

DSM-5® Casos clínicos es un libro versátil, diseñado para utilizarse en diversos contextos y destinado a un público que abarca docentes, alumnos y clínicos. Esta obra acompaña al **DSM-5® Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**, conectándolo con la vida cotidiana mediante interesantes relatos de cada trastorno. Fiel a la nueva edición, el libro resalta los aspectos diagnósticos de gravedad, dimensionalidad, cultura, edad, desarrollo y género. Cada caso lo presenta un experto y concluye con una explicación contextualizada del diagnóstico.

Cualquier profesional interesado en comprender la relación entre la clasificación de los trastornos y el diagnóstico del paciente, encontrará esta lectura convincente, cautivadora y esclarecedora.

John W. Barnhill, M.D., es Investigador Senior del DeWitt Wallace y Profesor de Psiquiatría Clínica y Salud Pública del Weill Cornell Medical College; Jefe del Servicio de Psiquiatría de Enlace del New York-Presbyterian Hospital/Weill Cornell Medical Center; y miembro del claustro de profesores del Columbia University Center para Formación e Investigaciones Psicoanalíticas de Nueva York.

ISBN: 978-84-9835-921-3



EDITORIAL MEDICA
panamericana



AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

DSM-5®

CASOS CLÍNICOS

John W. Barnhill

EDITORIAL MEDICA
panamericana

DSM-5®

CASOS CLÍNICOS

John W. Barnhill, M.D.

Profesor de Psiquiatría Clínica

Investigador Senior DeWitt Wallace

Vicepresidente de Medicina Psicosomática

Departamento de Psiquiatría

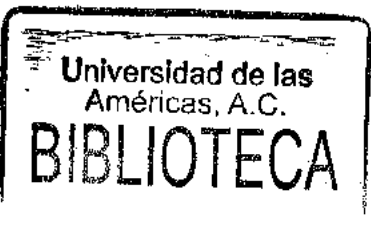
Weill Cornell Medical College

Jefe del Servicio de Psiquiatría de Enlace

New York-Presbyterian Hospital/

Weill Cornell Medical Center Hospital for Special Surgery

New York, EE.UU.



EDITORIAL MEDICA
panamericana

BUENOS AIRES - BOGOTÁ - CARACAS - MADRID - MÉXICO - PORTO ALEGRE

www.medicapamericana.com

56725

Copyright © 2015 Asociación Americana de Psiquiatría (APA). American Psychiatric Association; 1000 Wilson Boulevard, Arlington, VA 22209-3901; www.psych.org.

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

Publicado originalmente en Estados Unidos de América por la American Psychiatric Publishing, una división de la American Psychiatric Association, Arlington, VA. © 2014. Todos los derechos reservados.

First Published in the United States by American Psychiatric Publishing, Arlington, VA. Copyright © 2014. All rights reserved.

Publicado originalmente en español, en España y Latinoamérica, por Editorial Médica Panamericana. Editorial Médica Panamericana es el editor en exclusiva de la versión en español del DSM-5® Casos clínicos, 1ª edición. © 2014 de John W. Barnhill, para su distribución mundial.

First published in Spain and Latin America by Editorial Médica Panamericana in Spanish. Editorial Médica Panamericana is the exclusive publisher of DSM-5® Clinical cases, first edition, © 2014 by Philip R. Muskin, M.D. in Spanish for distribution Worldwide.

Para poder reproducir cualquier material contenido en esta obra deberá disponer del correspondiente permiso por escrito emitido por Editorial Médica Panamericana.

Permissions for use of any material in the translated work must be authorized in writing by Editorial Médica Panamericana.

La American Psychiatric Association no ha participado en la traducción del inglés al español de esta obra y no es responsable de los posibles errores, omisiones o fallos que puedan encontrarse en la misma.

The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the Spanish language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.



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

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

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

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

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

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

ISBN: 978-84-9835-921-3 (Versión impresa).
ISBN: 978-84-9835-972-5 (Versión electrónica).

Gracias por comprar el original. Este libro es producto del esfuerzo de profesionales como usted, o de sus profesores, si usted es estudiante. Tenga en cuenta que fotocopiarlo es una falta de respeto hacia ellos y un robo de sus derechos intelectuales.

Las ciencias de la salud están en permanente cambio. A medida que las nuevas investigaciones y la experiencia clínica amplían nuestro conocimiento, se requieren modificaciones en las modalidades terapéuticas y en los tratamientos farmacológicos. Los autores de esta obra han verificado toda la información con fuentes confiables para asegurarse de que ésta sea completa y acorde con los estándares aceptados en el momento de la publicación. Sin embargo, en vista de la posibilidad de un error humano o de cambios en las ciencias de la salud, ni los autores, ni la editorial o cualquier otra persona implicada en la preparación de este trabajo, garantizan que la totalidad de la información aquí contenida sea exacta o completa y no se responsabilizan por errores u omisiones o por los resultados obtenidos del uso de esta información. Se aconseja a los lectores confirmarla con otras fuentes. Por ejemplo, y en particular, se recomienda a los lectores revisar el prospecto de cada fármaco que planean administrar para cerciorarse de que la información contenida en este libro sea correcta y que no se hayan producido cambios en las dosis sugeridas o en las contraindicaciones para su administración. Esta recomendación cobra especial importancia con relación a fármacos nuevos o de uso infrecuente.



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

Depósito Legal: M-32740-2015.
Impreso en España.

Índice

Agradecimientos	xv
Colaboradores	xvii
Introducción	xxv
Nota sobre este libro	xxix

1 Trastornos del desarrollo neurológico 1

Introducción	1
--------------------	---

Robert Haskell, M.D.

Caso 1.1: Una segunda opinión sobre el autismo	3
--	---

Catherine Lord, Ph.D.

Caso 1.2: Rabietas	7
--------------------------	---

Arshya Vahabzadeh, M.D.

Eugene Beresin, M.D.

Christopher McDougale, M.D.

Caso 1.3: Problemas académicos	9
--------------------------------------	---

Rosemary Tannock, Ph.D.

Caso 1.4: Problemas escolares	12
-------------------------------------	----

Arden Dingle, M.D.

Caso 1.5: Distráido y no para de moverse	15
--	----

Robert Haskell, M.D.

John T. Walkup, M.D.

2 Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 19

Introducción	19
--------------------	----

John W. Barnhill, M.D.

Caso 2.1: Perturbada emocionalmente	21
---	----

Carol A. Tamminga, M.D.

Caso 2.2: Cada vez más raro	24
-----------------------------------	----

Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D., D.Sc.

William S. Stone, Ph.D.

Caso 2.3: Alucinaciones de naturaleza espiritual	26
--	----

Lianne K. Morris Smith, M.D.

Dolores Malaspina, M.D., M.P.H.

3

Trastorno bipolar y trastornos relacionados 41

Introducción 41

John W. Barnhill, M.D.

Caso 3.1: Perturbado emocionalmente 44

Donald M. Hilty, M.D.

Caso 3.2: Ciclos de depresión 47

Michael Gitlin, M.D.

Caso 3.3: Inquietud suicida 50

Maria A. Oquendo, M.D.

Caso 3.4: Depresiones episódicas 53

Victoria E. Cosgrove, M.D.

Trisha Suppes, M.D., Ph.D.

Caso 3.5: Irritabilidad y tristeza 56

Robert L. Findling, M.D., M.B.A.

Caso 3.6: ¡Dios me ha curado! 59

Stephen J. Ferrando, M.D.

Caso 3.7: Extrañamente callado 62

Jessica Daniels, M.D.

Caso 3.8: Cambio en el posparto 65

Ian Jones, M.R.C.Psych., Ph.D.

Caso 3.9: Ansiedad 68

Holly A. Swartz, M.D.

4

Trastornos depresivos 71

Introducción 71

John W. Barnhill, M.D.

Caso 4.1: Temperamental e irritable 73

William C. Wood, M.D.

Caso 4.2: Tristeza posparto 76

Kimberly A. Yonkers, M.D.

Heather B. Howell, M.S.W.

Caso 4.3: Duelo y depresión 79

Richard A. Friedman, M.D.

Caso 4.4: Perdió el interés por la vida 82

Anthony J. Rothschild, M.D.

Caso 4.5: Desesperación 84

Cheryl Munday, Ph.D.

Jamie Miller Abelson, M.S.W.

James Jackson, Ph.D.

Caso 4.6: Años abatida 87

Benjamin Brody, M.D.

Caso 4.7: Cambios de humor 89

Margaret Altemus, M.D.

Caso 4.8: Estrés, drogas e infelicidad 91

Edward V. Nunes, M.D.

Caso 4.9: Luchando con la enfermedad de Parkinson 94

Thomas W. Meeks, M.D.

Caso 4.10: Cambios de humor situacionales 97

Joseph F. Goldberg, M.D.

Caso 4.11: De mal en peor 100

Peter D. Kramer, M.D.

Caso 4.12: Insomnio y síntomas físicos 103

Russell F. Lim, M.D.

5	Trastornos de ansiedad	107
	Introducción	107
	<i>John W. Barnhill, M.D.</i>	
	Caso 5.1: Miedos y preocupaciones	109
	<i>Loes Jongerden, M.A.</i>	
	<i>Susan Bögels, Ph.D.</i>	
	Caso 5.2: Pánico	111
	<i>Carlo Faravelli, M.D.</i>	
	Caso 5.3: Timidez de adolescente	114
	<i>Barbara L. Milrod, M.D.</i>	
	Caso 5.4: Miedo a volar	117
	<i>Katharina Meyerbröker, Ph.D.</i>	
	Caso 5.5: Siempre tensa	119
	<i>Ryan E. Lawrence, M.D.</i>	
	<i>Deborah L. Cabaniss, M.D.</i>	
	Caso 5.6: Ansiedad y cirrosis	121
	<i>Andrea DiMartini, M.D.</i>	
	<i>Catherine Crone, M.D.</i>	
6	Trastornos obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	125
	Introducción	125
	<i>John W. Barnhill, M.D.</i>	
	Caso 6.1: Depresión	127
	<i>Mayumi Okuda, M.D.</i>	
	<i>Helen Blair Simpson, M.D., Ph.D.</i>	
	Caso 6.2: Gérmenes	130
	<i>Dan J. Stein, M.D., Ph.D.</i>	
	<i>Helen Blair Simpson, M.D., Ph.D.</i>	
	<i>Katharine A. Phillips, M.D.</i>	
	Caso 6.3: Preocupación por el aspecto	132
	<i>Katharine A. Phillips, M.D.</i>	
	Caso 6.4: Depresión y ansiedad	135
	<i>David Mataix-Cols, Ph.D.</i>	
	<i>Lorena Fernández de la Cruz, Ph.D.</i>	

	Caso 6.5: Pelo arrancado	137
	<i>Dan J. Stein, M.D., Ph.D.</i>	
7	Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés	141
	Introducción	141
	<i>John W. Barnhill, M.D.</i>	
	Caso 7.1: Conductas peligrosas	143
	<i>Daniel S. Schechter, M.D.</i>	
	Caso 7.2: Dos reacciones al trauma	146
	<i>Matthew J. Friedman, M.D., Ph.D.</i>	
	Caso 7.3: Accidente de coche	148
	<i>Robert S. Pynoos, M.D., M.P.H.</i>	
	<i>Alan M. Steinberg, Ph.D.</i>	
	<i>Christopher M. Layne, Ph.D.</i>	
	Caso 7.4: Poco aguante	150
	<i>Lori L. Davis, M.D.</i>	
	Caso 7.5: Estresado	153
	<i>Cheryl Munday, Ph.D.</i>	
	<i>Jamie Miller Abelson, M.S.W.</i>	
	<i>James Jackson, Ph.D.</i>	
	Caso 7.6: Cáncer de pulmón	156
	<i>Anna Dickerman, M.D.</i>	
	<i>John W. Barnhill, M.D.</i>	
	Caso 7.7: Sobredosis	158
	<i>Megan Mroczkowski, M.D.</i>	
	<i>Cynthia R. Pfeffer, M.D.</i>	
8	Trastornos disociativos	161
	Introducción	161
	<i>John W. Barnhill, M.D.</i>	
	Caso 8.1: Triste y sola	163
	<i>Richard J. Loewenstein, M.D.</i>	
	Caso 8.2: Sensación de estar ido	166
	<i>Daphne Simeon, M.D.</i>	

	Caso 8.3: Disociaciones	169
	<i>Roberto Lewis-Fernández, M.D.</i>	
9	Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.....	173
	Introducción.....	173
	<i>Anna Dickerman, M.D.</i>	
	<i>John W. Barnhill, M.D.</i>	
	Caso 9.1: Dolor y depresión	175
	<i>James A. Bourgeois, O.D., M.D.</i>	
	Caso 9.2: Quejas somáticas	178
	<i>James L. Levenson, M.D.</i>	
	Caso 9.3: Enfermedad de Lyme crónica.....	180
	<i>Robert Boland, M.D.</i>	
	Caso 9.4: Crisis epilépticas.....	183
	<i>Jason P. Caplan, M.D.</i>	
	<i>Theodore A. Stern, M.D.</i>	
	Caso 9.5: Dolor abdominal	186
	<i>Joseph F. Murray, M.D.</i>	
	Caso 9.6: Sin aliento	189
	<i>Janna Gordon-Elliott, M.D.</i>	
10	Trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos	193
	Introducción.....	193
	<i>John W. Barnhill, M.D.</i>	
	Caso 10.1: Dolor de estómago	195
	<i>Susan Samuels, M.D.</i>	
	Caso 10.2: Rezagada en la curva de crecimiento	198
	<i>Eve K. Freidl, M.D.</i>	
	<i>Evelyn Attia, M.D.</i>	
	Caso 10.3: Dolores de cabeza y fatiga.....	200
	<i>Jennifer J. Thomas, Ph.D.</i>	
	<i>Anne E. Becker, M.D., Ph.D.</i>	
	Caso 10.4: Vómitos	204
	<i>James E. Mitchell, M.D.</i>	

	Caso 10.5: Aumento de peso	206
	<i>Susan L. McElroy, M.D.</i>	
11	Trastornos de la excreción.....	209
	Introducción.....	209
	<i>John W. Barnhill, M.D.</i>	
	Caso 11.1: Rabieta y síntomas somáticos	210
	<i>David H. Rubin, M.D.</i>	
12	Trastornos del sueño-vigilia.....	215
	Introducción.....	215
	<i>John W. Barnhill, M.D.</i>	
	Caso 12.1: Problemas para dormir de un tirón	217
	<i>Charles F. Reynolds III, M.D.</i>	
	Caso 12.2: Ansiedad y sueño	220
	<i>Maurice M. Ohayon, M.D., D.Sc., Ph.D.</i>	
	Caso 12.3: Somnolencia	223
	<i>Brian Palen, M.D.</i>	
	<i>Vishesh K. Kapur, M.D., M.P.H.</i>	
	Caso 12.4: Picores y cosquilleos	225
	<i>Kathy P. Parker, Ph.D., R.N.</i>	
13	Disfunciones sexuales	229
	Introducción.....	229
	<i>John W. Barnhill, M.D.</i>	
	Caso 13.1: Disfunción sexual	230
	<i>Cynthia A. Graham, Ph.D.</i>	
	Caso 13.2: Problemas sexuales	233
	<i>Richard Balon, M.D.</i>	
14	Disforia de género.....	237
	Introducción.....	237
	<i>John W. Barnhill, M.D.</i>	

Caso 14.1: Reasignación de género.....	239
--	-----

John W. Barnhill, M.D.

Friedemann Pfäfflin, M.D.

15 Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta 243

Introducción.....	243
-------------------	-----

John W. Barnhill, M.D.

Caso 15.1: No conoce las normas	245
---------------------------------------	-----

Juan D. Pedraza, M.D.

Jeffrey H. Newcorn, M.D.

Caso 15.2: Convivencia imposible	248
--	-----

Emil F. Coccaro, M.D.

16 Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos 251

Introducción.....	251
-------------------	-----

Jonathan Avery, M.D.

Caso 16.1: Un alcoholico «típico».....	253
--	-----

Marc A. Schuckit, M.D.

Caso 16.2: Abstinencia de alcohol	255
---	-----

Roger D. Weiss, M.D.

Caso 16.3: Adicción.....	257
--------------------------	-----

Petros Levounis, M.D., M.A.

Caso 16.4: Dolor de rodilla	260
-----------------------------------	-----

Jonathan Avery, M.D.

Stephen Ross, M.D.

Caso 16.5: Espiral descendente	263
--------------------------------------	-----

Charles H. Silberman, M.D.

Caso 16.6: Estrés y abuso de sustancias.....	266
--	-----

Li Jin, D.O.

Daryl Shorter, M.D.

Coreen Domingo, Dr.P.H.

Thomas R. Kosten, M.D.

Caso 16.7: Juego.....	269
-----------------------	-----

Silvia Bernardi, M.D.

Carlos Blanco, M.D., Ph.D.

17 Trastornos neurocognitivos 273

Introducción.....	273
-------------------	-----

John W. Barnhill, M.D.

Caso 17.1: Disforia.....	275
--------------------------	-----

John W. Barnhill, M.D.

Caso 17.2: Agitado y confuso.....	278
-----------------------------------	-----

José R. Maldonado, M.D.

Caso 17.3: Deprimido y retraído	280
---------------------------------------	-----

Peter V. Rabins, M.D., M.P.H.

Caso 17.4: Desarrreglada y exhausta	283
---	-----

George S. Alexopoulos, M.D.

Caso 17.5: Rígido y olvidadizo	286
--------------------------------------	-----

James E. Galvin, M.D., M.P.H.

Caso 17.6: Paranoia y alucinaciones	289
---	-----

Lorin M. Scher, M.D.

Barbara J. Kocsis, M.D.

Caso 17.7: Rebelde de pronto	292
------------------------------------	-----

Stuart C. Yudofsky, M.D.

Robert E. Hales, M.D., M.B.A.

18 Trastornos de la personalidad 297

Introducción.....	297
-------------------	-----

John W. Barnhill, M.D.

Caso 18.1: Conflictos de la personalidad	300
--	-----

Larry J. Siever, M.D.

Lauren C. Zaluda, B.A.

Caso 18.2: Extrañamente aislado	303
---------------------------------------	-----

Salman Akhtar, M.D.

Caso 18.3: Preocupado y extrañamente absorto	306
--	-----

Kristin Cadenhead, M.D.

Caso 18.4: Injusticia	308
<i>Charles L. Scott, M.D.</i>	
Caso 18.5: Frágil y enojada	311
<i>Frank Yeomans, M.D., Ph.D.</i>	
<i>Otto Kernberg, M.D.</i>	
Caso 18.6: Suicidalidad dolorosa	314
<i>Elizabeth L. Auchincloss, M.D.</i>	
Caso 18.7: Insatisfacción	317
<i>Robert Michels, M.D.</i>	
Caso 18.8: Timidez	320
<i>J. Christopher Perry, M.P.H., M.D.</i>	
Caso 18.9: Falta de confianza en sí mismo	322
<i>Raymond Raad, M.D., M.P.H.</i>	
<i>Paul S. Appelbaum, M.D.</i>	
Caso 18.10: Controlar la relación	325
<i>Michael F. Walton, M.D.</i>	
19 Trastornos parafilicos	329
Introducción	329
<i>John W. Barnhill, M.D.</i>	
Caso 19.1: Sadismo	332
<i>J. Paul Fedoroff, M.D.</i>	
Caso 19.2: Problemas de relación	335
<i>Richard Balon, M.D.</i>	
Caso 19.3: Delitos sexuales	337
<i>Nancy J. Needell, M.D.</i>	
Caso 19.4: Algunas perversiones	341
<i>John W. Barnhill, M.D.</i>	
Índice analítico	345

Agradecimientos

En DSM-5 DSM-5 Casos Clínicos han colaborado más de 100 autores. Aunque la mayoría son psiquiatras, en el grupo también hay profesionales de los campos de la psicología, el trabajo social, la enfermería y la sociología. Como casi nadie declinó la invitación de escribir para este libro, hubo muchos otros posibles colaboradores—incluidos varios en mi misma planta—a los que no tuve ocasión de pedirselo y que sin duda habrían realizado un trabajo excelente. Algunos de los autores, aunque no la mayoría, ya habían participado en la elaboración del DSM-5, y algunos habían publicado artículos mostrando su escepticismo en relación con los primeros borradores del manual. Todos los autores tuvieron que trabajar con importantes limitaciones de espacio y tema, y escribieron sus primeros borradores antes de que el texto del DSM-5 estuviera completo. A pesar de tener las agendas llenas, respondieron profesionalmente a la gran cantidad de cambios, recordatorios y preguntas que les llegaron, aportando a menudo ideas y críticas muy de agradecer. Su flexibilidad, pericia y esfuerzo constituyen el eje central de este libro.

Robert Hales, Rebecca Rinehart, John McDuffie, Greg Kuny, Roxanne Rhodes y el resto del equipo de la American Psychiatric Publishing (APP) guiaron este proyecto desde su misma concepción, sin dejar de aportar ideas y estímulo. Me impresionó especialmente que la APP invitara a aportar opiniones diversas durante el prolongado periodo de confusión que supuso la publicación del DSM-5.

Dentro de mi propia institución, Janna Gordon-Elliott, Joseph Murray y Susan Samuels merecen un especial agradecimiento

por su labor de enlace e interconsulta mientras yo editaba este libro. Quiero también agradecer a Jack Barchas, Robert Michels y Philip Wilner su dedicación al desarrollo de la DeWitt Wallace Fund, que facilita los distintos trabajos académicos departamentales, entre ellos el libro que nos ocupa.

Muchas personas aportaron sugerencias y casos. Entre ellas están los miembros del comité editorial y los autores, así como Michael First, Mary Margaret Gleason, Dagmar Herzog, Steven Hyman, Kenneth Kendler, Ron Kessler, Seth Kleinerman, Christin Kidd, David Kupfer, Akshay Lohitsa, Elizabeth Niemiec, Charles O'Brien, John Oldham, Babu Rankupalli y Samuel Weisblatt.

Los cinco jóvenes psiquiatras que formaron parte del comité editorial de este libro (citados en la página XVI) se seleccionaron entre el magnífico grupo de residentes del Presbyterian Hospital/Weill Cornell Medical College de Nueva York. Ayudaron a estructurar el libro, a crear los casos y a editar los originales. Aunque acabaron su residencia al enviarse el libro a imprenta, todos hicieron importantes aportaciones al producto final.

La colaboradora más importante de mi trabajo ha sido, ahora y siempre, mi editora y crítica de 3 años de edad Katherine Barnhill, que nos sugirió que incluyéramos «montones de ilustraciones». Aunque, finalmente, el libro no contiene coloridos dibujos ni fotografías, esperamos que sí tenga esa clase de «cuadros» clínicos que dan vida al diagnóstico y permiten entender y tratar mejor a las personas concretas que acuden a nosotros en busca de ayuda.

J.W.B.

Comité Editorial

- **Jonathan Avery, M.D.**, Fellow in Addiction Psychiatry, New York University School of Medicine
- **Anna Dickerman, M.D.**, Fellow in Psychosomatic Medicine, New York-Presbyterian Hospital/Columbia University Medical Center
- **Alexander Harris, M.D., Ph.D.**, Post-doctoral Fellow in the Affective, Anxiety, and Related Disorders; Research Fellow, Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Surgeons
- **Robert Haskell, M.D.**, Fellow in Child and Adolescent Psychiatry, University of California, Los Angeles
- **Raymond Raad, M.D., M.P.H.**, Research Fellow in Forensic Psychiatry, New York State Psychiatric Institute; Psychoanalytic Candidate, Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research

Colaboradores

Jamie Miller Abelson, M.S.W.
University of Michigan, Ann Arbor, MI

Salman Akhtar, M.D.
Jefferson Medical College, Philadelphia, PA

George S. Alexopoulos, M.D.
Weill Cornell Medical College, New York, NY,
and New York-Presbyterian Hospital, White Plains, NY

Margaret Altemus, M.D.
Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Paul S. Appelbaum, M.D.
Columbia University College of Physicians and Surgeons and New York State Psychiatric Institute, New York, NY

Evelyn Attia, M.D.
Columbia University College of Physicians and Surgeons and Weill Cornell Medical College, New York, NY; New York-Presbyterian Hospital, White Plains, NY

Jonathan Avery, M.D.
New York University School of Medicine, New York, NY

Elizabeth L. Auchincloss, M.D.
Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Richard Balon, M.D.
Wayne State University, Detroit, MI

John W. Barnhill, M.D.
Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Anne E. Becker, M.D., Ph.D.
Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital, Boston, MA

Eugene Beresin, M.D.
Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital, Boston, MA

Silvia Bernardi, M.D.
Columbia University College of Physicians and Surgeons and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Carlos Blanco, M.D., Ph.D.
Columbia University College of Physicians and Surgeons and New York State Psychiatric Institute, New York, NY

Susan Bögels, Ph.D.
University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

Robert Boland, M.D.
Alpert Medical School of Brown University, Providence, RI

James A. Bourgeois, O.D., M.D.
University of California, San Francisco, School of Medicine, San Francisco, CA

Benjamin Brody, M.D.
Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Deborah L. Cabaniss, M.D.

Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY

Kristin Cadenhead, M.D.

University of California, San Diego, La Jolla, CA

Jason P. Caplan, M.D.

Creighton University School of Medicine and St. Joseph's Hospital and Medical Center, Phoenix, AZ

Emil F. Coccaro, M.D.

University of Chicago, Chicago, IL

Victoria E. Cosgrove, M.D.

Stanford University School of Medicine, Stanford, CA

Catherine Crone, M.D.

George Washington University, Washington, DC

Jessica Daniels, M.D.

Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Lori L. Davis, M.D.

University of Alabama at Birmingham and Tuscaloosa VA Medical Center, Tuscaloosa, AL

Anna Dickerman, M.D.

Columbia University Medical Center and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Andrea DiMartini, M.D.

University of Pittsburgh Medical Center and Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, PA

Arden Dingle, M.D.

Emory University School of Medicine, Atlanta, GA

Coreen Domingo, Dr.P.H.

Baylor College of Medicine, Houston, TX

Carlo Faravelli, M.D.

University of Florence, Florence, Italy

J. Paul Fedoroff, M.D.

University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada

Lorena Fernández de la Cruz, Ph.D.

King's College London, London, United Kingdom

Stephen J. Ferrando, M.D.

Weill Cornell Medical College, New York, NY, and New York-Presbyterian Hospital, White Plains, NY

Robert L. Findling, M.D., M.B.A.

Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, MD

Eve K. Freidl, M.D.

Columbia University Medical Center and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Matthew J. Friedman, M.D., Ph.D.

Geisel School of Medicine at Dartmouth, Hanover, NH

Richard A. Friedman, M.D.

Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

James E. Galvin, M.D., M.P.H.

New York University School of Medicine, New York, NY

Michael Gitlin, M.D.

Geffen School of Medicine at the University of California, Los Angeles, Los Angeles, CA

Joseph E. Goldberg, M.D.

Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY

Janna Gordon-Elliott, M.D.

Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Cynthia A. Graham, Ph.D.

University of Southampton, Southampton, United Kingdom

Robert E. Hales, M.D., M.B.A.

University of California, Davis, School of Medicine, Sacramento, CA

Robert Haskell, M.D.

Geffen School of Medicine at the University of California, Los Angeles, Los Angeles, CA

Stephan Heckers, M.D., M.Sc.

Vanderbilt University, Nashville, TN

Donald M. Hilty, M.D.

University of California, Davis, School of Medicine, Sacramento, CA

Heather B. Howell, M.S.W.

Yale School of Medicine, New Haven, CT

James Jackson, Ph.D.

University of Michigan, Ann Arbor, MI

Li Jin, D.O.

Baylor College of Medicine, Houston, TX

Ian Jones, M.R.C.Psych., Ph.D.

Cardiff University School of Medicine, Cardiff, Wales, United Kingdom

Loes Jongerden, M.A.

University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

Vishesh K. Kapur, M.D., M.P.H.

University of Washington, Seattle, WA

Otto Kernberg, M.D.

Weill Cornell Medical College, New York, NY, and New York-Presbyterian Hospital, White Plains, NY

Barbara J. Kocsis, M.D.

University of California, Davis, Sacramento, CA

Thomas R. Kosten, M.D.

Baylor College of Medicine, Houston, TX

Peter D. Kramer, M.D.

Alpert Medical School of Brown University, Providence, RI

Ryan E. Lawrence, M.D.

Columbia University College of Physicians and Surgeons and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Christopher M. Layne, Ph.D.

University of California, Los Angeles, Los Angeles, CA

James L. Levenson, M.D.

Virginia Commonwealth University School of Medicine, Richmond, VA

Petros Levounis, M.D., M.A.

Rutgers New Jersey Medical School and University Hospital, Newark, NJ

Roberto Lewis-Fernández, M.D.

Columbia University College of Physicians and Surgeons and New York State Psychiatric Institute, New York, NY

Russell F. Lim, M.D.

University of California, Davis, School of Medicine, Sacramento, CA

Richard J. Loewenstein, M.D.

University of Maryland School of Medicine and Sheppard Pratt Health System, Baltimore, MD

Catherine Lord, Ph.D.

Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, White Plains, NY

Dolores Malaspina, M.D., M.P.H.

New York University School of Medicine, New York, NY

José R. Maldonado, M.D.

Stanford University School of Medicine, Stanford, CA

David Mataix-Cols, Ph.D.

King's College London, London, United Kingdom

Christopher McDougale, M.D.

Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital, Boston, MA

Susan L. McElroy, M.D.

University of Cincinnati College of Medicine and Lindner Center of Hope, Mason, OH

Katharina Meyerbröker, Ph.D.

University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands

Thomas W. Meeks, M.D.

University of California, San Diego, La Jolla, CA

Robert Michels, M.D.

Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Barbara L. Milrod, M.D.

Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

James E. Mitchell, M.D.

University of North Dakota School of Medicine and Health Sciences, Fargo, ND

Lianne K. Morris Smith, M.D.

New York University School of Medicine, New York, NY

Megan Mroczkowski, M.D.

Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Cheryl Munday, Ph.D.

University of Michigan, Ann Arbor, MI

Joseph F. Murray, M.D.

Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Melissa Nau, M.D.

University of California, San Francisco, San Francisco, CA

Nancy J. Needell, M.D.

Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Jeffrey H. Newcorn, M.D.

Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY

Edward V. Nunes, M.D.

Columbia University College of Physicians and Surgeons and New York State Psychiatric Institute, New York, NY

Maurice M. Ohayon, M.D., D.Sc., Ph.D.

Stanford University School of Medicine, Stanford, CA

Mayumi Okuda, M.D.

Columbia University Medical Center and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Maria A. Oquendo, M.D.

Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York-Presbyterian Hospital, and New York State Psychiatric Institute, New York, NY

Brian Palen, M.D.

University of Washington, Seattle, WA

Kathy P. Parker, Ph.D., R.N.

University of Rochester Medical Center, Rochester, NY

Juan D. Pedraza, M.D.

Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY

Julie B. Penzner, M.D.

Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

J. Christopher Perry, M.P.H., M.D.

McGill University, Montreal, Quebec, Canada

Friedemann Pfäfflin, M.D.

University of Ulm, Ulm, Germany

Cynthia R. Pfeffer, M.D.

Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Katharine A. Phillips, M.D.

Alpert Medical School of Brown University, Providence, RI

Robert S. Pynoos, M.D., M.P.H.

Geffen School of Medicine at the University of California, Los Angeles, Los Angeles, CA

Raymond Raad, M.D., M.P.H.

New York State Psychiatric Institute, New York, NY

Peter V. Rabins, M.D., M.P.H.

Johns Hopkins School of Medicine, Baltimore, MD

Charles F. Reynolds III, M.D.

University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA

Stephen Ross, M.D.

New York University School of Medicine and Bellevue Hospital Center, New York, NY

Anthony J. Rothschild, M.D.

University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA

David H. Rubin, M.D.

Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital, Boston, MA

Susan Samuels, M.D.

Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Daniel S. Schechter, M.D.

University of Geneva Hospitals and Faculty of Medicine, Geneva, Switzerland

Lorin M. Scher, M.D.

University of California, Davis, Medical School, Sacramento, CA

Marc A. Schuckit, M.D.

University of California, San Diego, La Jolla, CA

Charles L. Scott, M.D.

University of California, Davis, Medical Center, Sacramento, CA

Daryl Shorter, M.D.

Baylor College of Medicine, Houston, TX

Larry J. Siever, M.D.

Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY

Charles H. Silberstein, M.D.

Martha's Vineyard, MA

Daphne Simeon, M.D.

Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY

Helen Blair Simpson, M.D., Ph.D.

Columbia University College of Physicians and Surgeons and New York State Psychiatric Institute, New York, NY

Dan J. Stein, M.D., Ph.D.

University of Cape Town, Cape Town, South Africa

Alan M. Steinberg, Ph.D.

Geffen School of Medicine at the University of California, Los Angeles, Los Angeles, CA

Theodore A. Stern, M.D.

Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital, Boston, MA

William S. Stone, Ph.D.

Harvard Medical School, Beth Israel Deaconess Medical Center and Massachusetts Mental Health Center, Boston, MA

Trisha Suppes, M.D., Ph.D.

Stanford University School of Medicine, Stanford, CA

Holly A. Swartz, M.D.

University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA

Carol A. Tamminga, M.D.

University of Texas Southwestern Medical School, Dallas, TX

Rajiv Tandon, M.D.

University of Florida College of Medicine, Gainesville, FL

Rosemary Tannock, Ph.D.

University of Toronto, The Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario, Canada

Jennifer J. Thomas, Ph.D.

Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital, Boston, MA

Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D., D.Sc.

University of California, San Diego, La Jolla, CA

Arshya Vahabzadeh, M.D.
Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital, Boston, MA

John T. Walkup, M.D.
Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Michael F. Walton, M.D.
New York University School of Medicine, New York, NY

Heather Warm, M.D.
University of California, San Francisco, San Francisco, CA

Roger D. Weiss, M.D.
Harvard Medical School, Boston, MA, and McLean Hospital, Belmont, MA

William C. Wood, M.D.
Weill Cornell Medical College and New York-Presbyterian Hospital, New York, NY

Frank Yeomans, M.D., Ph.D.
Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY

Kimberly A. Yonkers, M.D.
Yale School of Medicine, New Haven, CT

Stuart C. Yudofsky, M.D.
Baylor College of Medicine, Houston, TX

Lauren C. Zaluda, B.A.
Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, NY

Declaración de intereses

Los colaboradores siguientes de este libro han declarado compartir intereses económicos o afiliaciones de otro tipo con un patrocinador comercial, un fabricante de productos comerciales, un proveedor de servicios comerciales, una organización no gubernamental o una agencia de la Administración conforme se enumera a continuación:

George S. Alexopoulos, M.D.—*Research support:* Forest. *Consulting:* Otsuka, Pfizer. *Speakers' bureau:* AstraZeneca, Avanir, Novartis, Sunovion.

Evelyn Attia, M.D.—*Research support:* Eli Lilly (study medication only).

Arden Dingle, M.D.—*Lecture fees:* American Psychiatric Association annual meeting (Psychiatry Review course), 2012, 2013. *Travel support:* American College of Psychiatrists, PRITE meeting.

Robert L. Findling, M.D., M.B.A.—*Research support, consulting, and/or speakers' bureau,* 2012-2013: American Psychiatric Publishing, AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Clinsys, Cognition Group, Eli Lilly, Forest, GlaxoSmithKline, Guilford Press, Johnson & Johnson, KemPharm, Lundbeck, Merck, National Institutes of Health (NIH), Novartis, Otsuka, Oxford University Press, Pfizer, Physicians Postgraduate Press, Rhodes Pharmaceuticals, Roche, Sage, Shire, Stanley Medical Research Institute, Sunovion, Supernus Pharmaceuticals, Transcept Pharmaceuticals, Validus, and WebMD.

Eve K. Freidl, M.D.—*Research support:* American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Pilot Research Award for Junior Faculty and Child and Adolescent Psychiatry Residents, supported by Lilly, USA LLC.

Michael Gitlin, M.D.—*Speakers' bureau:* Otsuka, Bristol-Myers Squibb.

Joseph F. Goldberg, M.D.—*Speakers' bureau:* AstraZeneca, Merck, Mylan Pharmaceuticals, Novartis, Sunovion. *Consultant:* Avanir, Medscape, Mylan Pharmaceuticals, WebMD.

Roberto Lewis-Fernández, M.D.—*Research support:* Eli Lilly (R. Lewis-Fernández, principal investigator).

Susan L. McElroy, M.D.—*Consulting/advisory board memberships,* 2012-2013: Bracket, Corcept, MedAvante, Shire, Sunovion, Teva. *Research support as principal investigator or coinvestigator:* Agency for Healthcare Research and Quality, AstraZeneca, Cephalon, Eli Lilly, Forest, Marriott Foundation, National Institute of Mental Health, Orexigen Therapeutics, Pfizer, Shire, Takeda Pharmaceutical Co. Ltd, Transcept Pharmaceutical. *Patent:* Dr. McElroy is an inventor on U.S. Patent No. 6,323,236 B2, Use

of Sulfamate Derivatives for Treating Impulse Control Disorders, and, along with the patent's assignee, University of Cincinnati, Cincinnati, OH, has received payments from Johnson & Johnson Pharmaceutical Research & Development, LLC, which has exclusive rights under the patent.

Barbara L. Milrod, M.D.—*Research support:* Brain and Behavior Research Foundation, a fund in the New York community trust established by DeWitt Wallace. *Royalties:* Taylor & Francis.

Edward V. Nunes, M.D.—*Research support:* Alkermes/Cephalon Inc. (medication for research studies), HealthSim LLC (Web-based behavioral intervention for a research study in data analysis), Reckitt-Benckiser (placebo/Suboxone study kits for research studies in data analysis), Duramed Pharmaceuticals (oral naltrexone for a research study in data analysis). Dr. Nunes (principal investigator) receives partial support from National Institute on Drug Abuse grant K24 DA022412.

Maria A. Oquendo, M.D.—*Royalties:* for use of the Columbia Suicide Severity Rating Scale. *Consulting:* Pfizer, for safety evaluation of a clinical facility, unrelated to the current manuscript. *Unrestricted educational grants and/or lecture fees:* AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Janssen, Otsuka, Pfizer, Sanofi-Aventis, and Shire. *Equities:* Dr. Oquendo's family owns stock in Bristol-Myers Squibb.

Peter V. Rabins, M.D., M.P.H.—*Consulting:* Legal testimony for Janssen Pharmaceuticals.

Charles F. Reynolds III, M.D.—*Pharmaceutical support for NIH-sponsored research studies:* Bristol-Myers Squibb, Forest, Pfizer, Lilly. *Research support:* American Foundation for Suicide Prevention, Center for Medicare and Medicaid Services, Clinical and Translational Science Institute, Commonwealth of Pennsylvania, John A. Hartford Foundation, National Center for Minority Health Disparities, National Heart Lung and Blood Institute, National Institute on Aging, National Institute of Mental Health, National Palliative Care Research Center, and Patient Centered Outcomes Research Institute. *Review board:* American Association for Geriatric Psychia-

try. *Patent:* Dr. Reynolds is the coinventor (Licensed Intellectual Property) of psychometric analysis of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) PRO10050447 (PI: E. Buysse).

Anthony J. Rothschild, M.D.—*Research support:* Cyberonics, National Institute of Mental Health, St Jude Medical, and Takeda. *Consulting:* Allergan, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Noven Pharmaceuticals, Pfizer, Shire, and Sunovion. *Royalties:* American Psychiatric Publishing (books) and University of Massachusetts Medical School (Rothschild Scale for Antidepressant Tachyphylaxis RSAT®).

Helen Blair Simpson, M.D., Ph.D.—*Research support for clinical trials:* Janssen Pharmaceuticals (2006-2012) and Neuropharm Ltd (2009). *Scientific advisory board:* Jazz Pharmaceuticals (for Luvax CR, 2007-2008) and Pfizer (for Lyrica, 1009-2010). *Consulting:* Quiltiles Inc (on therapeutic needs for obsessive-compulsive disorder, 2012). *Royalties:* Cambridge University Press and UpToDate Inc.

Trisha Suppes, M.D., Ph.D.—*Research funding or medications for clinical grants:* Elan Pharma International Ltd, National Institute of Mental Health, Sunovion Pharmaceuticals, VA Cooperative Studies Program. *Consulting/advisory board:* H. Lundbeck A/S, Sunovion. *Honoraria:* HealthmattersCME (continuing medical education), Omnia-Prova-Education Collaborative Inc. *Royalties:* Jones & Bartlett (formerly compact Clinicals). *Travel support:* American Psychiatric Association, H. Lundbeck A/S, Omnia-Prova, Sunovion.

Rosemary Tannock, Ph.D.—*Research funding:* Pearson-Cogmed. *Travel grant:* JanssenCilag (for keynote presentation at international meeting, Stockholm).

