornos inducidos por anfetaminas (intoxicación, abstinencia, delirium por intoxicación, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por anfetaminas)
- ✓ Trastornos relacionados con cafeína
 - Trastornos inducidos por cafeína (intoxicación, trastorno de ansiedad o del sueño inducido por cafeína)
- ✓ Trastornos relacionados con cannabis
 - Trastornos por consumo de cannabis (dependencia o abuso)
 - Trastornos inducidos por cannabis (trastorno por intoxicación, con o sin alteraciones perceptivas, delirium, trastorno psicótico, con o sin ideas delirantes, trastorno de ansiedad, inducido por cannabis)
- ✓ Trastornos relacionados con cocaína

- Trastornos por consumo de cocaína (dependencia o abuso)
- Trastornos inducidos por cocaína (trastorno por intoxicación, con o sin alteraciones perceptivas, abstinencia, delirium, trastorno psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por cocaína)
- ✓ Trastornos relacionados con fenciclidina
 - Trastornos por consumo de fenciclidina (dependencia o abuso)
 - Trastornos inducidos por fenciclidina (trastorno por intoxicación, con o sin alteraciones perceptivas, delirium por intoxicación, trastorno psicótico, de ansiedad, del ánimo, inducido por fenciclidina)
- ✓ Trastornos relacionados con inhalantes
 - Trastornos por consumo de inhalantes (dependencia o abuso)
 - Trastornos inducidos por inhalantes (trastorno por intoxicación, delirium por intoxicación, demencia persistente, trastorno psicótico, de ansiedad, del ánimo, inducido por inhalantes)
- ✓ Trastornos relacionados con nicotina
 - Trastornos por consumo de nicotina (dependencia)
 - Trastornos inducidos por nicotina (abstinencia)
- ✓ Trastornos relacionados con opiáceos
 - Trastornos por consumo de opiáceos (dependencia o abuso)
 - Trastornos inducidos por opiáceos (trastorno por intoxicación, con o sin alteraciones perceptivas, delirium por intoxicación, trastorno psicótico, del ánimo, sexual o del sueño inducido por opiáceos)
- ✓ Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
 - Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (dependencia o abuso)
 - Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (trastorno por intoxicación, abstinencia, delirium, por intoxicación o abstinencia, demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico, de ansiedad, del ánimo, sexual o del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos)
- ✓ Trastorno relacionado con varias sustancias
 - Dependencia de varias sustancias
- ✓ Trastornos relacionados con otras sustancias (o desconocidas)
 - Trastornos por consumo de otras sustancias (o desconocidas) (dependencia o abuso)
 - Trastornos inducidos por otras sustancias (o desconocidas) (trastorno por intoxicación, con o sin alteraciones perceptivas, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico, con alucinaciones o ideas delirantes, de

ansiedad, del ánimo, sexual o del sueño, inducido por otras sustancias o sustancias desconocidas)

5) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

La característica principal de estos cuadros son los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, lenguaje, comportamiento, etc.).

- ✓ Esquizofrenia: cuadro caracterizado por síntomas positivos (alucinaciones y delirios) y síntomas negativos (desorganización del pensamiento, lenguaje y conducta).

Puede ser episódico con síntomas residuales interepisódicos, episódico sin síntomas residuales interepisódicos, continuo, episodio único en remisión parcial o episodio único en remisión total.

- Tipo paranoide
 - Tipo desorganizado
 - Tipo catatónico
 - Tipo indiferenciado
 - Tipo residual
- ✓ Trastorno esquizofreniforme: puede ser sin síntomas de buen pronóstico o con síntomas de buen pronóstico
 - ✓ Trastorno esquizoafectivo
 - Tipo bipolar
 - Tipo depresivo
 - ✓ Trastorno delirante
 - Tipo erotomaniaco
 - Tipo de grandiosidad
 - Tipo celotípico
 - Tipo persecutorio
 - Tipo somático
 - Tipo mixto
 - Tipo no especificado
 - ✓ Trastorno psicótico breve. Puede ser con desencadenante grave, sin desencadenante grave o de inicio en el posparto
 - ✓ Trastorno psicótico compartido (folie à deux)
 - ✓ Trastorno psicótico debido a enfermedad médica
 - ✓ Trastorno psicótico inducido por sustancias
 - ✓ Trastorno psicótico no especificado

6) Trastornos del estado de ánimo

La característica de estos cuadros es la alteración del estado anímico o del afecto. El manual define diversos tipos de episodios afectivos (no se diagnostican por separado) que se combinan para dar los diferentes trastornos del estado del ánimo (estos son los que se diagnostican). Los episodios afectivos son:

- Episodio depresivo mayor
- Episodio maníaco
- Episodio mixto
- Episodio hipomaníaco

Los trastornos del estado del ánimo son:

- ✓ Trastornos depresivos (con episodios depresivos)
 - Trastorno depresivo mayor (el episodio actual puede ser leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial o en remisión total o no especificado). A su vez puede ser crónico, con síntomas catatónicos, melancólicos, atípicos o de inicio en el posparto.
 - Episodio único
 - Recidivante (especificar el curso, con o sin recuperación interepisódica y puede ser con patrón estacional).
 - Trastorno distímico (puede ser de inicio temprano, tardío y con síntomas atípicos)
 - Trastorno depresivo no especificado
- ✓ Trastornos bipolares (con episodios maníacos y depresivos)
 - Trastorno bipolar I
 - Trastorno bipolar II
 - Trastorno ciclotímico
 - Trastorno bipolar no especificado
- ✓ Otros trastornos del estado de ánimo
 - Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
 - Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
 - Trastorno del estado de ánimo no especificado

7) Trastornos de ansiedad

En este amplio apartado se ubican todos los cuadros en donde la ansiedad ocupa un lugar central, los trastornos son:

- ✓ Trastorno de angustia (está constituido por ataques de pánico o crisis de angustia)

- ✓ Trastorno de angustia con agorafobia (está constituido por ataques de pánico o crisis de angustia)
- ✓ Trastorno de angustia sin agorafobia (está constituido por ataques de pánico o crisis de angustia)
- ✓ Agorafobia sin trastorno de angustia
- ✓ Fobia específica
 - Tipo animal
 - Tipo ambiental
 - Tipo sangre-inyección-daño
 - Tipo situacional
 - Otros tipos
- ✓ Fobia social
 - Generalizada
- ✓ Trastorno obsesivo compulsivo
 - Con poca conciencia de enfermedad
- ✓ Trastorno por estrés postraumático
 - Agudo
 - Crónico
 - De inicio demorado
- ✓ Trastorno por estrés agudo
- ✓ Trastorno de ansiedad generalizada
- ✓ Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica
- ✓ Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- ✓ Trastorno de ansiedad no especificado

8) Trastornos somatomorfos

Son trastornos con síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica, pero que no se explican completamente por ella.

- ✓ Trastorno de somatización
- ✓ Trastorno somatomorfo indiferenciado
- ✓ Trastorno de conversión
 - Con síntomas o déficit motor
 - Con crisis y convulsiones
 - Con síntomas o déficit sensorial
 - De presentación mixta

- ✓ Trastorno por dolor
 - Asociado a factores psicológicos
 - Asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica
- ✓ Hipocondría
 - Con poca conciencia de enfermedad
- ✓ Trastorno dismórfico corporal
- ✓ Trastorno somatomorfo no especificado

9) Trastornos facticios

Este cuadro se caracteriza porque los pacientes fingen o producen intencionadamente síntomas buscando ocupar el lugar de enfermo.

- ✓ Trastorno facticio
 - Con predominio de signos y síntomas psicológicos
 - Con predominio de signos y síntomas físicos
 - Con signos y síntomas psicológicos y físicos
- ✓ Trastorno facticio no especificado

10) Trastornos disociativos

Son cuadros que se caracterizan por las alteraciones de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad y la memoria.

- ✓ Amnesia disociativa
- ✓ Fuga disociativa
- ✓ Trastorno de identidad disociativo
- ✓ Trastorno de despersonalización
- ✓ Trastorno disociativo no especificado

11) Trastornos sexuales y de la identidad sexual

Son cuadros relacionados con temáticas sexuales. Existe tres subgrupos dentro de este apartado que son los trastornos sexuales, las parafilias y los trastornos de la identidad sexual.

- ✓ Trastornos sexuales

Se toman en cuenta en este apartado las complicaciones en las tres fases de la respuesta sexual (el deseo, la excitación y el orgasmo), además de la posible respuesta de dolor.