Los siguientes colaboradores han manifestado que no tienen intereses económicos o afiliaciones que compitan en relación con el contenido de este libro:

Jamie Miller Abelson, M.S.W.
Margaret Altemus, M.D.
Paul S. Appelbaum, M.D.
Richard Balon, M.D.
John W. Barnhill, M.D.
Eugene Beresin, M.D.

Silvia Bernardi, M.D.
 James A. Bourgeois, O.D., M.D.
 Deborah L. Cabaniss, M.D.
 Kristin Cadenhead, M.D.
 Jason P. Caplan, M.D.
 Catherine Crone, M.D.
 Jessica Daniels, M.D.
 Lori L. Davis, M.D.
 Anna Dickerman, M.D.
 Andrea DiMartini, M.D.
 J. Paul Fedoroff, M.D.
 Stephen J. Ferrando, M.D.
 Matthew J. Friedman, M.D.,
 PhD. James E. Galvin, M.D.,
 M.P.H. Janna Gordon-Elliott, M.D.
 Stephan Heckers, M.D., M.Sc.
 Donald M. Hilty, M.D.
 Heather B. Howell, M.S.W.
 Li Jin, D.O.
 Christopher M. Layne, M.D.
 James L. Levenson, M.D.
 Petros Levounis, M.D.,
 M.A. Russell F. Lim, M.D.
 Richard J. Loewenstein, M.D.
 Christopher McDougle, M.D.
 Robert Michels, M.D.

James E. Mitchell, M.D.
 Lianne K. Morris Smith, M.D.
 Joseph F. Murray, M.D.
 Melissa Nau, M.D.
 Mayumi Okuda, M.D.
 Juan D. Pedraza, M.D.
 J. Christopher Perry, M.P.H., M.D.
 Cynthia A. Pfeffer, M.D.
 Katharine A. Phillips, M.D.
 Robert S. Pynoos, M.D., M.P.H.
 Stephen Ross, M.D.
 David H. Rubin, M.D.
 Susan Samuels, M.D.
 Lorin M. Scher, M.D.
 Marc A. Schuckit, M.D.
 Charles L. Scott, M.D.
 Alan M. Steinberg, Ph.D.
 William S. Stone, Ph.D.
 Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D., D.Sc.
 Arshya Vahabzadeh, M.D.
 Michael F. Walton, M.D.
 Heather Warm, M.D.
 Roger D. Weiss, M.D.
 William C. Wood, M.D.
 Kimberly A. Yonkers, M.D.
 Lauren C. Zaluda, B.A.

Introducción

La finalidad del libro *DSM-5. Casos clínicos* es acompañar a la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5), creado y publicado por la *American Psychiatric Association*. Los dos libros tienen la misma estructura básica (los títulos de los 19 capítulos diagnósticos de este libro son idénticos a los de los primeros 19 capítulos del DSM-5) y la misma finalidad principal (la relevancia clínica). Ambos libros desganan los criterios de muchos diagnósticos psiquiátricos. Ambos pueden ser utilizados por personas ajenas al ámbito de la salud mental, aunque en ambos se subraya que el juicio clínico curtido suele ser necesario para diferenciar lo normal de lo patológico al hacer un diagnóstico general, valorar determinados criterios diagnósticos y reconocer cuadros comórbidos importantes.

Sin embargo, *DSM-5. Casos clínicos* difiere sobre todo del DSM-5 en la forma de presentar la información. Cada uno de sus 19 capítulos presenta casos escogidos para demostrar uno o más diagnósticos del DSM-5, y cada uno de estos casos (103 en total) va seguido de una breve explicación diagnóstica. Algunos casos se eligieron para ilustrar diagnósticos frecuentes, mientras que otros pretenden resaltar las ambigüedades y controversias que han llevado a contestar tan acaloradamente las proposiciones del DSM-5. Las presentaciones de los casos pueden contener mucha información, aunque no necesariamente toda la que permitiría corroborar determinado diag-

nóstico. Algunos pacientes son transparentes y honestos; otros aportan información incierta, incompleta, engañosa o falsa. Algunos pacientes acuden por sí mismos para ser evaluados ambulatoriamente; otros son llevados por cónyuges, amigos o la policía. En algunos casos se puede llegar rápidamente a un diagnóstico mutuamente acordado. En otros puede haber datos clave que no se descubran hasta el final de la presentación. En otros casos más, el diagnóstico podría no estar claro hasta después de haber clarificado el ponente lo que quizá parecieran datos incipientes o contradictorios. En otras palabras, las presentaciones de los casos reflejan la experiencia clínica habitual.

A cada uno de los ponentes se le pidió que hiciera de asesor experto, explicando los procesos mentales que pudieran conducir a la comprensión diagnóstica del paciente. El límite de alrededor de 1.000 palabras para cada caso y su explicación significa que ninguno de ellos es exhaustivo, aunque esa misma brevedad permite en el libro subrayar de qué forma convierten los clínicos con experiencia los datos clínicos complejos en un diagnóstico diferencial. También le permite al lector adquirir conocimientos concretos de una sola sentada.

A cada uno de los ponentes se le pidió que hiciera un diagnóstico para cada caso. Como se explica en el DSM-5, el diagnóstico principal es aquel que parece responsable de la consulta ambulatoria o el ingreso hospitalario del

paciente. También se pidió a los ponentes que hicieran todos los diagnósticos comórbidos que parecieran probables.

En las explicaciones de cada caso, al igual que en las introducciones de los capítulos, se abordan los cambios con respecto al DSM-IV. Además de los cambios que afectan a los distintos diagnósticos individuales, en el DSM-5 se introducen otros cambios más amplios relacionados con la clasificación de los trastornos. Por ejemplo, el sistema axial desaparece, aunque sus componentes siguen formando parte de la evaluación clínica. En el DSM-5 se señala que todos los diagnósticos pertinentes, psiquiátricos y médicos, deben consignarse juntos en lugar de separados en los ejes I, II y III. La atención a los problemas psicosociales y ambientales (Eje V del DSM-IV) sigue teniendo importancia para la evaluación clínica. Con el fin de clasificar mejor los factores de estrés psicosocial correspondientes, el DSM-5 utiliza el sistema desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los códigos V de la CIE-9 y los códigos Z que aparecerán en la CIE-10, aún no publicada. El eje V contenía la Evaluación Global del Funcionamiento (EGF), pero este instrumento adolecía de falta de claridad y una psicometría cuestionable, lo que condujo a que en el DSM-5 se propusiera el uso del Programa de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHODAS, por sus siglas en inglés), incluido en la Sección III de dicho manual.

El segundo cambio extenso de la clasificación se refiere al agrupamiento en categorías diagnósticas amplias que corresponden a los problemas que afectan al desarrollo y a toda la vida. Por ejemplo, el DSM-5 comienza por aquellos diagnósticos que se consideran reflejo de procesos del desarrollo que se manifiestan en las primeras etapas de la vida (p. ej., los trastornos del desarrollo neurológico), pasa después a los diagnósticos que normalmente evolucionan algo más tarde (p. ej., trastornos

del espectro de la esquizofrenia, bipolares, depresivos y de ansiedad) y concluye con los diagnósticos más importantes para la edad adulta y la vida tardía (p. ej., trastornos neurocognitivos). A cada una de estas categorías diagnósticas se le ha dedicado el mismo esfuerzo. Por ejemplo, la pica abre el capítulo de los trastornos alimentarios, mientras que el capítulo dedicado a los trastornos depresivos empieza por la explicación de un diagnóstico nuevo del DSM-5, el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

En la introducción de cada capítulo y en las explicaciones correspondientes a cada caso se exponen con más detalle los cambios introducidos en el DSM-5.

El libro *DSM-5. Casos clínicos* se ha estructurado para abordar específicamente los diagnósticos que figuran en los primeros 19 capítulos de la Sección II del DSM-5. (La Sección I es una introducción.) Los aspectos derivados de los capítulos finales de la Sección II se discuten en los casos a lo largo de todo el libro. Por ejemplo, el capítulo 21 del DSM-5 está dedicado a los efectos adversos de la medicación, como el síndrome neuroléptico maligno o la distonía inducida por medicamentos. En el capítulo 22 de la Sección II se describen situaciones que podrían ser merecedoras de atención clínica pero que no constituyen trastornos mentales. Entre ellas están los problemas familiares, económicos y psicosociales de otro tipo, que se detallan con varias docenas de códigos V y Z, como se dijo anteriormente. Al igual que los efectos adversos de los medicamentos, estos problemas psicosociales se abordan en los casos correspondientes a lo largo de todo el libro.

Aunque los criterios diagnósticos de la Sección II del DSM-5 han sido objeto de extensas revisiones, aún no existen datos científicos que respalden el uso generalizado de las herramientas, técnicas y diagnósticos que aparecen en la Sección III. No obstante, en el libro

DSM-5. Casos clínicos sí se tienen en cuenta algunas de estas herramientas (p. ej., la entrevista de formulación cultural) y diagnósticos (p. ej., los nuevos modelos para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad, el síndrome de psicosis atenuada y la autolesión no suicida) de la Sección III. El DSM-5 concluye con un apéndice en el que se explican algunos de los cambios con respecto al DSM-IV, un glosario de términos técnicos y un glosario de conceptos culturales acerca del malestar. En el *DSM-5. Casos clínicos* se incluyen ejemplos en los que se usan estos elementos, aunque se anima al lector a leer el DSM-5, donde encon-

trará una explicación más detallada de todos los aspectos diagnósticos de la psiquiatría.

Las personas sufren a causa de muchos tipos de conductas, sentimientos y pensamientos, y el manual diagnóstico de nuestra profesión, el DSM-5, refleja el conocimiento científico de esta complejidad. No obstante, sin sabiduría clínica, ni siquiera el mejor tratado generará un conocimiento eficaz de nuestros pacientes. El libro *DSM-5. Casos clínicos* pretende ayudarnos a cultivar nuestra propia pericia clínica y a aprender la forma de usar eficazmente los conocimientos más actuales de nuestra profesión en lo referente al diagnóstico psiquiátrico.

Nota sobre este libro

El elemento central del libro *DSM-5. Casos clínicos* son las presentaciones y explicaciones de los casos que contiene. Estos casos se han agrupado de forma que coincidan con las categorías diagnósticas del DSM-5; así, un caso con diagnóstico principal de autismo figurará en el primer capítulo, entre los trastornos del desarrollo neurológico. Algunos casos se eligieron de forma que presentaran comorbilidad, controversias y ambigüedades, pero muchos otros se escogieron para reflejar ejemplos relativamente claros de los trastornos del DSM-5.

A los autores de los casos y explicaciones se les pidió que trabajaran con una serie de restricciones. Los supuestos debían ser breves. Tenían que centrarse en el diagnóstico y no en el tratamiento. Además de demostrar la aplicación concreta de los criterios del DSM-5, los autores podían optar por explorar el diagnóstico diferencial, la comorbilidad o la formulación cultural, aunque no tenían forma de agotar los temas al encontrarse limitados a unas 500 palabras. Se les pidió también que hicieran los diagnósticos basándose en el material

del caso. Dado que los casos son breves y a menudo intencionadamente incompletos, la explicación diagnóstica concluye a veces con el mismo tipo de certeza provisoria que se observa frecuentemente en la clínica. Finalmente, como las explicaciones pretenden fomentar el estudio, se pidió a los autores que recomendaran lecturas en lugar de citar referencias bibliográficas.

Los casos se basan en pacientes reales cuya identidad se ha disfrazado. Una vez finalizados los casos y sus explicaciones, los editores eligieron nombres para todos los pacientes. En el protocolo se pedía que los nombres se escogieran por orden alfabético, indicándose solo el nombre de pila de los pacientes de menos de 20 años de edad. Procuramos elegir nombres que reflejaran el mosaico cultural estadounidense y que, por azar, no coincidieran con los de personas que pudieran confundirse con pacientes reales de los autores; si cualquiera de los nombres y rasgos clínicos incluidos recordara casualmente a alguna persona real, tal coincidencia sería la que hemos intentado concretamente evitar.

Trastornos del desarrollo neurológico

INTRODUCCIÓN

Robert Haskell, M.D.

En su forma de abordar la enfermedad mental recorriendo las etapas de la vida del paciente, el DSM-5 comienza lógicamente por los trastornos del desarrollo neurológico. Como grupo, estos trastornos se diagnostican normalmente en la lactancia, la infancia o la adolescencia. Individualmente, estos trastornos han sido objeto de una labor de poda, reorganización y clarificación que abarca uno de los cambios más debatidos del DSM-5, el que afecta a la definición y los criterios diagnósticos del autismo.

En el DSM-5, el trastorno del espectro del autismo describe pacientes que antes se dividían entre el trastorno autista, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Rett y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. Estos ya no se consi-

deran entidades clínicas separadas. Entre los nuevos criterios nos encontramos: 1) deficiencias persistentes y generalizadas de la comunicación social y la interacción social, y 2) patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses y actividades. Según la definición actual, el trastorno del espectro del autismo (TEA) puede subdividirse por la presencia o ausencia de deterioro intelectual o de alguna enfermedad física asociada. Además, la identificación de tres niveles de gravedad ayuda a esclarecer la necesidad de servicios adicionales de carácter social u ocupacional. Por ejemplo, un paciente que requiera «apoyo muy considerable» podría presentar inflexibilidad conductual extrema o poseer 20 palabras de habla inteligible.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se sigue subdividiendo

en dos dimensiones sintomáticas (inatención e hiperactividad/impulsividad), siendo requisito indispensable la presencia de al menos seis síntomas de ambas dimensiones o de cualquiera de ellas. Por ejemplo, la inatención podría notarse en la presencia de comportamientos tales como cometer errores por descuido, no completar los deberes en casa y perder libros. Entre los criterios de la hiperactividad/impulsividad se encuentran el no estarse quieto, la impaciencia y la verborrea. El diagnóstico de TDAH está generalmente incompleto sin la inclusión de los especificadores dimensionales (falta de atención predominante, hiperactividad/impulsividad predominante o presentación combinada). Varios de estos síntomas deben haber estado presentes antes de los 12 años de edad, siendo este un cambio con respecto a los requisitos del DSM-IV, donde los síntomas causantes del deterioro debían estar presentes desde antes de los 7 años de edad. Otro cambio es la reducción del número de criterios sintomáticos para los adultos, que pasa de seis a cinco dentro de cada dimensión. Estos dos últimos cambios se deben al hecho de que la «relajación» de los criterios permite identificar a personas con síntomas, malestares y disfunciones muy parecidas a las de las personas ya diagnosticadas de TDAH y a las que podría convenir la atención clínica. Como sucede en todo el DSM-5, depende del médico diagnosticar únicamente a las personas que cumplen los criterios sintomáticos y cuyo malestar y disfunción alcance un umbral clínico relevante.

Haciéndose eco de los textos jurídicos federales y de las palabras usadas por los facultativos más sensibles, el DSM-5 ha sustituido el término *retraso mental* por el de *discapacidad intelectual*. Los tres criterios principales siguen siendo los mismos: deficiencias de las funciones intelectuales y la adaptación (en ámbitos como la comunicación, el trabajo o el ocio) e inicio a una edad temprana. No obs-

tante, el diagnóstico ya no depende de pruebas de inteligencia formales. Ahora, el DSM-5 invita al clínico a realizar una evaluación integrada de la gravedad de leve a profunda, de acuerdo con tres dominios biográficos importantes: conceptual, social y práctico. Por ejemplo, una persona con discapacidad intelectual grave podría entender escasamente conceptos tales como el tiempo o el dinero, podría usar el lenguaje para comunicar pero no para explicar, y probablemente precisaría ayuda para todas las actividades de la vida diaria.

Entre los trastornos de la comunicación que debutan en la niñez están el trastorno del lenguaje (anteriormente dividido en trastorno de la expresión y trastorno de la recepción del lenguaje); el trastorno fonológico, en el que el paciente tiene deteriorada la capacidad de producir los elementos fonológicos de las palabras pero carece de alteraciones físicas congénitas o adquiridas que expliquen dicho deterioro; el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo), y un diagnóstico nuevo, el trastorno de la comunicación social (pragmático), en el que el paciente presenta problemas persistentes con el uso social de la comunicación verbal y no verbal: muy probablemente un diagnóstico acertado para algunos de los individuos que presentan rasgos de TEA pero no cumplen todos los criterios.

El trastorno específico del aprendizaje es un nuevo diagnóstico genérico del DSM-5. Los especificadores de lectura, expresión escrita y matemáticas tienen por objeto ayudar a profesores y padres a atender de forma más concreta las necesidades académicas del niño.

El capítulo de los trastornos del desarrollo neurológico culmina con los trastornos motores, como el trastorno del desarrollo de la coordinación, el trastorno de movimientos estereotipados y los trastornos de tics. El tic es un movimiento no rítmico, de duración breve y comienzo brusco. Estos movimientos pueden dividirse en tics motores, como encogerse de

hombros y guiñar los ojos, y tics vocales, como sorber por la nariz, resoplar y la producción espontánea de una palabra o frase. El trastorno de la Tourette es el más complejo de los trastornos de tics y se refiere a pacientes que presentan múltiples tics motores y al menos un tic vocal durante más de 1 año que no puedan explicarse por una enfermedad física o los efectos fisiológicos de una sustancia como la cocaína.

Inevitablemente, los trastornos del desarrollo neurológico tienen síntomas en común con una amplia variedad de cuadros psiquiátricos, y los clínicos deben abordar el diagnóstico diferencial entendiendo que este es mucho más amplio entre los niños menores de 12 años. Los trastornos del desarrollo neurológico contribuyen a veces a la aparición de otros trastornos; por ejemplo, un trastorno

del aprendizaje puede causar ansiedad y un TDAH no tratado puede volver al paciente vulnerable al abuso de sustancias. Los casos que se exponen a continuación tratan de deshacer algunos de estos nudos diagnósticos y de explorar la comorbilidad que hace que el tratamiento de los trastornos del desarrollo neurológico sea una de las labores más exigentes de la psiquiatría.

Lecturas recomendadas

Brown TE (ed): ADHD Comorbidities. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009.
Hansen RL, Rogers SJ (eds): Autism and Other Neurodevelopmental Disorders. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2013.
Tanguay PE: Autism in DSM-5. Am J Psychiatry 168(11):1142-1144, 2011.

CASO 1.1

Una segunda opinión sobre el autismo

Catherine Lord, Ph.D.

Ashley, de 17 años de edad, fue derivada para una reevaluación diagnóstica después de haber estado diagnosticada de autismo y retraso mental casi toda su vida. Hace poco le diagnosticaron un síndrome de Kleefstra y la familia desea confirmar los diagnósticos previos y valorar el riesgo genético para los futuros hijos de sus hermanas mayores.

En el momento de la reevaluación, Ashley asistía a un colegio especial para desarrollar habilidades funcionales. Era capaz de vestirse pero no de ducharse sin ayuda o de quedarse en casa sola. Podía decodificar (p. ej., leer palabras) y deletrear a nivel de secundaria, pero entendía poco de lo que leía. Los cambios de agenda y las mayores expectativas funcionales tendían a volverla irritable. Cuando estaba

molesta, Ashley solía hacerse daño a sí misma (p. ej., mordiéndose la muñeca) y a los demás (p. ej., pellizcando y tirando del pelo).

En las pruebas formales realizadas durante la reevaluación, Ashley presentó un CI no verbal de 39 y un CI verbal de 23, siendo el CI global de 31. Las puntuaciones adaptativas fueron algo más altas, con una puntuación global de 42 (siendo el promedio de 100).

Según su historia, Ashley empezó a recibir servicios a los 9 meses de edad, después de que los padres notaran importantes retrasos motores. Empezó a caminar a los 20 meses y a ir al cuarto de baño sola a los 5 años. Dijo sus primeras palabras a los 6 años. Le diagnosticaron retraso del desarrollo a los 3 años y autismo, obesidad y encefalopatía estática a los 4 años. En una de las primeras evaluaciones se observó una posible dismorfología facial; las pruebas genéticas de entonces no aportaron nada.

Los padres refirieron que Ashley sabía cientos de palabras sueltas y muchas frases sencillas. Le interesaban desde hace mucho las matrículas de los vehículos y se pasaba horas dibujándolas. Su mayor capacidad era la memoria, y podía dibujar con precisión matrículas de distintos estados. Ashley había estado siempre muy unida a sus padres y hermanas y, aunque era cariñosa con los bebés, su interés por los demás adolescentes era mínimo.

Entre los antecedentes familiares de interés de Ashley se cuentan un padre con dislexia, un tío paterno con epilepsia y un primo materno con posible «síndrome de Asperger». Sus dos hermanas iban a la universidad y estaban bien.

En la exploración, Ashley aparecía como una joven con sobrepeso que miraba poco a los ojos y a menudo de soslayo. Tenía una bonita sonrisa y a veces se reía para sus adentros, pero sus expresiones faciales eran apagadas casi todo el tiempo. Nunca iniciaba la atención compartida tratando de captar la mirada de los demás. Con frecuencia ignoraba lo que le decían. Para solicitar un objeto deseado (p. ej., una revista de por-

tada brillante), Ashley se mecía de un lado a otro y apuntaba con el dedo. Al ofrecerle un objeto (p. ej., un animal de peluche), se lo llevaba a la nariz y a los labios para inspeccionarlo. Ashley hablaba con voz aguda y una entonación poco usual. Durante la entrevista usó múltiples palabras y unas pocas frases cortas que sonaron a memorizadas pero fueron comunicativas: por ejemplo, «Quiero limpiar» y «¿Tienes una furgoneta?».

En los meses previos a la evaluación, los padres de Ashley observaron que la joven estaba cada vez más apática. Una evaluación médica concluyó que la causa más probable de sus síntomas era una infección de vías urinarias, pero los antibióticos, si acaso, parecieron aumentar la apatía. Ulteriores evaluaciones médicas llevaron a realizar pruebas genéticas más amplias y a Ashley le diagnosticaron síndrome de Kleefstra, un raro defecto genético que se acompaña de múltiples problemas médicos, incluida la discapacidad intelectual. Los padres dijeron que también a ellos les habían hecho pruebas y habían «dado negativo».

En concreto, los padres querían saber si los resultados de las pruebas genéticas afectaban a los diagnósticos ya conocidos de Ashley y a su acceso a distintos servicios en el futuro. Además, querían saber si sus otras dos hijas debían hacerse pruebas por el riesgo de ser portadoras de genes relacionados con el autismo, el retraso mental o el síndrome de Kleefstra.

Diagnósticos

- Discapacidad intelectual grave.
- Trastorno del espectro del autismo acompañado de deterioro intelectual y del lenguaje en relación con el síndrome de Kleefstra.

Explicación

Con respecto al diagnóstico, las pruebas cognitivas de Ashley y sus escasas habilidades adaptativas en el día a día indican que padece la dis-

capacidad intelectual que contempla el DSM-5. Además, Ashley presenta síntomas prominentes de los dos criterios sintomáticos principales del trastorno del espectro del autismo (TEA): 1) deficiencias en la comunicación social y 2) patrones restringidos y repetitivos de comportamiento, intereses y actividades. Ashley también cumple el requisito de haber tenido síntomas en las fases tempranas del desarrollo y poseer antecedentes de deterioro importante que establece el DSM-5 para el TEA. Un quinto requisito del TEA es que las alteraciones no se expliquen mejor por la discapacidad intelectual, lo que es un asunto más complicado en el caso de Ashley.

Durante muchos años, clínicos e investigadores han debatido los límites entre el autismo y la discapacidad intelectual. El porcentaje de niños y adultos que cumplen los criterios del autismo aumenta según disminuye el CI. La mayoría de las personas con CI inferior a 30 tienen TEA además de discapacidad intelectual.

Para que Ashley pueda cumplir los criterios del DSM-5 referentes tanto al TEA como a la discapacidad intelectual, las deficiencias y conductas específicas del TEA deben ser más acusadas de lo que podría observarse normalmente en personas dotadas de desarrollo intelectual. En otras palabras, si las deficiencias se debieran solamente a lo limitado de su capacidad intelectual, cabría esperar que tuviera las habilidades sociales y lúdicas del típico niño de 3 a 4 años de edad. Sin embargo, la interacción social de Ashley no se parece en nada, ni jamás se pareció, a la de un típico preescolar. Presenta expresiones faciales limitadas, escaso contacto ocular e interés mínimo por sus coetáneos. En comparación con su «edad mental», Ashley muestra importantes restricciones tanto en sus intereses como en la comprensión de las emociones básicas del ser humano. Además, presenta comportamientos que no se observan normalmente a ninguna edad.

La heterogeneidad del autismo ha ocasionado importantes conflictos. Algunos, por ejem-

plo, aducen que los niños con discapacidades intelectuales muy marcadas deberían excluirse del TEA. Otros dicen que los niños con TEA de mayor capacidad intelectual deberían clasificarse en una categoría propia: el síndrome de Asperger. Las investigaciones no avalan ninguna de estas dos distinciones. Por ejemplo, los estudios indican que los niños con síntomas de autismo y discapacidad intelectual grave suelen tener hermanos con autismo y mayor capacidad intelectual. Queda mucho por descubrir acerca del TEA, pero el CI no parece constituir el factor esencial para distinguirlo.

Desde una perspectiva pragmática, el factor crítico es si el diagnóstico de TEA aporta o no información que ayude a orientar el tratamiento y la provisión de servicios. En el caso de Ashley, el diagnóstico de TEA atrae la atención hacia sus escasas habilidades sociales. Atrae la atención hacia las diferencias en sus motivaciones y en su necesidad de estructura. El diagnóstico de TEA subraya también la importancia de observar con detenimiento los aspectos positivos de su cognición (p. ej., la capacidad memorística y de representación visual) y los más débiles (p. ej., comprensión, interacción social y capacidad de adaptarse a los cambios). Todos ellos pueden influir en gran medida en su esfuerzo por llevar una vida lo más independiente posible.

A los padres les preocupa también la influencia de los resultados de las recientes pruebas genéticas sobre el tratamiento de Ashley y la planificación familiar de sus hermanas. Hay cientos de genes que pueden intervenir en los complejos problemas neurológicos que conlleva el autismo, pero la mayoría de los casos de TEA carecen de un origen claro. La enfermedad genética de Ashley, el síndrome de Kleefstra, se asocia claramente a discapacidad intelectual y síntomas de TEA. Cuando parece que hay algún cuadro físico o genético o algún factor medioambiental implicado, este se consigna como especificador, pero el diagnóstico de TEA no se ve afectado.

Conocer la causa genética de la discapacidad intelectual y el TEA de Ashley es importante por varios motivos. Recuerda a los médicos que deben explorar la comorbilidad física frecuente del síndrome de Kleeftstra, como son los problemas cardíacos y renales (posiblemente causa de sus infecciones recurrentes de vías urinarias). El conocimiento de la causa genética amplía también los recursos informativos al conectar a la familia de Ashley con otras familias afectadas por este raro síndrome.

Un aspecto especialmente importante de este nuevo diagnóstico genético es su repercusión en las hermanas de Ashley. En casi todos los casos publicados, el síndrome de Kleeftstra aparece *de novo*, lo que significa que la probabilidad de que alguien más de la familia presente anomalías en la región genética afectada es extremadamente baja. En raras ocasiones, un progenitor no afectado presenta una translocación cromosómica o un mosaicismo que conduce al síndrome, pero el que los padres de Ashley «dieran negativo» indica que no son portadores genéticos. Aunque no es necesariamente cierto en otras situaciones en las que intervienen trastornos genéticos relacionados con el autismo, este diagnóstico genético en particular indica probablemente que las hermanas de Ashley no

tienen mayor riesgo de tener hijos con autismo. Esta información puede ser muy tranquilizadora y útil para las hermanas de Ashley. El hecho es que, aunque la genética interviene sin duda y de manera importante en el autismo y la discapacidad intelectual, la mayoría de los casos no pueden preverse de manera fiable y el diagnóstico se efectúa mediante la observación longitudinal continuada a lo largo de la infancia.

Lecturas recomendadas

- Kleeftstra T, Nillesen WM, Yntema HG: Kleeftstra syndrome. GeneReviews October 5, 2010.
- Lord C, Pickles A: Language level and nonverbal social-communicative behaviors in autistic and language-delayed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(11):1542-1550, 1996.
- Lord C, Spence SJ: Autism spectrum disorders: phenotype and diagnosis, in *Understanding Autism: From Basic Neuroscience to Treatment*. Editado por Moldin SO, Rubenstein JLR. Boca Raton, FL, Taylor & Francis, 2006, pp 1-24.
- Shattuck PT, Durkin M, Maenner M, et al: Timing of identification among children with an autism spectrum disorder: findings from a population-based surveillance study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48(5):474-483, 2009.
- Wing L, Gould J: Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *J Autism Dev Disord* 9(1):11-29, 1979.

CASO 1.2

Rabietas

Arshya Vahabzadeh, M.D.
Eugene Beresin, M.D.
Christopher McDougale, M.D.

Brandon es un chico de 12 años al que su madre trajo para una evaluación psiquiátrica por presentar rabietas que parecían contribuir al declive de su rendimiento escolar. A la madre se le saltaban las lágrimas al referir que las cosas habían sido siempre difíciles, pero que habían empeorado al llegar Brandon a secundaria.

Los profesores de sexto grado referían que Brandon era académicamente capaz, pero poco hábil para hacer amigos. Parecía desconfiar de las intenciones de los compañeros de clase que trataban de ser agradables con él y, sin embargo, confiaba en otros que, riéndose, fingían estar interesados en los coches y camiones de juguete que llevaba al colegio. Los profesores habían observado que lloraba a menudo y rara vez hablaba en clase. En los últimos meses, varios profesores le habían oído gritar a otros chicos, generalmente en el pasillo, pero a veces en medio de alguna clase. Los profesores no habían detectado ninguna causa pero, en general, no habían castigado a Brandon porque suponían que estaba respondiendo a alguna provocación.

Al entrevistarle a solas, Brandon respondió con balbuceos no espontáneos a las preguntas sobre el colegio, los compañeros de clase y la familia. Sin embargo, cuando el examinador le preguntó si le interesaban los

coches de juguete, Brandon se animó. Sacó de la mochila varios coches, camiones y aviones y, sin mirar mucho a los ojos, se puso a hablar largo y tendido sobre los vehículos, utilizando aparentemente sus denominaciones exactas (p. ej., pala mecánica, B-52, Jaguar). Al preguntarle de nuevo por el colegio, Brandon sacó el teléfono móvil y mostró una serie de mensajes de texto: «¡¡¡Bobo!!!!», «Don tartaja», «PeRDeDoR», «¡Bicho raro!», «TODOS TE ODIAN». Mientras el examinador leía la larga ristra de mensajes que Brandon había guardado pero que, al parecer, no había enseñado a nadie, el muchacho añadió que otros chicos le susurraban «palabras malas» en clase y que después le gritaban al oído en el vestíbulo. «Y yo odio los ruidos fuertes». Dijo que había pensado en fugarse, pero que después había decidido que lo mejor era, quizá, huir a su propio cuarto.

En cuanto al desarrollo, Brandon dijo su primera palabra a los 11 meses de edad y empezó a utilizar frases cortas a los 3 años. Siempre le habían interesado mucho los camiones, los coches y los trenes. Según la madre, siempre había sido «muy tímido» y nunca había tenido un mejor amigo. Le disgustaban los chistes y las bromas típicas de la niñez porque «lo entiende todo literalmente». La madre de Brandon venía observando desde hacía mu-

cho que este comportamiento era «un poco raro», pero añadió que no era muy distinto al del padre, un abogado de éxito que tenía intereses parecidos. Ambos eran «tiquismiquis con las rutinas» y «sin sentido del humor».

En la exploración, Brandon se mostró tímido y, por lo general, nada espontáneo. El contacto ocular era inferior al promedio esperable. El discurso era coherente e intencional. En ocasiones, Brandon se trabucaba con las palabras, hacía pausas excesivas y a veces repetía rápidamente palabras o partes de palabras. Brandon dijo que se encontraba bien pero añadió que le daba miedo el colegio. Parecía triste y solo se animaba al hablar de sus coches de juguete. Negó tener ideas suicidas u homicidas. Dijo no tener síntomas psicóticos. La cognición estaba intacta.

Diagnóstico

- Trastorno del espectro del autismo sin deterioro intelectual acompañante y con deterioro asociado del lenguaje: trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo).

Explicación

Brandon presenta síntomas compatibles con el trastorno del espectro del autismo (TEA), un diagnóstico nuevo del DSM-5. En el TEA se incorporan varios trastornos previamente separados: el trastorno autista (autismo), el síndrome de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado. El TEA se caracteriza por dos categorías sintomáticas principales: deficiencias de la comunicación social y un conjunto fijo de intereses y comportamientos repetitivos.

Es obvio que Brandon tiene problemas considerables en las relaciones sociales con sus compañeros. Es incapaz de entablar amistades, no participa en juegos interactivos y le cuesta percibir las señales sociales. A las personas con TEA les resulta normalmente difícil

interpretar correctamente la relevancia de las expresiones faciales, el lenguaje corporal y otras conductas no verbales. Brandon carece de sentido del humor y «lo entiende todo literalmente». Estos síntomas cumplen los criterios de las deficiencias de la comunicación social que contempla el DSM-5.

En cuanto al segundo dominio sintomático del TEA, Brandon presenta intereses fijos y comportamientos repetitivos que le ocasionan malestar significativo. Parece que le apasionan los coches y los trenes, le interesa poco todo lo demás y aparentemente no se da cuenta de que los otros chicos podrían no compartir su entusiasmo. Necesita «mismidad» y la alteración de la rutina provoca malestar. En consecuencia, Brandon cumple los dos criterios sintomáticos principales del DSM-5 con respecto al TEA.

Brandon también se trabuca con las palabras, hace pausas excesivas y repite palabras o fragmentos de palabras. Estos síntomas son compatibles con la tartamudez, clasificada como uno de los trastornos de la comunicación en el DSM-5 con el nombre de trastorno de la fluidez de inicio en la infancia. Típicamente persistente y caracterizado por repeticiones o alargamientos frecuentes de los sonidos, palabras fragmentadas, pausas al hablar y circunloquios, el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia puede producir una importante disfunción social, académica y ocupacional.

Otros trastornos de la comunicación del DSM-5 son la dificultad para hablar (trastorno fonológico), los problemas con el uso del lenguaje hablado y escrito (trastorno del lenguaje) y las dificultades con los usos sociales de la comunicación verbal y no verbal (trastorno de la comunicación social [pragmático]). Aunque en el caso presentado no se observan estos problemas, se debería evaluar en Brandon la presencia de todos ellos, pues los deterioros del lenguaje forman normalmente parte del TEA y aparecen como especificado-

res de este trastorno más que como diagnósticos comórbidos separados.

Antes del DSM-5, Brandon habría cumplido los criterios del síndrome de Asperger, que servía para identificar a un grupo de individuos con los rasgos nucleares del autismo (deficiencias sociales e intereses fijos) e inteligencia normal. Sin embargo, quizá por compartir síntomas del espectro autista con su propio padre, a Brandon se le veía como «un poco raro» pero sin problemas merecedores de una atención clínica especial. La falta de diagnóstico ayudó a que Brandon se convirtiera en víctima indefensa del acoso escolar, hecho nada infrecuente entre las personas con

TEA. Sin intervenciones adecuadas para sus síntomas autistas y su tartamudez, Brandon corre un gran riesgo de padecer traumas psicológicos constantes y fracaso académico.

Lecturas recomendadas

Sterzing PR, Shattuck PT, Narendorf SC, et al: Bullying involvement and autism spectrum disorders: prevalence and correlates of bullying involvement among adolescents with an autism spectrum disorder. *Arch Pediatr Adolesc Med* 166(11):1058-1064, 2012.

Toth K, King BH: Asperger's syndrome: diagnosis and treatment. *Am J Psychiatry* 165(8):958-963, 2008.

CASO 1.3

Problemas académicos

Rosemary Tannock, Ph.D.

Carlos, un estudiante universitario hispanoamericano de 19 años de edad, acudió a una consulta de atención primaria para que lo ayudaran con sus problemas académicos. Desde que empezó la universidad hacía 6 meses, había rendido poco en los exámenes y se había mostrado incapaz de cumplir su programa de estudios. La preocupación de que le acabaran suspendiendo y echando de la universidad le provocaba insomnio, mala concentración y sensación general de desesperanza. Después de 1 semana especialmente

dura, regresó a casa inesperadamente y comunicó a su familia que creía que debía dejar los estudios. La madre lo llevó enseguida al centro donde ya habían ayudado previamente a Carlos y a su hermano mayor. La madre se preguntaba en concreto si el «TDAH» de Carlos podía ser el problema o si ya lo había superado gracias a la edad.

A Carlos ya lo habían visto en ese mismo centro a los 9 años, momento en que le diagnosticaron un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) de presenta-

ción combinada. Las notas de aquella evaluación clínica indicaban que Carlos había tenido problemas escolares por no seguir las instrucciones, no hacer los deberes, levantarse del asiento, perder cosas, no esperar su turno y no escuchar. Le costaba concentrarse excepto en los videojuegos, a los que «podía jugar durante horas». Carlos, aparentemente, había empezado a hablar tardíamente, pero el parto y el desarrollo habían sido por lo demás normales. La familia había emigrado a Estados Unidos desde México cuando Carlos tenía 5 años. Este había repetido el primer grado por inmadurez conductual y problemas para aprender a leer. No se observó la facilidad con que Carlos había aprendido inglés, su segunda lengua.

Durante la evaluación llevada a cabo a los 9 años de edad, la valoración psicoeducativa de un psicólogo clínico confirmó que Carlos tenía problemas de lectura (especialmente problemas de fluidez y comprensión). Sin embargo, Carlos no cumplía los criterios de la junta escolar para la discapacidad de aprendizaje, que exigían una discrepancia documentada de 20 puntos entre el CI y el rendimiento. Por ello, no pudo ser candidato a los servicios de educación especial. El médico de atención primaria de Carlos le había recomendado una farmacoterapia, pero la madre no quiso darle medicación. En cambio, refirió que se había buscado un trabajo extra para pagar tutores que ayudaran a su hijo «con la concentración y la lectura».

Desde que había empezado la universidad, Carlos refirió que con frecuencia no había podido concentrarse en la lectura y las clases. Se distraía con frecuencia y tenía problemas para entregar a tiempo los trabajos. Se quejó de sentirse inquieto, agitado y preocupado. Refirió dificultades para conciliar el sueño, poca energía e incapacidad para «divertirse» como sus compañeros. Dijo que los síntomas depresivos «iban y venían» durante la semana, pero que no pare-

cían influir en sus problemas de concentración. Afirmó que no consumía ninguna sustancia.

Carlos dijo que en el bachillerato había tenido muy buenos profesores que lo habían comprendido, ayudado a entender lo que leía y permitido grabar en audio las clases y emplear otros formatos (p. ej., vídeos, wikis, presentaciones visuales) para los trabajos finales. Sin este apoyo en la universidad, dijo que se sentía «solo, estúpido, fracasado e incapaz de salir adelante».

Aunque el profesor de bachillerato se lo había aconsejado, Carlos no se inscribió en la oficina de servicios para estudiantes con discapacidad de la universidad. Prefería que no lo consideraran distinto a sus compañeros y pensaba que debía ser capaz de superar la universidad por sí mismo.

Los antecedentes familiares de Carlos eran positivos para el TDAH en la persona de su hermano mayor. El padre, que había muerto cuando Carlos tenía 7 años, había tenido al parecer «dislexia» y lo habían echado de una universidad pública local al cabo de un semestre.

En la exploración, Carlos iba vestido con unos vaqueros limpios, una camiseta y una sudadera cuya capucha se echaba una y otra vez sobre la cara. Permanecía sentado, quieto y encorvado. Suspiraba constantemente y rara vez miraba al clínico a los ojos. Tamborileaba los dedos con frecuencia y se removía en el asiento, pero era educado y respondía debidamente a las preguntas. Su dominio del inglés parecía sólido, pero hablaba con un ligero acento español. A menudo balbuceaba y pronunciaba mal algunas palabras de varias sílabas (p. ej., decía «literatura» en lugar de «literatura» e «intimar» cuando quería decir «intimidar»). Dijo que no tenía pensamientos suicidas. Parecía tener una conciencia razonable de sus problemas.

Carlos fue derivado a un psicólogo para hacerle más pruebas. La reevaluación psicoeducativa confirmó que la capacidad de lectura y escritura de Carlos era considerable y

cuantificablemente inferior a la esperable para su edad. El informe aclaraba que estos problemas de aprendizaje no eran atribuibles a discapacidad intelectual, problemas no corregidos de visión o audición, adversidad psicosocial o falta de dominio del idioma de la enseñanza académica. Concluía diciendo que Carlos tenía problemas específicos con la fluidez y comprensión de la lectura, y con la ortografía y la expresión escrita.