- Trastornos del deseo sexual
 - Deseo sexual hipoactivo
 - Trastorno por aversión al sexo
- Trastornos de la excitación sexual

- Trastorno de la excitación en la mujer
- Trastorno de la erección en el varón
- Trastornos orgásmicos
 - Trastorno orgásmico femenino
 - Trastorno orgásmico masculino
 - Eyaculación precoz
- Trastornos sexuales por dolor
 - Dispareunia
 - Vaginismo (puede ser de toda la vida, adquirido, general, situacional y debido a factores psicológicos o debido a factores combinados)
- Trastorno sexual debido a enfermedad médica
- Trastorno sexual inducido por sustancias
- Trastorno sexual no especificado

✓ Parafilias

Se trata de comportamientos o fantasías recurrentes de carácter sexual, que implican objetos o actividades poco habituales. Considero, al igual que muchos especialistas, que sólo en aquellos casos en donde no hay consentimiento o se genera un sufrimiento para un tercero puede hablarse de trastornos mentales, tal es el caso de la paidofilia y zoofilia por ejemplo, en otros casos se trata simplemente de prácticas consentidas entre adultos, que no deben ser ubicadas dentro del manual como es el caso del fetichismo o el sadismo consentido.

- Exhibicionismo
- Fetichismo
- Frotteurismo
- Paidofilia
- Masoquismo sexual
- Sadismo sexual
- Fetichismo transvestista
- Voyeurismo
- Parafilia no especificada

✓ Trastornos de la identidad sexual

Consisten en la identificación persistente con el otro sexo y malestar con el propio. Este tema es controvertido, y al igual que en el caso de las parafilias muchos investigadores consideran que no deben ser incluidos en el manual, porque no constituyen un trastorno mental en sí mismos.

- Trastornos de la identidad sexual

- Trastorno sexual no especificado

12) Trastornos de la conducta alimentaria

Son cuadros en donde existen alteraciones en la conducta alimentaria y en el esquema corporal.

- ✓ Anorexia nerviosa
 - Tipo restrictivo
 - Tipo compulsivo/purgativo
- ✓ Bulimia nerviosa
 - Tipo purgativo
 - Tipo no purgativo
- ✓ Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

13) Trastornos del sueño

Se ubican aquí aquellas alteraciones del sueño que no son síntomas de otro trastorno y son:

- ✓ Trastornos primarios del sueño
 - Disomnias
 - Insomnio primario
 - Hipersomnias primarias
 - Narcolepsia
 - Trastorno del sueño relacionado con la respiración
 - Trastorno del ritmo circadiano
 - Disomnias no especificadas
 - Parasomnias
 - Pesadillas
 - Terrores nocturnos
 - Sonambulismo
 - Parasomnias no especificadas
- ✓ Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental (puede ser insomnio o hipersomnias)
- ✓ Otros trastornos del sueño
 - Trastorno del sueño debido a una enfermedad médica
 - Trastorno del sueño inducido por sustancias

14) Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados

Se ubican en este apartado las dificultades en el control de los impulsos, que generalmente son perjudiciales para sí mismo u otra persona.

- ✓ Trastorno explosivo intermitente
- ✓ Cleptomanía
- ✓ Piromanía
- ✓ Juego patológico
- ✓ Tricotilomanía
- ✓ Trastorno del control de los impulsos no especificado

15) Trastornos adaptativos

Se ubican en este apartado aquellos síntomas comportamentales o emocionales relacionados con algún estresor identificable, pero la reacción es mayor de la esperada para la causa, se clasifican en función del tipo de reacción.

- ✓ Trastorno adaptativo
(Puede ser con estado de ánimo depresivo, con ansiedad, mixto (ansiedad y depresión), con trastorno de comportamiento, con alteración mixta entre las conductas y las emociones y a su vez puede ser agudo o crónico).

16) Trastornos de la personalidad

En este apartado se ubican los trastornos de la personalidad, los mismos consisten en un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta significativamente de las expectativas de la cultura de la persona. Se inicia en la adolescencia o en el principio de la edad adulta y el patrón se manifiesta en las áreas: cognitiva (formas de percibir e interpretarse a sí mismo, a los demás y a los hechos), afectiva (la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional), conductual (las conductas y el control de los impulsos) y en la actividad interpersonal.

Los trastornos de la personalidad se codifican en el Eje II y se encuentran divididos en grupos o clusters, ellos son:

- ✓ Trastornos de la personalidad del grupo A
(suelen parecer raros o excéntricos)
 - Trastorno paranoide de la personalidad
 - Trastorno esquizoide de la personalidad
 - Trastorno esquizotípico de la personalidad
- ✓ Trastornos de la personalidad del grupo B
(suelen parecer dramáticos, emotivos e inestables)

- Trastorno antisocial de la personalidad
- Trastorno límite de la personalidad
- Trastorno histriónico de la personalidad
- Trastorno narcisista de la personalidad
- ✓ Trastorno de la personalidad del grupo C
(suelen parecer ansiosos o temerosos)
 - Trastorno de la personalidad por evitación
 - Trastorno de la personalidad por dependencia
 - Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad
 - Trastorno de la personalidad no especificado

17) Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

En este apartado se incluyen ciertos problemas que pueden causar sufrimiento o dolor, pero que no conforman trastornos. Pueden ser de diferentes tipos:

- ✓ Factores psicológicos que afectan al estado físico
- ✓ Trastornos motores inducidos por medicamentos
 - Parkinsonismo inducido por neurolépticos
 - Síndrome neuroléptico maligno
 - Disonía aguda inducida por neurolépticos
 - Acatisia aguda inducida por neurolépticos
 - Discinesia tardía inducida por neurolépticos
 - Temblor postural inducido por medicamentos
 - Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado
- ✓ Trastornos inducidos por otros medicamentos
 - Efectos adversos de los medicamentos no especificados
- ✓ Problemas de relación
 - Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica
 - Problemas paterno-filiales
 - Problemas conyugales
 - Problema de relación entre hermanos
 - Problema de relación no especificado
- ✓ Problemas relacionados con el abuso o la negligencia
 - Abuso físico del niño
 - Abuso sexual del niño
 - Negligencia de la infancia

- Abuso físico del adulto
- Abuso sexual del adulto
- ✓ Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención médica
 - Incumplimiento terapéutico
 - Simulación
 - Comportamiento antisocial del adulto
 - Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia
 - Capacidad intelectual límite
 - Deterioro cognitivo relacionado con la edad
 - Problema académico
 - Problema laboral
 - Problema de identidad
 - Problema religioso o espiritual
 - Problema de aculturación
 - Problema biográfico

6. El Eje III

En este eje se codifican las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental, las mismas se encuentran agrupadas en grandes categorías y son:

- ✓ Enfermedades infecciosas y parasitarias
- ✓ Neoplasias
- ✓ Enfermedades endocrinas, nutricionales, metabólicas y trastornos de la inmunidad
- ✓ Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos
- ✓ Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos sensoriales
- ✓ Enfermedades del sistema circulatorio
- ✓ Enfermedades del sistema respiratorio
- ✓ Enfermedades del sistema digestivo
- ✓ Enfermedades del sistema genitourinario
- ✓ Complicaciones del embarazo, parto y puerperio
- ✓ Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo
- ✓ Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conjuntivo
- ✓ Anomalías congénitas
- ✓ Algunos trastornos originados en el período perinatal
- ✓ Síntomas, signos y trastornos definidos como enfermedad

- ✓ Traumatismos y envenenamientos

7. El Eje IV

En este eje se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los trastornos mentales. Se han agrupado en las siguientes categorías:

- ✓ Problemas relativos al grupo primario de apoyo
- ✓ Problemas relativos al ambiente social
- ✓ Problemas relativos a la enseñanza
- ✓ Problemas laborales
- ✓ Problemas de vivienda
- ✓ Problemas económicos
- ✓ Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria
- ✓ Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen
- ✓ Otros problemas psicosociales o ambientales

8. El Eje V

En este eje se incluyen las observaciones del clínico con relación al nivel general de funcionamiento y actividad de la persona, esto puede hacerse mediante una escala de evaluación de la actividad global (EEAG). Esta escala permite evaluar el grado de afectación y asimismo permite ver la evolución de los pacientes mediante una medida simple, la misma va del 1 al 100, en donde el 1 representa el grado de funcionamiento más bajo y el 100 el grado de funcionamiento más alto.

9. El uso del manual

9.1. Definición de trastorno mental

El DSM-IV define al trastorno mental como un síndrome o un patrón de comportamental o psicológico, que se asocia a un malestar, una discapacidad, un riesgo de morir, al sufrimiento, al dolor o a la pérdida de libertad. Este sufrimiento no debe ser una respuesta esperada en esa cultura o comunidad particular, como podría ser el sufrimiento y la tristeza por la muerte de un ser querido.

Independientemente de la causa, el trastorno mental debe considerarse como una manifestación individual de una disfunción, ya sea psicológica, comportamental o biológica.

No se consideran trastornos mentales, ni a los conflictos entre la sociedad y la persona, ni a las conductas desviadas, ya sean estas en el campo político, religioso o sexual, salvo que los conflictos o desviaciones sean síntomas de una disfunción.

9.2. Diagnósticos múltiples, diagnóstico principal y motivo de consulta

Cuando un paciente presenta más de un trastorno en el Eje I, por ejemplo un trastorno alimentario y un trastorno depresivo mayor, deben codificarse ambos y el diagnóstico principal se indica ubicándolo en primer lugar o aclarando a continuación del mismo la expresión “diagnóstico principal”.