Diagnósticos

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, de presentación predominante con falta de atención y de gravedad entre leve y moderada.
- Trastorno específico del aprendizaje con afectación de los dominios de lectura (fluidez y comprensión) y expresión escrita (ortografía y organización de la expresión escrita), todo ello actualmente de gravedad moderada.

Explicación

Carlos tiene antecedentes de TDAH. Cuando se le evaluó a los 9 años de edad, los criterios del DSM-IV para el TDAH requerían seis de los nueve síntomas enumerados en cualquiera de sus dos categorías: inatención o hiperactividad-impulsividad (además del inicio antes de los 12 años). Le diagnosticaron un TDAH de tipo combinado, indicando de esta forma que el especialista había detectado al menos seis síntomas de cada una de estas esferas.

Carlos se presenta ahora a los 19 años de edad y el informe del caso indica que tiene cinco síntomas distintos de falta de atención y dos síntomas de hiperactividad-impulsividad. Esto parece indicar una mejoría sintomática. La remisión parcial del TDAH es frecuente con la edad, sobre todo en lo referente a los síntomas de hiperactividad. Conforme al DSM-IV, el TDAH de Carlos se diría que ha remitido. Sin

embargo, el DSM-5 posee un umbral más bajo de cinco síntomas en cada categoría en lugar de seis. En consecuencia, Carlos sí cumple este criterio diagnóstico del TDAH.

No obstante, es importante buscar explicaciones alternativas al TDAH y una posibilidad sería que los síntomas actuales pudieran explicarse mejor por un trastorno del ánimo. Durante los 6 últimos meses, Carlos ha tenido síntomas ansiosos y depresivos, pero su inatención y escasa concentración no parecen limitarse a estos episodios ni estar exacerbados por ellos. Sus síntomas de TDAH son crónicos y el trastorno se inició en la niñez sin trastornos del ánimo o de ansiedad concurrentes. Más aun, los síntomas depresivos de la presentación parecen haber durado tan solo alrededor de 1 semana, mientras que los problemas académicos son crónicos.

Los problemas académicos son frecuentes en el TDAH incluso en ausencia de un trastorno específico del aprendizaje (TEAp), aunque los TEAp también constituyen una comorbilidad frecuente del TDAH. Incluso antes de repetir las pruebas psicológicas, Carlos parecía tener diversos antecedentes problemáticos capaces de aumentar la probabilidad de un TEAp. La aparición del habla se retrasó en su idioma materno, el español; la lectura se desarrolló lentamente tanto en español como en inglés, y recibió ayudas docentes (con las que consiguió rendir) en el bachillerato. Todo ello indica un TEAp, al igual que los antecedentes familiares de problemas de aprendizaje.

La anterior evaluación psicoeducativa de Carlos no pudo confirmar un trastorno del aprendizaje porque no cumplía la discrepancia exigida para su diagnóstico entre el CI y el rendimiento. Partiendo de una década más de datos, el DSM-5 ha eliminado este criterio de discrepancia en el TEAp. Este cambio ha convertido en razonable la derivación de los pacientes en plena adolescencia tardía para su reevaluación.

Las pruebas psicológicas repetidas indican un TEAp de intensidad moderada. Como los problemas de aprendizaje ya empezaron en la edad escolar y siguen causando deterioro académico, Carlos cumple los criterios diagnósticos del DSM-5 para el TEAp. Al ser capaz de documentar tanto un TDAH como un TEAp, Carlos podrá acceder a ayudas académicas que deberán permitirle continuar con mayor solidez sus estudios universitarios.

Lecturas recomendadas

Frazier TW, Youngstrom EA, Glutting JJ, Watkins MW: ADHD and achievement: meta-analysis of

the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *J Learn Disabil* 40(1):49-65, 2007.

Sexton CC, Gelhorn H, Bell JA, Classi PM: The co-occurrence of reading disorder and ADHD: epidemiology, treatment, psychosocial impact, and economic burden. *J Learn Disabil* 45(6):538-564, 2012.

Svetaz MV, Ireland M, Blum R: Adolescents with learning disabilities: risk and protective factors associated with emotional well-being: findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J Adolesc Health* 27(5):340-348, 2000.

Turgay A, Goodman DW, Asherson P, et al: Lifespan persistence of ADHD: the life transition model and its applications. *J Clin Psychiatry* 73(2):192-201, 2012.

CASO 1.4

Problemas escolares

Arden Dingle, M.D.

Daphne, una chica de 13 años de noveno grado, fue traída para efectuarle una evaluación psiquiátrica por presentar problemas académicos y conductuales. Le costaba especialmente empezar y terminar sus deberes escolares y seguir instrucciones, y la habían suspendido repetidamente en matemáticas. Al pedirle que realizase tareas, Daphne se ponía a discutir y se volvía irritable. Cada vez se

resistía más a ir al colegio, pidiendo quedarse en casa con su madre.

Las pruebas indicaron que Daphne tenía una inteligencia por encima de la media, rendimientos adecuados para su edad en todas las asignaturas excepto en matemáticas y alguna dificultad con sus capacidades visoespaciales. Varios años antes, el pediatra le había diagnosticado un trastorno por déficit de

atención con hiperactividad (TDAH) y le había recetado un estimulante. Tomó el medicamento durante 1 semana, pero los padres dejaron de dárselo porque parecía agitada.

En casa, la atenta supervisión de los deberes escolares de Daphne por sus padres solía acabar en discusiones con lloros y gritos. Tenía dos amigas desde hacía mucho tiempo, pero llevaba varios años sin hacer amistades nuevas. Normalmente prefería jugar con niñas más jóvenes que ella. Cuando las amigas escogían la actividad o no seguían sus normas, tendía a retraerse. En general era callada en los grupos y en el colegio, pero se mostraba más atrevida con la familia.

Ya desde la primera infancia, a Daphne le había costado siempre dormirse, necesitando una luz encendida y que los padres la tranquilizaran. Reconociendo que los cambios la perturbaban con facilidad, los padres rara vez la habían forzado a realizar actividades nuevas. Le iba bien en el verano, que pasaba con sus abuelos en una casa situada junto a un lago. Los padres no habían notado ningún trauma en especial, ni factores estresantes ni problemas médicos o propios del desarrollo. Daphne había tenido la primera regla 2 meses antes de la evaluación. En sus antecedentes familiares destacaban varios parientes de primer y segundo grado con trastornos del estado de ánimo, de ansiedad o de aprendizaje.

En la primera entrevista, Daphne se mostró tímida y tensa. El contacto ocular era escaso y le costaba hablar de cualquier cosa que no fuera su colección de caballos de plástico. Al cabo de 15 minutos se sintió más cómoda y refirió que no le gustaba el colegio porque había que esforzarse mucho y a los otros niños parecía traerles sin cuidado. Dijo que tenía miedo de cometer errores y sacar malas notas, y de defraudar a sus profesores y padres. La preocupación derivada de sus fracasos previos le provocaba inatención e indecisión.

Daphne negó que fuera buena en nada y que hubiera algún aspecto de su vida que estu-

viera bien. Deseaba tener más amigos. Hasta donde podía recordar, siempre se había sentido así. Estas cosas la ponían triste, pero dijo no tener sentimientos depresivos persistentes ni pensamientos suicidas. Parecía ansiosa, pero se animaba al hablar de su colección de caballos en miniatura y de su familia.

Diagnósticos

- Trastorno específico del aprendizaje (matemáticas).
- Trastorno de ansiedad generalizada.

Explicación

Daphne presenta síntomas de falta de atención, problemas académicos, escasas relaciones con sus compañeros y poca autoestima, todo lo cual le genera malestar y deterioro funcional. Desde el punto de vista biológico, Daphne está pasando por los cambios hormonales de la pubertad teniendo como telón de fondo sus antecedentes familiares de trastornos del ánimo, de ansiedad y del aprendizaje. Desde el psicológico, Daphne vive creyendo que no está a la altura, probablemente en relación con sus problemas escolares persistentes. En cuanto al desarrollo, Daphne rinde al nivel emocional de una niña en edad escolar. Socialmente, Daphne tiene una familia que la apoya y se ha esforzado en protegerla, posiblemente interfiriendo con la adquisición de capacidades referentes a la independencia y la autonomía. Mientras tanto, el sistema educativo no ha dado a Daphne el apoyo que necesita para lograr el éxito académico.

Los problemas académicos de Daphne pueden explicarse en parte por un trastorno específico del aprendizaje en el campo de las matemáticas. Tiene problemas que persisten en este ámbito y que las pruebas avalan, pues muestran un rendimiento inferior al nivel de inteligencia y la edad cronológica. Sus logros en otros aspectos académicos y su nivel funcional adaptativo parecen ser en general los

adecuados para su edad, lo que indica que su inteligencia global y su rendimiento adaptativo son normales, y que no tiene ninguna discapacidad intelectual.

En los niños de la edad de Daphne puede resultar difícil distinguir entre trastornos del ánimo y trastornos de ansiedad. En este caso es más probable el trastorno de ansiedad, pues los síntomas de Daphne son crónicos y no episódicos, como suele ser el caso de los depresivos. La tristeza de Daphne está relacionada con su sensación de fracaso y su preocupación por su grado de competencia. Excepto por la alteración del sueño, no tiene síntomas neurovegetativos. Sus problemas para dormirse sueñan a ansiedad, al igual que la ineptitud social, la renuencia a cumplir las demandas escolares y la reactividad exagerada ante las tareas no deseadas. Además de la ansiedad referente a sus capacidades, Daphne parece albergar dudas respecto a la seguridad, lo que podría explicar su aspecto tenso. Daphne maneja sus ansiedades evitando o controlando actividades. Aunque algunas son compatibles con otros trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad social (fobia social) o el trastorno de ansiedad por separación, las preocupaciones de Daphne sobrepasan esos dominios. En vista de lo general de su ansiedad, el diagnóstico más adecuado es el de trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

El TAG se caracteriza por ansiedad y preocupación excesivas y persistentes. Sus criterios sintomáticos son la inquietud, la falta de concentración, la irritabilidad, la tensión muscular, los trastornos del sueño y el cansarse con facilidad. Aunque los adultos necesitan cumplir tres de los seis criterios, el TAG puede diagnosticarse en los niños con un solo síntoma aparte de la ansiedad y la preocupación excesivas.

Las dificultades sociales son frecuentes en los niños y adolescentes, especialmente en aquellos con trastornos psiquiátricos. Los problemas de Daphne tienen que ver con la ansie-

dad que le genera el hecho de ser competente y gustar. Sus dificultades académicas y su ansiedad han impedido su desarrollo, haciéndola emocional y socialmente inmadura.

La inmadurez podría indicar un trastorno del espectro del autismo. Presenta dificultades para iniciar relaciones sociales y situarse en reciprocidad con sus compañeros (destacando el escaso contacto ocular en la exploración), pero Daphne carece de los problemas de comunicación, la rigidez y los comportamientos estereotipados que acompañan al autismo. Su conducta mejora con la familiaridad y la joven expresa interés por sus compañeros.

Asimismo, sus capacidades en términos de lenguaje, habla y comunicación parecen también apropiadas para su etapa de desarrollo, lo que hace muy improbables los trastornos en este ámbito.

También podría plantearse un posible trastorno negativista desafiante, ya que Daphne se resiste y no coopera ni en el colegio ni en casa en lo relacionado con sus deberes escolares. Sin embargo, esta actitud y esta conducta no se extienden a otras situaciones, y sus comportamientos no cumplen los requisitos del trastorno negativista desafiante ni en grado ni en frecuencia. Se conceptualizan mejor como una manifestación de su ansiedad y el intento de controlarla.

La inatención es un síntoma que aparece en distintos diagnósticos. Las personas con TDAH tienen problemas de atención, impulsividad e hiperactividad que se observan en múltiples contextos antes de los 12 años de edad y generan deterioros importantes. Aunque Daphne tiene varios síntomas compatibles con la falta de atención, estos parecen limitarse al ámbito escolar. Tampoco parece tener problemas importantes con conductas de tipo impulsivo o la regulación de la actividad. El TDAH debe quedar como posibilidad diagnóstica, pero hay otros diagnósticos que explican mejor los problemas de Daphne.

Lecturas recomendadas

Connolly SD, Bernstein GA; Work Group on Quality Issues: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents

with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46(2):267-283, 2007.

Lagae L: Learning disabilities: definitions, epidemiology, diagnosis, and intervention strategies. *Pediatr Clin North Am* 55(6):1259-1268, 2008.

CASO 1.5

Distraído y no para de moverse

Robert Haskell, M.D.

John T. Walkup, M.D.

Ethan, un chico de 9 años, fue enviado a la consulta psiquiátrica por su profesor al notar este que su atención flaqueaba. En aquel momento, Ethan estaba en cuarto grado en un colegio privado de educación normal para chicos. El profesor les dijo a sus padres que, aunque el chico había sido uno de los mejores alumnos de su clase durante el otoño, sus notas habían empeorado durante el semestre primaveral. Tendía a no estar quieto y a distraerse cuando el trabajo de clase se hacía más exigente, y el profesor sugirió a los padres que llevaran a Ethan a hacerle pruebas neuropsiquiátricas.

En casa, explicaba la madre, Ethan parecía últimamente más emotivo: «A veces parece lloriquear, lo que es raro en él». Negó que hubiera problemas en casa y describió que su marido, su hijo, su hija de 8 años y ella misma formaban una «familia feliz». Sin embargo, había notado que a Ethan le intranquilizaba quedarse solo.

Se había vuelto «pegajoso», siguiendo a menudo a sus padres por toda la casa, y detestaba estar solo en ninguna habitación. Ethan también había empezado a meterse en la cama con sus padres durante la noche, algo que nunca había hecho antes. Aunque tenía buenos amigos en el barrio y en el colegio, y le gustaba que otros niños fueran a casa, él se negaba a quedarse a dormir en casa de los demás.

La madre de Ethan admitió que su hijo parecía estar menos quieto. Había notado que se encogía de hombros, hacía muecas y guiñaba los ojos con frecuencia, lo que había considerado una señal de ansiedad. Estos movimientos empeoraban cuando estaba cansado o frustrado y su frecuencia disminuía al realizar actividades tranquilas que requiriesen concentración, como tocar el clarinete o hacer los deberes, sobre todo si ella lo ayudaba.

La madre refirió también que Ethan se había vuelto de repente «supersticioso». Siem-

pre que pasaba por una puerta, avanzaba y retrocedía hasta tocar las dos jambas con las manos al mismo tiempo, dos veces en rápida sucesión. Esperaba que los hábitos más visibles de Ethan hubieran cedido para el verano, en el momento de las vacaciones anuales de la familia. Creía que era el mejor año para ir a Disneylandia, pero el padre había sugerido la posibilidad de llevarse a Ethan de pesca («solo los chicos») mientras ella y la hija visitaban a unos parientes en Nueva York.

La madre de Ethan veía a su hijo como un «chico dócil pero sensible». Había sido fruto de un embarazo deseado y sin complicaciones, y había alcanzado los distintos hitos del desarrollo en el momento preciso. No tenía antecedentes personales de enfermedades físicas ni de infecciones recientes, pero la madre contó que había empezado a visitar con frecuencia la enfermería del colegio aduciendo dolor de estómago.

En la exploración, Ethan fue descrito como un chico de complexión delgada, piel blanca y pecosa, y pelo rubio. Parecía algo nervioso, ajustándose los pantalones y cambiando de postura en la silla. El hecho de oír a su madre hablar de sus nuevos movimientos parecía provocarlos y el examinador observó que, en ocasiones, Ethan también apretaba los párpados, ponía los ojos en blanco y carraspeaba. Ethan dijo que a veces le preocupaba que a sus padres les pasaran «cosas malas». Sin embargo, sus preocupaciones eran vagas y parecía temer únicamente que pudieran entrar ladrones en casa.

Diagnósticos

- Trastorno de tics provisional.
- Trastorno de ansiedad por separación.

Explicación

Ethan presenta un empeoramiento del rendimiento escolar que la familia parece atribuir a

una serie de síntomas de ansiedad de aparición relativamente reciente. Le inquieta la soledad y se muestra reacio a dormir en casa de sus amigos, teme que a los padres les ocurra algo malo y acude con frecuencia a la enfermería del colegio. Parece cumplir los criterios del DSM-5 para el trastorno de ansiedad por separación, cuyos síntomas tan solo deben durar 1 mes en los niños y adolescentes.

La madre de Ethan señala también que se ha vuelto más nervioso. Relaciona los encogimientos de hombros, las muecas y los guiños con esta aparición reciente de la ansiedad por separación. Ni los padres ni el profesor parecen reconocer en estos movimientos tics, que resultan movimientos no rítmicos de corta duración e inicio repentino. Ethan parece tener varios tics, incluidos los observados por el entrevistador: algunos motores (guiños, encogimiento de hombros) y otros vocales (gorjeos, gruñidos, carraspeos, sorber la nariz, clics). Los tics pueden ser simples, lo que significa que duran solo milisegundos, o complejos, cuando duran más o consisten en una cadena o secuencia de movimientos. Aunque pueden variar ampliamente a lo largo del trastorno, los tics tienden a recurrir, formando un repertorio específico, en cualquier momento del cuadro.

El trastorno de tics en concreto (si lo hay) viene determinado por el tipo y duración de los movimientos. En el trastorno de la Tourette debe haber tics motores y vocales, mientras que en el trastorno de tics motores o vocales persistente (crónico) solo se observan tics motores o vocales. Ethan presenta tics de ambos tipos, pero actualmente solo han estado presentes durante unos 6 meses, no el mínimo de 1 año que requieren el trastorno de la Tourette y el trastorno de tics persistente. Por tanto, a Ethan se le diagnostica un trastorno de tics provisional.

Los tics se producen en el 15-20 % de los niños, y parece que el 0,6-1,0 % desarrolla el trastorno de la Tourette. En general, los tics surgen entre los 4 y los 6 años de edad, alcan-

zan su máxima intensidad a los 10-12 años de edad y normalmente mejoran durante la adolescencia. Los tics observados inicialmente en la edad adulta con toda probabilidad ya estaban presentes en la niñez, aunque pasaran desapercibidos. Los tics empeoran típicamente con la ansiedad, la excitación y el cansancio, y se mitigan durante las actividades tranquilas que requieren concentración, siendo este el motivo de que la excursión de pesca con el padre pudiera ser lo mejor para Ethan durante las vacaciones estivales.

La ansiedad también explica probablemente la falta de atención de Ethan en el aula. Aunque no puede descartarse un trastorno por déficit de atención con hiperactividad del tipo inatento, parece más probable que los tics y la ansiedad hayan distraído a Ethan, ya que carece de antecedentes de falta de atención o de hiperactividad. Su éxito en el semestre oto-

ñal descarta que se trate de un trastorno del aprendizaje, por lo que no está indicado realizarle las correspondientes pruebas. (Como regla general, las pruebas se deben realizar siempre después del tratamiento de cualquier posible elemento de confusión, como sería el caso de la ansiedad.) En cuanto al trastorno obsesivo-compulsivo, cuadro que está relacionado tanto con la ansiedad como con los trastornos de tics, los rituales de Ethan bajo las puertas tendrían que ocasionar malestar o deterioro antes de poder hacer este diagnóstico.

Lecturas recomendadas

- Plessen KJ: Tic disorders and Tourette's syndrome. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 22 (suppl 1):S55-S60, 2013.
- Walkup JT, Ferrão Y, Leckman JE, et al: Tic disorders: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety* 27:600-610, 2010.

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

INTRODUCCIÓN

John W. Barnhill, M.D.

La esquizofrenia es el prototipo de los trastornos psicóticos. No es solo la psicosis más frecuente, sino que tiende a cursar con anomalías en los cinco dominios sintomáticos más resaltados: alucinaciones, delirios, pensamiento (discurso) desorganizado, conducta motora claramente desorganizada o anómala (incluida la catatonía) y síntomas negativos. Al igual que los trastornos del desarrollo neurológico, la esquizofrenia se contempla en el DSM-5 como un trastorno neuropsiquiátrico de genética compleja y con una clínica que tiende a iniciarse durante una etapa previsible del desarrollo. Mientras que los trastornos del desarrollo neurológico tienden a comenzar en la niñez, los síntomas de la esquizofrenia tienden a aparecer sistemáticamente en la adolescencia tardía y la juventud.

El diagnóstico de esquizofrenia ha sido objeto de cambios menores en el DSM-5. En primer lugar, en vista de su limitada estabilidad diagnóstica, escasa fiabilidad y poca validez, los subtipos de la esquizofrenia se han eliminado. Antes se contemplaban tipos de esquizofrenia tales como el desorganizado, el paranoide y el residual.

Asociada desde hace mucho con la esquizofrenia, la catatonía sigue siendo uno de los posibles criterios diagnósticos de la mayoría de los trastornos psicóticos, incluida la esquizofrenia, pero ahora puede utilizarse como especificador de otras enfermedades psiquiátricas y no psiquiátricas, como los trastornos depresivos y bipolares. El «otro trastorno catatónico especificado» también puede diagnosticarse cuando los criterios son inciertos o incomple-

tos con respecto a la catatonía o la enfermedad psiquiátrica o no psiquiátrica asociada.

En el DSM-5, el diagnóstico de esquizofrenia requiere la persistencia de dos de los cinco criterios sintomáticos (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado o catatonía y síntomas negativos). Un cambio pertinente es la eliminación del estatus especial de determinados tipos de delirios y alucinaciones, cuya presencia habría bastado previamente para cumplir los criterios de la esquizofrenia. Un segundo cambio es la necesidad de que uno de los dos criterios sintomáticos sea un síntoma positivo, como los delirios, las alucinaciones o el pensamiento desorganizado.

Los criterios del trastorno esquizoafectivo se han vuelto significativamente más estrictos. Como ya ocurría en el DSM-IV, el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo requiere que el paciente cumpla los criterios de la esquizofrenia y tenga síntomas del trastorno depresivo mayor o de un trastorno bipolar al mismo tiempo que los síntomas activos de la esquizofrenia. Además, como ya sucedía antes, debe haber habido un periodo de 2 semanas con delirios o alucinaciones sin síntomas prominentes del estado de ánimo. El cambio importante es que, en el DSM-5, los síntomas que cumplen los criterios del trastorno depresivo mayor deben estar presentes durante la mayor parte o la totalidad del tiempo que duren las fases activa y residual del cuadro en su conjunto. Por consiguiente, el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo requiere en el DSM-5 prestar más atención que antes al curso longitudinal. Además, el requisito diagnóstico de que los síntomas afectivos mayores estén presentes durante la mayor parte del trastorno psicótico (incluidas las fases aguda y residual) probablemente llevará a reducir considerablemente el número de personas que cumplen los criterios del trastorno esquizoafectivo.

El trastorno delirante sigue centrado en la presencia de delirios en ausencia de otros sínto-

mas activos de esquizofrenia, de trastorno depresivo o bipolar y de consumo de sustancias. Los delirios extravagantes se incluyen ahora como criterios sintomáticos del trastorno delirante, mientras que los delirios que se consideran parte del trastorno dismórfico corporal y el trastorno obsesivo-compulsivo no deben conducir al diagnóstico de trastorno delirante, sino a un diagnóstico primario de trastorno dismórfico corporal o trastorno obsesivo-compulsivo con el especificador «con ausencia de introspección/con creencias delirantes».

El trastorno psicótico breve y el trastorno esquizofreniforme siguen siendo iguales en el DSM-5. Se distinguen de la esquizofrenia principalmente en la duración de los síntomas.

En este texto no se abordan de forma específica los diagnósticos que reflejan presentaciones atípicas o incompletas, ni los que implican situaciones en que la información suele ser incompleta, como es el caso de las salas de urgencias. Estos son: «otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico», «catatonía no especificada» y «trastorno del espectro de la esquizofrenia no especificado y otro trastorno psicótico».

Estos otros diagnósticos reflejan la realidad de que los pensamientos, sentimientos y comportamientos de los seres humanos forman un continuo, al igual que sus trastornos, y el término «otro» constituye una opción del diagnóstico en la mayor parte del DSM-5. Esta zona diagnóstica gris es especialmente conmovedora en relación con los cuadros del espectro de la esquizofrenia. Para muchas personas que acaban con cuadros crónicos como la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo, existe un periodo de tiempo en el que empiezan a presentar síntomas sin recibir todavía un diagnóstico. Se propuso abordar esta cuestión en el DSM-5 creando un diagnóstico nuevo, el de *síndrome psicótico atenuado*. Los psiquiatras aún no son capaces de predecir con solidez qué pacientes son los que

tienen más probabilidades de acabar presentando síntomas psicóticos plenos, pero predecirlo precisamente es lo bastante importante como para que el síndrome se cite en dos lugares del DSM-5. Primero, el síndrome psicótico atenuado puede usarse como especificador dentro de este capítulo del DSM-5, donde aparece como «otro trastorno del espectro de la esquizofrenia especificado y otro trastorno psicótico (síndrome de psicosis atenuado)». El cuadro se describe también con más detalle entre las «Afecciones que necesitan más estudio».

Lecturas recomendadas

Bromet EJ, Kotov R, Fochtmann LJ, et al: Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis. *Am J Psychiatry* 168(11):1186-1194, 2011.

Lieberman JA, Murray RM: *Comprehensive Care of Schizophrenia: A Textbook of Clinical Management*, 2nd Edition. New York, Oxford University Press, 2012.

Tamminga CA, Sirovatka PJ, Regier DA, van Os J (eds): *Deconstructing Psychosis: Refining the Research Agenda for DSMV*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2010.

CASO 2.1

Perturbada emocionalmente

Carol A. Tamminga, M.D.

Felicia Allen es una mujer de 32 años de edad que es llevada por la policía al servicio de urgencias (SU) después de que, al parecer, tratara de secuestrar un autobús. Como parecía una «persona perturbada emocionalmente», se solicitó una interconsulta a Psiquiatría.

Según el informe de la policía, la Sra. Allen había amenazado al conductor con un cuchillo, había tomado el control del autobús urbano, casi vacío, y lo había estrellado. Se obtuvo un relato más completo de una amiga de la Sra. Allen que estaba en el autobús pero que no había sido arrestada. Según ella, habían subido al autobús para ir a un centro comer-

cial cercano. La Sra. Allen se sintió frustrada cuando el conductor rechazó sus billetes de dólar. Rebuscó en el bolso pero, en lugar del importe exacto, sacó un cuchillo de cocina que llevaba para protegerse. El conductor salió huyendo, con lo que ella ocupó el asiento vacío y cruzó el autobús en la calle, estrellándolo contra un coche estacionado allí cerca.

En la exploración, la Sra. Allen aparecía como una mujer joven con sobrepeso, esposada y con un vendaje en la frente. No paraba quieta y se mecía en la silla atrás y adelante. Parecía hablar entre dientes consigo misma. Al preguntarle qué decía, la paciente miró

momentáneamente a los ojos del entrevistador y tan solo repitió «Lo siento, lo siento». No respondió a ninguna otra pregunta.

Se obtuvo más información de un psiquiatra que había acudido al SU poco después del accidente. Este dijo que la Sra. Allen y su amiga residían desde hacía mucho tiempo en el hospital psiquiátrico estatal donde trabajaba. Acababan de empezar a recibir permisos semanales de salida como parte de un intento de reinserción social; ese había sido el primer viaje en autobús de la Sra. Allen sin ir acompañada de un miembro del personal.

Según el psiquiatra, la Sra. Allen había sido diagnosticada de «esquizofrenia paranoide resistente al tratamiento y de inicio en la infancia». Había empezado a oír voces a los 5 años de edad. Corpulenta, fuerte, entrometida y psicótica, había estado hospitalizada casi constantemente desde los 11 años de edad. Sus alucinaciones auditivas consistían normalmente en una voz crítica que comentaba su comportamiento. El pensamiento era concreto, pero podía ejercer la autorreflexión estando relajada. Le motivaba agrandar y repetidas veces decía que su mayor objetivo era «tener mi propio cuarto en mi propia casa con mis propios amigos». El psiquiatra dijo que no acababa de explicarse la razón de que sacara el cuchillo. No había tenido últimamente alucinaciones y se había sentido menos paranoide, aunque se preguntaba si no habría estado más psicótica de lo que había dejado ver. Era posible que simplemente se hubiera sentido impaciente e irritada. El psiquiatra también creía que prácticamente no había tenido nunca ningún periodo de desarrollo normal en la vida, por lo que tenía muy poca experiencia del mundo real.

La Sra. Allen llevaba tomando clozapina desde hacía 1 año y sus alucinaciones auditivas habían respondido bien. Había engordado 16 kg en ese periodo, pero le costaba menos salir de la cama por las mañanas, tenía la esperanza de poder encontrar finalmente un

trabajo y vivir con más independencia, y había insistido en seguir tomando la clozapina. El trayecto en autobús hasta el centro comercial pretendía ser un paso en esa dirección.

Diagnóstico

- Esquizofrenia, episodios múltiples, actualmente en episodio agudo.

Explicación

Secuestrar un autobús urbano no es razonable y refleja la incapacidad de la Sra. Allen para interactuar eficazmente con el mundo. Su pensamiento resulta concreto. Se comporta de forma extraña. Murmura y habla consigo misma, lo que quizá indica la presencia de alucinaciones auditivas. Vive en un hospital psiquiátrico estatal, lo que sugiere que padece una enfermedad mental grave y persistente.

En el DSM-5, la esquizofrenia requiere al menos dos de cinco síntomas: delirios, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento desorganizado o anormal y síntomas negativos. El funcionamiento debe presentar deterioro y los signos patológicos deben ser continuos y persistir durante un mínimo de 6 meses. Incluso sin más información sobre los antecedentes de la Sra. Allen, el diagnóstico de esquizofrenia está claro.

La psicosis de la Sra. Allen comenzó cuando era niña. Los síntomas de aparición precoz suelen pasar desapercibidos porque los niños tienden a percibir su experiencia psicótica como «normal». Identificar el síntoma (p. ej., oír voces que no existen) y asociarlo con algún hecho concreto (p. ej., asistir a determinado curso o colegio) puede ayudar a la paciente a detectar retrospectivamente el comienzo de la sintomatología. Aunque síntomas y tratamientos son parecidos, la esquizofrenia de inicio en la infancia suele ser más grave que la de inicio en la edad adulta. Los primeros síntomas psicóticos perturban enormemente el desarrollo normal infantil. Los síntomas psicóticos flori-

dos son en sí mismos causa de deterioro y, además, privan al joven del aprendizaje social y el desarrollo cognitivo que tienen lugar durante los años críticos de la niñez.

La conducta de la Sra. Allen en el autobús probablemente refleja no solo la psicosis y la disfunción cognitiva que forman parte de la esquizofrenia, sino también su reducida experiencia en los aspectos sociales de la vida real. Además de tratar los síntomas psicóticos con clozapina, el equipo psiquiátrico parece tratar de remediar estas pérdidas conectándola con una «amiga» y organizando la salida de compras. Sus miembros se muestran también bastante activos e implicados, como demuestra la presencia casi inmediata del psiquiatra en el SU después del incidente del autobús.

La esquizofrenia es un trastorno heterogéneo que afecta a numerosos ámbitos. Es probable que existan múltiples esquizofrenias distinguibles por marcadores que aún no se conozcan. En vista de que los datos relativos a su validez son insuficientes, en el DSM-5 se han eliminado categorías tales como la esquizofrenia de tipo paranoide. En su lugar, el DSM-5 apunta varias maneras de subclasificar el diagnóstico. Una de ellas es en virtud de la actividad global y la cronicidad de los síntomas (p. ej., episodios únicos o múltiples; en episodio agudo, en remisión parcial, en remisión total). Otra forma de clasificación es la evaluación de la gravedad de cada uno de los cinco síntomas nucleares de la esquizofrenia mediante una escala de 0-4.

Por ejemplo, la Sra. Allen fue capaz de salir con una «amiga» y el psiquiatra de su hospital acudió muy deprisa al SU. Esto podría corresponder a un programa de tratamiento activo y comprometido pero, si se combina con su actitud arrepentida y su esfuerzo por lograr la independencia, probablemente indique una falta relativa de síntomas negativos

como la anhedonia, la reducción de las redes sociales y la presencia de aloia. Esta conducta proactiva es poco usual en los pacientes con esquizofrenia e indica que en nuestro caso no hay depresión. Resulta difícil juzgar la capacidad cognitiva de la Sra. Allen sin realizar pruebas. La evidente concreción de su pensamiento aparece representada por su incapacidad para entender el proceso por el que se paga el autobús y hacer abstracción de las señales conductuales. En este supuesto resulta difícil decir si la paciente tiene o no, además, las características de la alteración de la memoria operativa esquizofrenoide o la disfunción de la atención, aunque deberían hacerse pruebas al respecto.

Además de evaluar el grado de los síntomas positivos, para el campo de la psiquiatría resulta crucial llegar a conocer y clasificar mejor los síntomas negativos y la disfunción cognitiva de la esquizofrenia. Aunque las intervenciones más eficaces han girado desde hace mucho tiempo alrededor de los medicamentos antipsicóticos que alivian los síntomas positivos, los tratamientos futuros probablemente se centrarán cada vez más en las alteraciones conductuales, cognitivas y emocionales que son específicas y forman también parte integral de la esquizofrenia.

Lecturas recomendadas

- Ahmed AO, Green BA, Goodrum NM, et al: Does a latent class underlie schizotypal personality disorder? Implications for schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 122(2):475-491, 2013.
- Heckers S, Barch DM, Bustillo J, et al: Structure of the psychotic disorders classification in DSM 5. *Schizophr Res* May 23, 2013 [Publicación electrónica previa a la imprenta] PubMed ID: 23707641.
- Tandon R, Gaebel W, Barch DM, et al: Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res* June 22, 2013 [Publicación electrónica previa a la imprenta].

CASO 2.2

Cada vez más raro

Ming T. Tsuang, M.D., Ph.D., D.Sc.
William S. Stone, Ph.D.

Gregory Baker es un varón afroamericano de 20 años de edad que es llevado al servicio de urgencias (SU) por la policía del campus de la universidad que lo había expulsado unos meses antes. A la policía la había llamado un profesor que dijo que el Sr. Baker había entrado en su aula gritando «Soy el Joker y estoy buscando a Batman». El profesor llamó a seguridad al negarse el Sr. Baker a abandonar la clase.

Aunque el Sr. Baker había tenido muchos éxitos académicos cuando era adolescente, su comportamiento se había vuelto cada vez más raro el año anterior. Dejó de ver a sus amigos y pasaba casi todo el tiempo tumbado en la cama mirando al techo. Vivía con varios miembros de su familia, pero rara vez hablaba con alguno de ellos. Lo habían expulsado de la facultad por falta de asistencia. Su hermana dijo que lo había visto repetidamente hablando en voz baja consigo mismo y que a veces, por la noche, lo había observado de pie en el tejado de la casa, moviendo los brazos como si estuviera «dirigiendo una sinfonía». Él negaba que tuviera intención de saltar desde el tejado o que pensara en hacerse ningún daño; decía que, estando allí arriba, se sentía liberado y en armonía con la música. Aunque el padre y la hermana habían tratado de convencerlo para que viera a alguien en el servi-

cio de salud para estudiantes de la universidad, el Sr. Baker no había acudido nunca a un psiquiatra y no había sido hospitalizado con anterioridad.

Durante los meses previos, al Sr. Baker le había inquietado cada vez más una amiga, Anne, que vivía calle abajo. Aunque él insistía ante su familia diciendo que estaban comprometidos, Anne le contó a la hermana del Sr. Baker que apenas habían hablado alguna vez y que, desde luego, no estaban saliendo juntos. La hermana del Sr. Baker refirió también que este le había escrito a Anne muchas cartas, pero que nunca las había echado al correo, sino que las apilaba en su escritorio.

La familia explicó que nunca habían observado que consumiera drogas o alcohol, y el análisis toxicológico dio negativo. Al preguntar al Sr. Baker si consumía alguna sustancia, pareció enfadarse y no contestó.

En la exploración realizada en el SU se describió al Sr. Baker como un joven bien aseado que apenas cooperaba. Parecía constreñido, precavido, distraído y preocupado. Se puso furioso cuando el personal del SU le llevó la cena. Gritó repetidamente que toda la comida del hospital estaba envenenada y que solo bebería determinado tipo de agua embotellada. Se vio que presentaba delirios paranoides, de grandio-

sidad y románticos. Parecía inquieto por dentro, aunque dijo no tener alucinaciones. El Sr. Baker refirió que se sentía «mal», pero afirmó que no estaba deprimido y que no tenía alteraciones ni del sueño ni del apetito. Estaba bien orientado y hablaba con fluidez, pero se negó a que le hicieran pruebas cognitivas. La introspección y el juicio se consideraron malos.

La abuela del Sr. Baker había muerto en un hospital psiquiátrico estatal en el que había vivido durante 30 años. El diagnóstico era desconocido. De la madre del Sr. Baker se decía que estaba «loca». Había abandonado a su familia cuando el Sr. Baker era muy joven, por lo que había sido criado por su padre y su abuela paterna.

Al final, el Sr. Baker accedió a firmar su ingreso en la unidad de psiquiatría diciendo: «No me importa quedarme aquí. Anne probablemente estará aquí, así que podré pasar el tiempo con ella».

Diagnóstico

- Esquizofrenia, primer episodio, actualmente en episodio agudo.

Explicación

El caso del Sr. Baker es uno de esos cuadros demasiado habituales en los que un joven con buen rendimiento sufre un declive importante. Además de presentar delirios paranoides, de grandiosidad y románticos, el Sr. Baker parece responder a estímulos internos (es decir, alucinaciones auditivas) y muestra síntomas negativos (pasar todo el día en la cama). Estos síntomas han estado presentes y se han intensificado durante el año anterior. En los antecedentes no hay medicaciones, sustancias de abuso ni otros trastornos físicos o psiquiátricos capaces de originar estos síntomas. Por tanto, cumple los criterios del DSM-5 para la esquizofrenia. Aunque los antecedentes fami-

liares de cuadros psiquiátricos no son necesarios para este diagnóstico del DSM-5, la madre y la abuela del Sr. Baker parece que también padecieron trastornos mentales de importancia.

Sin embargo, la esquizofrenia es un trastorno heterogéneo. Por ejemplo, los síntomas más prominentes del Sr. Baker son los delirios. Otra persona con esquizofrenia podría tener como manifestación más prominente la desorganización del discurso y la conducta sin presentar delirios. El DSM-5 trata de abordar esta heterogeneidad fomentando una perspectiva dimensional y no categórica. En otras palabras, en lugar de clarificar si un paciente tiene esquizofrenia «paranoide» o «desorganizada», el DSM-5 anima a evaluar una serie de especificadores. Un especificador importante, el del curso clínico, requiere valorar longitudinalmente al paciente para determinar si se trata de un primer episodio o de uno entre varios otros, y si el cuadro es un episodio agudo o se encuentra en remisión parcial o total.

El DSM-5 propone también valoraciones específicas de los síntomas. Por ejemplo, ¿se acompaña este episodio esquizofrénico de catatonia? En una escala de 5 puntos (de 0 a 4), ¿qué intensidad tiene cada uno de los cinco síntomas cardinales de la esquizofrenia? El DSM-5 también insiste en evaluar los dominios de la cognición, la manía y la depresión. Por ejemplo, algunos de los comportamientos del Sr. Baker (como el de interrumpir una clase para proclamar que él es el Joker) podrían parecer síntomas de manía, pero no se acompañan de alteraciones del sueño, ni del estado de ánimo ni del nivel de actividad. Asimismo, el Sr. Baker dijo que se sentía «mal», pero no deprimido. Estas observaciones clínicas probablemente distingan al Sr. Baker de otras personas con distintos subtipos de esquizofrenia.

El diagnóstico de esquizofrenia puede hacerse sin valorar estos especificadores de intensidad. No obstante, en el caso del Sr. Baker,

el uso de las valoraciones dimensionales permite evaluar mejor y de forma más individualizada la presencia de los síntomas cardinales de la esquizofrenia.

La inclusión de dimensiones comunes a varias categorías diagnósticas facilitará el diagnóstico diferencial, en el que se incluyen el trastorno bipolar y el trastorno esquizoafectivo. Estas evaluaciones podrían clarificar el pronóstico funcional del Sr. Baker en los principales ámbitos de la vida (p. ej., el tipo de vivienda y la situación ocupacional). Finalmente, la repetición de estas evaluaciones dimensionales podría aportar información longitudinal sobre la sintomatología, el desarrollo y las posibles respuestas al tratamiento del Sr. Baker.

Lecturas recomendadas

Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, et al: Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: relevance to DSM-5. *Schizophr Res* May 22, 2013 [Publicación electrónica previa a la impreza] PubMed ID: 23706415.

Cuesta MJ, Basterra V, Sanchez-Torres A, Peralta V: Controversies surrounding the diagnosis of schizophrenia and other psychoses. *Expert Rev Neurother* 9(10):1475-1486, 2009.

Heckers S, Barch DM, Bustillo J, et al: Structure of the psychotic disorders classification in DSM 5. *Schizophr Res* May 23, 2013 [Publicación electrónica previa a la impreza].