Se utiliza también la expresión “motivo de consulta”, para destacar aquel trastorno que fue el que motivó la consulta inicial aunque este no sea el diagnóstico principal. Por ejemplo, una paciente llega a la guardia de un hospital consultando por sentirse deprimida pero además tiene anorexia, por la sintomatología tiene criterios tanto para trastorno depresivo mayor, como para anorexia nerviosa, entonces se diagnostican ambos y se aclara, si el clínico lo considera de esa manera que la depresión es el motivo de consulta y la anorexia nerviosa el diagnóstico principal. Con frecuencia no resulta fácil diferenciar cual es el principal.

En los casos en donde existan dos o más trastornos en el Eje I, se habla de comorbilidad en el Eje I. También pueden darse cuadros en donde exista comorbilidad entre el Eje I y el Eje II, situación muy común, por ejemplo podemos encontrar un paciente que tiene en el Eje I diagnosticado dependencia del alcohol y en el Eje II un trastorno antisocial de la personalidad.

9.3. Diagnóstico provisional

La especificación de provisional se utiliza cuando existe una presunción clara de que todos los criterios de un trastorno se cumplirán, aunque todavía no se cuente con los datos suficientes para corroborarlo o establecer un diagnóstico firme.

9.4. Formato no axial

El DSM-IV también puede utilizarse sin aplicar un formato multiaxial, para ello, los clínicos deben simplemente enumerar los trastornos que el paciente padezca. Se deben registrar todos los trastornos existentes, las enfermedades médicas y los otros factores relevantes que deben ser tomados en cuenta para un diagnóstico. El diagnóstico principal debe ubicarse en primer lugar y no se identifican los diferentes ejes.

9.5. Historia anterior

El clínico puede considerar necesario establecer la historia anterior de un trastorno, aunque en el momento actual el paciente no lo padezca, en esos casos se aclara con la expresión “historia anterior”.

9.6. Categorías no especificadas

En todos los grupos existe la opción de categoría no especificada, por ejemplo: trastorno de ansiedad no especificado. Estas categorías deben ser utilizadas cuando haya una clara certidumbre de que se trata de un trastorno de esa clase, aunque no se cumplan todos los criterios solicitados, cuando no se pudieron recoger los datos en forma exhaustiva para precisar el diagnóstico, cuando la etiología es incierta en los casos en donde la misma es determinante o cuando el cuadro no está incluido en la nómina del DSM-IV (existen trastornos que están en estudio, que alguna vez formaron parte de otras ediciones del manual o que actualmente no figuran en esta, por ejemplo trastorno disfórico premenstrual que se encuentra en un apéndice del DSM-IV, pero que todavía no tiene un consenso generalizado entre los investigadores como para ser incluido en la lista general).

9.7. Síndromes dependientes de la cultura

Se han descrito trastornos y síndromes específicos relacionados con ciertas culturas, por eso el DSM-IV incluye un apéndice en donde se valoran estos cuadros y se señala que debe conocerse la cultura de la persona para realizar un buen diagnóstico, porque sino pueden mal interpretarse determinadas conductas, creencias o experiencias que tienen sentido y no son patológicas dentro de esa cultura o comunidad particular.