Tandon R, Gaebel W, Barch DM, et al: Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res* June 22, 2013 [Publicación electrónica previa a la impreza].

CASO 2.3

Alucinaciones de naturaleza espiritual

Lianne K. Morris Smith, M.D.
Dolores Malaspina, M.D., M.P.H.

Hakim Coleman, de 25 años de edad, es un veterano del ejército de Estados Unidos, ahora alumno de una universidad pública, que acude al servicio de urgencias (SU) con su novia y su hermana. En la exploración se aprecia que se trata de un joven alto, delgado, bien aseado y con gafas. Se expresa con suavidad y

tiene aumentada la latencia del habla. El afecto está aplanado excepto al hablar de sus síntomas, momento en el que presenta ansiedad.

El Sr. Coleman explicó que había acudido al SU por indicación de su hermana. Dijo que le vendría bien un «chequeo general», porque llevaba varios días con «migrañas» y «aluci-

naciones de naturaleza espiritual» que venían apareciendo desde hacía 3 meses. El dolor de cabeza consistía en sensaciones «agudas y punzantes» bilaterales en distintas partes de la cabeza, y una especie de «zumbido» a lo largo de la línea media del cerebro que parecía empeorar cuando pensaba en sus vicios.

El Sr. Coleman describió que sus vicios eran «el alcohol, los cigarrillos, no respetar a mis padres y las chicas». Negó tener culpabilidad, ansiedad o inquietud con respecto a sus deberes militares al estar de servicio en Irak, pero se había unido a una iglesia evangélica 4 meses antes por sentirse «carcomido por la culpa» a causa de «todo lo que he hecho». Tres meses antes comenzó a «oír voces que trataban de hacerme sentir culpable» casi todos los días. La última alucinación auditiva la había tenido el día anterior. Durante esos meses había observado a desconocidos comentando sus pecados cometidos en el pasado.

El Sr. Coleman creía que sus migrañas y su culpabilidad podían deberse a la abstinencia alcohólica. Había estado bebiendo tres o cuatro latas de cerveza casi todos los días de la semana desde hacía varios años hasta que «lo dejó» 4 meses antes, después de unirse a la iglesia. Seguía bebiendo «una o dos cervezas» cada 2 semanas, pero después se sentía culpable. Dijo no tener síntomas de abstinencia alcohólica tales como temblor y sudores. Había fumado cannabis hasta dos veces al mes durante años, pero lo había dejado del todo al unirse a la iglesia. Negó que hubiera consumido otras drogas excepto una vez, hacía 3 años, en que tomó cocaína sin que pasara nada. Dormía bien excepto algunas noches sueltas en las que solo dormía unas horas para poder terminar algún trabajo académico.

Por lo demás, el Sr. Coleman dijo que no tenía síntomas depresivos, maníacos o psicóticos ni ideación violenta. Negó que tuviera síntomas del trastorno de estrés posttraumático (TEPT). En cuanto a factores estresantes, lo

agobiaban sus actuales responsabilidades, como ir a la facultad y atender sus actividades eclesíásticas casi a diario. Al inicio del año académico había sacado siempre sobresalientes y ahora obtenía notables y aprobados.

La novia y la hermana del paciente fueron entrevistadas por separado. Coincidían en que el Sr. Coleman se había vuelto retraído y callado, cuando antes había sido una persona divertida y extrovertida. Tampoco había sido nunca especialmente religioso con anterioridad. La hermana creía que la iglesia le había «lavado el cerebro» al Sr. Coleman. La novia, sin embargo, había asistido a varios servicios con el paciente y refirió que varios miembros de la congregación le habían comentado que, aunque ya habían hablado algunas veces con miembros nuevos que se sentían culpables por sus comportamientos previos, ninguno de ellos había tenido nunca alucinaciones, por lo que estaban muy preocupados por él.

La exploración física del paciente, con examen neurológico incluido, resultó normal, al igual que el sistemático de sangre, la alcoholemia y la toxicología urinaria. Se le efectuó una tomografía computarizada (TAC) de cráneo que también resultó normal.

Diagnóstico

- Trastorno esquizofreniforme, provisional.

Explicación

El diagnóstico diferencial de un joven veterano del ejército con psicosis de nueva aparición y antecedentes de abuso de sustancias es muy amplio. Las principales posibilidades son: trastorno psicótico primario, trastorno psicótico del estado de ánimo, psicosis inducida por sustancias, trastorno psicótico secundario a enfermedad física general, síndrome cultural compartido y TEPT.

El Sr. Coleman parece encajar sobre todo en el trastorno esquizofreniforme del DSM-5,

diagnóstico que difiere de la esquizofrenia en dos aspectos considerables: la duración total del cuadro esquizofreniforme —incluidas las fases prodrómica, activa y residual— es mayor de 1 mes pero menor de 6 meses; además, no existe ningún criterio que haga obligatorio el deterioro social u ocupacional. Tanto en el trastorno esquizofreniforme como en la esquizofrenia, el paciente debe cumplir al menos dos de los cinco criterios sintomáticos. El Sr. Coleman refiere alucinaciones («oír voces que tratan de hacerme sentir culpable») y síntomas negativos (afecto embotado, abulia, aislamiento social). En el informe del caso no se citan delirios ni desorganización del discurso o el comportamiento.

Aunque no sea relevante para los criterios del DSM-5, resulta interesante observar que el Sr. Coleman refiere dos síntomas schneiderianos además de las alucinaciones auditivas: ideas de referencia y posibles alucinaciones cenestésicas basadas en la descripción de sus cefaleas atípicas («zumbido» en el cerebro).

En el DSM-5 se indica que se deben explorar los síntomas depresivos y maniacos como posibles causas de la psicosis, y el Sr. Coleman dice no tener tales síntomas del estado de ánimo. El diagnóstico del trastorno esquizofreniforme requiere también excluir la influencia de cualquier enfermedad física general y de un trastorno por consumo de drogas. El Sr. Coleman no parece tener síntomas orgánicos y tanto la exploración física como las analíticas son normales.

El propio paciente está convencido de que sus síntomas se deben al alcohol. Sin embargo, parece haber bebido como mucho de forma muy moderada y últimamente solo ha tomado «una o dos cervezas» cada 2 semanas. Dice no haber tenido nunca síntomas de abstinencia ni ninguna otra complicación. Las alucinaciones comenzaron meses después de que redujera la ingesta de alcohol y han persistido durante meses. Además, los análisis clínicos, incluidas

pruebas hepáticas y un hemograma completo, fueron normales, lo que sería raro en un paciente con el tipo de consumo crónico de alcohol que normalmente acompaña a la psicosis inducida por alcohol o la abstinencia importante. El consumo crónico de cannabis del Sr. Coleman podría estar implicado en la aparición de la psicosis, pero dicho consumo no solo había sido esporádico sino que, además, llevaba al parecer varios meses sin consumir antes del comienzo de las alucinaciones; los resultados de las pruebas toxicológicas fueron, además, negativos. Parece que la preocupación del Sr. Coleman por el alcohol y el cannabis tiene que ver con una culpabilidad hiperreligiosa más que con un trastorno real por consumo de drogas. Se consideró la posibilidad de una enfermedad física general, pero los resultados normales de las analíticas y la exploración no refrendaron tal hipótesis.

Los trastornos esquizofreniformes duran al menos 1 mes pero menos de 6 meses. En el caso del Sr. Coleman, los primeros 1-2 meses de inquietud religiosa y rumiaciones culpables podrían considerarse la fase prodrómica. Los 3 meses anteriores a la visita al SU representarían la fase activa de la psicosis. Como los síntomas psicóticos del Sr. Coleman duran ya 4-5 meses y continúan presentes, se diría que tiene un trastorno esquizofreniforme provisional. Obviamente, todos aquellos pacientes que acaban presentando esquizofrenia pasan por un periodo de 6 meses en el que recibirían el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme; sin embargo, alrededor de un tercio de las personas con trastorno esquizofreniforme no llegan nunca a presentar ni esquizofrenia ni trastorno esquizoafectivo.

Otras tres posibilidades diagnósticas dignas de mención son el TEPT, el trastorno dissociativo y el síndrome cultural compartido. El informe no entra a analizar la experiencia militar del Sr. Coleman, pero el simple hecho de estar en una zona de guerra activa puede

constituir una exposición traumática. Si bien no refiere rasgos de TEPT, tampoco queda claro hasta qué punto se exploraron estos posibles síntomas. Teniendo en cuenta que la evitación es una característica cardinal del TEPT —lo que hace poco probable que los síntomas se refieran espontáneamente si no se sonsacan—, sería útil explorar con tacto esta posibilidad.

Los familiares del Sr. Coleman indican que los síntomas comenzaron más o menos cuando ingresó en una iglesia evangélica, por lo que temen que le hayan podido «lavar el cerebro». En el DSM-5 se incluye una categoría posiblemente pertinente en «Otro trastorno dissociativo especificado», en el capítulo de los trastornos dissociativos. Este trastorno se reserva para aquellas personas que presentan una alteración de la identidad a causa de persuasiones prolongadas y coercitivas en el contexto de experiencias tales como la prisión prolongada por motivos políticos o la captación por sectas.

También es posible que las creencias poco habituales del Sr. Coleman sean una manifestación no patológica de las creencias religiosas que comparte con los demás miembros de su iglesia.

Parece, sin embargo, que los síntomas psicóticos empezaron antes de su ingreso en la

iglesia y que podrían haber constituido una motivación subyacente para unirse a una religión que anteriormente no le había interesado. Además, aunque iba a la iglesia con frecuencia, no hay datos de que se hubiera unido a una secta o algún culto religioso especialmente manipulador. Además, otros feligreses consideraban aberrantes sus alucinaciones, señal de que sus puntos de vista no formaban parte de ninguna mentalidad cultural o religiosa compartida.

El diagnóstico de trastorno esquizofreniforme provisional es temporal. El seguimiento longitudinal clarificará si los síntomas del Sr. Coleman se atenúan o si avanzan hacia un cuadro psicótico, crónico.

Lecturas recomendadas

Bromet EJ, Kotov R, Fochtmann LJ, et al: Diagnostic shifts during the decade following first admission for psychosis. *Am J Psychiatry* 168(11):1186-1194, 2011.

Heckers S, Barch DM, Bustillo J, et al: Structure of the psychotic disorders classification in DSM 5. *Schizophr Res* May 23, 2013 [Publicación electrónica previa a la imprenta].

Tamminga CA, Sirovatka PJ, Regier DA, van Os J: Deconstructing Psychosis: Refining the Research Agenda for DSM-V. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2010.

CASO 2.4

Control mental

Rajiv Tandon, M.D.

Itsuki Daishi es un estudiante japonés de ingeniería de 23 años de edad que fue enviado a la consulta de salud mental para estudiantes de la universidad por un profesor preocupado por lo irregular de su asistencia a clase. Al entrevistarse para hablar de su menor rendimiento, el Sr. Daishi le confesó al profesor que estaba distraído por los «dispositivos de escucha» y los «aparatos de control del pensamiento» que habían colocado en su apartamento.

Aunque se mostró inicialmente reacio a hablar con el psiquiatra, el Sr. Daishi explicó que se sentía aliviado al poder por fin hablar en una sala que aún no estuviera pinchada. Comentó que sus problemas habían empezado 3 meses antes, al regresar de una visita a Japón. Explicó que la primera señal del problema fue que los compañeros de clase estornudaban y sonreían de forma rara cuando entraba en el aula. Un día, al volver de clase, observó a dos desconocidos fuera de su apartamento y se preguntó qué hacían allí.

El Sr. Daishi refirió que la primera vez que notó que le habían puesto micrófonos ocultos en el apartamento fue 1 semana después de haber visto a los dos desconocidos cerca. Cuando veía la televisión notaba que los locutores lo criticaban con indirectas. Esta experiencia era especialmente intensa al ver las

noticias de *Fox News*, que pensaba que lo vigilaban por su «inteligencia superior» y su intención de llegar algún día a primer ministro de Japón. Creía que en *Fox News* trataban de «volverlo loco» instilando en su cerebro ideas conservadoras, y que ello era posible mediante unos aparatitos minúsculos de control mental que habían instalado en su apartamento.

El sueño del Sr. Daishi se había vuelto cada vez más irregular al irse haciendo él más vigilante; temía que, en la facultad y en el complejo de apartamentos, todo el mundo estuviera «conchavado». Se retrajo y dejó de asistir a clase, aunque seguía comiendo y cuidando de su higiene personal.

Negó sentirse exultante o eufórico. Describió su grado de energía como «bueno» y su pensamiento como claro «excepto cuando tratan de meterme ideas en la cabeza». Admitió que, en una ocasión, durante su reciente viaje a Japón, había pasado varias horas con mucho miedo. En aquel momento había fumado «mucho hierba» y empezó a oír sonidos extraños y a creer que sus amigos se reían de él. Dijo que no había consumido cannabis desde su regreso a Estados Unidos y que nunca había experimentado con otras drogas, afirmando que, normalmente, ni siquiera bebía alcohol. Dijo no te-

ner ningún otro antecedente de alucinaciones auditivas o visuales.

Al contactar con el tío del Sr. Daishi, que figuraba como su tutor local, este describió a su sobrino como un chico sano, inteligente y algo tímido, sin antecedentes de alteraciones psiquiátricas importantes. Relató que los padres del Sr. Daishi eran muy cariñosos y comprensivos, aunque el padre «quizá sea un poco severo». No había antecedentes familiares de problemas psiquiátricos de importancia.

En la exploración, el Sr. Daishi tenía aspecto aseado y se mostró colaborador, siendo la actividad psicomotora normal. El discurso era coherente e intencional. Describió su estado de ánimo como «miedoso». La amplitud y la movilidad de la expresión afectiva eran normales. Negó tener ideas de culpa, suicidio o inutilidad. Estaba convencido de que lo vigilaban constantemente y de que había aparatos de «control mental» en su apartamento. Dijo no tener alucinaciones. Sus funciones cognitivas estaban más o menos dentro de los límites normales. Parecía no tener ninguna consciencia de que sus creencias fueran anómalas.

Los resultados de los análisis clínicos del Sr. Daishi fueron normales, la tomografía computarizada craneal no mostró anomalías y las pruebas toxicológicas de orina dieron negativo a todas las drogas.

Diagnóstico

- Trastorno delirante, tipo mixto.

Explicación

El Sr. Daishi cumple los criterios del trastorno delirante, que requiere uno o más delirios que persistan durante más de 1 mes pero sin otros síntomas psicóticos. La mayoría de los delirios del Sr. Daishi son persecutorios y están relacionados con dispositivos de vigilancia. Tiene delirios de referencia (compañeros de clase que

estornudan y le sonríen maliciosamente), de persecución («tratan de volverme loco») y de inserción de pensamientos («aparatos que tratan de meterme ideas en la cabeza»). Merece el especificador «mixto» porque el motivo aparente de haber sido elegido parece ser de carácter grandioso (su «inteligencia superior» y sus planes de llegar a ser primer ministro en Japón), aunque no tiene otros síntomas de manía.

También deben considerarse otros trastornos psicóticos. La duración de los síntomas, de 3 meses, es excesiva para el trastorno psicótico breve (no más de 1 mes) y demasiado corta para la esquizofrenia (no menos de 6 meses), pero adecuada para el trastorno esquizofreniforme (entre 1 y 6 meses). El Sr. Daishi, sin embargo, no parece tener el segundo síntoma (p. ej., alucinaciones, síntomas negativos o desorganización) que se requiere para el diagnóstico de este trastorno. En el DSM-IV, un único delirio extravagante —el de inserción de pensamientos— habría bastado para cumplir los criterios del trastorno esquizofreniforme (o la esquizofrenia), pero estos delirios extraños ya no son objeto de consideración especial en los trastornos del espectro de la esquizofrenia del DSM-5.

La ausencia de síntomas maniacos o depresivos importantes excluye los diagnósticos de trastorno bipolar (con síntomas psicóticos), de trastorno depresivo mayor (con síntomas psicóticos) y de trastorno esquizoafectivo.

Se debe tener en cuenta el trastorno psicótico inducido por drogas a causa del reciente consumo importante de cannabis por el Sr. Daishi. Sus síntomas parecen haber aparecido poco después de consumir una sustancia que se sabe que provoca psicosis (el cannabis, adulterado o no con otra droga como la fenciclidina), y el cannabis podría considerarse como un detonante que el Sr. Daishi debería evitar en el futuro. Sin embargo, el DSM-5 excluye específicamente el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por drogas cuando los sín-

tomas persisten por un periodo de tiempo considerable (p. ej., 1 mes) después de haber dejado de consumir la sustancia.

Lecturas recomendadas

Cermolacce M, Sass L, Parnas J: What is bizarre about bizarre delusions? A critical review. *Schizophr Bull* 36(4):667-679, 2010.

Nordgaard J, Arnfred SM, Handest P, Parnas J: The diagnostic status of first-rank symptoms. *Schizophr Bull* 34(1):137-154, 2008.

Tandon R: The nosology of schizophrenia: toward DSM-5 and ICD-11. *Psychiatr Clin North Am* 35(3):557-569, 2012 PubMed ID: 22929866.

Tandon R, Carpenter WT: DSM-5 status of psychotic disorders: 1 year prepublication. *Schizophr Bull* 38(3):369-370, 2012.

CASO 2.5

Triste y psicótico

Stephan Heckers, M.D., M.Sc.

John Evans es un varón de raza blanca de 25 años de edad, soltero y en paro, que había acudido a un psiquiatra durante varios años para controlar su psicosis, depresión, ansiedad y abuso de marihuana y alcohol.

Después de una niñez aparentemente normal, el Sr. Evans comenzó a presentar ánimo disfórico, anhedonia, falta de energía y aislamiento social a la edad de 15 años. Más o menos al mismo tiempo, el Sr. Evans comenzó a beber alcohol y a fumar marihuana a diario. Además, empezó a sufrir crisis de pánico recurrentes, marcadas por la aparición súbita de palpitaciones, diaforesis y pensamientos de que iba a morir. Cuando la depresión y el

pánico alcanzaron el máximo, recibió en dos ocasiones una combinación de sertralina en dosis de 100 mg/día y psicoterapia. En ambos casos, los síntomas depresivos más intensos cedieron en pocas semanas y el paciente dejó la sertralina a los pocos meses. Entre estos episodios de depresión intensa se le veía normalmente triste, irritable y desmotivado. El rendimiento académico empeoró alrededor del décimo grado y siguió siendo marginal durante el resto del bachillerato. No fue a la universidad, como habían esperado los padres, sino que vivía en casa y hacía algunos trabajos en el vecindario.

Aproximadamente a los 20 años de edad, el Sr. Evans presentó un episodio psicótico en

el que estaba convencido de que había asesinado a gente cuando tenía 6 años. Aunque no podía recordar quiénes eran esas personas ni las circunstancias, estaba totalmente seguro de que aquello había ocurrido, lo que confirmaban continuas voces que lo acusaban de ser un asesino. Acabó también convenciéndose de que otros lo castigarían por lo ocurrido, razón por la que temía por su vida. En las semanas que siguieron, la culpa lo carcomía y sopesaba la idea de matarse cortándose las venas de las muñecas, lo que condujo a su ingreso en un hospital psiquiátrico. Aunque el ánimo era ansioso en el momento del ingreso, al cabo de un par de días estaba muy deprimido, con anhedonia prominente, sueño de mala calidad, falta de apetito y poca capacidad de concentración. Los síntomas depresivos y psicóticos remitieron al cabo de 4 semanas de tratamiento combinado con antipsicóticos y antidepressivos. Así pues, la duración total del episodio psicótico fue de alrededor de 7 semanas, 4 de ellas también caracterizadas por la presencia de depresión mayor. Se le ingresó dos veces más con el mismo patrón sintomático antes de cumplir los 22 años; ambos episodios comenzaron con varias semanas de delirios y alucinaciones, en relación con su convicción de que había asesinado a alguien cuando era niño, seguidas de depresión grave durante 1 mes más.

Ambas recaídas se produjeron mientras tomaba, aparentemente, dosis razonables de antipsicóticos y antidepressivos. Durante los 3 años previos a la presente evaluación, el Sr. Evans había tomado clozapina y no había sufrido ni delirios ni alucinaciones. También había estado tomando su medicación antidepressiva y recibiendo psicoterapia de apoyo, si bien la disforia, la irritabilidad y la falta de motivación no se resolvieron nunca del todo.

En los antecedentes del Sr. Evans destaca el abuso de marihuana y alcohol, que se inició a la edad de 15 años. Antes de la apa-

rición de la psicosis a los 20 años, había fumado varios porros de marihuana casi diariamente y había bebido masivamente los fines de semana, llegando a perder la consciencia en ocasiones. Después de debutar la psicosis, redujo el consumo de marihuana y alcohol considerablemente, pasando por dos periodos de abstinencia de varios meses, y aun así siguió teniendo episodios psicóticos hasta los 22 años. Empezó a asistir a grupos de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos, logró la sobriedad sin marihuana y alcohol a la edad de 23 años y ha permanecido sobrio durante 2 años.

Diagnósticos

- Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo.
- Trastorno por consumo de alcohol, en remisión.
- Trastorno por consumo de marihuana, en remisión.

Explicación

El Sr. Evans lleva luchando con la depresión y la ansiedad desde la adolescencia, con empeoramientos debidos al consumo frecuente de marihuana y alcohol. Al principio le diagnosticaron depresión y trastorno de pánico, y lo trataron en consecuencia. No fue a la universidad, como había esperado la familia, y no ha tenido ningún empleo desde que acabó el bachillerato. A los 20 años de edad tuvo una psicosis que precisó un ingreso psiquiátrico.

Su principal síntoma psicótico es la paranoia, con delirios de persecución y paramnesias de homicidio. Los delirios se ven accentuados por las alucinaciones auditivas que el paciente percibe como su confirmación. Tuvo delirios y alucinaciones casi a diario entre los 20 y los 22 años de edad, hasta que se resolvieron con el tratamiento con clozapina. Aun-

que refiere problemas de memoria, no ha presentado ni deterioro cognitivo intenso ni desorganización del pensamiento. Está socialmente aislado y tiene una capacidad mínima de interacción con las demás personas. El grado, la intensidad y la duración de los síntomas psicóticos son compatibles con el diagnóstico de trastorno del espectro de la esquizofrenia.

La psicosis del Sr. Evans surgió después de varios años de depresión, ansiedad y crisis de pánico. Desde el inicio del cuadro psicótico ha presentado múltiples episodios de depresión que aparecen después de los delirios y las alucinaciones, y que cursan con un gran sentimiento de culpa, anhedonia prominente, déficit de sueño y estallidos ocasionales de irritabilidad. Puede volverse suicida cuando la psicosis y la depresión alcanzan su intensidad máxima.

El Sr. Evans, por tanto, cumple los criterios del DSM-5 para el trastorno esquizoafectivo. Ha pasado por un periodo ininterrumpido de síntomas depresivos mayores concurrentes con síntomas de esquizofrenia. Ha tenido periodos de varias semanas con alucinaciones y delirios pero sin síntomas prominentes del estado de ánimo. Desde el comienzo de las fases activa y residual de su esquizofrenia, los síntomas depresivos mayores han estado presentes la mayor parte del tiempo.

El Sr. Evans consumió también marihuana y alcohol durante 8 años. Aunque ello podría haber contribuido a la aparición de sus síntomas anímicos y psicóticos, el paciente siguió presentando delirios, alucinaciones y síntomas depresivos importantes entre los 20 y los 22 años de edad, cuando ya había dejado el consumo de estas sustancias meses atrás. En varios momentos de la vida del Sr. Evans se podría haber considerado un trastorno depre-

sivo, de ansiedad o psicótico inducido por alcohol o marihuana, pero la persistencia de los síntomas anímicos y psicóticos durante meses después de la retirada de estas sustancias indica que no tiene ningún trastorno psiquiátrico inducido por drogas.

La respuesta al tratamiento con medicación antipsicótica, antidepresiva y estabilizante del ánimo es típica: diversos fracasos terapéuticos con antipsicóticos, necesidad de tratamiento combinado durante las exacerbaciones e intentos fallidos de reducir la dosis de antidepresivo o antipsicótico.

Un factor que complica el diagnóstico del trastorno esquizoafectivo conforme al DSM-5 es el hecho de que, aunque el DSM-5 requiere que el trastorno del ánimo esté presente durante la mayor parte de las fases activa y residual de la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo y los psicóticos tienden a variar considerablemente en términos de respuesta al tratamiento y curso clínico. Por ejemplo, mientras que los trastornos depresivos y bipolares tienden a cursar en ciclos, la esquizofrenia —una vez que debuta— tiende a persistir. Además, los trastornos depresivos y bipolares tienden a ser más susceptibles al tratamiento que la esquizofrenia, especialmente porque el marco temporal del diagnóstico de esta última comprende la fase residual, que puede ser muy resistente a las intervenciones psiquiátricas. Queda por ver cómo afectarán estos criterios más estrictos del trastorno esquizoafectivo a la detección y el tratamiento de este grupo de pacientes.

Lecturas recomendadas

Heckers S: Diagnostic criteria for schizoaffective disorder. *Expert Rev Neurother* 12(1):1-3, 2012.

CASO 2.6

Psicosis y cannabis

Melissa Nau, M.D.

Heather Warm, M.D.

Kevin Foster, varón blanco de 32 años con antecedentes de trastorno bipolar, fue llevado al servicio de urgencias (SU) por la policía después de que su esposa llamara al 911 diciendo que su marido amenazaba con tirarse por la ventana del hotel.

En el momento del episodio, el Sr. Foster y su esposa estaban de vacaciones para celebrar su quinto aniversario. Para conmemorar este evento, decidieron hacerse unos tatuajes. Después fueron a un parque cercano, donde el Sr. Foster compró y fumó un cigarrillo de marihuana. Una hora después, el Sr. Foster empezó a creer que los símbolos de su tatuaje tenían un misterioso significado y poder. Acabó convencido de que el tatuador, conchavado con otros, conspiraba contra él y que su mujer lo engañaba. Después de regresar al hotel, el paciente rebuscó en el teléfono de la esposa en busca de pruebas de su infidelidad y amenazó con tirarse por la ventana. La esposa del paciente, médica de urgencias, logró convencerlo de que se fuera a dormir, pensando que el episodio se resolvería.

Al día siguiente, el paciente seguía paranoide y delirante. Amenazó de nuevo con tirarse por la ventana y dijo que no tendría más elección que matar a su mujer la próxima vez que esta durmiera. La esposa llamó al 911 y el marido fue llevado al SU de un gran hospital cercano. Horas después lo ingresaron en una

unidad psiquiátrica de agudos con el diagnóstico de trastorno psicótico no especificado.

El paciente había fumado cannabis de forma esporádica desde los 18 años de edad, pero empezó a fumarlo a diario 5 años antes de su ingreso en el hospital. Él y su esposa negaron que hubiera consumido otras drogas, y el paciente señaló que rara vez bebía alcohol. Hasta 1 año antes, nunca había visto a un psiquiatra y ni sus amigos ni la familia habían pensado que pudiera tener problemas psiquiátricos de importancia.

En el último año, sin embargo, el Sr. Foster había sido ingresado cuatro veces por problemas psiquiátricos. Dos veces lo habían hospitalizado con los síntomas clásicos de la manía y una vez por depresión con ideas de suicidio. Además, 7 meses antes de este episodio, el paciente había sido ingresado por un episodio de psicosis inducida por cannabis, de 6 semanas de duración, que respondió bien a la risperidona. En aquel momento, el síntoma principal era la paranoia. Dos meses antes de ese ingreso había participado en un programa de tratamiento para drogadicciones, de 1 mes de duración y en régimen de internamiento, para su trastorno por consumo de cannabis. Hasta este fin de semana, el del presente ingreso, no había vuelto a consumir marihuana, alcohol ni ninguna otra sustancia desde que le dieran el alta

en el centro de rehabilitación. También había rendido correctamente durante los 3 meses que estuvo en monoterapia con litio.

El Sr. Foster había tenido empleo estable como montador audiovisual desde que acabó la carrera. Su padre tenía un trastorno bipolar y su abuelo paterno se había suicidado con un arma de fuego, aunque no se conocía ningún diagnóstico.

El segundo día de hospitalización, el paciente comenzó a darse cuenta de que la esposa no lo engañaba y de que los símbolos del tatuaje carecían de significado. Al tercer día comentó espontáneamente que la paranoia se debía a una intoxicación por cannabis. Se negó a seguir tomando risperidona pero continuó con el litio en monoterapia. Fue dado de alta con una cita de seguimiento ambulatorio con su psiquiatra.

Diagnósticos

- Trastorno psicótico inducido por cannabis.
- Trastorno bipolar, en remisión.

Explicación

Poco después de fumarse un cigarrillo de marihuana, el Sr. Foster empezó a creer que los símbolos de su nuevo tatuaje tenían un significado y un poder misteriosos. A las pocas horas se volvió paranoide con respecto al tatuador y aparecieron delirios celotípicos. Amenazó con matarse y matar a su esposa. Se le ingresó en una unidad psiquiátrica. Los síntomas psicóticos cedieron a los pocos días y el paciente recobró la correcta introspección. Esta trayectoria sintomática encaja en el trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos del DSM-5, que requiere la aparición de delirios o alucinaciones durante la intoxicación por alguna sustancia (o la abstinencia de un medicamento o su exposición) o poco después.

Otro criterio diagnóstico del DSM-5 para el trastorno psicótico inducido por cannabis incide en si los delirios del Sr. Foster no podrían

explicarse mejor por un trastorno psicótico primario como la esquizofrenia o por los síntomas psicóticos de la depresión o la manía. Las manifestaciones se resolvieron en el plazo de 3 días, lo que es típico de la psicosis inducida por cannabis pero no de un trastorno psicótico independiente. La rápida resolución de los síntomas respaldaría la probabilidad de que el cannabis fuera la causa.

Los antecedentes psiquiátricos del Sr. Foster complican el diagnóstico de dos formas distintas. En primer lugar, de las cuatro hospitalizaciones psiquiátricas del Sr. Foster durante el pasado año, una fue por delirios paranoides en el contexto de un consumo de cannabis y duró 6 semanas. La duración de los delirios paranoides en sí no está del todo clara, pero parecen haber durado mucho más de lo que cabría esperar de una psicosis inducida por cannabis. En el DSM-5 se advierte de forma específica que la persistencia de una psicosis más allá de 1 mes a partir de la exposición implica que dicha psicosis podría ser independiente en lugar de estar inducida por la sustancia.

En segundo lugar, de los otros tres ingresos psiquiátricos del Sr. Foster, dos fueron a causa de una manía «clásica» y el otro se debió a una «depresión suicida». No queda claro si la paranoia o la psicosis formaba parte de estos episodios. El DSM-5 señala que los antecedentes de episodios psicóticos recurrentes sin relación con sustancias hacen que la psicosis inducida por sustancias sea menos probable.

No está claro que estos episodios psiquiátricos puedan reunirse bajo un mismo paraguas diagnóstico. Por ejemplo, el Sr. Foster podría tener un trastorno bipolar con episodios recurrentes de depresión y manía. El cannabis podría ayudarlo a dormir —reduciendo así la manía— pero también, posiblemente, desencadenar episodios. Si los episodios maniáticos y depresivos (con o sin psicosis) están desencadenados por una sustancia pero los síntomas persisten durante

periodos largos, el diagnóstico más preciso sería el de trastorno bipolar. Esto sería particularmente cierto si aparecen síntomas parecidos en ausencia de consumo de la sustancia. El Sr. Foster tiene antecedentes familiares de trastorno bipolar que podrían avalar aún más este diagnóstico. Por otro lado, el Sr. Foster no reconoció tener síntomas del estado de ánimo durante su último episodio psicótico, y los síntomas psicóticos se resolvieron en 2-3 días. Esto parecería indicar que, aunque el Sr. Foster había cumplido en el pasado los criterios del trastorno bipolar, este parece estar en remisión en el momento presente.

Se podrían considerar varios trastornos del espectro de la esquizofrenia. Sin embargo, en vista de la duración de los síntomas, solo 3 días, la mayoría de esos diagnósticos quedan enseguida eliminados como posibilidades. Además, el Sr. Foster parece tener afectado un solo dominio (delirios). El trastorno delirante cursa únicamente con delirios, pero la duración mínima es de 1 mes. El trastorno psicótico breve también requiere uno solo de los cuatro síntomas principales del espectro de la esquizofrenia; sin embargo, exige evaluar si el

factor precipitante podría ser una droga o un medicamento.

Así pues, de momento, el trastorno psicótico inducido por cannabis parece ser el diagnóstico más probable para este episodio del Sr. Foster. Este se podría clarificar investigando de manera más exhaustiva la historia clínica previa del paciente, aunque un seguimiento longitudinal resultaría aun más útil.

Lecturas recomendadas

- Caton CL, Hasin DS, Shrout PE, et al: Stability of early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychosis. *Br J Psychiatry* 190:105-111, 2007.
- Ekleberry S: Treating Co-Occurring Disorders: A Handbook for Mental Health and Substance Abuse Professionals. Binghamton, NY, Haworth, 2004.
- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al: Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 61(8):807-816, 2004.
- Pettinati HM, O'Brien CP, Dundon WD: Current status of co-occurring mood and substance use disorders: a new therapeutic target. *Am J Psychiatry* 170(1):23-30, 2013.

CASO 2.7

Infestación por pulgas

Julie B. Penzner, M.D.

Lara González, una periodista autónoma divorciada de 51 años de edad, acudió al servicio de urgencias solicitando un examen dermatológico para su infestación por pulgas. Al no hallarse los signos correspondientes al explorar la piel e insistir la paciente en que corría peligro en casa, se la ingresó en un servicio de psiquiatría por «trastorno psicótico no especificado».

Los problemas habían comenzado más o menos 1 semana antes de la presentación. Para aliviar su situación económica, alquilaba habitaciones en casa por temporadas y había comenzado a ocuparse de las mascotas de algunos vecinos. En estas condiciones, veía insectos de color pardo metiéndose por la piel y las paredes, y atestando las alfombras y los colchones. Tiró una bolsa de ropa creyendo que había oído pulgas «moviéndose» dentro. No dormía bien y había pasado las 36 horas previas limpiando la casa frenéticamente, temiendo que los huéspedes no pagasen en caso de ver las pulgas. Se duchó varias veces con champú para tratar infestaciones de animales. Llamó a un exterminador que no halló rastro de pulgas, pero ella no le creía. Estaba molesta por la infestación pero, por lo demás, no tenía síntomas depresivos ni maníacos, ni paranoia. No consumía drogas ni alcohol. Nadie tenía antecedentes psiquiátricos en su familia. La Sra. González

había tenido depresión una vez hacía tiempo y la habían tratado brevemente con un anti-depresivo. No padecía problemas físicos de importancia.

El comienzo de sus preocupaciones por la infestación coincidió con el diagnóstico de un cáncer invasivo a su hermana, el inicio de la propia menopausia, las estrecheces económicas que la estaban forzando, probablemente, a regresar de Estados Unidos a Argentina (su país de origen) y la reciente ruptura con su novio. Al principio se describió a sí misma como una persona obsesiva que siempre había tenido fobias de contaminación, añadiendo que estas siempre empeoraban durante las épocas de ansiedad.

Al explorar el estado mental, la Sra. González se mostró tranquila y colaboradora, siendo su grado de cercanía y el contacto ocular normales. Se sacó una bolsita de plástico que contenía «pulgas y larvas» y que había recogido en el hospital mientras esperaba a que la atendieran. Al inspeccionarla, la bolsa contenía pelusas y yeso. El discurso tenía cierto tono de urgencia y la paciente describió su estado de ánimo como «ahora mismo triste».

Lloraba intermitentemente, pero luego sonreía de forma reactiva. El pensamiento era excesivamente generalizador y estaba claramente centrado en las pulgas. Expresó su creencia de que, cada vez que se le caía un pelo de la cabeza, este se convertía en larva.

Al llorar creía que le salían huevos del conducto lagrimal. No tenía ideación suicida ni homicida. Expresó su creencia inamovible en que las pelusas eran larvas y estaba infestada. Dijo no tener alucinaciones. La cognición estaba intacta. La introspección estaba afectada, pero el juicio se consideró razonablemente normal.

En la exploración dermatológica no se descubrieron insectos ni larvas en la piel de la Sra. González. Los resultados del examen neurológico, la tomografía computarizada craneal, los análisis clínicos y la toxicología fueron todos normales. Se le dio el alta con medicación antipsicótica en dosis bajas y se la citó semanalmente para recibir psicoterapia de apoyo. La preocupación mejoró en días y se resolvió totalmente en el plazo de 2 semanas. La introspección mejoró lo suficiente como para referirse a su creencia de que tenía pulgas en la piel diciendo que era una «locura». Atribuyó su «ruptura con la realidad» a los múltiples factores de estrés, y llegó a decir que había confiado en su delirio como forma de distraerse de sus problemas reales. La familia corroboró el rápido regreso a su ser normal.

Diagnóstico

- Trastorno psicótico breve con factores de estrés notables.

Explicación

Los delirios de la Sra. González, con rápido regreso al pleno funcionamiento premórbido, sugieren el diagnóstico de trastorno psicótico breve con factores de estrés notables. Anteriormente denominado «psicosis reactiva breve», el trastorno psicótico breve (con o sin factores de estrés notables) no puede diagnosticarse hasta después de haber recobrado el paciente la normalidad. El diagnóstico diferencial de este trastorno es importante.

En el momento del ingreso la paciente fue diagnosticada de «trastorno psicótico no espe-

cificado», término que suele usarse si se observa una psicosis y la información es incompleta. Solo se pudo diagnosticar el trastorno psicótico breve después de que los síntomas se resolvieran rápidamente. La introspección de la Sra. González reapareció con bastante rapidez, permitiéndola relacionar sus síntomas con los factores de estrés padecidos. Aunque es probable que el tratamiento acorte la duración del episodio psicótico agudo, el DSM-5 no cita concretamente el tratamiento en el requisito de que el episodio dure menos de 1 mes.

Hay que tener en cuenta que los factores de estrés pueden ser positivos (p. ej., matrimonio, trabajo nuevo, hijo nuevo) o negativos, como en el caso de la Sra. González. El pronóstico favorable suele asociarse al buen funcionamiento premórbido, a la presencia de factores importantes de estrés agudo y a la falta de antecedentes familiares y personales de trastornos psiquiátricos.

La falta de sueño, la agitación conductual y los antecedentes premórbidos de depresión de la Sra. González podrían también indicar un episodio bipolar, pero no existen otros síntomas que respalden este diagnóstico. Asimismo, su obsesión delirante relativa a la infestación por pulgas sugiere un posible trastorno delirante, pero los síntomas de la Sra. González se resolvieron demasiado deprisa, haciendo improbable tal eventualidad. Los pacientes con trastornos de la personalidad pueden tener «micropsicosis», pero la Sra. González no parece tener ningún trastorno de la personalidad ni otros problemas relacionados. La simulación y el trastorno facticio parecen poco probables, al igual que el delirium y otros cuadros de mediación física.

Los episodios psicóticos breves tienen escasa prevalencia entre la población, lo que podría indicar que las psicosis breves son poco habituales, así como que las personas con síntomas psicóticos de duración muy corta quizá no acudan al psiquiatra. La brevedad e imprede-

cibilidad de los síntomas también dificulta la investigación y que haya clínicos e instituciones expertos en la materia. Los episodios psicóticos breves se sabe que también son relativamente poco estables en el tiempo, lo que tiene sentido dado que, a diferencia de la esquizofrenia, estos episodios, por definición, son cortos y ni siquiera pueden diagnosticarse sin la remisión de los síntomas y un seguimiento atento.

Lecturas recomendadas

Jørgensen P, Bennedsen B, Christensen J, Hyllested A: Acute and transient psychotic disorder: comorbidity with personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 94(6):460-464, 1996.

Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M, et al: McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of DSMIV diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *J Clin Psychiatry* 70(4):458-466, 2009.

CAPÍTULO 3

Trastorno bipolar y trastornos relacionados

INTRODUCCIÓN

John W. Barnhill, M.D.

El trastorno bipolar se caracteriza por un periodo distintivo de manía o hipomanía. Por ejemplo, un paciente podría presentar, de forma relativamente aguda, euforia, menor necesidad de sueño, grandiosidad, habla apresurada, pensamientos acelerados y distintas conductas indiscretas. En ausencia de factores que compliquen el cuadro, enseguida se identificaría que este paciente padece un episodio maniaco que forma parte del trastorno bipolar I del DSM-5.