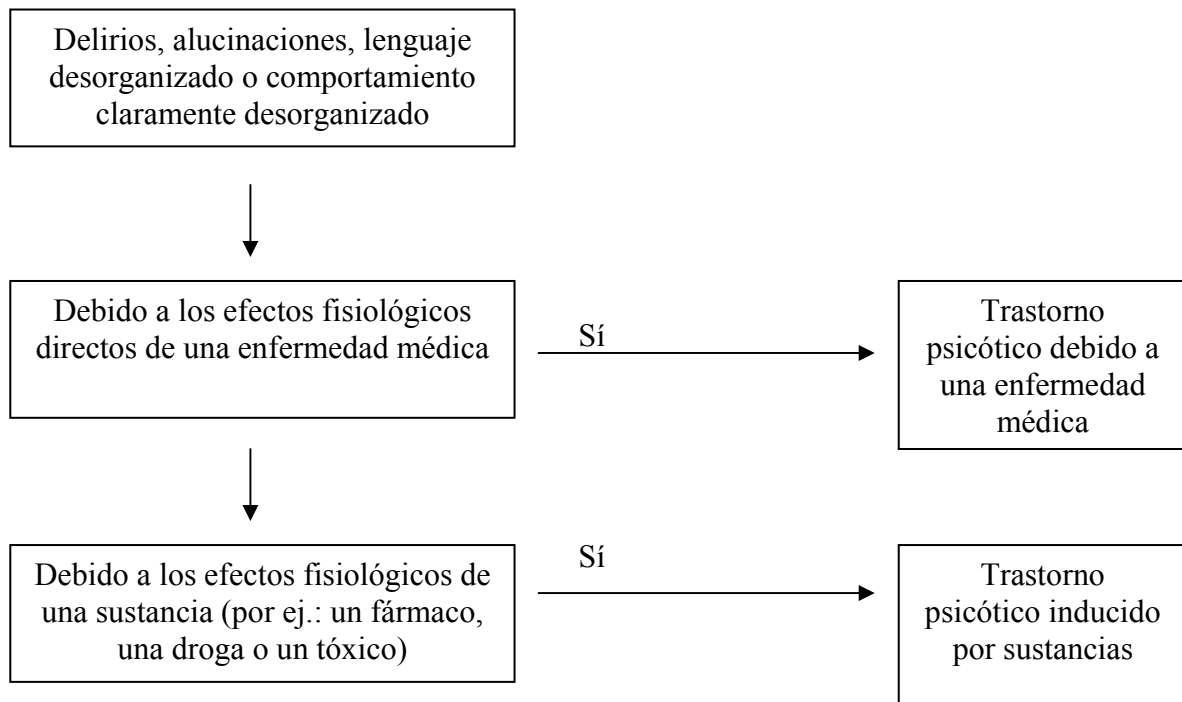
9.8. Códigos en el DSM-IV

Todos los trastornos y los especificadores que este pudiera llegar a tener (cronicidad, gravedad, etc.) se encuentran codificados mediante letras y números, esto sirve para poder identificarlos rápidamente sin tener que escribir todo el nombre completo del cuadro, estos códigos se utilizan cuando se realiza un informe, pero principalmente se lo usa en investigaciones y epidemiología. En el DSM-IV se utilizan los códigos de la CIE-10. Por ejemplo el código para el trastorno psicótico breve es F23.8x.

9.9. Árboles de decisión

El manual cuenta con árboles de decisión que permiten establecer diagnósticos en función de identificar ciertos criterios, ver si los cumple o no, e ir arribando a un diagnóstico. Los mismos permiten determinar un diagnóstico, pero también requieren tener conocimientos de semiología psiquiátrica y psicopatología.

Para ejemplificar describiré el comienzo del árbol de decisión para los trastornos psicóticos, en el manual obviamente puede verse el árbol completo donde aparecen todos los otros trastornos de este grupo.



10. A modo de ejemplo

Tomaremos una viñeta para poder ejemplificar como se construye un diagnóstico a partir de un material clínico, luego de la misma añadiremos los criterios completos de los trastornos implicados en el caso, tomados del DSM-IV, para poder establecer el diagnóstico.

10.1. Viñeta clínica

María llega a la consulta y comienza a hablar, se la ve algo tímida y reservada, habla en un tono bajo y en forma pausada. Cuenta que tiene 32 años, trabaja en la empresa de su familia y en los últimos tiempos empezó a tener lo que ella define como “ataques”, dice: “siento que me voy a morir, me empieza a faltar el aire, el corazón me va a mil, me transpiran las manos y me da mucho miedo”, comenta que ya le pasó varias veces.

La primera vez que tuvo el “ataque” fue cuando estaba por tener una entrevista laboral; quería dejar su trabajo actual, ya que tiene muchos problemas familiares y laborales, peleas y maltratos constantes, sobre todo por parte de su papá y su hermana que trabajan ambos en la misma empresa. Cuando estaba por tener la entrevista comenzó a transpirar, a marearse, no podía respirar y se sentía tan mal que tuvo que irse, sin poder llegar a concretarla. Desde esa vez, sus crisis se sucedieron en diversas situaciones y su miedo comenzó a aumentar, dice: “tengo miedo de estar sola, que me agarre de nuevo y no poder hacer nada”. Ahora las crisis se dan incluso hasta en su casa, agrega: “si bien siempre me consideré menos que el resto, ahora con esto pienso que soy una completa inútil, soy la peor de todas, ya no puedo estar tranquila ni en mi propia casa”.

Comenta además que ella siempre fue muy temerosa, de chica le costaba mucho vincularse con la gente, sobre todo cuando estaba en grupos, dice: “nunca iba a los cumpleaños, ni me gustó

llamar la atención, siempre trato de pasar desapercibida, por eso me pone muy mal que me agarre esto, no lo puedo controlar tengo miedo de hacer el ridículo”.