Sin embargo, las complicaciones son frecuentes en el diagnóstico del trastorno bipolar, lo que constituye una de las razones de que en este capítulo se hayan incluido abundantes casos. La mayoría de las complicaciones tienen que ver con la evaluación de los síntomas. En primer lugar, el DSM-5 identifica siete síntomas que tienden a coincidir en el trastorno bipolar, precisando el diagnóstico

de la manía tres de ellos. Cada uno de estos síntomas requiere emplear el juicio clínico en relación con su duración e intensidad, y determinados problemas, como la «distractibilidad» y la «menor necesidad de sueño», no resultan siempre evidentes durante la evaluación clínica. El diagnóstico de manía requiere que los síntomas de este grupo persistan durante la mayor parte del día, todos los días, durante un mínimo de 1 semana. Esta norma hace necesaria una anamnesis precisa, que puede ser difícil de obtener de cualquier paciente y, muy especialmente, cuando se tiene poca consciencia de que se padece un problema psiquiátrico (como suele ocurrir en las personas que padecen un trastorno bipolar). La información colateral puede ser crucial para valorar una posible manía. La correcta anamnesis del trastorno bipolar es incluso

más difícil cuando el síntoma de presentación es la depresión y puede que no haya habido síntomas maníacos desde hace muchos años. La mitad de los pacientes con trastorno bipolar abusan de drogas, lo que puede complicar la presentación, el diagnóstico y el tratamiento. La depresión es tan frecuente en el trastorno bipolar que este se denominaba antiguamente «depresión maniaca». Sin embargo, la relación entre los dos estados de ánimo no siempre está clara, siendo este uno de los motivos de que al trastorno bipolar se le haya asignado su propio capítulo en el DSM-5. En realidad, la depresión puede estar ausente en el trastorno bipolar, aunque también puede ser el estado de ánimo dominante en términos de frecuencia e intensidad de los síntomas. El ánimo puede oscilar entre los dos polos de depresión y manía, que también pueden coexistir (p. ej., episodio afectivo con características mixtas). La relación entre los síntomas depresivos y los maníacos se complica aún más porque es más probable que los pacientes se quejen espontáneamente de la disforia que de la euforia. Finalmente, como suele pasar en todos los trastornos del DSM-5, el diagnóstico bipolar requiere deterioro. Algunos de los síntomas cardinales de la manía —hiperactividad, euforia y locuacidad— pueden *aumentar la eficacia y el placer, al menos a corto plazo*, lo que complica aún más la valoración.

El DSM-5 aborda estas incertidumbres mediante la descripción de múltiples síndromes dentro del espectro bipolar. Por ejemplo, los diagnósticos de manía e hipomanía requieren «tres de los siete criterios enumerados, la mayor parte del día, casi todos los días». Sin embargo, la manía requiere al menos un episodio que dure como mínimo 7 días, mientras que la hipomanía precisa únicamente 4 días. En lugar de ocasionar un marcado deterioro del rendimiento social u ocupacional, como ocurre en la manía, la hipomanía requiere una alteración inequívoca del estado basal que resulte observable para los demás. Estos criterios tienen en

cuenta el hecho de que los pacientes maníacos e hipomaniacos suelen carecer de consciencia de enfermedad, y subrayan que la hipomanía es menos grave que la manía. La hipomanía es un rasgo esencial del trastorno bipolar II del DSM-5. Otro rasgo diferenciador del trastorno bipolar II es el requisito de que haya habido por lo menos un episodio depresivo mayor en un momento en que no hubiera síntomas hipomaniacos. Este requisito contrasta con los del trastorno bipolar I, que no precisa la presencia histórica de una depresión.

Otros pacientes podrían presentar los síntomas clásicos de la manía o la hipomanía y tener, aparentemente, un desencadenante fisiológico. Por ejemplo, un paciente podría haber desarrollado síntomas maníacos inmediatamente después de haber recibido prednisona, un esteroide, para tratar la exacerbación de un lupus eritematoso sistémico (lupus). El dilema diagnóstico recae en si el paciente tiene un trastorno bipolar, que precisaría supuestamente un estabilizador del ánimo, o si ha sufrido una reacción bastante frecuente a los corticosteroides (es decir, un trastorno que con frecuencia, aunque incorrectamente, se denomina «psicosis esteroidea» y que el DSM-5 llama, de forma más acertada, trastorno bipolar inducido por medicamentos), que podría tratarse reduciendo la medicación esteroidea, o si —quizá lo más probable— constituye un caso de lupus neuropsiquiátrico (es decir, un trastorno bipolar debido a otra afección médica), lo que podría requerir un *aumento* de los esteroides. Uno de los motivos de que el diagnóstico de bipolaridad se debata tan acaloradamente es que hacer el diagnóstico correcto, y no hacer el incorrecto, es de vital importancia para la atención del paciente.

Dentro del espectro bipolar se incluyen también grupos de personas cuyos síntomas de tipo maniaco son importantes pero que no cumplen los criterios del trastorno bipolar I o II en virtud de su número o su duración. Por

ejemplo, algunos pacientes presentan un curso crónico en el que se alternan síntomas hipomaniacos y síntomas depresivos subumbrales. Para poder alcanzar el umbral diagnóstico del trastorno ciclotímico del DSM-5, estos síntomas han de crear malestar y ser persistentes (más días con que sin ellos durante un mínimo de 2 años —1 año en los adolescentes— con no más de 2 meses sin síntomas), y la persona no debe haber cumplido nunca los criterios del episodio maniaco o depresivo mayor. Este grupo de pacientes padece el trastorno ciclotímico del DSM-5, un trastorno bastante paralelo al trastorno depresivo persistente del DSM-5 (distimia) en cuanto a duración e intensidad de los síntomas.

Otros pacientes tienen síntomas maníacos significativos pero no se consigue una buena anamnesis debido a la situación (p. ej., en la sala de urgencias); en tales casos, el diagnóstico sería de trastorno bipolar o relacionado no especificado según el DSM-5. Muchos otros pacientes reciben el diagnóstico de otro trastorno bipolar o relacionado especificado del DSM-5. Aquí se incluyen personas cuyos síntomas maníacos tienen una duración insuficiente (p. ej., solo 2-3 días en lugar de los 4 requeridos) o persisten más de 4 días pero sin cumplir tres de los siete criterios sintomáticos de la hipomanía. Otros más cumplen los criterios de la hipomanía pero carecen de antecedentes de depresión mayor y, en consecuencia, no cumplen los criterios del trastorno bipolar II. Hay otros que tienen hipomanía crónica y síntomas depresivos subumbrales pero sin cumplir el criterio de los 24 meses de la ciclotimia.

Los diagnósticos del espectro bipolar han generado bastante controversia. Una de las cuestiones debatidas es la referente a la duración. Es difícil hacer un diagnóstico en el que los síntomas deben estar presentes tan solo unos pocos días y no necesariamente son causa de malestar importante. Otra complicación se refiere a la intensidad de los síntomas. Distinguir lo normal de lo anormal no siempre resulta fácil cuando las variables son aspectos tan humanos como la locuacidad, la asunción de riesgos, la necesidad de sueño y la autoestima.

Para abordar esta controversia, el DSM-5 sopesa dos intereses contrapuestos. El primero consiste en detectar agrupaciones sintomáticas sólidas y bien diferenciadas en los pacientes con malestar psíquico. El segundo es evitar la «patologización» de la experiencia humana normal. Al no existir pruebas diagnósticas fiables para el «trastorno bipolar», al clínico le corresponde hacer uso de estos criterios y atenerse a los datos disponibles en lo relativo al diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes difíciles.

Lecturas recomendadas

- Cosgrove VE, Suppes T: Informing DSM-5: biological boundaries between bipolar I disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. BMC Med May 14, 2013 [Publicación electrónica previa a la imprenta].
- Strakowski SM: The Bipolar Brain: Integrating Neuroimaging and Genetics. New York, Oxford University Press, 2012.
- Swann AC, Lafer B, Perugi G, et al: Bipolar mixed states: an International Society for Bipolar Disorders Task Force report of symptom structure, course of illness, and diagnosis. Am J Psychiatry 170(1):31-42, 2013.

CASO 3.1

Perturbado emocionalmente

Donald M. Hilty, M.D.

Un varón afroamericano que aparentaba treinta y tantos años fue llevado al servicio de urgencias (SU) por la policía. El volante de derivación indicaba que estaba esquizofrénico y era una «persona perturbada emocionalmente». Uno de los policías dijo que el hombre les había ofrecido dinero a cambio de sexo estando en el asiento trasero del coche patrulla. Se llamaba a sí mismo «Nuevo Jesús» y se negaba a dar ningún otro nombre. No quiso sentarse y se puso a correr por el SU. Le colocaron medios de contención y le administraron por vía intramuscular 2 mg de lorazepam y 5 mg de haloperidol. Se preparó la inyección intravenosa de 50 mg de difenhidramina (Benadryl) por si aparecían efectos secundarios extrapiramidales. El equipo encargado del ingreso escribió que tenía un «trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico no especificado» y lo derivó al equipo de psiquiatría presente en el SU.

A pesar de la contención, seguía muy agitado y decía que recibía mensajes de Dios. Al preguntarle por la última vez que había dormido dijo que ya no necesitaba dormir, lo que era señal de que «el Cielo» lo había elegido. El discurso era rápido, desorganizado y difícil de entender. Se realizaron un hemograma completo, una bioquímica sanguínea y una criba toxicológica. Después de transcurridos

45 minutos más de agitación, recibió otra dosis de lorazepam. Esto lo calmó, pero aun así no dormía. Se le retiró la contención.

Un repaso de su historia clínica electrónica reveló que había tenido un episodio parecido 2 años antes. En aquel momento le hicieron pruebas toxicológicas que dieron negativo. Lo ingresaron 2 semanas en un servicio de psiquiatría y al alta le dieron el diagnóstico de «trastorno esquizoafectivo». Entonces le recetaron olanzapina y lo derivaron a una consulta ambulatoria para su seguimiento. La historia hacía referencia a dos ingresos previos en el hospital comarcal, pero el historial no podía consultarse fuera del horario lectivo.

Una hora después de haber recibido las dosis iniciales de haloperidol y lorazepam, el paciente fue entrevistado, sentado en una silla en el SU. Era un varón afroamericano con sobrepeso, desaliñado y maloliente, aunque no olía a alcohol. Miraba escasamente a los ojos, fijándose en cambio en la gente de alrededor, un reloj de pared, el examinador, una enfermera cercana..., es decir, en cualquier cosa o persona que se moviera. El discurso era desorganizado, rápido y difícil de seguir. Movía la pierna rápidamente arriba y abajo, pero sin levantarse de la silla ni amenazar al entrevistador. Describió su estado de ánimo diciendo que «no está mal». El afecto era lábil. A menudo se reía sin motivo aparente y luego

se enfadaba, frustrado, cuando creía que lo habían entendido mal. El curso del pensamiento estaba desorganizado. Tenía delirios de grandiosidad y destacaba la percepción de que «Dios me habla». Dijo no tener otras alucinaciones, ni ideas de suicidio u homicidio. Al preguntarle por la fecha respondió con una larga explicación sobre el significado oculto esta, no acertando por un solo día. Recordaba los nombres de los dos policías que lo habían llevado al hospital. Se negó a hacer otras pruebas cognitivas. La introspección y el juicio parecían escasos.

La hermana del paciente llegó 1 hora más tarde, después de que la llamase un vecino que había visto a la policía llevarse a su hermano, Mark Hill, en un coche patrulla. La hermana refirió que su hermano había estado raro 1 semana antes, discutiendo con familiares durante una reunión festiva, lo que no era típico de él. Dijo que, en aquella reunión, había dicho que no tenía necesidad de dormir y que luego estuvo hablando de sus «dones». Había tratado de contactar con el Sr. Hill después de aquello, pero este no había respondido ni al teléfono, ni al correo electrónico, ni a los mensajes de texto. Añadió que a él no le gustaba hablar de sus problemas pero que, en dos ocasiones, había visto un frasco de olanzapina en su casa. Sabía que al padre de ambos lo habían tildado de esquizofrénico y bipolar, pero no lo había vuelto a ver desde niña. Explicó también que el Sr. Hill normalmente no tomaba drogas, que tenía 34 años de edad, que era profesor de matemáticas de enseñanza media y que acababa de concluir un semestre docente.

Durante las siguientes 24 horas, el Sr. Hill se tranquilizó considerablemente. Seguía pensando que no se le comprendía y que no tenía por qué estar hospitalizado. Hablaba deprisa y en voz muy alta. Los pensamientos saltaban de una idea a otra. Decía tener una conexión directa con Dios y «una misión importante en la Tierra», aunque negó que conociera a alguien

llamado «Nuevo Jesús». Seguía tenso y nervioso, pero afirmaba no tener paranoia ni miedo.

Las exploraciones físicas en serie no mostraron anomalías, aparte de ampollas en los pies. El paciente no estaba tembloroso y los reflejos tendinosos profundos eran simétricos y de grado 2 (de 4). No presentaba asimetrías neurológicas. Las pruebas de toxicología eran negativas y el nivel de alcoholemia era igual a cero. En los análisis clínicos iniciales destacaban una elevación del nitrógeno ureico en sangre y una hiperglucemia de 210 mg/dL. El volumen corpuscular medio, el cociente entre aspartato-aminotransferasa y alanina-aminotransferasa, y el nivel de magnesio eran todos ellos normales.

Diagnóstico

- Trastorno bipolar I, episodio maniaco actual, grave, con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.

Explicación

La seguridad era lo primero a tener en cuenta con el Sr. Hill. A tal efecto se le administraron sedantes y se le sometió a contención durante 1 hora.

La atención del equipo se dirigió enseguida hacia el diagnóstico, y el conocimiento del caso se incrementó durante las 24 horas que el paciente estuvo en el SU. Al hacer el ingreso, el equipo escribió que tenía un «trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico no especificado», diagnóstico que suele utilizarse cuando los pacientes presentan síntomas psicóticos ante un equipo evaluador que carece de información suficiente para un diagnóstico más específico. En aquel momento, el problema diagnóstico más acuñante era distinguir entre el diagnóstico aparentemente más obvio (p. ej., una psicosis) y los otros diagnósticos que son, además de frecuentes, capaces de suponer el mayor peligro inmediato (p. ej., una psicosis o un deli-

rium inducido por la intoxicación o la abstinencia de alguna sustancia).

La búsqueda en la historia clínica electrónica fue importante porque permitió averiguar que el paciente había presentado síntomas parecidos, con toxicología negativa, 2 años antes. Horas después, en el mismo día del presente ingreso, el equipo recibió los resultados negativos del análisis toxicológico y las demás analíticas, indicando que el Sr. Hill no era un consumidor avezado y crónico de alcohol (alcoholemia igual a cero y valores normales de volumen corpuscular medio, cociente aspartato-aminotransferasa/alanina-aminotransferasa y magnesio). El relato de la hermana, junto con los reflejos normales del Sr. Hill, su falta de temblores y su cognición aparentemente intacta (buena memoria al recordar los nombres de los policías y buena orientación, al menos respecto a la fecha), hacía muy improbable la abstinencia alcohólica.

Estaba claro que el Sr. Hill tenía algún tipo de psicosis, aunque el equipo parecía no tener un diagnóstico más preciso. Se había presentado en el SU con una agrupación clásica de síntomas: ánimo expansivo e irritable, grandiosidad, menor necesidad de sueño, habla apresurada, pensamiento acelerado, distraibilidad, agitación y conducta sexual inapropiada. Las ampollas de los pies serían compatibles con haber caminado incesantemente, y los niveles elevados de nitrógeno ureico en sangre, con una creatinina normal, indicarían deshidratación. Así pues, el paciente cumplía todos y cada uno de los criterios del DSM-5 para el episodio maníaco. Los síntomas psicóticos quizá destacaban más, pero serían especificadores del cuadro bipolar más que un indicio de que el diagnóstico pudiera situarse dentro del espectro de la esquizofrenia. Los datos históricos —gran parte de los cuales solo se conocieron hacia el final de la jornada del Sr. Hill en el SU— indicaron que se trataba de un profesor de matemáticas de 34 años que acababa de concluir su semestre de docencia. Las personas con esquizofrenia

rara vez son capaces de conservar un trabajo tan exigente como la enseñanza, mientras que las personas con trastorno bipolar suelen rendir bastante bien entre un episodio y otro.

Si la presentación del Sr. Hill 2 años antes había sido ciertamente parecida a la del episodio actual, y no había datos indicativos de pensamiento psicótico entre episodios, resulta curioso que el equipo de entonces concluyera que tenía un trastorno esquizoafectivo. Una posible explicación es que hubiera aspectos culturales que contribuyeran al diagnóstico de esquizofrenia. Parece que a los afroamericanos se les diagnostican esquizofrenias con mucha más frecuencia que a los blancos no latinoamericanos, a pesar de no tener una incidencia más alta de este trastorno. El porqué no está claro. Es posible que los clínicos de un subgrupo cultural distinto no consigan realizar una correcta anamnesis debido a alguna suerte de incompreensión mutua. También es posible que su menor acceso a la sanidad mental —quizá debido a disparidades económicas o a niveles más bajos de confianza en el sistema sanitario en general o psiquiátrico en particular— lleve a que el tratamiento de los afroamericanos sea sistemáticamente deficiente. Esto podría producir síntomas psicóticos más persistentes, intensos o estrafalarios, que se interpretarían, equivocadamente, como más afines a la esquizofrenia.

El diagnóstico de un trastorno del espectro de la esquizofrenia tendría consecuencias para el Sr. Hill. Este tendría, por ejemplo, menos probabilidades de recibir medicación estabilizadora del estado de ánimo, lo que podría dar lugar a más episodios de manía y de depresión. También podría tratarse solamente con un medicamento como la olanzapina, que se sabe que provoca un considerable aumento de peso. Obsérvese que el Sr. Hill es obeso y tiene una glucemia de 210 mg/dL. El equipo que lo trata ha de esclarecer decididamente el diagnóstico tanto para mitigar los

muchos efectos negativos de su probable trastorno bipolar como para evitar posibles efectos iatrogénicos sobre el metabolismo, como sería la diabetes.

Lecturas recomendadas

Gara MA, Vega WA, Arndt S, et al: Influence of patient race and ethnicity on clinical assess-

ment in patients with affective disorders. Arch Gen Psychiatry 69(6):593–600, 2012.

Strakowski SM, Keck PE Jr, Arnold LM, et al: Ethnicity and diagnosis in patients with affective disorders. J Clin Psychiatry 64(7):747–754, 2003.

Whaley AL: Psychometric analysis of the Cultural Mistrust Inventory with a Black psychiatric inpatient sample. J Clin Psychol 58(4):383–396, 2002.

CASO 3.2

Ciclos de depresión

Michael Gitlin, M.D.

Nancy Ingram, una analista de bolsa de 33 años de edad, casada y con dos hijos, fue llevada al servicio de urgencias (SU) al cabo de 10 días de lo que su marido describió como «otro ciclo de depresión», marcado por irascibilidad a la mínima provocación, lloros y una falta de sueño casi total. Refirió que estos «periodos oscuros» habían durado desde que la conocía pero que, el último año, había presentado al menos media docena de ellos. Dijo que normalmente mejoraban a las pocas semanas de volver a tomar fluoxetina. Añadió que se preguntaba si el alcohol y el clonazepam empeoraban los síntomas, porque ella siempre elevaba su consumo cuando comenzaban los periodos de oscuridad.

El marido de la Sra. Ingram dijo que había decidido traerla al SU porque había descubier-

to que había creado hacía poco un blog titulado «Las acciones preferidas de Nancy Ingram». Esa actividad no solo no era propia de ella, sino que, como trabajaba de analista de bolsa para un importante banco de inversiones, iba en contra de las normas de su empresa. Dijo que había estado ocupada las 24 horas del día en la elección de esas acciones, dejando de lado las comidas y sus responsabilidades laborales y maternas. Ella respondió que se encontraba bien y que el blog «nos hará ricos como Creso».

La primera vez que a la paciente le diagnosticaron una depresión fue en la universidad, cuando su padre se suicidó. Este había sido un hombre de negocios enormemente informal y bebedor al que la paciente quería mucho. Su abuela paterna había tenido varias «crisis nerviosas», pero no conocía ni el diag-

nóstico ni qué tratamientos había tenido. Desde la universidad, el ánimo había estado «bajo», con brotes intercalados y recurrentes de mayor disforia, insomnio, habla extrañamente rápida e hipervigilancia. Había probado la psicoterapia y había tomado antidepresivos, pero el marido observó que la depresión de base siempre persistía y los periodos oscuros eran cada vez más frecuentes.

El psiquiatra del ambulatorio refirió que la Sra. Ingram parecía tener distimia y depresión mayor recurrente. Dijo también que nunca la había visto en los periodos de crispación e insomnio —siempre se negaba a ir a verlo hasta que hubieran mejorado los periodos de «mucho bajón»— y que ella le había prohibido acceder a su marido y a cualquier otra fuente de información colateral.

Al iniciar la exploración, la paciente paseaba por la sala muy enojada. Iba vestida con vaqueros y una camisa mal abrochada. La mirada parecía vidriosa y desenfocada. Reaccionó a la llegada del examinador sentándose y explicando que todo era un malentendido, que estaba bien y que tenía que volver a casa inmediatamente para atender su negocio. Hablaba deprisa, con premura, y resultaba muy difícil interrumpirla. Admitió que no dormía, pero negó que ello fuera un problema. Dijo no tener alucinaciones pero sí admitió, sonriendo, que tenía una capacidad única de predecir la bolsa. Se negó a realizar pruebas cognitivas diciendo que declinaba la oportunidad de convertirse en «foca amaestrada, conejillo de Indias, caballo parlanchín y perro ladrador, muchísimas gracias; ¿puedo irme ya?». La consciencia de su estado parecía escasa y se consideró que tenía el juicio alterado.

Diagnóstico

- Trastorno bipolar, episodio maniaco actual, con características mixtas y ciclos rápidos.

Explicación

La Sra. Ingram presenta lloros, irritabilidad, déficit de sueño, ánimo triste y creciente ineficacia de los tratamientos de la depresión mayor recurrente. Cuando los síntomas son más intensos e incapacitantes se niega a acudir a su psiquiatra ambulatorio. En consecuencia, la evaluación de este se ha visto limitada y el informe del caso contiene síntomas que no parecen haberse incorporado a su evaluación diagnóstica. Por ejemplo, la Sra. Ingram habla de forma rápida y apremiante, a diferencia de los patrones lentos y poco espontáneos que habitualmente se observan en la depresión. También ha creado un blog de inversiones para enriquecerse rápidamente que refleja poco juicio y que podría costarle el despido de su trabajo. Estos son síntomas clásicos de la manía que deberían conducir a reformular sus síntomas «depresivos». Su falta de sueño —típica de la depresión, en la que se acompaña normalmente de fatiga diurna— parece poder conceptualizarse mejor como una menor necesidad de dormir sin dicha fatiga diurna. La irritabilidad puede formar parte de la depresión, pero es especialmente típica de las personas con rasgos mixtos de depresión y manía. La actitud burlona y displicente de la Sra. Ingram durante la entrevista corrobora aun más este diagnóstico, al igual que la pobreza de introspección y juicio. En la historia se señalan al menos seis de estos episodios en el último año, lo que cumple los criterios del DSM-5 para el subtipo de ciclos rápidos de la manía bipolar.

Aunque al menos algunas de sus «depresiones» previas parecen haber estado marcadas por una importante irritabilidad, en el informe del caso no se dice si los episodios previos se habían acompañado o no del nivel de grandiosidad, asunción de riesgos y disfunción que se observa en el episodio actual. No obstante, sí que la Sra. Ingram parece tener antecedentes de características depresivas

crónicas, posiblemente de distimia, y que estas se han acompañado de síntomas hipomaniacos y, en el episodio actual, claramente maniacos. La combinación de síntomas depresivos y maniacos indica que el trastorno bipolar con ciclos rápidos que la Sra. Ingram padece posee «características mixtas».

Como no había acudido nunca a su psiquiatra durante los episodios hipomaniacos anteriores y le había prohibido contactar con sus allegados, este no conocía dichos episodios de hipomanía y la trataba como si tuviera una depresión unipolar. Esto implica que, probablemente, la paciente también tenía verdaderos episodios depresivos (distintos de los periodos recurrentes de hipomanía mixta) que su psiquiatra trataba con fluoxetina.

La «respuesta» en el pasado a la fluoxetina no puede interpretarse fácilmente a la luz de la información presentada. Las posibilidades son: que la fluoxetina era eficaz para tratar las depresiones claras que quizá siguieran a las hipomanías mixtas (la clásica secuencia de intervalos de manía y depresión propia del trastorno bipolar); que los ciclos de la Sra. Ingram la sacaban de esos episodios mientras tomaba fluoxetina, no teniendo esta ningún efecto positivo; que el uso del antidepresivo, especialmente sin un estabilizador del ánimo, inducía un patrón de ciclos más rápidos que se observaría en forma de rápidas respuestas a dicho antidepresivo con posteriores recaídas rápidas en el estado de ánimo siguiente.

Los antecedentes familiares de la Sra. Ingram coinciden con los de un cuadro psiquiátrico de importancia, aunque no están lo bastante claros como para apuntar concreta-

mente al trastorno bipolar. Los antecedentes familiares de suicidio más abuso de alcohol (en el padre de la paciente) no ayudan a distinguir la depresión bipolar de la unipolar. La descripción del padre de la Sra. Ingram como informal podría reflejar los efectos del abuso de alcohol, de un trastorno bipolar inadvertido o de ambas cosas. Asimismo, la descripción de la abuela paterna de la paciente como una persona con «crisis nerviosas» apunta hacia un trastorno psiquiátrico mayor, pero es inespecífica en cuanto al diagnóstico.

El consumo creciente de clonazepam y alcohol durante estos estados maniacos es muy corriente. El trastorno bipolar es la enfermedad psiquiátrica que más se asocia a la comorbilidad por drogas o alcohol, aparte de los trastornos por consumo de otras sustancias. En el caso de la Sra. Ingram, el consumo de clonazepam y alcohol podría ser una forma de automedicar su disforia irritable o podría también reflejar la tendencia al exceso en cualquier conducta que presentan las personas con manía. Los antecedentes familiares de abuso de alcohol que tiene la paciente incrementan aún más este riesgo.

Lecturas recomendadas

- Coryell W, Solomon D, Turvey C, et al: The long-term course of rapid-cycling bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 60(9):914–920, 2003.
- Kupka RW, Luckenbaugh DA, Post RM, et al: Rapid and non-rapid cycling bipolar disorder: a meta-analysis of clinical studies. *J Clin Psychiatry* 64(12):1483–1494, 2003.
- Lee S, Tsang A, Kessler RC, et al: Rapid cycling bipolar disorder: cross-national community study. *Br J Psychiatry* 196(3):217–225, 2010.

CASO 3.3

Inquietud suicida

María A. Oquendo, M.D.

Olivia Jacobs, una estudiante de posgrado de arquitectura de 22 años de edad, fue derivada a psiquiatría de forma urgente por decirle a su compañera de cuarto que pensaba suicidarse. La Sra. Jacobs tenía antecedentes de síntomas anímicos que se habían controlado bien con litio y sertralina, pero los síntomas depresivos habían reaparecido poco después de llegar a una ciudad nueva, 3 meses atrás, para cursar sus estudios. No dejaba de pensar en maneras de quitarse la vida sin incomodar a nadie. Los pensamientos suicidas dominantes giraban en torno a la idea de pegarse un tiro en la cabeza mientras se asomaba por la ventana, para no dejar el dormitorio hecho un desastre. Aunque no tenía acceso a ningún arma, pasaba tiempo buscando en la Red sitios donde poder comprar una.

Los diversos antecedentes psiquiátricos de la Sra. Jacobs habían comenzado a los 15 años, cuando empezó a beber alcohol y fumar marihuana de forma habitual, normalmente al ir a discotecas con los amigos. Estas dos sustancias la tranquilizaban y, según dijo, nunca le habían supuesto problemas. No había consumido ni alcohol ni marihuana desde que inició los estudios de posgrado.

Alrededor de los 17 años de edad comenzó a presentar episodios depresivos breves pero intensos, caracterizados por llanto, sentimientos de culpa, anhedonia, desesperanza,

poca energía y mala concentración. Dormía más de 12 horas al día y descuidaba sus deberes académicos y domésticos.

Estos episodios depresivos normalmente viraban al cabo de unas semanas hacia periodos de gran energía, habla apresurada y creatividad poco usual. Permanecía levantada casi toda la noche trabajando en proyectos y construyendo maquetas arquitectónicas. Estos episodios acelerados duraban unos 5 días y en ellos tenía a veces la sensación de que sus amigos se habían vuelto en su contra y de que, en realidad, no eran para nada verdaderos amigos. Preocupada especialmente por la paranoia, la familia la había llevado a un psiquiatra, que le había diagnosticado un trastorno bipolar II y le había recetado litio y sertralina. A pesar de que el estado de ánimo de la Sra. Jacobs no se estabilizó del todo con esta pauta, los resultados obtenidos en una universidad local fueron lo bastante buenos como para aceptarla en un prestigioso programa de posgrado lejos de casa. En ese momento reapareció la depresión y, por primera vez, con intensos pensamientos de suicidio.

Al realizar la evaluación, la paciente estaba visiblemente deprimida y llorosa, y presentaba lentitud psicomotora. Dijo que le costaba mucho salir de la cama y que no iba clase la mayor parte de los días. Refería desesperanza, mala concentración y culpabilidad por

gastarse el dinero de la familia en unos estudios que no era capaz de sacar adelante. Confesó que pensaba en el suicidio casi todo el tiempo y que no encontraba nada que la distrajera. Dijo no haber bebido ni fumado marihuana recientemente, añadiendo que no tenía ganas de «fiesta». Reconoció que tenía enormes sentimientos de vacío y señaló que, en ocasiones, se había hecho cortes superficiales en los brazos para «ver qué se siente». Explicó que ya sabía que aquellos cortes no iban a matarla. Refirió despersonalización y crisis de pánico ocasionales. Negó tener inestabilidad anímica, desrealización, problemas de impulsividad, dudas acerca de su identidad y miedo al abandono.

Diagnósticos

- Trastorno bipolar II, episodio depresivo actual; nivel alto de inquietud con respecto al suicidio.
- Trastorno de ansiedad no especificado.

Explicación

La Sra. Jacobs presenta actualmente una depresión marcada por ánimo depresivo, anhedonia, problemas de sueño, anergia, retardo psicomotor, culpa excesiva y pensamientos recurrentes de suicidio. Estos síntomas producen malestar y deterioro importantes, y parecen haber persistido 3 meses, mucho más de las 2 semanas que requiere el DSM-5 para el diagnóstico de depresión mayor.

Además de los síntomas depresivos, ha recibido tratamiento para el trastorno bipolar II, que cursa con síntomas de depresión mayor e hipomanía. En sus antecedentes figuran múltiples periodos de gran energía, habla apresurada, mayor creatividad y productividad, y menor necesidad de sueño de 5 días de duración. Dichos periodos coinciden con la definición de hipomanía. Sin embargo, además de

esos síntomas, la paciente llegó a creer de manera transitoria que sus amigos se habían vuelto en su contra y que, en realidad, no eran en absoluto amigos. Si estos síntomas paranoides se consideran psicóticos, debería diagnosticarse un trastorno bipolar I. En este caso, la paranoia parece más una idea sobrevalorada que un delirio franco, pero sería importante evaluar detenidamente la capacidad de contacto con la realidad.

La enfermedad de la Sra. Jacobs comenzó hacia el final de la adolescencia. La media de edad a la que se inicia el trastorno bipolar son los 25 años, comenzando los síntomas habitualmente entre los 15 y los 30 años de edad. La menor edad de inicio parece ser indicativa de una mayor gravedad del cuadro y, aunque la Sra. Jacobs ha rendido muy bien con frecuencia, ya ha tenido varios episodios de depresión y de hipomanía a la edad de 22 años.

La Sra. Jacobs también tiene antecedentes de consumo de alcohol y marihuana, que refiere que poseen «efectos calmantes». El grado de consumo se desconoce; sin embargo, la mitad de las personas que cumplen los criterios del trastorno bipolar presentan también un trastorno concurrente por consumo de alcohol o de sustancias. Naturalmente, estas dos sustancias pueden constituir un problema en sí, pero cualquiera de ellas podría además haber contribuido a desencadenar algunos de los primeros síntomas afectivos. No obstante, la paciente no las ha consumido en los 3 meses de su depresión más reciente y, para que su trastorno del estado de ánimo pueda considerarse «inducido por sustancias», los síntomas anímicos no deben persistir más allá de 1 mes después de haber dejado el alcohol y la marihuana. En otras palabras, independientemente del papel desempeñado por las sustancias en la aparición de los síntomas, el trastorno bipolar II de la Sra. Jacobs ha adquirido vida propia.

Los trastornos de ansiedad suelen acompañar al trastorno bipolar. La Sra. Jacobs descri-

bió que la marihuana y el alcohol tienen «efecto calmante», lo que quizá indique la presencia de ansiedad inadvertida. Después presentó episodios de despersonalización y crisis de pánico que le resultaron extremadamente angustiosos. A falta de más información, lo más probable es que el diagnóstico de trastorno de ansiedad no especificado esté plenamente justificado.

El trastorno límite de la personalidad también coexiste con frecuencia con el trastorno bipolar de inicio precoz y, muy especialmente, con el de tipo II. En el caso de la Sra. Jacobs, la presencia de despersonalización, sensación de vacío, consumo de sustancias, lesiones autoinfligidas sin intención suicida y pensamientos reiterados de suicidio podría considerarse la sintomatología del trastorno límite de la personalidad. Al mismo tiempo, no obstante, la paciente dice no tener problemas de impulsividad (aparte del abuso de ciertas sustancias), inestabilidad del ánimo fuera de los episodios, desrealización, dudas acerca de su identidad, ni miedo al abandono. Aunque la posibilidad de un trastorno de personalidad no pueda descartarse del todo, la Sra. Jacobs no cumple actualmente los criterios del trastorno límite de la personalidad. En cambio, estos síntomas superpuestos se deben probablemente a sus trastornos de ansiedad y bipolar.

La ideación suicida de la Sra. Jacobs es preocupante. El trastorno bipolar es la enfer-

medad psiquiátrica con mayor índice de suicidios, representando el 25 % de todos los suicidios consumados. Más o menos, un tercio de las personas con trastorno bipolar refieren al menos un intento de suicidio, el 8-20 % de los bipolares consuman el suicidio y la letalidad de los intentos podría ser incluso mayor en el trastorno bipolar II que en el bipolar I. Resulta difícil predecir qué pacientes actuarán conforme a sus pensamientos suicidas, aunque se han hallado asociaciones con la menor edad de inicio, el tipo depresivo del primer episodio, los antecedentes familiares de actos suicidas y las conductas agresivas e impulsivas. En vista del diagnóstico y la ideación suicida de esta paciente, el actual grado de riesgo de suicidio parece alto.

Lecturas recomendadas

Chaudhury SR, Grunebaum MF, Galfalvy HC, et al: Does first episode polarity predict risk for suicide attempt in bipolar disorder? *J Affect Disord* 104(1-3):245-250, 2007.

Chen YW, Dilsaver SC: Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry* 39(10):896-899, 1996.

Oquendo MA, Currier D, Liu SM, et al: Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry* 71(7):902-909, 2010.

CASO 3.4

Depresiones episódicas

Victoria E. Cosgrove, M.D.

Trisha Suppes, M.D., Ph.D.

Pamela Kramer es una bibliotecaria de 43 años de edad, casada, que acude a un centro ambulatorio de salud mental con una larga historia de depresiones episódicas. Refirió que tenía el ánimo deprimido desde hacía 1 mes, cuando había empezado a desempeñar un nuevo trabajo. Dijo sentirse mal porque le preocupaba que su nuevo jefe y sus nuevos compañeros pensarán que su trabajo era deficiente y lento y que ella era antipática. Carecía de energía y entusiasmo en casa y, en lugar de jugar con sus hijos o hablar con su marido, tendía a mirar la televisión durante horas, a comer demasiado y a dormir excesivamente. Esto la había llevado a engordar casi 3 kilos en tan solo 3 semanas, lo que la hacía sentirse aún peor consigo misma. Había empezado a llorar varias veces por semana y eso, para ella, era señal de que «la depresión había vuelto». También había empezado a pensar con frecuencia en la muerte, aunque nunca había intentado suicidarse.

La Sra. Kramer dijo que no recordaba del todo bien sus antecedentes de depresiones, razón por la que había acudido con el marido, que la conocía desde la universidad. Coincidieron en que la primera depresión la había tenido en la adolescencia y en que, ya de adulta, había pasado por al menos cinco periodos distintos de depresión. Estos episodios cursaban habitualmente con ánimo deprimido,

anergia, amotivación, hipersomnia, hiperfagia, sentimientos profundos de culpa, descenso de la libido e ideación suicida de leve a moderada sin planes concretos. Las depresiones estaban también salpicadas de periodos de «demasiada» energía, irritabilidad, habla apresurada y fuga de ideas. Estos episodios de exceso de energía podían durar horas, días o un par de semanas. El ánimo deprimido no cedía durante estos periodos pero, según refirió, «al menos podía hacer unas cuantas cosas».

Al preguntarle directamente, el marido de la Sra. Kramer describió momentos distintos en que su esposa parecía anormalmente contenta, feliz y confiada en sí misma, como si fuera «otra persona». Hablaba deprisa, parecía tener mucha energía y optimismo, hacía las tareas domésticas con gran eficiencia e iniciaba (y con frecuencia acababa) nuevos proyectos. Necesitaba dormir poco y, aun así, estaba llena de entusiasmo al día siguiente. La Sra. Kramer recordaba esos periodos pero dijo que para ella eran «normales». En respuesta a una pregunta relativa a la hipersexualidad, la Sra. Kramer sonrió por única vez durante la entrevista y dijo que, aunque su marido parecía incluir sus periodos buenos en su enfermedad, no se había quejado cuando tuvo el episodio más largo de ese tipo (de unos 6 días), al empezar a salir juntos en la universidad. Desde entonces, refirió, estos

episodios habían sido «bastante frecuentes», con una duración de 2 o 3 días.

A causa de sus periodos de ánimo bajo y pensamientos de muerte, había visto a varios psiquiatras desde la adolescencia. La psicoterapia tendía a funcionar «bien» hasta que tenía otro episodio depresivo, momento en el que no podía asistir a las sesiones y dejaba el tratamiento. Tres ensayos de antidepresivos, en dosis y duración suficientes (de 6 meses a 3 años), se acompañaron de alivio a corto plazo de la depresión con posterior recaída. Tanto a solas como en presencia de su marido, la Sra. Kramer negó haber consumido nunca alcohol u otras sustancias. Una tía materna y el abuelo materno habían sido hospitalizados varias veces por manía, aunque la Sra. Kramer señaló enseguida que lo suyo «no se parecía en nada».

En la exploración, la Sra. Kramer aparecía como una mujer bien arreglada y con sobrepeso que a menudo apartaba la mirada y tendía a hablar en voz muy baja. No se observaron movimientos anormales, pero estos eran limitados, pues no gesticulaba con las manos. El estado de ánimo era depresivo. El humor era triste y constreñido. Los procesos de pensamiento eran fluidos, aunque posiblemente algo lentos. El contenido del pensamiento era depresivo, con ideación suicida de tipo pasivo y sin signos de paranoia, alucinaciones o delirios. La introspección y el juicio se hallaban intactos.

Diagnóstico

- Trastorno bipolar II, episodio actual de depresión, de intensidad moderada.

Explicación

Los actuales síntomas de depresión de la Sra. Kramer han provocado mucho sufrimiento, además de deterioro funcional. Son también la causa recurrente que la empuja a buscar trata-

miento psiquiátrico. Por tanto, resulta tentador centrarse únicamente en los síntomas depresivos y hacer el diagnóstico de trastorno depresivo mayor recurrente.

Sin embargo, suele resultar útil ampliar la búsqueda diagnóstica, lo que es especialmente cierto en los casos en que el curso sintomático o determinados síntomas son atípicos, o cuya respuesta al tratamiento es deficiente. La Sra. Kramer habla de una tía y un abuelo que estuvieron hospitalizados por presentar episodios de manía bipolar. Aunque los antecedentes familiares no forman parte de los criterios del DSM-5, su presencia clara debería conducir a examinar los diagnósticos situados dentro del espectro bipolar. Al ser preguntados de forma específica, la Sra. Kramer y su marido dicen que las depresiones están salpicadas de episodios de irritabilidad, habla apresurada y fuga de ideas. Además, describen episodios recurrentes de varios días que no guardan relación con la depresión y en los que la paciente se muestra muy distinta de su ser normal: duerme menos, es más eficaz y parece inusualmente feliz, contenta, acelerada y optimista.

La Sra. Kramer insiste en que los periodos de actividad apremiante no son iguales a los de su tía y su abuelo y, de hecho, sus síntomas no parecen alcanzar ni la intensidad ni la duración que son características de la manía bipolar. La mejor manera de describir los periodos de gran energía de la Sra. Kramer sería empleando el término *hipomanía*.

En el DSM-5, tanto la manía como la hipomanía requieren la presencia de al menos 3 de los siete síntomas asociados, aunque existen diferencias importantes. Una diferencia es el efecto de los síntomas: la manía requiere la presencia de considerable malestar o disfunción, mientras que en la hipomanía solo es necesario que los síntomas sean claramente percibidos por un observador. Los requisitos de duración también

difieren. La manía precisa que los síntomas duren 1 semana, mientras que en la hipomanía esto se reduce a 4 días. Si una persona hubiera cumplido los criterios de la manía en cualquier momento, el diagnóstico principal sería el de trastorno bipolar I. Si los criterios de la hipomanía se han cumplido en algún momento sin que haya habido nunca antecedentes de manía, el diagnóstico dependerá de si la persona tiene antecedentes de depresión mayor. Si los tiene, deberá diagnosticarse un trastorno bipolar II conforme al DSM-5. A diferencia de este, en el trastorno bipolar I deben explorarse los antecedentes de depresión, pero ello no forma parte del diagnóstico del DSM-5. Como se dijo en la introducción de este capítulo, en el llamado espectro bipolar se incluyen también categorías para las personas que no cumplen del todo los criterios de número o duración de los síntomas, o cuyos síntomas aparecieron dentro del contexto de una enfermedad orgánica o del consumo de algún medicamento o droga.

Dado que las personas casi nunca le piden a un psiquiatra que evalúe su «energía y entusiasmo inusuales», el diagnóstico del trastorno bipolar II depende casi siempre de un análisis atento de los antecedentes. En el caso de la Sra. Kramer, la paciente describe épocas en que necesitaba dormir menos y se volvía más locuaz, apresurada y productiva de lo habitual; esto cumpliría los criterios sintomáticos de la hipomanía. En cuanto a la duración de los síntomas, la mayoría de los episodios hipomaniacos de la Sra. Kramer duraron tan solo 2 o 3 días, lo que no cumpliría los criterios del trastorno bipolar II. Sin embargo, sí tuvo un episodio temprano que le duró 6 días. Una vez que ya ha habido un episodio hipomaniaco en un paciente con al menos un episodio depresivo en su historia, el diagnóstico adecuado es el de trastorno bipolar II, incluso si los siguientes episodios hipomaniacos quedan por debajo del umbral de 4 días estipulado.

Como se observa en la Sra. Kramer, los síntomas hipomaniacos suelen incluirse en la

depresión de los pacientes con trastorno bipolar II. En otras palabras, la hipomanía no siempre se acompaña de un ánimo «bueno» o «subido». Podría resultar útil, por ejemplo, averiguar si ha habido algún episodio de «depresión con más energía».

El trastorno bipolar II no es simplemente una versión atenuada del trastorno bipolar I. La mayoría de las personas con trastorno bipolar II tienen una comorbilidad que abarca la totalidad del DSM-5, destacando los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos de la personalidad y los trastornos de ansiedad. El suicidio es un riesgo muy serio que debe explorarse de forma explícita. Los episodios recurrentes y debilitantes de la Sra. Kramer son característicos. Además, el diagnóstico suele errarse. Como se observa en la situación de la Sra. Kramer, los periodos hipomaniacos pueden no ser problemáticos y a menudo suponen un alivio muy agradable de la depresión. No obstante, el diagnóstico exacto es importante para optimizar el tratamiento, que es necesario para mitigar el dolor y el sufrimiento que suelen acompañar al trastorno bipolar II.

Lecturas recomendadas

- Nusslock R, Frank E: Subthreshold bipolarity: diagnostic issues and challenges. *Bipolar Disord* 13(7-8):587-603, 2011.
- Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, et al: Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* 161(12):2222-2229, 2004.
- Suppes T, Mintz J, McElroy SL, et al: Mixed hypomania in 908 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Bipolar Treatment Network: a sex-specific phenomenon. *Arch Gen Psychiatry* 62(10):1089-1096, 2005.
- Wozniak J, Faraone SV, Martelon M, et al: Further evidence for robust familiarity of pediatric bipolar I disorder: results from a very large controlled family study of pediatric bipolar I disorder and a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 73(10):1328-1334, 2012.

CASO 3.5

Irritabilidad y tristeza

Robert L. Findling, M.D., M.B.A.

Rachel, una chica de 15 años, fue derivada para efectuarle una evaluación psiquiátrica por presentar desde hacía 1 año problemas en casa y en el colegio que iban de mal en peor. La madre dijo que su mayor preocupación era que «las medicinas de Rachel no sirven de nada». Rachel refirió que no tenía ninguna queja especial. En las reuniones con la paciente y su madre, tanto juntas como aparte, ambas dijeron que las notas de Rachel habían empeorado y pasado de sobresalientes y notables a meros suficientes, que había perdido a muchos de sus amigos de siempre y que los conflictos en casa habían aumentado hasta el punto de haberla llamado la madre «repugnante y mala».

Rachel vio a su primer psiquiatra a la edad de 7 años para evaluar si padecía un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) por presentar inquietud, impulsividad y distraibilidad. Después de que las intervenciones conductuales resultaran ineficaces, la paciente empezó a tomar medicación, basada en el metilfenidato, a los 8 años de edad. Se observó mejoría en el colegio, en la vida social y en casa. Durante los 6 años siguientes, a Rachel le fue bien; era «prácticamente igual que los demás niños mientras estuvo medicada».

Sin embargo, alrededor de los 14 años de edad, Rachel se volvió «tristona». En lugar de

ser una «adolescente jovial», pasaba días a solas, sin hablar apenas con nadie. Durante estos periodos de tristeza persistente dormía más de lo habitual, se quejaba de que sus amigos ya no la querían y parecía no interesarse por nada. En otros momentos era «el terror» de la casa, chillando con frecuencia a su hermana y sus padres, hasta el punto de «andar todos con pies de plomo». Más o menos por entonces, las notas de Rachel empezaron a empeorar y el pediatra le aumentó la dosis de su medicación para combatir el TDAH.

En los antecedentes familiares de Rachel cabe reseñar un padre que tenía «problemas de verdad». Aunque la madre no conocía el diagnóstico, lo habían tratado con litio. El padre había abandonado a la familia antes de que Rachel naciera y esta no lo había visto nunca.

Al explorar los periodos de irritabilidad, disforia y aislamiento social, el clínico preguntó si, en ocasiones, Rachel había estado especialmente contenta. La madre recordó varios periodos en los que la hija había estado «atolondrada» durante 1 o 2 semanas. Se reía de «cualquier cosa» y ayudaba con las tareas domésticas llena de entusiasmo, llegando a iniciarlas ella misma a veces. Como estas eran las «fases buenas», la madre creía que estos episodios no tenían mayor importancia.

Rachel no tenía problemas de salud. Dijo que no bebía alcohol, ni consumía drogas ni

tomaba otros medicamentos aparte de los prescritos para el TDAH.

En la exploración, con ella a solas, Rachel aparecía como una adolescente vestida de manera informal, coherente y resuelta. Tenía aspecto receloso y triste, con cierta constricción afectiva. No le gustaba cómo se sentía y explicó que estaba deprimida 1 semana, después bien, después «divertidísima» unos cuantos días y luego «con ganas de matar a alguien», como si alguien «me estuviera revolviendo por dentro». No sabía por qué se sentía así y odiaba no saber cómo estaría al día siguiente. Dijo no tener síntomas psicóticos, ni confusión, ni pensamientos suicidas. Estaba cognitivamente intacta.

Diagnóstico

- Trastorno ciclotímico.

Explicación

Rachel presenta rendimiento deficiente en el colegio, en casa y con los amigos desde hace al menos 1 año. Parece tener varios estados de ánimo distintos, durando cada uno de ellos al menos 1 semana. Puede estar irritable, retraída o atolondrada, estados todos ellos que parecen muy distintos a su ser natural. La madre cree que podría tratarse de una «simple etapa», pero la persistencia, recurrencia e intensidad de estos estados de ánimo ha empezado a influir en la vida de Rachel, por lo que la madre se ha preocupado.

Al tratar de formular el diagnóstico de Rachel, observamos que gran parte de la anamnesis parece estar filtrada por el punto de vista de la madre. Aunque útil, este tipo de relato tiende a resaltar el comportamiento, que es lo más observable por padres y profesores. Al evaluar a adolescentes es importante explorar cómo perciben ellos mismos sus estados de ánimo. Además, resulta útil distinguir los cambios de humor producidos como

reacción a sucesos externos de los episodios que tienden a ser espontáneos y episódicos. En el caso de Rachel, la entrevista aportó información importante. Por ejemplo, dejó claro que no le gustaban esas fluctuaciones del ánimo y negó que hubiera desencadenantes concretos.

Una complicación que aparece en la historia de Rachel es la presencia de síntomas relativamente inespecíficos. La irritabilidad, la disforia y la labilidad emocional forman parte de muchos trastornos psiquiátricos, especialmente durante la adolescencia, cuando muchos de ellos tienden a empezar. Además, es importante distinguir los estados de ánimo que son y no son de esperar dentro del proceso del desarrollo. No obstante, por lo que se conoce de los antecedentes de Rachel, lo más probable es que se trate de un trastorno del estado de ánimo.

El rasgo clínico más llamativo de Rachel es la fluctuación entre diversos estados emocionales. La paciente refiere 1 o 2 semanas de hipomanía seguidas de 1 o 2 semanas de tristeza, seguidas a su vez de un par de semanas de irritabilidad. Estos síntomas parecen compatibles con el trastorno ciclotímico del DSM-5, que requiere varios episodios de hipomanía y varios episodios de depresión subsindrómica durante un periodo de 2 años (de 1 año en los adolescentes como Rachel). Para cumplir los criterios, debe haber tenido síntomas durante al menos la mitad de ese tiempo, con una temporada asintomática de no más de 2 meses. Además, no debe haber cumplido nunca los criterios de la manía, de la depresión mayor y de los trastornos del espectro de la esquizofrenia. Aunque se puede contemplar como un cuadro que no alcanza la intensidad del trastorno bipolar I, el trastorno ciclotímico puede provocar malestar y disfunción considerables, y alterar drásticamente la trayectoria de la adolescencia.

Aunque los posibles diagnósticos diferenciales de Rachel son muy amplios, hay algunos que merecen especial mención. Proseguir con el examen podría conducir a un diagnóstico bipolar. El padre parece haber tenido un trastorno bipolar (tenía «problemas de verdad» y tomaba litio) y, aun siendo ciclotímica, Rachel tiene riesgo de acabar desarrollando un trastorno bipolar franco en el futuro.

Al ir cimentando una mayor alianza con Rachel, se podría llegar a evaluar mejor su personalidad. Por ejemplo, la ciclotimia suele ser comórbida con el trastorno límite de la personalidad. En el informe del caso no se menciona el sueño, pero los problemas del ciclo sueño-vigilia pueden fomentar la inestabilidad afectiva. Lo más probable en una joven de 15 años sea la posibilidad de un abuso de sustancias, pues muchas drogas pueden inducir síntomas anímicos por intoxicación o abstinencia. Rachel podría, con el tiempo, llegar a confesar que consume alguna droga, aunque también podría ser útil realizar un análisis toxicológico, que en el presente caso cabe considerar legítimamente formando parte de la

evaluación sistemática. Aunque el análisis solo diera positivo para su medicación del TDAH, los síntomas podrían hacer pensar que toma dosis excesivas algunos días y que otros no toma ninguna.

Lecturas recomendadas

- Akiskal HS, Downs J, Jordan P, et al: Affective disorders in referred children and younger siblings of manic-depressives: mode of onset and prospective course. *Arch Gen Psychiatry* 42(10):996-1003, 1985.
- Findling RL, Youngstrom EA, McNamara NK, et al: Early symptoms of mania and the role of parental risk. *Bipolar Disord* 7(6):623-634, 2005.
- Van Meter A, Youngstrom EA, Youngstrom JK, et al: Examining the validity of cyclothymic disorder in a youth sample. *J Affect Disord* 132(1-2):55-63, 2011.
- Van Meter A, Youngstrom EA, Demeter C, Findling RL: Examining the validity of cyclothymic disorder in a youth sample: replication and extension. *J Abnorm Child Psychol* 41(3):367-378, 2012.
- Van Meter AR, Youngstrom EA, Findling RL: Cyclothymic disorder: a critical review. *Clin Psychol Rev* 32(4):229-243, 2012 P.

CASO 3.6

¡Dios me ha curado!

Stephen J. Ferrando, M.D.

Sebastián López, un editor autónomo hispanoamericano de 27 años de edad, fue llevado a su clínica habitual para el VIH por su preocupada pareja masculina. Al entrar en la sala de espera de la consulta, anunció: «¡Dios me ha curado! ¡Ya puedo dejar los antirretrovirales!».

Mientras el Sr. López se movía nervioso en una silla, escribiendo furiosamente en un cuaderno amarillo, su pareja informaba de su historia reciente. Dijo que el paciente había estado bien hasta hacía más o menos 1 mes. Por entonces había comenzado un proyecto de edición más intensivo de lo normal. Al cabo de 10 días de dormir poco, el Sr. López estaba tenso y algo acelerado, y tenía una «mirada vidriosa». Aquella noche, ambos se fueron de fiesta a celebrar el final del nuevo proyecto. A pesar de varios años de reuniones de Narcóticos Anónimos y abstinencia de drogas, el Sr. López tomó un estimulante: metanfetamina cristalina. Con ansiedad aguda e ideas paranoides de que los estaban siguiendo, el Sr. López se bebió tres martinis y, aun así, no durmió esa noche. En los días siguientes, el paciente se volvió menos paranoide, pero estaba cada vez más distraído y hablaba cada vez más deprisa.

El proyecto de trabajo del Sr. López le fue devuelto con múltiples comentarios negativos y correcciones. Sin embargo, en lugar de centrarse en la edición, trasnochaba todos los días

resuelto a encontrar una cura para el VIH. Se insinuaba de forma impropia e hipersexual a otros hombres en el gimnasio, donde pasaba gran parte del día. Perdió al menos 2 kilos y pico después de decidir que debía tomar suplementos vitamínicos en lugar de alimentos y medicación antirretroviral. Se negó a acudir a Urgencias, pero finalmente accedió a ir a la cita que tenía en su clínica habitual para control del VIH con la idea de mostrarles a los médicos lo bien que estaba a pesar de llevar más de 1 mes sin tomar su medicación.

Los antecedentes psiquiátricos del Sr. López carecían de episodios previos de manía clara, aunque había estado deprimido de adolescente durante las primeras fases del proceso de salida del armario. Aquel episodio había estado marcado por una sobredosis intencionada y un ingreso psiquiátrico de 2 semanas con medicación antidepresiva y psicoterapia. Dejó la medicación porque hacía que se sintiera «subido y tenso» y abandonó la psicoterapia porque «carecía de sentido». Consumió frecuentemente metanfetamina durante varios años, lo que lo llevó a tener reiteradas relaciones sexuales sin protección con desconocidos.

Al Sr. López le diagnosticaron que estaba infectado por el VIH a la edad de 22 años, momento en el que acudió a un centro ambulatorio de rehabilitación para drogadictos y dejó de consumir estimulantes y alcohol. Su recuento

mínimo de linfocitos CD4 resultó ser de 216 células/mm³ a los 24 años de edad, momento en que tenía una viremia de 1,6 millones de copias. Al parecer, había tomado desde entonces debidamente su medicación antirretroviral. El recuento más reciente de linfocitos CD4, 6 meses antes de este episodio, fue de 526 células/mm³. La viremia resultó indetectable. Había notado cansancio, pero no había padecido ninguno de los cuadros definitorios del SIDA. Una resonancia magnética (RM) cerebral reveló atrofia cortical leve y una afectación de la sustancia blanca periventricular mayor de la esperable para su edad. Su pareja no sabía con certeza en qué momento había dejado el Sr. López de tomar los antirretrovirales, pero creía que podía haber sido hacía meses. Se preguntaba también si el Sr. López no habría «perdido capacidad» cognitiva durante el año anterior.

En los antecedentes familiares psiquiátricos del paciente destacaba una tía materna que había sido tratada con litio y varios ciclos de terapia electroconvulsiva, aunque el diagnóstico era desconocido.

Al hacer la exploración, el paciente, con aspecto de joven mal vestido, refirió de forma acelerada una serie inconexa de sucesos durante el mes anterior. Era difícil de manejar y se mostraba inusualmente irritable y despreciativo. Estaba obsesionado con que había descubierto la curación del VIH mediante complejos vitamínicos y ejercicio físico. Negó tener alucinaciones o ideación suicida u homicida. Se negó a someterse a las pruebas cognitivas y tanto la introspección como el juicio parecían deteriorados.

Diagnóstico

- Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a la infección por el VIH, con características maniacas.

Explicación

El Sr. López presenta muchos de los síntomas clásicos de la manía. Ha tenido un periodo deli-

mitado de ánimo elevado e irritable con aumento de la actividad deliberada. Estos síntomas han estado presentes todos los días, durante todo o casi todo el día, a lo largo de varias semanas. Presenta grandiosidad, menor necesidad de sueño, apremio de seguir hablando, mayor actividad intencional e hipersexualidad impulsiva. Estas conductas cumplen de sobra el requisito de los tres criterios sintomáticos entre los siete que define el DSM-5 para los episodios maniacos.

El diagnóstico de manía bipolar requiere también una evaluación de la etiología, atendiendo especialmente a los posibles efectos fisiológicos de los medicamentos o las enfermedades físicas. Esta evaluación es complicada en el caso del Sr. López.

Además de un síndrome maniaco clásico, el Sr. López tiene antecedentes personales de depresión y, durante un ciclo de medicación antidepressiva, se notó «subido y tenso». Esa respuesta a la medicación parece indicar una reacción maniaca o hipomaniaca, así como un mayor riesgo de trastorno bipolar. Además, la toma de litio por su tía supone probablemente la presencia de antecedentes familiares de trastorno bipolar. En ausencia de más comorbilidad, esta presentación merecería el diagnóstico de trastorno bipolar, manía, episodio aislado.

Sin embargo, este caso se ve complicado por dos procesos comórbidos importantes: el consumo de metanfetamina cristalina y la infección por el VIH. Las anfetaminas pueden inducir síntomas de psicosis paranoide y ánimo maniaco tanto en el contexto del consumo agudo como en el del crónico. En este caso, los síntomas del Sr. López parecen haber comenzado antes de que, al parecer, empezara a consumir el estimulante (estaba tenso y acelerado, y tenía la mirada vidriosa) y persistieron durante semanas después de su única dosis reciente de metanfetamina cristalina. Tiene antecedentes de abuso de metanfetamina cristalina durante varios años sin que apareciera manía, lo que podría descartar que la

anfetamina haya sido la causa principal de este episodio. Además, la manía inducida por estimulantes suele reducirse en 1-2 días, lo que encajaría mejor con la reacción paranoide aguda del Sr. López a la metanfetamina cristalina. Por otra parte, el Sr. López podría haber estado consumiendo metanfetamina cristalina a escondidas durante semanas o meses, o quizá tomara anfetaminas como ayuda para terminar su reciente proyecto editorial. Cualquiera de los dos estimulantes habría contribuido a la privación de sueño, que constituye tanto un desencadenante como un síntoma de la manía.

La infección por el VIH se asocia también al trastorno bipolar. Pueden aparecer síntomas maniacos en cualquier fase de la infección, aunque se observan sobre todo en el trastorno neurocognitivo tardío asociado al virus. Los síntomas pueden ser idénticos a los de la manía clásica, pero el trastorno neurocognitivo parece producir una irritabilidad especialmente notable y lentitud cognitiva. Resulta difícil medir el deterioro cognitivo en un paciente no cumplidor, especialmente si tiene manía, pero el Sr. López, al parecer, ha «perdido capacidad» el año anterior, está irritable y en la RM presenta los hallazgos inespecíficos que suelen encontrarse en los pacientes infectados por el VIH e inmunodeprimidos. Todo indica que el Sr. López lleva al menos 1 mes, posiblemente más, sin tomar su medicación antirretroviral

y que tampoco se ha analizado ni los linfocitos T ni la viremia recientemente.

Así pues, presuntamente, al Sr. López le correspondería, según el DSM-5, el diagnóstico de trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a la infección por el VIH, con características maniacas. Un análisis toxicológico podría aclarar si el Sr. López ha seguido consumiendo anfetaminas, mientras que una evaluación de la cifra de linfocitos T y la viremia determinaría el grado de inmunodepresión. Después de la estabilización psiquiátrica y la reanudación de la medicación antirretroviral, resultaría útil realizar un examen neuropsicológico para clarificar el grado de deterioro neurocognitivo.

Lecturas recomendadas

- Ferrando SJ, Loftus T: Mood disorders, delirium and other neurobehavioral symptoms and disorders in the HAART era, en *The Spectrum of Neuro-AIDS Disorders: Pathophysiology, Diagnosis and Treatment*. Editado por Goodkin K, Shephak P, Verma A. Washington, DC, American Society for Microbiology Press, 2009, pp 393-410.
- Ferrando SJ, Lyketsos CG: HIV-associated neurocognitive disorders, en *Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry*. Editado por Cohen MA, Gorman JM. New York, Oxford University Press, 2008, pp 109-120.
- Ferrando SJ, Nims C: HIV-associated mania treated with electroconvulsive therapy and highly-active antiretroviral therapy. *Psychosomatics* 47(2):170-174, 2006.

CASO 3.7

Extrañamente callado

Jessica Daniels, M.D.

Taaj Mustafa, un reciente licenciado universitario de 22 años de edad, fue llevado al servicio de urgencias (SU) por sus amigos a raíz de permanecer extrañamente callado después de haber estado desaparecido durante 3 días. Los amigos del Sr. Mustafa dijeron que le habían tratado hacía poco un cáncer testicular, pero que la última vez que lo habían visto, 4 noches atrás, había estado de buen humor. No había acudido a la reunión que tenían prevista al día siguiente y no había respondido a los correos electrónicos, ni a los mensajes, ni al teléfono. No sabían cómo contactar con sus padres u otros familiares, y no tenían nada más que contar.

En el SU, el Sr. Mustafa se relacionaba de forma rara con los demás, quedándose de pie, envarado, sin establecer contacto ocular con nadie, ni contestar a ninguna pregunta. Al cabo de unos 10 minutos, agarró de repente a una miembro del equipo por el brazo. Aunque no parecía tener propósito ni intención de hacer daño, se negó a soltarla y la mujer no pudo zafarse hasta que intervino un guardia de seguridad. En ese momento le administraron haloperidol y lorazepam por vía intramuscular. Durante la hora siguiente, las extremidades se pusieron rígidas y, mientras estaba acostado en una cama de hospital, levantó los brazos por encima de la cabeza con los codos doblados. Lo ingresaron en planta. Le efectua-

ron una tomografía computarizada (TC), un sistemático de sangre y una toxicología urinaria que no mostraron alteraciones, aparte de una elevación de la creatina-cinasa (CK) de 906 UI/L. Tenía una taquicardia de 110 latidos por minuto. No tenía fiebre y la presión arterial estaba dentro de los límites normales.

En la exploración, el Sr. Mustafa aparecía como un joven delgado echado en una cama, con la cabeza extrañamente fuera de la almohada. Subía y bajaba los brazos de forma rígida. El pelo le caía a mechones. Miraba fijamente al frente con poco parpadeo y sin establecer ningún contacto ocular. No estaba diaforético y no parecía sentir dolor. La exploración física reveló cierta resistencia inicial a la movilización de los brazos. Cuando el examinador movía cualquiera de los brazos a determinada posición, estos permanecían en esa postura. No había signos de mioclonía. Hablando con grandes latencias y una producción muy reducida, dijo que tenía miedo de morir. Mientras expresaba lentamente su ansiedad, el cuerpo permanecía envarado y rígido. Dijo no tener alucinaciones, ni auditivas ni visuales. Estaba totalmente despierto, alerta y bien orientado temporoespacialmente, pero no participó en ninguna otra prueba cognitiva.

El Sr. Mustafa permaneció sin cambios clínicos durante 3 días, con fluidoterapia intravenosa. No se le administró ningún psicofármaco. Además, ni los análisis clínicos, ni el

electroencefalograma (EEG), ni la resonancia magnética (RM) cerebral aportaron datos, y la CK iba en descenso después de haber alcanzado un máximo de 1100 UI/L. Al cuarto día de ingreso, el Sr. Mustafa recibió una dosis de prueba de 1 mg de lorazepam por vía intravenosa, que se repitió al cabo de 5 minutos. No se produjo sedación. El estado mental no cambió excepto por el habla, que se volvió más productiva tras la segunda dosis. Se instauró una pauta de lorazepam por vía intravenosa, en dosis de 1 mg cada 4-6 horas. Al cabo de 24 horas, la rigidez se había resuelto, el habla era fluida y acelerada, y el paciente se volvió hiperactivo y agitado. Recorría los pasillos de arriba abajo, seguía al personal de enfermería y trataba de salir del hospital. Les decía al personal, a los demás pacientes y a los visitantes que él era un gran artista y que se había curado el cáncer. La CPK se normalizó y la taquicardia se resolvió. No tenía fiebre.

Los padres del Sr. Mustafa llegaron a la ciudad el sexto día de ingreso. Refirieron que su único antecedente psiquiátrico había sido una depresión, que apareció al diagnosticarle el cáncer de testículo hacia 1 año. El Sr. Mustafa había estado tomando sertralina en dosis de 50 mg/día y había estado bien hasta 10 días antes del ingreso, cuando se enteró de que el cáncer testicular había recidivado con metástasis retroperitoneales. Recibió inmediatamente quimioterapia con cisplatino, etopósido y dexametasona. Después de la quimioterapia, el Sr. Mustafa les había dicho por teléfono a sus padres que estaba «excelente», pero después no había respondido a sus llamadas telefónicas ni a sus correos electrónicos. Esta no era una conducta del todo inusual en su hijo, que era «de pocas palabras», aunque se habían ido preocupando cada vez más y finalmente habían cogido el avión desde el otro extremo del país al no saber nada de él durante 10 días. Los padres también mencionaron

que el único antecedente familiar de interés era el de un tío materno con trastorno bipolar grave que había recibido tratamiento con terapia electroconvulsiva.

Diagnóstico

- Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por esteroides, con manía, grave, con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo y con características catatónicas.

Explicación

El Sr. Mustafa presenta una conducta obviamente desorganizada y anormal. Mantiene una postura rígida y extraña con flexibilidad cerea. Carece de respuestas verbales y motoras apropiadas (mutismo y estupor), mantiene una postura rígida y fija (catalepsia), y efectúa movimientos repetitivos o ritualizados (estereotipia). Los síntomas del Sr. Mustafa cumplen claramente los tres criterios psicomotores que, de los 12 definidos, requiere el DSM-5 para el diagnóstico de catatonía.

La catatonía se ha relacionado históricamente con la esquizofrenia, y un tercio de las personas esquizofrénicas presentan un episodio de síntomas catatónicos en algún momento de la vida. Sin embargo, hoy resulta obvio que la mayoría de los pacientes con catatonía tienen trastornos depresivos o bipolares. Además, hay otros pacientes que tienen síntomas catatónicos derivados de enfermedades físicas (p. ej., encefalitis hepática), en respuesta a medicamentos (síndrome neuroléptico maligno o SNM) o como reacción a alguna droga (p. ej., cocaína). La amplitud de las posibles etiologías es uno de los motivos importantes por los que, en el DSM-5, el término *catatonía* se usa normalmente como especificador, más que como nombre de un tipo de trastorno concreto.

Una vez detectada la catatonía y estabilizado el paciente, el siguiente paso clínico es diag-

nosticar la causa subyacente. Esta búsqueda es urgente, pues muchas de las causas de la catatonía son peligrosas para la vida. Además, la propia catatonía puede producir morbilidad grave e incluso la muerte por deshidratación, inmovilidad y lesiones autoinfligidas. Además, con independencia de la etiología, la catatonía puede progresar hacia la catatonía maligna, caracterizada por fiebre, inestabilidad vegetativa y tasas elevadas de mortalidad.

Los resultados normales del Sr. Mustafa tras la exploración neurológica y física general, la TC craneal, la RM cerebral y el EEG parecen descartar muchos de los episodios neurológicos agudos que pueden emular a la catatonía, como los ictus (que también causan mutismo acinético), las neoplasias malignas de sistema nervioso central y el síndrome de enclaustramiento. El Sr. Mustafa no tuvo fiebre, lo que hace improbable que sus síntomas estuvieran causados por una encefalitis infecciosa. El cribado toxicológico de la orina descartó la intoxicación aguda por cocaína y por fenciclidina. Otras causas orgánicas de catatonía se evaluaron y excluyeron mediante evaluaciones del tiroides, la glucosa, el VIH, el hemograma, la vitamina B₁₂, la función hepática, los anticuerpos lúpicos y un sistemático metabólico completo, todos ellos normales. En vista de sus antecedentes oncológicos, se pensó hacer un panel paraneoplásico, pero el paciente se recuperó antes de que se efectuara la punción lumbar.

El SNM es un problema grave. Descrito en el capítulo del DSM-5 «Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos», el SNM es una urgencia psiquiátrica que cursa con rigidez muscular, fiebre, inestabilidad vegetativa, alteraciones cognitivas y elevación de la CPK. El Sr. Mustafa se puso «rígido» después de que le administraran haloperidol en el SU, presentaba confusión y tenía elevada la CPK. Sin embargo, el Sr. Mustafa nunca tuvo fiebre y sus

constantes vitales permanecieron estables, excepción hecha de una taquicardia leve que se resolvió con lorazepam. La elevación de la CPK se debía probablemente a la agitación reciente y a la rigidez, y no llegó a alcanzar los niveles altísimos que acompañan al SNM. Mientras que el SNM se asocia al uso de antipsicóticos, el síndrome serotoninico se asocia a los antidepresivos del grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. Aunque el Sr. Mustafa toma sertralina y podría haber ingerido una sobredosis, carece del mioclonos y los síntomas digestivos típicos.

Sin anomalías físicas ni neurológicas evidentes, parece que la causa más probable de la catatonía ha de ser psiquiátrica. Aunque apenas podía hablar, el Sr. Mustafa sí dijo que tenía miedo de morir y que le preocupaba que estuviera a punto de morir o que ya estuviera muerto.

La ansiedad extrema es la experiencia afectiva más frecuente de los pacientes catatónicos, hasta el punto de que la catatonía se contempla a veces como una respuesta de inmovilidad («congelación») completa. Esta experiencia afectiva, sin embargo, no señala hacia el cuadro psiquiátrico de base y, dada la típica incapacidad comunicativa del paciente, el diagnóstico correcto suele retrasarse hasta que la catatonía se soluciona.

El diagnóstico y el tratamiento suelen ser simultáneos gracias al lorazepam intravenoso en dosis bajas.

A diferencia de la mayoría de los demás pacientes, las personas con catatonía suelen parecer más despiertas y alertas tras la administración de benzodiacepinas. El mutismo y el estupor del Sr. Mustafa parecen haber mejorado sutilmente enseguida, y de forma importante al cabo de 24 horas. Al mejorar la catatonía, la manía subyacente se hizo más evidente. Además, los padres aportaron valiosos antecedentes colaterales que esclarecieron que aquel episodio maniaco probable-

mente lo había desencadenado una pauta de quimioterapia de base esteroidea.

Lecturas recomendadas

Daniels J: Catatonia: clinical aspects and neurobiological correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 21(4):371-380, 2009.

Fink M: Rediscovering catatonia: the biography of a treatable syndrome. *Acta Psychiatr Scand Suppl* (441):1-47, 2013.

Smith JH, Smith VD, Philbrick KL, Kumar N: Catatonic disorder due to a general medical or psychiatric condition. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 24(2):198-207, 2012.

CASO 3.8

Cambio en el posparto

Ian Jones, M.R.C. Psych., Ph.D.

Ursula Norman, enfermera de 32 años de edad, fue llevada a un servicio de urgencias 6 días después de dar a luz. Su marido explicó que se había estado comportando de manera muy extraña y que estaba convencida de que había asfixiado y matado al bebé.

El marido refirió que, después de un embarazo normal y un parto sin complicaciones, la Sra. Norman se había ido felizmente a casa con su primer hijo. Sin embargo, al tercer día después del parto, el estado de ánimo y el efecto comenzaron a oscilar rápidamente entre la euforia y el llanto. Se volvió irritable y ansiosa. Dormía solo 1 hora por las noches, incluso cuando el bebé estaba dormido. El comportamiento se hizo cada vez más raro, con hiperactividad y agitación. Hablaba deprisa y se iba por las ramas. Aunque no había sido previamente una persona religiosa, ahora estaba convencida de que Dios hablaba a través de ella y

de que tenía poderes especiales capaces de resolver los problemas del mundo. Le dijo a su marido que podía identificar a las personas malas mirándolas a los ojos, y empezó a estar preocupada porque estaba rodeada de gente malvada, incluida su propia madre. Lo que más la perturbaba era que, siempre que no tenía a su hijo a la vista, acababa totalmente convencida de que lo había asfixiado, sin que nadie pudiera persuadirla de lo contrario.

La Sra. Norman tenía antecedentes de tres episodios de depresión mayor en la adolescencia y a los veintipocos años. Estos episodios se habían resuelto con psicoterapia y medicación antidepresiva. Había tenido también un ingreso psiquiátrico por manía 3 años antes del nacimiento de su hijo, después de haber volado de Asia a Europa. Concluido el tratamiento con antipsicóticos, estuvo deprimida varios meses. Aunque en aquel momen-

to se contempló el diagnóstico de trastorno bipolar, era reacia a aceptar aquella etiqueta, atribuyendo el suceso al estrés y al desfase horario. Había dejado la medicación psiquiátrica para poder quedarse embarazada.

La madre de la Sra. Norman había ingresado también en un hospital psiquiátrico poco después del nacimiento del primer hijo. No se hablaba del asunto en la familia y había pocos datos más. No tenía otros antecedentes familiares de interés.

Hasta justo antes del parto, la Sra. Norman había ejercido de enfermera a pleno rendimiento en una unidad renal. El marido era director de un equipo de ventas y ambos vivían en cómodas circunstancias sociales. Carecía de antecedentes de consumo de drogas y, antes del embarazo, solo bebía 2 o 3 unidades de alcohol por semana.

Al explorar su estado mental, la Sra. Norman paseaba por la habitación, aparentemente incapaz de estar sentada más de unos pocos instantes. Presentaba distraibilidad, locuacidad y fuga de ideas. El afecto era lábil. A ratos parecía felizmente eufórica. En otros momentos aparecía llorosa y podía irritarse enseguida cuando no se sentía entendida. Estaba claro que tenía una serie de creencias delirantes, pero no estaba dispuesta a hablar de la mayoría de ellas con el examinador. Insistía en que ya había matado a su propio hijo, lo que la hacía llorar varios minutos para recobrar, al poco, una euforia tensa. Negó que tuviera intención de dañarse o de dañar a otros. Parecía poco atenta y con escasa concentración, pero no quiso realizar pruebas cognitivas formales. Los resultados de la exploración física y de los análisis clínicos estaban dentro de los límites normales.

Diagnóstico

- Trastorno bipolar I, episodio maniaco actual, grave, con características psicóticas, con inicio en el periparto.

Explicación

La Sra. Norman presenta fuga de ideas, habla acelerada, distraibilidad, agitación, labilidad, sueño muy deficiente, hiperreligiosidad inusitada, delirios acerca de sus amigos y familiares, y la creencia falsa pero fija de que ha matado a su hijo. Posee antecedentes de varios episodios de depresión mayor y una hospitalización psiquiátrica por manía. Todo ello la hace merecedora del diagnóstico de trastorno bipolar I, grave, con características psicóticas, del DSM-5.

La Sra. Norman presenta también claramente un episodio de lo que tradicionalmente se ha dado en llamar psicosis posparto: el inicio brusco de una psicosis afectiva al principio del periodo posterior al parto. Varios de los rasgos de su presentación son típicos de la psicosis posparto. El comienzo se produce normalmente en las primeras fases del periodo posparto, normalmente en la primera semana. Los episodios de psicosis posparto normalmente aparecen con rapidez y pueden avanzar deprisa hacia una psicosis grave y florida. Como ocurre en este caso, los episodios suelen tener una presentación «caleidoscópica»: por ejemplo, con pensamientos delirantes que cambian con frecuencia en lugar de hacerse fijos y sistematizarse. Debido a estas características, la psicosis posparto es una auténtica urgencia psiquiátrica que normalmente precisa hospitalización. Es esencial evaluar exhaustivamente los riesgos tanto de suicidio como de agresión al bebé.

El embarazo genera un episodio grave después del parto en 1 de cada 1.000 gestaciones, pero hay algunas mujeres cuyo riesgo es considerablemente mayor. Por ejemplo, las mujeres con trastorno bipolar presentan episodios posparto graves en alrededor de 1 de cada 4 gestaciones. En las mujeres con antecedentes de psicosis posparto, el riesgo en embarazos posteriores es mayor del 50 %.

Se debe identificar a las mujeres con riesgo alto de sufrir un episodio posparto grave du-

rante el periodo antenatal. Con sus antecedentes de trastorno bipolar y su probable historia familiar de psicosis posparto, la Sra. Norman tenía un riesgo muy elevado a pesar de haber estado bien durante varios años. Con estos antecedentes, se la debería haber vigilado atentamente durante todo el embarazo y después del parto. Cuando se recupere, será importante hablar con ella y su pareja para planificar las gestaciones futuras. Este caso ilustra también que los episodios posparto graves pueden aparecer de repente en mujeres que han llevado muy bien su embarazo y que carecen de factores psicosociales predisponentes.

Es obvio que la Sra. Norman tiene no solo un episodio, sino un diagnóstico vitalicio de trastorno bipolar. Sin embargo, en muchos casos, especialmente cuando la psicosis posparto es el primer episodio, el diagnóstico puede ser más dudoso. La aparición precoz de un episodio posparto grave debe hacer sospechar un diagnóstico de bipolaridad, incluso en ausencia de antecedentes psiquiátricos.

El diagnóstico específico de psicosis posparto no está contemplado en el DSM-5 pero, al igual que ocurre con la depresión posparto, el término siguen empleándolo los clínicos, las propias mujeres y los grupos sociales interesados (p. ej., *Action on Postpartum Psychosis*: www.app-network.org). En su lugar, el DSM-5

propone el uso de un especificador descriptivo: «con inicio en el periparto».

Existen varios motivos por los que señalar el contexto perinatal de los episodios es importante. En primer lugar, el recién nacido es una consideración de peso que puede afectar a las decisiones relativas al tratamiento (p. ej., a la hospitalización). En segundo lugar, el episodio posparto grave tiene serias consecuencias para los embarazos futuros. Y en tercer lugar, la íntima relación entre los episodios posparto graves y el trastorno bipolar debería conducir a evaluar los antecedentes de bipolaridad e informar el futuro tratamiento psiquiátrico.

Lecturas recomendadas

- Di Florio A, Forty L, Gordon-Smith K, et al: Perinatal episodes across the mood disorder spectrum. *JAMA Psychiatry* 70(2):168–175, 2013.
- Jones I, Heron J, Blackmore ER, et al: Puerperal psychosis, en *Oxford Textbook of Women and Mental Health*. Editado por Kohen D. Oxford, UK, Oxford University Press, 2010, pp 179–186.
- Munk-Olsen T, Laursen T, Pedersen CB, et al: New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 296(21):2582–2589, 2006.
- Munk-Olsen T, Laursen TM, Meltzer-Brody S, et al: Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 69(4):428–434, 2012.

CASO 3.9

Ansiedad

Holly A. Swartz, M.D.

Victoria Owens, una organizadora de eventos de 58 años de edad, pidió cita a un psiquiatra para que la ayudara a controlar la ansiedad. La Sra. Owens acudió a la cita bien vestida y un poco agitada. Hablando a ritmo normal, explicó que sus síntomas depresivos habían comenzado 2 años antes, al iniciar los trámites de divorcio de su cuarto marido. Refirió haber tenido poco ánimo, preocupación incapacitante sobre el futuro y mala concentración. Estos síntomas empeoraron, apareciendo anhedonia, falta de energía, hipersomnia con sueño interrumpido, ideación suicida pasiva y mayor apetito con ansia de carbohidratos. Dejó de trabajar como organizadora de eventos y empezó a pasar casi todo el día en la cama.

La Sra. Owens acudió inicialmente a un homeópata en busca de tratamiento, y este le recetó varios remedios que no le sirvieron de nada. Finalmente acudió a su internista, quien le prescribió alprazolam en dosis de 0,25 mg tres veces al día en caso necesario. Esta medicación redujo sus preocupaciones, pero tuvo poco efecto sobre su estado de ánimo. Entonces le prescribió sertralina, 50 mg/día, subiendo después la dosis hasta 200 mg/día. En los 2 meses siguientes, el sueño mejoró y la Sra. Owens dejó de tener pensamientos de suicidio. Sin embargo, se volvió más ansiosa, irritable, agitada y activa, y observó que los

pensamientos iban y venían con rapidez. Dijo no haber tenido ni impulsividad ni síntomas psicóticos.