Agrega que el otro tema que le preocupa es la relación que tiene con su pareja, hace 7 años que están juntos y dice: “ tengo miedo de perderlo, todo el tiempo pienso que me puede dejar, él es mucho más desenvuelto que yo y tiene más amigos, cualquier día conoce a otra y se va”.

Cuenta que frecuentemente se boicotea, dice: “me costó tanto conseguir esa entrevista laboral y justo tengo un ataque ahí, la noche anterior a la entrevista estuve tan nerviosa que no dormí, pensé que iba a dar lástima, que no me iban a tomar y así pasó al final”.

Se la ve muy angustiada y frente a cada comentario, pregunta o intervención mía muestra una respuesta de complacencia, intentando agrandar exageradamente. Refiere que nunca hizo terapia anteriormente, pero considera que debería haber consultado mucho antes, agrega que no tiene ninguna enfermedad, pero que por este tema de los “ataques” fue a un médico clínico, quien le sugirió que empezara terapia.

Dice que los “ataques” ahora la están limitando mucho y tiene miedo de aislarse aún más, porque, según comenta siempre le costó socializar y estar con gente, sobre todo en la universidad. Estudió comercialización y la dejó porque le costaba mucho dar los exámenes, fundamentalmente los orales, tenía miedo y se sentía intimidada por los profesores.

10.2. Diagnóstico de María

Eje I: Trastorno de angustia sin agorafobia (diagnóstico principal)

Problemas paterno-filiales

Problemas de relación entre hermanos

Eje II: Trastorno de la personalidad por evitación

Eje III: Ninguno

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Problemas laborales

Eje V: 62 (actual, aprox.)

10.3. Criterios diagnósticos

Para poder establecer un diagnóstico es importante contar con los criterios completos que aparecen en el manual, por esa razón incluiré los criterios que sirvieron para hacer este diagnóstico particular, en este caso los del Eje I y II.

En el caso del Eje III, al no tener ninguna enfermedad médica, se consigna ninguno. El Eje IV puede codificarse simplemente leyendo la nómina de los estresores psicosociales y cotejándolos con lo que le ocurre a la paciente. Y en el caso del Eje V como no se realizó una evaluación

completa, ni se aplicó la Escala de Funcionamiento Global para determinar dicho eje, ese puntaje es aproximado, en función de un criterio clínico.

En el caso de María debería hacerse un diagnóstico diferencial con Fobia social, ya que podría llegar a cumplir criterios para ese cuadro, ya que tiene muchos elementos, de ser así debería también ser consignado. Se optó por Trastorno de angustia sin agorafobia, porque la paciente tuvo las crisis en diversas circunstancias, no sólo en situaciones sociales. Y se consignó un Trastorno de la personalidad por evitación, por considerarse que es más amplio que la Fobia social, por eso sería importante un buen diagnóstico diferencial e incluso llegar a consignar ambos trastornos. Este ejemplo muestra el grado de complejidad que los casos reales tienen y la frecuencia en que encontramos comorbilidades.

10.4. Los criterios del DSM-IV

F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia

A. Se cumplen (1) y (2):

(1) Crisis de angustia inesperadas recidivantes (ver abajo: crisis de angustia).

(2) Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguiente síntomas:

(a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.

(b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej.: perder el control, sufrir un infarto de miocardio, “volverse loco”).

(c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ej.: drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (por ej.: hipotiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (por ej.:exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (por ej.: al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (por ej.: en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes) o trastorno de ansiedad por separación (por ej.: al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Crisis de angustia

Las crisis de angustia no se diagnostican separadamente, por eso no tienen código, son parte de trastornos más amplios, como en el caso del trastorno de angustia sin agorafobia arriba descrito, pero entre los criterios de este trastorno se incluye en el punto 1, del criterio A, a la crisis de angustia. Los criterios para la misma son:

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- (1) Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- (2) Sudoración
- (3) Temblores o sacudidas
- (4) Sensación de ahogo o falta de aliento
- (5) Sensación de atragantarse
- (6) Opresión o malestar torácico
- (7) Náuseas o molestias abdominales
- (8) Inestabilidad, mareo o desmayo
- (9) Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- (10) Miedo a perder el control o volverse loco
- (11) Miedo a morir
- (12) Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- (13) Escalofríos o sofocaciones

Z63.7 Problemas paterno-filiales

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el patrón de interacción entre padres e hijos (por ej.: deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada) que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos.

F93.3 Problemas de relación entre hermanos

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es un patrón de interacción entre hermanos, que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas en uno o más hermanos.

F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

- (1) Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
- (2) Es reactivo a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.

- (3) Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
- (4) Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.
- (5) Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
- (6) Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.
- (7) Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

11. Reflexiones finales y valoración crítica

Más allá de las críticas que a todos los sistemas clasificatorios se le puedan hacer, el DSM-IV presenta un sistema útil, sencillo de usar y práctico que permite diagnosticar los trastornos mentales y ciertas problemáticas humanas. Igualmente hay que evitar el afán *diagnosticador* que estos manuales y la tradición imponen, es más importante el verdadero encuentro con el otro que la búsqueda minuciosa de un diagnóstico específico sin un sentido ulterior.

En estos tiempos, las tecnologías parecen imponer su control, como si nos hubiéramos olvidado del sentido originario por el cual las creamos, no para ser sus esclavos, sino para servirnos de ellas, tal como señalara hace ya más de un siglo Heidegger. En este sentido tenemos que volver al humanismo, usar las tecnologías, en este caso, estos instrumentos que nos permite establecer un diagnóstico, pero recordando el sentido que tiene establecerlo, debemos tener en cuenta, como señalamos al comenzar este texto, que el diagnosticar debe tener un para qué. Y si después de responder a ese para qué, la respuesta es profesional y éticamente aceptable, entonces sí usemos este manual que nos permitirá, si lo usamos correctamente, establecer adecuados diagnósticos.

Finalmente me gustaría agregar que la dimensión del sufrimiento humano, que se expresa muchas veces en trastornos mentales, no agota todas las posibilidades por los cuales la gente acude a un profesional de la salud mental. Esto lo tenemos que tener en cuenta, porque habrá muchas personas, muchísimas, que no tienen un trastorno mental y simplemente consultan por crisis vitales, tales como separaciones, pérdidas de seres queridos, despidos, dudas, problemas de relación o situaciones relacionadas con el crecimiento personal, búsquedas interiores o reflexiones acerca de la existencia, en todos estos casos tenemos que evitar caer en la trampa y despojarnos de este afán *diagnosticador* hacia el cual muchas veces la deformación profesional nos empuja. Esto no implica dejar de diagnosticar, sino hacerlo cuando sea necesario, a conciencia, en su justa medida y con responsabilidad.

12. Bibliografía

- *Clasificación internacional de enfermedades. CIE-10.* (1992). Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor. Madrid.
- Corominas, J. (1998). *Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana.* Gredos. Madrid.
- *Diccionario de la Lengua Española.* (2001). Vigésima segunda edición. Real Academia Española. Espasa. Buenos Aires.
- *Diccionario Manual Griego-Español.* (1999). Vox. Madrid.
- Gastó, C. y Vallejo, J. (2001). *Manual de diagnóstico diferencial y tratamiento en psiquiatría.* Masson. Barcelona.
- Kaplan H., Sadock, B. y Grebb, J. (2001). *Sinopsis de Psiquiatría.* 8º Edición. Editorial Médica Panamericana.
- *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV.* (1995). Masson. Barcelona.
- Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad: Más allá del DSM-IV.* Masson. Barcelona.

Índice

1. Introducción	1
2. El diagnóstico: algunas definiciones	1
2.1. La etimología	2
2.2. Signos, síntomas y síndromes	2
2.3. ¿El para qué de un diagnóstico?	2
3. Los sistemas clasificatorios: La CIE y el DSM	4
4. El DSM-IV	5
4.1. Breve historia sobre el DSM-IV	5
4.2. La elaboración del manual	6
4.3. Características generales	6
4.4. Evaluación multiaxial	7
5. Trastornos del Eje I y Eje II	7
6. El Eje III	22
7. El Eje IV	23
8. El Eje V	23
9. El uso del manual	23
9.1. Definición de trastorno mental	23
9.2. Diagnósticos múltiples, diagnóstico principal y motivo de consulta	24
9.3. Diagnóstico provisional	24
9.4. Formato no axial	24
9.5. Historia anterior	24
9.6. Categorías no especificadas	25
9.7. Síndromes dependientes de la cultura	25
9.8. Códigos en el DSM-IV	25
9.9. Árboles de decisión	25
10. A modo de ejemplo	26
10.1. Viñeta clínica	26
10.2. Diagnóstico de María	27
10.3. Criterios diagnósticos	27
10.4. Los criterios del DSM-IV	28
11. Reflexiones finales y valoración crítica	30
12. Bibliografía	31