La Sra. Owens tenía una larga historia de episodios depresivos similares. El primero de estos episodios se había producido en la universidad, había durado varios meses y no se había tratado.

Al preguntarle concretamente, describió múltiples periodos de su vida en los que había tenido un ánimo moderadamente subido, pensamientos rápidos y mayor energía. Parecía que muchos de sus logros importantes en la vida se habían producido durante estos periodos. Por ejemplo, siendo una joven madre soltera, recién divorciada y sin empleo, aceptó organizar una despedida de soltera para su mejor amiga. Leyó atentamente revistas de novias y de artesanía, resuelta a crear una fiesta fabulosa con un presupuesto mínimo. Se sumió totalmente en el proyecto, teniendo abundancia de energía e ideas. La despedida fue un gran éxito y supuso el comienzo de la carrera de la Sra. Owens como organizadora de eventos. Escondía sus cambios de humor ante clientes y colegas, aprovechando sus estados de ánimo elevado para proyectar una «imagen» de gran energía, y después se retraía y evitaba trabajar cuando el ánimo se venía abajo. Se volvía también más irritable durante esos periodos de gran energía, y creía que todos sus

matrimonios habían comenzado y concluido por su tendencia a «ponerse sensible» cuando estaba con el ánimo arriba. Aunque estos periodos podían durar muchas semanas, no presentaba alteraciones del sueño, ni incurría en conductas de riesgo, ni hablaba de prisa, ni presentaba grandiosidad, y la paciente no veía que supusieran ningún problema.

La Sra. Owens refirió también que había bebido mucho con cuarenta y tantos años pero que ahora apenas lo hacía. Dijo que nunca había intentado suicidarse y que no había pasado jamás por una hospitalización psiquiátrica. A su madre la habían tratado por depresión con sertralina y a su hermano por trastorno bipolar con litio.

Diagnóstico

- Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado.

Explicación

La Sra. Owens tiene antecedentes de episodios depresivos recurrentes acompañados de múltiples episodios de gran energía y ánimo elevado que cumplen los criterios de duración de la hipomanía (> 4 días), pero que no están caracterizados por síntomas suficientes como para cumplir los criterios sindrómicos plenos del episodio hipomaniaco. Admite tener ánimo elevado y gran energía en estos episodios, pero solo dos de los siete síntomas del criterio B: pensamientos acelerados y mayor actividad deliberada. Como es típico de las personas con trastorno bipolar subumbral, la Sra. Owens experimenta estos episodios de forma egosintónica y no los refiere espontáneamente. No debe sorprender que los episodios hipomaniacos subumbrales se pasen fácilmente por alto, a menos que el entrevistador los sonsaque cuidadosamente.

El trastorno depresivo mayor también debería incluirse en el diagnóstico diferencial. La Sra. Owens acudió inicialmente a su internista

con los síntomas clásicos de la depresión. En vista de su historial de episodios depresivos múltiples y de la falta de quejas espontáneas referentes a la hipomanía, su médico de atención primaria probablemente supuso que la Sra. Owens tenía un trastorno depresivo mayor y la trató con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). Sin embargo, el ISRS precipitó un estado mixto consistente en ánimo irritable y ansioso, pensamientos rápidos y mayor energía. Cuando los pacientes deprimidos, como la Sra. Owens, desarrollan síntomas mixtos, maniacos o hipomaniacos después de tomar antidepresivos, se debe plantear un posible diagnóstico de bipolaridad. El estado mixto de la Sra. Owens durante la toma del ISRS no basta para hacer el diagnóstico de trastorno bipolar, pero representa, sin duda, una señal de alarma. Los antecedentes familiares de trastorno bipolar (en este caso, un hermano tratado con litio) aumentan aún más las probabilidades de que la paciente padezca alguna forma de trastorno bipolar. Aunque el trastorno del ánimo más frecuente entre los familiares de primer grado de las personas con trastorno bipolar es el trastorno depresivo mayor, tener un pariente con trastorno bipolar aumenta desde luego el riesgo de que ellas también lo tengan.

El cuadro clínico de la Sra. Owens es complicado a pesar de que los rasgos son compatibles con el trastorno bipolar. Además de los síntomas hipomaniacos subumbrales, también refiere antecedentes de relaciones inestables, labilidad emocional, abuso de sustancias y ansiedad. El trastorno bipolar y los trastornos de la personalidad —especialmente el trastorno límite de la personalidad— suelen coexistir y pueden resultar difíciles de separar debido a las características clínicas que comparten. Por ejemplo, tanto el trastorno bipolar como el trastorno límite de la personalidad se caracterizan por niveles elevados de comportamiento impulsivo, labilidad emocional e irritabilidad.

En el caso de la Sra. Owens, la labilidad y la irritabilidad parecen limitarse a los episodios afectivos, lo que indica que serían secundarios a un trastorno del estado de ánimo más que a problemas generalizados de la regulación del afecto. Sin embargo, no puede descartarse la comorbilidad del trastorno del ánimo con un trastorno de la personalidad.

Hasta en un tercio de los pacientes con trastorno bipolar se diagnostican también trastornos de ansiedad comórbidos, que a su vez se asocian a evoluciones psiquiátricas peores. El trastorno bipolar suele diagnosticarse erróneamente como un trastorno de ansiedad, quizá por lo elevado de los índices de comorbilidad. Igualmente, los trastornos por consumo de sustancias y los bipolares coexis-

ten con mucha frecuencia. Se precisa explorar más a fondo para determinar si existen cuadros comórbidos, y son muchas las probabilidades de que la Sra. Owens padezca más de un trastorno psiquiátrico.

Lecturas recomendadas

Deltito J, Martin L, Riefkohl J, et al: Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? *J Affect Disord* 67(1-3):221-228, 2001.

Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK: «Cade's disease» and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry* 47(2):125-134, 2002.

Merikangas KR, Jin R, He JP, et al: Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Arch Gen Psychiatry* 68(3):241-251, 2011.

Trastornos depresivos

INTRODUCCIÓN

John W. Barnhill, M.D.

Depresión es una de las palabras más usadas de la psiquiatría y, además, una de las más ambiguas. Como síntoma puede significar tristeza, pero como diagnóstico puede aplicarse a personas que no refieran sentirse tristes. El ánimo depresivo es una experiencia humana normal y frecuente, pero también puede reflejar una dolencia gravemente debilitante, dolorosa y potencialmente mortal. La depresión puede presentarse de muchas maneras, con gran número de posibles procesos comórbidos, desencadenantes y síntomas claramente asociados.

El DSM-5 hace uso de los datos disponibles para afinar las diversas categorías diagnósticas. Por ejemplo, aunque el trastorno bipolar se ha considerado históricamente una «depresión maniaca» y, por tanto, un subtipo de depresión, se ha visto cada vez más claramente que, aunque los trastornos depresivos y bipolares tienen similitudes, también poseen considerables dife-

rencias en términos de presentación clínica, antecedentes familiares, curso longitudinal y tratamiento. Por estos motivos, el trastorno bipolar se ha mudado en el DSM-5 a su propio capítulo. Sin embargo, sigue existiendo superposición, y los capítulos dedicados a los trastornos depresivos y bipolares tratan pormenorizadamente de distinguir las diferencias, a veces sutiles, entre estos diagnósticos.

El trastorno depresivo mayor sigue siendo el arquetipo de la depresión, y sus criterios diagnósticos se mantienen en lo esencial sin cambios en el DSM-5. El diagnóstico sigue dependiendo de la evaluación de la presentación clínica (cinco de nueve síntomas), la historia (persistencia mayor de 2 semanas) y la relevancia (malestar o deterioro significativo). Para subdividir aún más esta amplia categoría, el DSM-5 aporta especificadores que distinguen el episodio basándose en su gravedad y recurrencia, además de

en la presencia de factores tales como la melancolía, los rasgos psicóticos y la catatonía. Un cambio especialmente útil del DSM-5 es la desvinculación entre psicosis y gravedad, de forma que el clínico pueda describir exactamente a aquellas personas cuyos síntomas depresivos sean, digamos, moderados pero que además presenten psicosis.

El capítulo de los trastornos depresivos contiene también varios cambios que han sido objeto de gran escrutinio. La exclusión del luto ha sido quizá el más debatido. Es un hecho conocido que el luto por la muerte de un ser querido es una reacción humana normal, y en el DSM-IV se decía que era necesario un periodo de duelo de al menos 2 meses para poder realizar generalmente un diagnóstico de depresión mayor. Sin embargo, los datos indican que la gran mayoría de las personas en duelo no acaban presentando síntomas de depresión mayor.

En otras palabras, la depresión mayor que surge en el seno del luto no es una reacción «normal». El sufrimiento que ocasiona la depresión mayor tiende, por ejemplo, a producir más sentimientos de culpa, inutilidad y suicidio, siendo el declive funcional más pronunciado. Además, las personas que acaban con síntomas de depresión mayor poco después de la muerte de un ser querido tienen tasas elevadas de depresión entre sus antecedentes personales y familiares, tienden a tener peor pronóstico y tienden también a responder a los antidepresivos. En otras palabras, las personas que desarrollan todas las características de una depresión mayor tras la muerte de un ser querido se parecen a las personas que desarrollan una depresión mayor después de cualquier otro factor estresante grave y merecen el mismo grado de atención clínica.

Al igual que el duelo es una reacción normal ante una pérdida, las rabietas también son normales durante la infancia. Sin embargo, existen niños con una tolerancia a la frustración tan

baja y un descontrol conductual tan acusado que trascienden los propios de la experiencia humana normal; su desregulación afectiva no solo resulta desoladora para sus padres, profesores y compañeros de clase, sino que también perturba a los propios niños afectados y amenaza con hacer descarrilar el desarrollo normal.

Un segundo cambio del DSM-5 es que a estos niños los clasifica en el apartado del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA). La controversia que genera el TDDEA comprende dos facciones. A la primera le preocupa que el DSM-5 pueda convertir en patológica la experiencia normal de la infancia. La segunda considera que esta conducta se describiría con más precisión formando parte del espectro de trastornos bipolares. Sin embargo, los datos indican que el TDDEA describe a un grupo de niños prepúberes significativamente afectados y disfuncionales que corren el riesgo de padecer problemas durante toda la vida. Además, parece que el TDDEA no es simplemente una forma infantil del trastorno bipolar. De hecho, es mucho más probable que el TDDEA se convierta en un trastorno depresivo o de ansiedad al llegar la edad adulta, en lugar de en un trastorno bipolar.

Un tercer cambio es el paso del trastorno disfórico premenstrual (TDPM) del apéndice al texto principal del DSM-5. Así como el TDDEA no hace referencia a las «rabietas» habituales que cabe esperar, el TDPM no describe los síntomas leves y transitorios que normalmente constituyen el «síndrome premenstrual». Por el contrario, el TDPM describe una sólida agrupación de síntomas que son causa de debilidad y malestar significativos y persistentes.

Existe preocupación por que estos tres cambios puedan patologizar la experiencia normal del ser humano y, en segunda instancia, desembocar en un uso excesivo de la medicación psiquiátrica. Sin duda, el campo de la psiquiatría debe reconocer tanto las limita-

ciones de los datos actuales como la presencia de fuerzas externas que podrían tratar de influir en él en propio interés. Al mismo tiempo, los datos sí indican que estos tres diagnósticos reflejan tres grupos de personas que sufren y presentan disfunciones notables. También resulta cierto que las personas que cumplen estos criterios ya acuden al psiquiatra y que el desarrollo de criterios diagnósticos rigurosos permite realizar estudios replicables de las intervenciones biopsicosociales más eficaces.

Lecturas recomendadas

Keller MB, Coryell WH, Endicott J, et al (eds): Clinical Guide to Depression and Bipolar Disorder: Findings From the Collaborative Depression Study. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2013.

Kramer P: Against Depression. New York, Penguin, 2006.

Maj M: Clinical judgment and the DSM-5 diagnosis of major depression. World Psychiatry 12(2):89-91, 2013. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3683250>. Último acceso el 29 de agosto de 2013.

CASO 4.1

Temperamental e irritable

William C. Wood, M.D.

Wyatt es un chico de 12 años que su psiquiatra deriva a un programa de hospitalización parcial para adolescentes a causa de conflictos repetidos que tienen asustados tanto a los compañeros de clase como a la familia.

Según los padres, Wyatt se mostraba normalmente temperamental e irritable, con episodios frecuentes en los que parecía un «monstruo rabioso». Ponerle límites se había vuelto casi imposible. Hacía muy poco, Wyatt había roto la puerta de un armario para coger un videojuego que le habían retirado para que hiciera los deberes escolares. En el colegio, Wyatt era famoso por enfadarse a la mínima, y lo ha-

bían expulsado recientemente por pegarle a otro chico un puñetazo en la cara después de haber perdido una partida de ajedrez.

Wyatt había sido un niño extremadamente activo que corría «a todas horas». Era también un «chaval sensible», siempre preocupado por que las cosas pudieran salir mal. Su tolerancia a la frustración había sido siempre menor que la de otros niños de su edad, y los padres dejaron de llevarlo de compras porque se alteraba cada vez que no le compraban todos los juguetes que deseaba.

Los informes escolares indicaban nerviosismo, atención errática e impulsividad.

Cuando Wyatt tenía 10 años, un psiquiatra infantil le diagnosticó un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) de tipo combinado. Wyatt fue derivado a un terapeuta de conducta y empezó a tomar metilfenidato, mejorando con ello los síntomas. En cuarto grado, el mal humor se hizo más acusado y persistente. Se mostraba en general arisco, quejándose de que la vida era «injusta». Wyatt y sus padres empezaron a tener luchas diarias con los límites: discutían durante el desayuno porque no se preparaba a tiempo para acudir al colegio y, después, por la tarde, en relación con los deberes, los videojuegos y la hora de dormir. En estas discusiones, Wyatt solía gritar y tirar los objetos que tenía a mano. Al llegar a sexto grado, los padres estaban hartos y sus hermanos huían de él.

Según los padres, Wyatt no tenía problemas de apetito ni de sueño, aunque la hora de acostarse siempre fuera motivo de disputa. Parecía disfrutar con sus actividades habituales, su nivel de energía era bueno y carecía de antecedentes de euforia, grandiosidad o menor necesidad de dormir durante más de un día. Aunque lo describían como «malhumorado, aislado y solitario», los padres no lo veían deprimido. Dijeron que no había antecedentes de alucinaciones, maltrato, traumas, suicidalidad, homicidalidad, deseos autolesivos o deseos premeditados de dañar a otros. Él y los padres refirieron que nunca había tomado alcohol ni drogas. Los antecedentes personales carecían de datos reseñables. En los antecedentes familiares destacaba la presencia de ansiedad y depresión en el padre, alcoholismo en los abuelos paternos y un posible TDAH sin tratar en la madre.

Durante la entrevista, Wyatt aparecía levemente ansioso pero fácil de abordar. Se removía en la silla, adelante y atrás. Al hablar de sus rabietas y agresiones físicas, Wyatt dijo: «Es como si no pudiera evitarlo. No quiero

hacer esas cosas pero, cuando me enfado, no lo pienso. Es como si la mente se quedara en blanco». Al preguntarle qué sentía al tener ataques de ira, Wyatt se puso triste y serio: «Odio ponerme así». Si pudiera cambiar tres cosas en su vida, contestó Wyatt, «tendría más amigos, sacaría mejores notas en el colegio y dejaría de ponerme tan furioso».

Diagnósticos

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, presentación combinada.

Explicación

El psiquiatra de Wyatt lo ha derivado a un programa de hospitalización parcial para adolescentes por presentar irritabilidad persistente e intensas rabietas recurrentes.

Al evaluar a este muchacho de 12 años de edad, sería importante atender a la calidad, intensidad, frecuencia y duración de sus estallidos. ¿Se encuentran fuera de los límites que presentan los niños con «desarrollo normal»? ¿Qué los provoca? ¿Se producen las rabietas en casa, en el colegio, con otros niños o en más de un contexto? ¿Cómo afectan a la vida del menor? ¿Cuál es el estado de ánimo habitual del chico entre un estallido y otro? ¿Reflejan estos ataques de ira falta de control sobre las reacciones emocionales o son conductas premeditadas para conseguir un fin? ¿A qué edad empezaron estas rabietas emocionales o conductuales? ¿Se producen en presencia de los correspondientes síntomas neurovegetativos de la depresión? ¿Ha tenido el muchacho alguna vez síntomas de tipo maniaco, como grandiosidad, menor necesidad de sueño, habla apresurada o pensamiento acelerado? En tal caso, ¿han persistido estos síntomas el tiempo suficiente que exigen los criterios del

episodio maniaco? ¿Abusa de alguna sustancia? ¿Ha tenido alguna vez síntomas psicóticos, como paranoia, delirios o alucinaciones de algún tipo?

En el caso de Wyatt, la intensa irritabilidad parece persistente, mientras que los estallidos tienden a ser extremos e incongruentes con su grado de desarrollo global. Interfieren claramente con todos los aspectos de su vida. No parece controlar su comportamiento, y ni la irritabilidad ni las rabietas le aportan nada positivo; de hecho, las tres cosas que afirma que más le gustaría cambiar se refieren concretamente al síntoma («dejaría de ponerme tan furioso») o a sus consecuencias («tendría más amigos y sacaría mejores notas en el colegio»). Estos síntomas han ido a peor desde primaria. No presenta síntomas neurovegetativos prominentes de carácter depresivo, ni antecedentes de manía, psicosis o abuso de sustancias. Por consiguiente, cumple los criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA), un nuevo diagnóstico del DSM-5 que se incluye entre los trastornos depresivos.

El rasgo cardinal del TDDEA es una irritabilidad crónica, intensa y persistente que es incongruente con la fase de desarrollo en que se encuentra el menor y que produce un deterioro significativo. El DSM-5 define este rasgo cardinal mediante dos manifestaciones clínicas prominentes: accesos de cólera frecuentes e intensos (verbales o conductuales), y presencia de un estado de ánimo persistentemente irritable o irascible entre dichos accesos.

Aunque algunos síntomas del TDDEA pueden solaparse con los de otros diagnósticos, este trastorno parece representar a todo un grupo de jóvenes con perfiles sintomáticos que difieren de los de esos otros diagnósticos del DSM-5 y que trascienden las «rabietas» propias de la edad. Por ejemplo, el trastorno bipolar también puede ocasionar conflictos interpersonales e irritabilidad. Sin embargo, los

niños y adolescentes con TDDEA no presentan los demás síntomas nucleares de la manía, como la menor necesidad de sueño, el habla apresurada, los ciclos anímicos y los pensamientos acelerados que persisten varios días seguidos. Los trastornos disruptivos de la conducta, como el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente y el trastorno de conducta, difieren del TDDEA en que carecen de la irritabilidad intensa que persiste entre los estallidos de cólera.

Según lo define el DSM-5, el TDDEA no puede coexistir con el trastorno bipolar, ni con el trastorno negativista desafiante, ni con el trastorno explosivo intermitente. Si el paciente ha tenido alguna vez un episodio maniaco, el diagnóstico de trastorno bipolar sustituye al de TDDEA. Si el paciente cumple los criterios del trastorno explosivo intermitente o el trastorno negativista desafiante y también los del TDDEA, se debe diagnosticar este último.

El TDDEA puede concurrir con otros diagnósticos diversos. Por ejemplo, Wyatt presenta problemas de atención y de ansiedad de larga evolución. Cuando estaba en primaria le diagnosticaron un TDAH de tipo combinado, lo que indica que cumplía la mayoría de los criterios de las dos categorías del TDAH: inatención e hiperactividad/impulsividad. Wyatt también está siempre preocupado de forma crónica. Aunque esto no se explora a fondo en la historia, bien podría cumplir los requisitos de un trastorno de ansiedad.

Será necesario hacer un seguimiento longitudinal de Wyatt. El objetivo, desde luego, es efectuar la evaluación diagnóstica y el plan de tratamiento con la mayor parquedad, aunque esto podrá cambiar según evolucione el desarrollo global de Wyatt. Como adolescente con un diagnóstico de TDDEA, seguirá corriendo el riesgo de presentar otros cuadros psiquiátricos concurrentes, como trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y por consumo de sustancias.

Lecturas recomendadas

- Axelson D, Findling RL, Fristad MA, et al: Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms study. *J Clin Psychiatry* 73(10):1342–1350, 2012.
- Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H: Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry* 170(2):173–179, 2013.
- Leibenluft E: Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar

disorder in youths. *Am J Psychiatry* 168(2):129–142, 2011.

- Margulies DM, Weintraub S, Basile J, et al: Will disruptive mood dysregulation disorder reduce false diagnosis of bipolar disorder in children? *Bipolar Disord* 14(5):488–496, 2012.
- Mikita N, Stringaris A: Mood dysregulation. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 22 (suppl 1):S11–16, 2013.
- Wozniak J, Biederman J, Kieley K, et al: Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34(7):867–876, 1995.

CASO 4.2

Tristeza posparto

Kimberly A. Yonkers, M.D.
Heather B. Howell, M.S.W.

Yvonne Pérez es una mujer de 23 años de edad que acude a una consulta psiquiátrica ambulatoria 2 semanas después de haber dado a luz a su segundo hijo. La envía su matrona, preocupada por el ánimo depresivo, el afecto plano y la fatiga que presenta la paciente.

La Sra. Pérez dijo que había estado preocupada y sin ilusión desde que se enteró de que estaba embarazada. Ella y su marido habían planeado esperar unos años antes de tener otro hijo, y él le había dejado claro que

hubiera preferido que abortara, opción inconcebible para ella a causa de su religión. También le molestaba que ella estuviera «demasiado cansada» para trabajar fuera de casa durante el embarazo. Tras el parto, la disforia, la desesperanza y el agobio fueron a más. La lactancia natural no había ido bien y había empezado a creer que «el niño me rechaza» al no querer el pecho, escupir la leche y llorar. El bebé tenía muchos cólicos, por lo que se sentía obligada a tenerlo en brazos casi todo el día. Se preguntaba si qui-

zá merecía esos problemas por no haber deseado el embarazo.

El marido estaba fuera casi siempre por el trabajo y a ella le costaba mucho atender al bebé y a su absorbente e inquieta hija de 16 meses. Dormía poco, se sentía cansada constantemente, lloraba a menudo y le agobiaba pensar en el día a día. Su suegra acababa de llegar para ayudarla a cuidar de los niños.

La Sra. Pérez era una mujer hispanoamericana de habla inglesa que había trabajado por las mañanas en una cafetería durante el primer embarazo, casi 2 años antes. Había crecido en un hogar afectuoso, con padres cariñosos y una familia muy amplia. Se había mudado a otra zona del país cuando al marido lo trasladaron por motivos de trabajo y ahora no tenía parientes cerca. Aunque ningún familiar había acudido jamás al psiquiatra, parecía que algunos de ellos habían tenido depresión. Ella carecía de antecedentes psiquiátricos y dijo que ni bebía, ni consumía drogas. Había fumado varios años, pero lo dejó al quedarse embarazada del primer hijo. La Sra. Pérez tenía antecedentes de asma. Aparte de un complejo vitamínico con hierro, no tomaba ninguna medicación.

Al explorar su estado mental, la Sra. Pérez aparecía como una joven cooperadora, vestida de manera informal. Aunque establecía contacto ocular, tendía a mirar al suelo mientras hablaba. El habla era fluida pero lenta, con latencia aumentada al contestar preguntas. El tono de voz era plano. Confirmó que estaba baja de ánimo, mostrando limitación del afecto. Negó tener pensamientos de suicidio u homicidio. Negó también tener alucinaciones y delirios, aunque sí había pensado que su situación actual podía ser quizá un castigo por no haber deseado el niño. Estaba plenamente orientada y pudo memorizar tres objetos, aunque solo se acordó de uno a los 5 minutos. La inteligencia se hallaba dentro de la

media. La introspección y el juicio se consideraron entre adecuados y buenos.

Diagnóstico

- Trastorno depresivo mayor, episodio único, de gravedad moderada, sin características psicóticas, de inicio en el parto.

Explicación

La Sra. Pérez presenta ánimo bajo, poca energía, sueño deficiente, retardo psicomotor, culpa y mala concentración. El informe del caso no dice nada del apetito, de la capacidad de sentir placer, ni de la presencia de pensamientos acerca de la muerte y, aun así, la paciente tiene más de los cinco síntomas que requiere el DSM-5, de un total de nueve, para el diagnóstico de depresión mayor. Contribuyen a ella el parto reciente, los antecedentes familiares de depresión y varios factores de estrés psicosocial, como la falta de apoyo del marido, los problemas económicos, un bebé con cólicos, una niña pequeña revoltosa y la distancia geográfica a la familia de origen.

Aunque el informe no lo deja claro, parece que la Sra. Pérez tuvo síntomas depresivos importantes durante todo el embarazo y que el momento de su derivación al psiquiatra se decidió no porque estuviera mucho más deprimida entonces, sino porque la vio una profesional sanitaria: la matrona. Si la Sra. Pérez se hubiera deprimido después del parto, no habría tenido síntomas durante las 2 semanas exigidas para la depresión mayor. En ese caso, un diagnóstico de trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido habría sido más apropiado. El inicio posterior al parto podría también aumentar el riesgo de que se tratase de un trastorno bipolar en lugar de un trastorno depresivo unipolar. Contraria al

diagnóstico de trastorno bipolar es, en este caso, la falta de síntomas maníacos o psicóticos previos, así como la ausencia de antecedentes personales de episodios afectivos y familiares de bipolaridad. Aun así, el empeoramiento súbito tras el parto aumentaría el riesgo de evolución hacia el trastorno bipolar.

Si la Sra. Pérez tuvo el ánimo bajo durante todo el embarazo y sufrió un breve empeoramiento después del parto, sus síntomas podrían considerarse como un trastorno depresivo menor (descrito como otro trastorno depresivo especificado en el DSM-5) más que como uno mayor.

A partir de los antecedentes conocidos, parece más probable que la Sra. Pérez tuviera síntomas depresivos significativos durante toda la gestación. Dijo que había estado «preocupada y sin ilusión», además de «demasiado cansada» para trabajar. Esta evolución no sería rara para una depresión, pues la mitad de las mujeres deprimidas después del parto en realidad ya lo estaban durante el embarazo. En el DSM-5 se incluye un especificador —«con inicio en el periparto»— para aquellas mujeres que presentan un trastorno del ánimo durante la gestación o poco después de esta. A la Sra. Pérez le inquieta también que su hijo la esté rechazando y que su situación actual sea un castigo. Parece tratarse de ideas sobrevaloradas más que de delirios, aunque sería razonable continuar evaluando la posible presencia de pensamiento psicótico.

También es importante evaluar el riesgo de suicidio en todas las personas con síntomas de depresión mayor. La Sra. Pérez niega tener ideas de este tipo, pero podría ser útil explorar si piensa en la muerte, si cree que su familia estaría mejor sin ella y si considera que a sus hijos más les valdría estar muertos.

Es importante esclarecer el subtipo depresivo, porque muchas mujeres con síntomas subsindrómicos de depresión posparto mejoran espontáneamente unas semanas después de haber dado a luz. Esto se puede producir incluso en ausencia de tratamiento formal. Por este motivo, y porque muchas mujeres desean seguir dando el pecho, el planteamiento terapéutico inicial podría basarse en la psicoterapia más que en la farmacología.

Lecturas recomendadas

Munk-Olsen T, Laursen TM, Meltzer-Brody S, et al: Psychiatric disorders with postpartum onset: possible early manifestations of bipolar affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 69(4):428–434, 2012.

O'Hara MW, Swain AM: Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 8:37–54, 1996.

Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, et al: Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 158(11):1856–1863, 2001.

Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, et al: The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry* 31(5):403–413, 2009.

CASO 4.3

Duelo y depresión

Richard A. Friedman, M.D.

Andrew Quinn, un hombre de negocios de 60 años de edad, volvió a ver a su psiquiatra de siempre 2 semanas después de la muerte de su hijo de 24 años. Al joven, que se había enfrentado a la depresión mayor y al abuso de sustancias, lo habían encontrado rodeado de varios frascos de pastillas vacíos y una nota de suicidio incoherente.

El Sr. Quinn se había sentido muy próximo a su maltrecho hijo y quedó enseguida destrozado, como si la vida ya no tuviera sentido. En las 2 semanas siguientes veía imágenes constantes de su hijo y le «obsesionaba» pensar cómo podría haber impedido el abuso de sustancias y el suicidio. Le preocupaba haber sido un mal padre y haber dedicado demasiado tiempo a su carrera y demasiado poco a su hijo. Se sentía constantemente triste, se retiró de su vida social habitual y era incapaz de concentrarse en el trabajo. Aunque nunca había bebido anteriormente más de unos cuantos vasos de vino a la semana, ahora se bebía media botella de vino todas las noches. En ese momento, su psiquiatra le dijo que estaba en pleno duelo y que esa reacción era normal. Concertaron una cita como terapia de apoyo y para evaluar la evolución clínica.

El Sr. Quinn siguió viendo a su psiquiatra semanalmente. Hacia la sexta semana después del suicidio, los síntomas habían empeor-

rado. En lugar de pensar en lo que podría haber hecho de forma distinta, empezó a angustiarse la idea de que debería ser él quien hubiera muerto, y no su hijo. Le seguía costando trabajo dormirse, pero también tendía a despertarse a las 4:30 de la madrugada, mirando el techo y sintiéndose agobiado por el cansancio, la tristeza y los sentimientos de inutilidad. Estos síntomas mejoraban durante el día, pero notaba también una pérdida persistente e inusual de la confianza en sí mismo, el interés sexual y el entusiasmo. Le preguntó al psiquiatra si aquello seguía siendo un duelo normal o si era una depresión mayor.

El Sr. Quinn tenía antecedentes de dos episodios depresivos mayores anteriores que habían mejorado con psicoterapia y medicación antidepressiva, pero no había vuelto a padecer ningún otro episodio importante desde los treinta y tantos años. Dijo no tener antecedentes de abuso de alcohol u otras sustancias. Sus dos padres habían sido «depresivos», pero no se habían tratado. Nadie se había suicidado anteriormente en la familia.

Diagnóstico

- Trastorno depresivo mayor.

Explicación

En las semanas posteriores al suicidio de su hijo, el Sr. Quinn empezó a presentar tristeza,

insomnio, retraimiento social, menos placer en las actividades y mala concentración. Este agrupamiento sintomático es típico del duelo, que tanto los legos como los profesionales de la medicina consideran una reacción humana normal ante la pérdida de un ser querido.

Ya en la primera consulta al psiquiatra, el Sr. Quinn presentaba varios síntomas que son típicos de la depresión mayor pero que, en aquel momento, parecían poder definirse mejor como un luto normal. Este punto de vista se ve respaldado por el hecho de que el duelo, aunque es causa de angustia y disfunción, dura aproximadamente 2-6 meses sin atención clínica concreta.

El DSM-IV reconocía la normalidad del duelo, obligando a que el diagnóstico de trastorno depresivo mayor (TDM) se difiriera 2 meses, a menos que la presentación clínica se caracterizara por síntomas anormalmente graves, como ideación suicida o psicosis. Además, el DSM-IV preveía la exclusión del luto por un buen motivo: aunque el duelo no complicado puede ser doloroso, dura poco tiempo, es benigno y no deteriora gravemente el rendimiento ni aumenta el riesgo de suicidio, a diferencia de la depresión mayor.

Sin embargo, algunas personas sí desarrollan un trastorno autónomo del estado de ánimo tras la muerte de un ser querido, así como a raíz de otros tipos de trauma, como la ruina económica, las pérdidas ocasionadas por desastres naturales, una enfermedad grave o una discapacidad. Estos síndromes afectivos, muy perturbadores y causantes de un deterioro serio, merecen atención clínica antes de los 2 meses que establece el DSM-IV como el tiempo en que los síntomas depresivos son atribuibles en su mayoría al duelo.

Debido al importante solapamiento sintomático que existe entre el duelo y la depresión mayor, a la dificultad que entraña predecir qué síntomas persistirán o empeorarán y cuáles mejorarán por sí solos, y a la incertidum-

bre que reina al tratar de distinguir, desde el punto de vista psicológico, la pérdida de un ser querido de, por ejemplo, la pérdida del hogar a causa de un desastre natural, se ha dedicado especial atención a afinar las diferencias entre el TDM y el duelo.

Esta redefinición de la exclusión del duelo ha sido uno de los cambios más controvertidos entre los propuestos para el DSM-5. No solo implica una experiencia humana universal —el duelo— sino que crea dudas esenciales con respecto a la psiquiatría, tanto desde dentro como desde fuera de ella: en efecto, ¿qué es normal? Se discutieron diversos borradores del DSM-5 y a muchas personas (yo mismo incluido) les preocupó que la retirada de la exclusión del duelo medicalizase el luto normal y llevara erróneamente a etiquetar con diagnósticos psiquiátricos a personas sanas.

En su versión definitiva, el DSM-5 presenta cambios bastante modestos, pero la controversia originada por la exclusión del duelo es relevante para este caso.

Al evaluar los síntomas depresivos en el contexto del duelo, el DSM-5 le sugiere al psiquiatra del Sr. Quinn que use el juicio clínico para diferenciar el vacío y la sensación de pérdida que son típicos del duelo, del ánimo deprimido de forma persistente, la anhedonia y las rumiaciones pesimistas que son más características del TDM. En el duelo, la disforia debe atenuarse gradualmente en el curso de unas semanas, curso quizá interrumpido por repuntes que tienden a centrarse en el fallecido. Los síntomas depresivos del TDM se relacionan de forma menos exclusiva con el difunto, es menos probable que en ellos irruman emociones positivas y trazos de humor, y existen más probabilidades de que cursen con autocrítica y sentimientos de inutilidad.

Cuando al Sr. Quinn lo vieron 2 semanas después del suicidio, el psiquiatra consideró acertadamente que su reacción se hallaba dentro de los límites del duelo normal. Al

mismo tiempo, el Sr. Quinn tenía factores de riesgo de TDM que no suelen presentar otras personas en su situación. Posee antecedentes personales de dos episodios depresivos mayores, tiene antecedentes familiares de depresión en ambos progenitores y el hijo podría haber tenido también depresión. Todos estos factores aumentan la probabilidad de que el Sr. Quinn acabe presentando un TDM en el contexto de la muerte de su hijo.

Además de diferir el diagnóstico de TDM, el psiquiatra siguió recibiendo semanalmente al Sr. Quinn. Después de unas 6 semanas, los síntomas habían empeorado en intensidad y habían aparecido síntomas cognitivos y neurovegetativos, siendo entonces claro el diagnóstico de depresión mayor. La exclusión del duelo durante 2 meses que propone el DSM-IV podría haber llevado al psiquiatra del Sr. Quinn a diferir el diagnóstico de TDM algunas semanas más, hasta alcanzar esos 2 meses. El DSM-5, en cambio, no limita específicamente el uso del diagnóstico de TDM durante el periodo comprendido entre las 2 semanas y los 2 meses. Para el Sr. Quinn, este cambio del DSM-5 habría llevado, probablemente, a diagnosticar su TDM con más rapidez.

Los expertos favorables a la retirada del periodo de exclusión de 2 meses quizá se sientan respaldados por la evaluación clínica del Sr. Quinn. Al empeorar sus síntomas y tener claros antecedentes personales y familiares de depresión, el Sr. Quinn merece probablemente una atención clínica específica. La duda es comprensible, sobre todo porque el 10-20 % de las personas en duelo evolucionan hacia un síndrome de duelo complicado, caracterizado por una añoranza intensa y perturbadora del fallecido, y sentimientos de ira e incredulidad en relación con su muerte. Además, solo la mitad de las personas con depresión mayor entre la población general y el

33 % de los pacientes deprimidos en el ámbito de la atención primaria reciben tratamiento.

No obstante, en la mayoría de las personas que están de luto, los síntomas depresivos no indican una depresión mayor. Por ejemplo, un estudio de los datos de la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* mostró que los sujetos con síndrome depresivo inicial en relación con un duelo no tenían más probabilidades de sufrir un episodio depresivo mayor, durante el periodo de seguimiento de 3 años, que los que no tenían antecedentes de depresión mayor. Estos datos confirman la opinión general de que, en la mayoría de los casos, el duelo se resuelve por sí solo.

El DSM-5 reconoce esta realidad y urge a los clínicos a que utilicen el juicio clínico para diferenciar la depresión clínica del duelo. Queda por ver si esta bajada de la barrera que separa del diagnóstico de depresión mayor ayudará a detectar aquellos casos que merecen atención clínica o, por el contrario, fomentará la medicalización del duelo. Entre tanto, los clínicos deben seguir teniendo en cuenta que, aunque pueda desencadenar a veces una depresión mayor, el duelo constituye en sí una reacción emocional absolutamente normal ante una pérdida y no requiere tratamiento alguno.

Lecturas recomendadas

- Friedman RA: Grief, depression and the DSM-5. *N Engl J Med* 366(20):1855-1857, 2012.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al: The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 289(23):3095-3105, 2003.
- Mojtabai R: Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5. *Arch Gen Psychiatry* 68(9):920-928, 2011.
- Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF 3rd: Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 293(21):2601-2608, 2005.

CASO 4.4

Perdió el interés por la vida

Anthony J. Rothschild, M.D.

Bárbara Reiss es una mujer blanca de 51 años de edad que fue llevada a la sala de urgencias por su marido por repetir «Tengo ganas de matarme».

La Sra. Reiss había comenzado a «perder el interés por la vida» unos 4 meses antes. Durante ese tiempo, refirió estar deprimida todos los días, la mayor parte del día. Los síntomas habían ido empeorando a lo largo de meses. Había adelgazado 5 kg (ahora pesaba 48 kg) sin hacer dieta, porque no tenía ganas de comer. Le costaba dormirse casi todas las noches y se despertaba a las 3:00 de la mañana varias veces a la semana (normalmente se despertaba a las 6:30). La energía, la concentración y la capacidad de hacer su trabajo administrativo en una fábrica de comida para perros habían menguado. Estaba convencida de que había cometido un error que llevaría a la muerte a miles de perros. Creía que pronto la arrestarían y prefería quitarse la vida antes que ir a la cárcel.

El médico de atención primaria había detectado el ánimo deprimido de la paciente 1 semana antes, le había prescrito sertralina y la había derivado al psiquiatra.

La Sra. Reiss dijo no tener antecedentes psiquiátricos. Una hermana tenía depresión. La Sra. Reiss refirió no tener antecedentes de hipomanía ni de manía. Bebía normalmente un vaso de vino en la cena y había empezado

a servirse un segundo vaso antes de irse a la cama, con la esperanza de dormir bien. Llevaba 20 años casada con su marido y tenían 3 hijos en edad escolar. Hacía 13 años que trabajaba en su actual empresa. Negó que tomara drogas.

En la exploración física realizada 1 semana antes por el médico de atención primaria no se encontró nada reseñable. Todos los análisis eran normales: hemograma completo, electrolitos, nitrógeno ureico en sangre, creatinina, calcio, glucosa, función tiroidea, folato y vitamina B₁₂.

Al examinar el estado mental, la Sra. Reiss se mostró colaboradora, con agitación psicomotriz. Contestaba a casi todas las preguntas con respuestas breves, a menudo con un simple «sí» o «no». Hablaba a una velocidad y en un tono normales, sin tangencialidad ni circunstancialidad. Dijo no tener ni alucinaciones ni pensamientos raros. Describió los errores que pensaba que había cometido en el trabajo e insistió en que pronto la detendrían por la muerte de muchos perros, recalando que todo ello era verdad y no «un delirio». La memoria reciente y la remota estaban prácticamente intactas.

Diagnóstico

- Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado, con características psicóticas.

Explicación

Los criterios cardinales del diagnóstico de un episodio de trastorno depresivo mayor (TDM) y la duración exigida de al menos 2 semanas no han variado al pasar del DSM-IV al DSM-5. La Sra. Reiss ha tenido los nueve criterios sintomáticos de la depresión mayor: ánimo deprimido, pérdida del interés o el placer, adelgazamiento, insomnio, agitación psicomotora, falta de energía, culpa excesiva, problemas de concentración y pensamientos de muerte. Para el diagnóstico de depresión mayor solo se necesitan cinco.

Antes de diagnosticar una depresión se debe descartar que exista una causa física. La reciente exploración del médico no aportó datos reseñables y tampoco hay indicios de que la Sra. Reiss padezca siquiera alguna enfermedad comórbida, y mucho menos una capaz de producir depresión. También es importante explorar la posibilidad de un trastorno bipolar. En el informe del caso no se mencionan síntomas tales como el habla acelerada o la asunción de riesgos, pero los síntomas maníacos pueden a veces pasarse por alto y el diagnóstico de trastorno bipolar influiría significativamente en el tratamiento. La paciente refiere que toma dos vasos de vino por las noches, lo que es poco significativo. Sin embargo, si está subestimando en gran medida su ingesta de alcohol, podría tener un trastorno depresivo inducido por alcohol. Son muchos los medicamentos y drogas de abuso que pueden ocasionar depresiones graves y psicosis. Una anamnesis colateral podría ser útil, al igual que un análisis toxicológico.

La Sra. Reiss presenta también síntomas psicóticos (delirios) en el seno de su TDM. Una novedad del DSM-5 es la separación de los rasgos psicóticos de la valoración de la

gravedad de la depresión mayor. En otras palabras, el TDM con características psicóticas no se considera inevitablemente «grave». Los síntomas psicóticos de la Sra. Reiss se clasificarían como congruentes con su estado de ánimo, pues el contenido del delirio coincide con la temática depresiva típica: incompetencia, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo y castigo merecido. En concreto, en el DSM-5 se introduce una jerarquía que prioriza las características incongruentes con el estado de ánimo al clasificar aquellos casos en que coexisten psicosis congruentes e incongruentes con dicho estado de ánimo.

Los rasgos psicóticos se pueden pasar a menudo por alto en la depresión mayor. Aunque los delirios de la Sra. Reiss acerca de la matanza de perros parece que se han confesado espontáneamente y es poco probable que sean verdad, muchos pacientes son más precavidos y no cuentan fácilmente este tipo de cosas. Además, hay creencias falsas y fijas que, al no ser extravagantes, pueden sonar razonables a los oídos del clínico. Una forma de abordar este problema con los pacientes es evitar el uso de palabras tales como «psicosis» o «delirante», y preguntar, en cambio, si se tienen «preocupaciones irracionales».

Lecturas recomendadas

- Maj M, Pirozzi R, Magliano L, et al: Phenomenology and prognostic significance of delusions in major depressive disorder: a 10-year prospective follow-up study. *J Clin Psychiatry* 68(9):1411-1417, 2007.
- Rothschild AJ (ed): *Clinical Manual for the Diagnosis and Treatment of Psychotic Depression*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009.
- Rothschild AJ, Winer J, Flint AJ, et al: Missed diagnosis of psychotic depression at 4 academic medical centers. *J Clin Psychiatry* 69(8):1293-1296, 2008.

CASO 4.5

Desesperación

Cheryl Munday, Ph.D.
Jamie Miller Abelson, M.S.W.
James Jackson, Ph.D.

Crystal Smith, una ama de casa afroamericana de 33 años de edad, acude a una consulta ambulatoria en busca de «alguien con quien hablar» acerca de sus sentimientos de desesperación, que han ido empeorando en los últimos 8-10 meses. Estaba especialmente afectada por conflictos maritales y la desconfianza atípica de su familia política.

La Sra. Smith dijo que había empezado a despertarse antes del alba, abatida y llorosa. Le costaba salir de la cama y hacer las tareas domésticas habituales. A veces se sentía culpable por no ser «la de siempre». Otras veces se irritaba fácilmente con el marido y la familia de este por motivos nimios. Antes dejaba que su suegra la ayudara con los niños, pero ya no confiaba plenamente en ella. Esa preocupación, junto con el insomnio y la fatiga, hacía muy difícil que la Sra. Smith pudiera llevar a sus hijos al colegio a tiempo. En los últimos meses había perdido 6 kg sin hacer dieta. Dijo no tener actualmente ideación suicida, afirmando que «nunca haría una cosa así», aunque reconoció que sí había pensado en «rendirse» y en que «estaría mejor muerta».

Dos meses antes, la Sra. Smith había acudido, durante unas semanas, a ver a un psiquiatra que le recetó fluoxetina. La probó de mala gana y la dejó enseguida porque le producía cansancio. Dejó también la terapia porque el psiquiatra parecía no comprenderla.

La Sra. Smith vivía con el que era su marido desde hacía 13 años y dos niños en edad escolar. Los padres del marido vivían al lado. Dijo que el matrimonio iba bien, aunque el marido le había dicho «ve a ver a alguien» para «no estar siempre gritándole a todo el mundo». Aunque había sido sociable, ahora era raro que hablase con su propia madre y sus hermanas, y mucho menos con sus amigas. Aunque antes lo hacía habitualmente, había dejado de ir a la iglesia porque le parecía que su fe era «débil». El pastor siempre la había apoyado, pero no le habló de sus problemas porque «no quiere ni oír hablar de este tipo de cosas».

La Sra. Smith refirió que había sido una niña extrovertida y amable. Creció con sus padres y tres hermanos. Recordó que se había sentido muy afectada a los 10-11 años de edad, cuando sus padres se divorciaron y su

madre volvió a casarse. Por pelearse con otros niños en el colegio conoció a un orientador con el que empatizó. A diferencia del psiquiatra que había visto hacía poco, a la Sra. Smith le parecía que el orientador no se había «metido en mis asuntos» y la había ayudado a recuperarse. Refirió que se había vuelto más tranquila cuando llegó a secundaria, donde tenía menos amigos y escaso interés por estudiar. Se casó con su actual marido a los 20 años de edad y trabajó de dependienta hasta el nacimiento del primer hijo, cuando tenía 23 años.

La Sra. Smith no había bebido alcohol desde el primer embarazo y dijo que no tomaba ninguna droga. Dijo que ni tomaba ni había tomado medicamentos, aparte del antidepresivo aquel durante muy poco tiempo. Refirió que normalmente tenía buena salud.

Al examinar el estado mental, la Sra. Smith aparecía como una joven arreglada al estilo informal, coherente y pragmática. Le costaba mirar a los ojos al terapeuta blanco de mediana edad. Se mostró colaboradora aunque algo cauta, respondiendo con lentitud. Había que insistirla para que elaborase lo que pensaba. Llorosa a cada rato, su aspecto era triste en general. Negó que tuviera psicosis, aunque dijo que a veces desconfiaba de la familia. Dijo no tener confusión, alucinaciones, ni ideas de suicidio o de homicidio. La cognición, la introspección y el juicio se consideraron normales.

Diagnóstico

- Trastorno depresivo mayor, moderado, con características melancólicas.

Explicación

La Sra. Smith acude con un cuadro de ánimo deprimido persistente, anhedonia, sueño deficiente, falta de apetito, adelgazamiento, anergia y pensamientos de muerte de unos

8-10 meses de evolución. Cumple fácilmente el requisito de los cinco criterios sintomáticos, de entre nueve, que exige la depresión mayor. No hay datos que indiquen que los síntomas puedan obedecer a alguna sustancia o enfermedad. Está angustiada y disfuncional hasta el punto de merecer atención clínica. Por tanto, cumple los criterios del DSM-5 para el trastorno depresivo mayor. Además, la Sra. Smith presenta los rasgos clásicos de la melancolía: refiere falta de gusto por casi todas las actividades, describe un ánimo deprimido característico (abatimiento profundo o desesperación), está normalmente peor por las mañanas, ha perdido bastante peso y se siente excesivamente culpable.

La irritabilidad de la Sra. Smith es prominente. La irritabilidad quizá sea más aceptable que la tristeza, especialmente para los afroamericanos, entre los que el estigma psiquiátrico es elevado. La presencia de irritabilidad puede formar parte de la manía o la hipomanía, pero la Sra. Smith no tiene más síntomas de este tipo.

Un especificador importante de la depresión es si se trata de un episodio único o recurrente. No está claro si la Sra. Smith ya tuvo una depresión mayor a raíz del divorcio de los padres, cuando era niña. Para esclarecer este punto, el clínico debe explorar más a fondo esos síntomas del pasado. Resulta interesante que entonces la enviaran al orientador escolar por su irritabilidad y por pelearse con los compañeros de clase.

Enterarse del divorcio de los padres podría haber ayudado a los maestros a detectar si tenía depresión, aunque no habría sido raro que la tildaran de «impulsiva y perturbadora» más que de niña depresiva que necesitaba ayuda.

También se necesita más información sobre el periodo intermedio para determinar si el ánimo triste de la Sra. Smith ha persistido lo suficiente (2 años, la mayor parte de los días)

como para sopesar un diagnóstico adicional de trastorno depresivo persistente (distimia). La depresión mayor persistente es más frecuente entre los negros que entre los blancos, presentando también los primeros mayor gravedad y discapacidad, a pesar de ser menor la prevalencia global de la depresión mayor. El menor uso que hacen los afroamericanos de los servicios de salud mental y el tiempo que tardan en buscar tratamiento son elementos que podrían contribuir a la persistencia de la enfermedad, al igual que sus menores índices de empleo de antidepresivos. La Sra. Smith dejó la fluoxetina porque le producía cansancio, pero podría haber sido por falta de confianza en la medicación y en su terapeuta.

La Sra. Smith recela de los profesionales de salud mental. No le gustó nada que el anterior psiquiatra «se metiera en sus asuntos» y el contacto ocular fue deficiente con el actual, al que se describe como blanco y de mediana edad. Las diferencias en cuanto a características raciales, étnicas y socioeconómicas pueden influir en la alianza terapéutica y el cumplimiento, y la evolución de la Sra. Smith podría depender parcialmente de la capacidad del terapeuta para abordar con tacto la desconfianza de origen cultural que quizá influya en el tratamiento de esta paciente.

Lecturas recomendadas

- Alegría M, Chatterji P, Wells K, et al: Disparity in depression treatment among racial and ethnic minority populations in the United States. *Psychiatr Serv* 59(11):1264-1272, 2008.
- Cooper LA, Roter DL, Carson KA, et al: The associations of clinicians' implicit attitudes about race with medical visit communication and patient ratings of interpersonal care. *Am J Public Health* 102(5):979-987, 2012.
- Fava M, Hwang I, Rush AJ, et al: The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 15(8):856-867, 2010.
- González HM, Croghan T, West B, et al: Antidepressant use in black and white populations in the United States. *Psychiatr Serv* 59(10):1131-1138, 2008.
- González HM, Vega WA, Williams DR, et al: Depression care in the United States: too little for too few. *Arch Gen Psychiatry* 67(1):37-46, 2010.
- Neighbors HW, Caldwell C, Williams DR, et al: Race, ethnicity, and the use of services for mental disorders: results from the National Survey of American Life. *Arch Gen Psychiatry* 64(4):485-494, 2007.
- Williams DR, González HM, Neighbors H, et al: Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites: results from the National Survey of American Life. *Arch Gen Psychiatry* 64(3):305-315, 2007.

CASO 4.6

Años abatida

Benjamin Brody, M.D.

Diane Taylor, una técnica de laboratorio de 35 años de edad, fue enviada a la consulta ambulatoria de psiquiatría de un centro médico universitario por el programa de asistencia a empleados (PAE) de su empresa, una gran compañía farmacéutica. Su supervisor había enviado a la Sra. Taylor al PAE cuando esta se echó a llorar al recibir una leve crítica durante la entrevista de evaluación anual, por lo demás positiva. Algo cohibida, le dijo al psiquiatra que llevaba «años abatida» y que la crítica laboral había sido «la gota que colmó el vaso».

Nativa del oeste de Canadá, la Sra. Taylor había ido a Estados Unidos para estudiar Ciencias Químicas. Dejó la facultad antes de hacer el doctorado y empezó a trabajar como técnico de laboratorio. Se sentía frustrada a causa de su trabajo, que consideraba una «vía muerta», y a la vez temía no tener talento suficiente para encontrar otro trabajo mejor. En consecuencia, se debatía entre sentimientos de culpa por «no haber llegado a mucho» en la vida.

A pesar de los problemas laborales, la Sra. Taylor creía que podía concentrarse sin dificultad. Dijo que jamás había pensado en suicidarse, aunque a veces se preguntara «¿Qué sentido tiene la vida?». Al preguntarle, dijo que a veces le costaba dormirse. Sin embargo, refirió que ni el peso ni el apetito

habían variado. Aunque a veces salía con los compañeros, dijo que era tímida y se sentía fuera de lugar en las situaciones sociales, a no ser que conociera bien a las personas. Le gustaba correr y estar al aire libre. Aunque las relaciones románticas tendían a «no durar mucho», pensaba que su impulso sexual era normal. Observó que los síntomas iban y venían, pero que habían permanecido estables en los 3 últimos años. No tenía síntomas indicativos de manía o hipomanía.

La Sra. Taylor era hija única. De pequeña estaba muy unida a su padre, un farmacéutico dueño de una farmacia. Lo describió como un «tío normal al que le gustaba cazar y pescar» y que disfrutaba llevándola a hacer senderismo. Su madre, que era enfermera, había dejado de trabajar poco después de dar a luz y había sido una mujer emocionalmente distante y deprimida.

La Sra. Taylor se deprimió por vez primera en secundaria, cuando al padre lo ingresaron varias veces por leucemia. Entonces la trataron con psicoterapia y respondió bien. No tenía más antecedentes psiquiátricos ni médicos de otro tipo, y los medicamentos que tomaba eran un complejo vitamínico y un anticonceptivo oral. Al ofrecerle varios tratamientos distintos, dijo preferir la combinación de medicación y

psicoterapia. Empezó a tomar citalopram e inició una psicoterapia de apoyo. Al cabo de varios meses de tratamiento confesó que de niña había sufrido abusos sexuales por parte de un amigo de la familia. También se descubrió que tenía pocas amigas y un patrón persistente de relaciones disfuncionales y a veces abusivas con los hombres.

Diagnóstico

- Trastorno depresivo persistente (distimia).

Explicación

Se sabe desde hace tiempo que los cuadros depresivos no siempre son episódicos, y que una minoría importante de pacientes tienen formas crónicas de depresión cuya gravedad es variable. Las primeras versiones del DSM clasificaban la depresión crónica leve como un trastorno de la personalidad. Sin embargo, en el DSM-III, la forma más leve de depresión crónica se presentó como un cuadro afectivo denominado trastorno distímico. La medida reflejaba las investigaciones cada vez más numerosas que indicaban que el trastorno podía responder a los antidepressivos, pero fue muy discutida. ¿Se notan estos pacientes disfóricos a causa de su disfunción social crónica, sus problemas ocupacionales y su cognición taciturna? Por otra parte, ¿produce su depresión crónica una atrofia de sus relaciones y aptitudes interpersonales, y un sesgo de atención selectiva hacia los sucesos negativos de la vida?

Cuando se conceptualizó en el DSM-III, la distimia se describió como una variante menos grave pero crónica de la depresión mayor aguda. Sin embargo, se fueron acumulando datos que indicaban que la distimia «pura» (es decir, la depresión leve persistente sin episodios de depresión mayor) es poco frecuen-

te. Esto llevó a describir todo un espectro de depresiones crónicas, de las que la distimia era la más leve. Ligeramente más grave era la «depresión doble» o episodio depresivo mayor superpuesto sobre un trasfondo distímico basal. El nivel siguiente por orden de gravedad consistía en dos o más episodios depresivos mayores separados entre sí por periodos de mejoría incompleta. Dos años de síntomas lo bastante graves como para cumplir totalmente los criterios del trastorno depresivo mayor constituían la forma más grave. En la práctica, a muchos pacientes les resulta difícil recordar las fluctuaciones de su sintomatología lo bastante bien como para que estas distinciones tengan sentido. El DSM-5 agrega hoy las descripciones contemporáneas de estos patrones como especificadores del diagnóstico de trastorno depresivo persistente (distimia).

¿Cumple la Sra. Taylor los criterios de este diagnóstico del DSM-5? Desde luego, sí tiene síntomas crónicos. A pesar del importante deterioro laboral e interpersonal, admite tener síntomas psicológicos —aunque no neurovegetativos— de depresión que quedan por debajo del umbral de la depresión mayor. Sin embargo, resulta difícil decir si esa ha sido la tónica en los 2 últimos años. Es posible que, aunque la Sra. Taylor no refiera problemas de concentración, sus jefes hayan notado lo contrario en algunos momentos del pasado. Los criterios del DSM-5 admiten la posibilidad de que haya caído algunas veces en la depresión mayor sin que ello invalide el actual diagnóstico de trastorno depresivo persistente (distimia).

La interacción entre trastorno del ánimo y personalidad también es perceptible en el relato de la Sra. Taylor. La paciente manifiesta rasgos de personalidad (ansiedad, retraimiento, afectividad restringida, evitación de la intimidad y sensibilidad a las críticas) que conforman su manera de ver el

mundo y pueden perpetuar sus síntomas depresivos. Cumpla o no la Sra. Taylor los criterios de un trastorno comórbido de la personalidad de tipo evitativo, estos rasgos pueden complicar el tratamiento y augurar un mal resultado. Por otra parte, estos rasgos de personalidad disfuncionales podrían mejorar con la resolución de los síntomas distímicos.

Lecturas recomendadas

- Blanco C, Okuda M, Markowitz JC, et al: The epidemiology of chronic major depressive disorder and dysthymic disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 71(12):1645–1656, 2010.
- Kocsis JH, Frances AJ: A critical discussion of DSM-III dysthymic disorder. *Am J Psychiatry* 144(12):1534–1542, 1987.

CASO 4.7

Cambios de humor

Margaret Altemus, M.D.

Emma Wang, una agente de inversiones de 26 años de edad, acudió ella misma a una consulta psiquiátrica por presentar «cambios de humor» que estaban arruinando la relación con su novio.

Dijo que la última discusión había sido porque él había llegado un poco tarde a una cita. Le había gritado y luego, de repente, le dijo que habían terminado. Después se sintió abatida, culpable y autocrítica. Cuando lo llamó por teléfono para hacer las paces, él se negó diciendo que estaba harto de sus «exabruptos premenstruales». Entonces ella se hizo unos cortes superficiales en el antebrazo

izquierdo como forma de reducir la ansiedad que utilizaba desde que era adolescente.

Dijo que estos cambios de humor aparecían de la nada todos los meses y que cursaban con tensión, ganas de discutir, ansiedad, tristeza y arrepentimiento. A veces gritaba al novio, pero también se enfadaba con los amigos, en el trabajo y con la familia. Durante la semana que tocaba ser «Mr. Hyde», evitaba las relaciones sociales y hablar por teléfono; no era la «persona divertida de siempre» y lo único que lograría sería distanciarse de sus amistades. Cuando se sentía «desgraciada» era capaz de trabajar, aunque tenía relativamente poca

energía y concentración. También se encontraba tensa y se «autocompadecía», arrepentida de haber elegido «malgastar» su juventud trabajando con tanto ahínco para una institución financiera a la que todo traía sin cuidado.

Cuando se sentía «desesperada» tomaba la determinación de acudir en busca de tratamiento. Poco después de venirle el periodo mejoraba drásticamente, volvía a ser ella misma y no encontraba el momento de acudir al psiquiatra. En las semanas posteriores al periodo dijo que se sentía «bien, estupendamente, normal».

Refirió que los cambios de humor siempre empezaban 7-10 días antes del inicio del periodo menstrual y eran parte de «un síndrome premenstrual terrible». Los periodos eran regulares. Tenía sensibilidad mamaria, distensión posprandial, más apetito y aumento de peso antes de la menstruación. Apenas comenzaba la regla, se sentía «de repente bien». Dijo no consumir ni alcohol ni drogas, y no tenía antecedentes de síntomas psicóticos, maníacos u obsesivos. Negó haber tenido pensamientos de suicidio, ni intentos de suicidio previos, ni ingresos psiquiátricos. Afirmó que no tenía ni alergias ni enfermedades físicas. Tomaba un solo medicamento: la píldora anticonceptiva. Entre los antecedentes familiares destacaba una posible depresión de la madre. La Sra. Wang había nacido en Taiwán y llegó a Estados Unidos con 14 años para ir a un internado. Después de licenciarse en una facultad de Ciencias Empresariales de elite, se mudó a vivir con su hermana mayor.

Durante el examen de su estado mental, la Sra. Wang aparecía como una mujer oriental bien vestida, a la moda, que llevaba joyas de buen gusto y un bolso de firma. Llevaba el cabello algo despeinado. Mantenía un buen contacto ocular y se mostró agradable y colaboradora durante toda la entrevista. La velocidad, el ritmo y el volumen del habla eran normales. Dijo que su estado de ánimo era «normalmen-

te bueno» y el afecto era pleno, reactivo y levemente irritable. El proceso del pensamiento era lineal y no se advirtieron indicios de delirios, obsesiones o alucinaciones. Dijo no tener ideación suicida ni homicida. La introspección, el juicio y el control de impulsos estaban intactos, aunque con antecedentes de deterioro premenstrual en estos dominios.

Diagnóstico

- Trastorno disfórico premenstrual.

Explicación

La Sra. Wang presenta cambios de humor, irritabilidad, autolesiones no suicidas (cortes), inestabilidad interpersonal, ansiedad, tristeza, retraimiento social, mala concentración, menos energía y anhedonia. Refiere también síntomas físicos tales como mayor apetito, torpeza, fatiga y distensión posprandial. Estos síntomas son lo bastante graves como para influir en sus relaciones sociales y su rendimiento laboral.

Esta historia podría corresponder a varios trastornos psiquiátricos, pero la Sra. Wang precisa que los síntomas solo aparecen durante un periodo limitado justo antes de la menstruación. En los demás momentos del mes está activa, animada y optimista. La desaparición de los síntomas después del inicio de la menstruación es clave para este diagnóstico del DSM-5: el trastorno disfórico premenstrual (TDPM).

La Sra. Wang refiere que padece 7-10 días de síntomas antes de tener el periodo, lo que se sitúa en el extremo más prolongado del espectro del TDPM en términos de duración. Algunas mujeres tienen síntomas que empiezan en la ovulación y duran 2 semanas, pero es más frecuente que la duración sea menor. En las mujeres con síntomas premenstruales, los días peores son, de media, los 4 previos y los 2 siguientes al inicio de la menstruación.

Los cortes que se efectúa la Sra. Wang no son típicos del TDPM. El deterioro del control de los impulsos indica rasgos límite superpuestos a los síntomas del TDPM. La comorbilidad no descarta el diagnóstico de TDPM. Muchos trastornos psiquiátricos cursan con exacerbaciones durante el periodo premenstrual, pero en tales casos las pacientes no vuelven a su ser normal tras el comienzo del periodo. La Sra. Wang señala que tiene «síndrome premenstrual», lo que supone una enfermedad física pero no un diagnóstico del DSM-5. Los criterios del síndrome premenstrual tienden a ser menos rigurosos que los del TDPM y no requieren la presencia de un componente afectivo.

El TDPM no se asocia a anomalías en los niveles circulantes de estrógenos o de progesterona. En cambio, las mujeres con TDPM parecen más sensibles a las fluctuaciones normales de la hormona luteinizante. Los niveles hemáticos hormonales no forman, en consecuencia, parte de la evaluación diagnóstica. Aunque cabría esperar que los anticonceptivos hormonales ayudasen a mitigar los síntomas, las mujeres que los toman siguen teniendo normal-

mente síntomas anímicos premenstruales (como se observa en la Sra. Wang).

Un componente crucial para hacer el diagnóstico de TDPM es realizar una anamnesis longitudinal exacta. El relato retrospectivo de síntomas suele ser inexacto en toda la psiquiatría, lo que también vale para los síntomas premenstruales. Existen escalas validadas para evaluar el TDPM, como la *Daily Record of Severity of Problems*. En esta fase inicial de la evaluación, conforme al DSM-5 se diría que la Sra. Wang tiene un diagnóstico provisional de TDPM. Tan solo después de haber anotado sus síntomas durante dos ciclos menstruales podría afirmarse que tiene un TDPM de acuerdo con el DSM-5.

Lecturas recomendadas

Hartlage SA, Freels S, Gotman N, Yonkers K: Criteria for premenstrual dysphoric disorder: secondary analyses of relevant data sets. *Arch Gen Psychiatry* 69(3): 300-305, 2012.

Yonkers KA, O'Brien PM, Eriksson E: Premenstrual syndrome. *Lancet* 371(9619):1200-1210, 2008.

CASO 4.8

Estrés, drogas e infelicidad

Edward V. Nunes, M.D.

Frank Young, un ejecutivo de 40 años de edad, acude a la consulta de un psiquiatra llevado por su esposa. Mientras el Sr. Young

permanece sentado a su lado, sin decir nada, la mujer refiere que él ha cambiado en los últimos 6 meses. Está callado y retraído o in-

usualmente irritable. Había empezado a beber más alcohol de lo debido en las situaciones sociales, avergonzándola a veces. A menudo llegaba tarde a casa, muchas veces ni iba, diciendo que había estado en la oficina. Cuando estaba de viaje, rara vez respondía al teléfono o a los mensajes de texto. Se preguntaba si tenía una aventura. El Sr. Young negaba que se estuviera viendo con nadie y refería que simplemente estaba pasando momentos difíciles.

Después de que la esposa saliera de la consulta del psiquiatra, el Sr. Young refirió que había tenido muchísimo estrés en el trabajo el último año, batallando con los recortes sufridos por todo el sector y sus propias pérdidas económicas. Dijo que se sentía abatido y deprimido casi a todas horas. Explicó que le costaba dormirse la mayoría de las noches, que había perdido interés por su esposa e hijos, que tenía muy poca energía y que se sentía fracasado y muy autocrítico. A menudo deseaba estar muerto y pensaba en el suicidio, aunque negó que tuviera intención o planes de suicidarse.

Al preguntarle por el alcohol, reconoció que había estado bebiendo mucho desde hacía al menos 6 meses. Al preguntarle por otras sustancias, inquirió por el secreto profesional y después reconoció que había estado tomando cocaína varias veces por semana desde hacía unos 9 meses. Le ocultaba a su mujer lo de la cocaína porque sabía que lo condenaría por ello. Al principio, la cocaína le otorgaba un estado de ánimo siempre positivo y optimista, lo que le permitía batirse más eficazmente con grandes volúmenes de trabajo aburrido y desalentador. Aunque su trabajo requería de algunas relaciones sociales por las noches, también había empezado a ir de bares a esas horas con el fin de estar a gusto en un sitio donde poder combinar cocaína y alcohol. Le entraba el ansia de sentir el subidón de la cocaína, se desviaba para conseguirla y pasaba consumiendo mucho tiempo que antes dedicaba a la familia.

Al pedirle que clarificara la secuencia de estrés, consumo de cocaína y síntomas de depresión, explicó que llevaba 1 año preocupado y desilusionado con el trabajo, pero que los síntomas de depresión, pérdida de interés, irritabilidad, insomnio y baja autoestima aparecieron unos 6 meses más tarde, 3 meses después de haber empezado a consumir cocaína habitualmente. Los síntomas depresivos los sufría la mayor parte del día todos los días, hubiera o no consumido cocaína recientemente.

El Sr. Young dijo que nunca antes había tenido episodios depresivos ni trastornos de ansiedad, y que tampoco había intentado suicidarse. Era un bebedor social. Había probado el cannabis y la cocaína de adolescente, pero nunca los había llegado a consumir regularmente, ni a notar sus efectos negativos, hasta el pasado año.

Diagnósticos

- Trastorno por consumo de cocaína, gravedad moderada.
- Trastorno depresivo mayor inducido por una sustancia.

Explicación

El Sr. Young tiene una depresión importante. Cumple los criterios del trastorno por consumo de cocaína, de gravedad al menos moderada, y podría tener también un trastorno por consumo de alcohol. Sufre también un estrés laboral significativo y parece haber tensión en el matrimonio. Las relaciones entre el estado de ánimo, el consumo de sustancias y el estrés son complicadas, pero claves para el desarrollo de una estrategia terapéutica eficaz.

La primera dificultad al evaluar los trastornos por consumo de sustancias es la obtención de un relato exacto en relación con conductas que suelen ser embarazosas e ilegales. El Sr. Young fue bastante abierto al referir su consumo de cocaína, pero solo después de que le preguntaran concretamente si consu-

mía alcohol o alguna otra sustancia. Lo más probable es que esperar a que un paciente refiera espontáneamente que consume alguna droga no lleve a obtener ninguna información al respecto. Esto es un problema, al ser el consumo de sustancias algo generalizado y que a menudo acompaña a otros trastornos psiquiátricos. El estilo empático y sin juicios de valor al hacer la entrevista suele ayudar a que el paciente se abra. En otras palabras, preguntar por el consumo de alcohol y el abuso de las drogas más corrientes con una actitud de normalidad le indica al paciente que sus respuestas no van a sorprender y lleva a obtener información capaz de mejorar el tratamiento. Como se ve en el caso del Sr. Young, los familiares suelen ser quienes llevan a la consulta a los pacientes con drogadicciones. Pueden ser aliados importantes para esclarecer los síntomas y al aplicar un tratamiento. El Sr. Young necesitó estar a solas con el clínico para relatar su historia, pero oír las observaciones de la esposa resultó de gran utilidad.

Una atenta exploración de los antecedentes puede ayudar a distinguir entre diagnósticos relacionados con síntomas parecidos. La abstinencia de la cocaína, por ejemplo, produce siempre síntomas depresivos, igual que la depresión mayor y la depresión inducida por sustancias. Un elemento diferenciador importante es la relación temporal entre síntomas y consumo.

Se diagnosticaría una depresión mayor primaria si el cuadro hubiera comenzado antes del inicio del abuso de la sustancia o si hubiera persistido durante un tiempo considerable después de haber dejado de consumirla. La cantidad de tiempo se deja al criterio del clínico, aunque se propone un periodo de alrededor de 1 mes. También se diagnosticaría una depresión mayor si la sustancia implicada fuera una causa improbable de síndrome depresivo o si el paciente ya hubiera tenido depresiones mayores recurrentes no inducidas por sustancias. El Sr. Young no había tenido nunca

depresión mayor hasta después de haber iniciado el consumo de cocaína, y desde entonces no había habido ningún periodo de abstinencia digno de mención, por lo que no puede diagnosticarse una depresión mayor primaria.

También es importante tener en cuenta la posibilidad de que los síntomas del Sr. Young se deban directamente a la intoxicación o la abstinencia. La intoxicación y la abstinencia debidas a la cocaína y el alcohol pueden producir ánimo deprimido y alteración del sueño, pero cabría esperar que los síntomas se resolvieran en 1 o 2 días a partir del último consumo. La depresión y el insomnio del Sr. Young persisten con independencia del momento de la última dosis. Además, hay otros síntomas depresivos, como la ideación suicida, que no forman normalmente parte de la intoxicación ni de la abstinencia.

Por consiguiente, al Sr. Young se le diagnostica una depresión inducida por sustancias, una de esas depresiones que parecen haber sido inducidas por la toma continuada de una droga y que luego cobran vida propia. Si la depresión del Sr. Young persiste después de 1 mes de abstinencia, el diagnóstico se cambia por el de depresión mayor, aunque el clínico probablemente piense que la depresión fue desencadenada por la cocaína.

Resulta útil identificar la depresión inducida por una sustancia. Frente a las depresiones mayores independientes, la depresión inducida por sustancias se asocia a un mayor riesgo de suicidio. Además, un diagnóstico de depresión adicional reduce las probabilidades de que alguien con trastorno por consumo de sustancias llegue a alcanzar la sobriedad. La depresión inducida por sustancias debe mantenerse en la lista de diagnósticos del paciente y ser objeto de atento seguimiento.

Lecturas recomendadas

Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF: Prevalence, correlates, disability, and comorbi-

dity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 64(5): 566-576, 2007 P.

Hasin D, Liu X, Nunes E, et al: Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. Arch Gen Psychiatry 59(4):375-380, 2002.

Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the

United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 64(7):830-842, 2007.

Nunes EV, Liu X, Samet S, et al: Independent versus substance-induced major depressive disorder in substance-dependent patients: observational study of course during follow-up. J Clin Psychiatry 67(10):1561-1567, 2006.

Ramsey SE, Kahler CW, Read JP, et al: Discriminating between substance-induced and independent depressive episodes in alcohol dependent patients. J Stud Alcohol 65(5):672-676, 2004.

CASO 4.9

Luchando con la enfermedad de Parkinson

Thomas W. Meeks, M.D.

George Anderson, varón de 79 años de edad, fue derivado al psiquiatra para evaluar una posible depresión. En los 6 años transcurridos desde que le diagnosticaron la enfermedad de Parkinson (EP), el Sr. Anderson la ha afrontado casi siempre bien y ha seguido realizando muchas de sus actividades habituales.

Sin embargo, 3 meses antes el Sr. Anderson comenzó a rechazar invitaciones sociales de familiares y amigos. Dijo que se había retirado de la vida social porque había dejado de disfrutar de las cosas que antes le apetecían, aunque negó que tuviera sentimientos de tristeza o preocupación. Reconoció que no era «el de siempre» y que trataba, sin éxito, de «darse ánimos». Había trabajado como profesor de ciencias de instituto hasta su jubilación a los 67 años, y dijo que había aprendido de sus alumnos «el poder de ver

el vaso medio lleno». Se sentía frustrado por no ser capaz de «ponerse las pilas» por primera vez en su vida, pero tenía sus esperanzas puestas en la ayuda profesional. Dijo que no deseaba morir, aunque no temía la muerte, y que quería disfrutar de la vida todo el tiempo posible. Después añadió: «Dios no me da más de lo que puedo sobrellevar. No podría pedir una familia mejor y he tenido una vida plena».

Otros síntomas nuevos que habían aparecido en los meses previos eran: fatiga creciente, problemas de concentración y de memoria, pérdida de peso no intencionada (7 % del índice de masa corporal durante 2 meses) y sueño inquieto con insomnio inicial.

Su esposa durante 54 años también había observado que, desde hacía casi 2 años, el Sr. Anderson se movía y sacudía mucho en la cama

hacia la mitad de la noche, golpeándola a veces dormido. Cuando se despertaba tras uno de esos incidentes, estaba coherente y a menudo refería que había estado soñando con que nadaba o corría para escapar de algo. Su esposa se había encargado de conducir el coche poco después de que le diagnosticaran la EP, pero, por lo demás, realizaba sus actividades diarias, como pagar facturas o encargarse de sus medicinas, de forma independiente. La esposa refirió que quizá había estado «algo más olvidadizo» en los últimos años, pero a ninguno de los dos les parecía preocupante esta leve pérdida de memoria.

En los antecedentes personales destacaba la presencia de cáncer de próstata (en remisión), glaucoma y gota. Entre los antecedentes psiquiátricos familiares solo había una nieta con autismo. Dijo que no había consumido sustancias problemáticas y que se bebía un vaso de vino dos o tres veces al año. Dijo también que no había tenido episodios depresivos ni tratamientos psiquiátricos anteriormente, y que no había acudido nunca a un psiquiatra.

Al examinar el estado mental, el Sr. Anderson se mostró agradable y colaborador, entablando una buena relación interpersonal. Presentaba temblor de reposo entre leve y moderado, marcha festinante, hipofonía y bradicinesia. A veces sonreía, pero el afecto era difícil de valorar dada su marcada facies de máscara. Dijo que su estado de ánimo era «soso». No se hallaron signos de psicosis.

Durante las pruebas cognitivas mostró dificultad para la parte B de la prueba de los trazos, la copia de figuras y el recuerdo de listas de palabras, sirviéndole de ayuda las claves categóricas. Obtuvo 25 de los 30 puntos posibles en la evaluación cognitiva de Montreal (*Montreal Cognitive Assessment*, MCA).

Diagnósticos

- Trastorno depresivo debido a otra afección médica (enfermedad de Parkinson),

con episodio del tipo de la depresión mayor.

- Trastorno del comportamiento del sueño REM.

Explicación

Aunque el Sr. Anderson niega tener el ánimo triste, sí presenta signos de anhedonia junto con otros cinco síntomas depresivos (falta de apetito/pérdida de peso, insomnio, fatiga, mala concentración y retardo psicomotor), todos ellos durante más de 2 semanas. Estos síntomas le producen malestar y afectan significativamente a su vida social. Esto podría indicar un trastorno depresivo mayor (TDM). Sin embargo, el Sr. Anderson carece de antecedentes personales y familiares de trastornos depresivos, la edad de inicio es atípicamente tardía, los síntomas aparecen durante la evolución de la EP y no se detecta ningún factor biográfico estresante de tipo agudo. En alrededor de uno de cada tres casos de EP se produce una depresión clínicamente importante. Así, lo más probable es que los síntomas depresivos estén relacionados con las alteraciones fisiológicas que ocasiona la EP en el sistema nervioso central.

Cuando los síntomas depresivos se asocian temporalmente al inicio o la evolución de una enfermedad orgánica y no se explican mediante el delirium, se debe considerar el diagnóstico de «trastorno depresivo debido a otra afección médica» del DSM-5. Este diagnóstico se emplea en aquellas situaciones en que los efectos fisiológicos directos de otra afección médica (p. ej., la neurodegeneración de la EP) producen síntomas depresivos. En otras palabras, este diagnóstico no pretende describir a aquellas personas cuyos síntomas proceden de una reacción psicológica a la enfermedad, lo que se clasificaría como trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido. Estas dos posibles etiologías de los síntomas depresivos (fisiológica y psicológica) constituyen una dicotomía algo artificial y pueden coexistir.

No obstante, existen muchos casos en que los datos señalan claramente hacia una de ellas. La capacidad de resistencia del Sr. Anderson ante la aparición de la EP y su estilo de afrontamiento siempre positivo hacen menos probable el diagnóstico de trastorno de adaptación.

Si se cumplen los criterios del TDM en cuanto a duración y número de los síntomas, debe añadirse al diagnóstico el especificador «con episodio del tipo de la depresión mayor». Como los síntomas de las enfermedades no psiquiátricas pueden solaparse con los síntomas depresivos, puede surgir cierta ambigüedad diagnóstica. Por ejemplo, las personas con EP suelen presentar síntomas tales como fatiga, retardo psicomotor, alteración del sueño, deterioro cognitivo y pérdida de peso con independencia del ánimo deprimido o la anhedonia. Sin embargo, en el caso del Sr. Anderson, estos síntomas aparecieron o empeoraron junto a su anhedonia de nueva aparición, lo que apunta claramente hacia un episodio del tipo de la depresión mayor debido a otra afección médica.

Como suele suceder en la EP, el Sr. Anderson tiene una alteración del sueño que consiste en un trastorno del comportamiento del sueño de movimientos oculares rápidos (*Rapid Eye Movement*, REM). Este trastorno del sueño se caracteriza por «episodios repetidos de activación durante el sueño, asociados a vocalizaciones y/o conductas motoras complejas» que pueden ocasionar «lesiones en el paciente o en quien comparte su cama». Al despertar, las personas afectadas tienen normalmente un sensorio claro y sensación de haber «exteriorizado» sus sueños. La polisomnografía mostraría ausencia de atonía durante el sueño REM, pero no es necesaria para el diagnóstico en el contexto de una sinucleinopatía como la EP. Los síntomas aparecen normalmente a los 90 minutos o más de conciliar el sueño y con mayor frecuencia en la segunda mitad de la noche, cuando el sueño REM es más habitual. A pesar de que la historia del

Sr. Anderson coincide con el trastorno del comportamiento del sueño REM, este diagnóstico no explica su nuevo insomnio inicial, que es más compatible con la depresión.

Las alteraciones cognitivas, sobre todo los deterioros de las funciones visoespacial, ejecutiva y recuperadora de recuerdos, son frecuentes en la EP. Los resultados de la evaluación cognitiva y de la memoria del Sr. Anderson son típicos de tales alteraciones, pero su dificultad subjetiva para concentrarse, de nuevo cuño, es más probablemente secundaria a la depresión. Sus problemas cognitivos son leves y no producen deterioro franco; no cumple los criterios de un trastorno cognitivo independiente, aunque sería sensato vigilar de forma prospectiva su cognición, ya que el 25-30% de las personas con EP acaban presentando demencia.

Además de cumplir los criterios de dos trastornos del DSM-5, el Sr. Anderson da muestras de resistencia, sabiduría y otros signos de salud psicológica. Presenta ciertas habilidades positivas para el afrontamiento (p. ej., reformulación cognitiva, uso de apoyos sociales), relaciones saludables a largo plazo, espiritualidad, gratitud, optimismo y una integridad del ego apropiada para su fase de desarrollo. Tiene también un punto de vista sano y no enfermizo sobre la propia muerte. Por desgracia, ni siquiera las personas con pocos factores de riesgo de depresión y con signos de psicología sana durante toda la vida son inmunes a los efectos neuropsiquiátricos de ciertas enfermedades orgánicas.

Lecturas recomendadas

Aarsland D, Zaccari J, Brayne C: A systematic review of prevalence studies of dementia in Parkinson's disease. *Mov Disord* 20(10):1255-1263, 2005.

Boeve BF: Idiopathic REM sleep behaviour disorder in the development of Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 12(5):469-482, 2013.

Gallagher DA, Schrag A: Psychosis, apathy, depression and anxiety in Parkinson's disease. *Neurobiol Dis* 46(3):581-589, 2012.

Jeste DV, Ardelet M, Blazer D, et al: Expert consensus on characteristics of wisdom: a Delphi method study. *Gerontologist* 50(5):668-680, 2010.

Jeste DV, Savla GN, Thompson WK, et al: Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *Am J Psychiatry* 170(2):188-196, 2013.

CASO 4.10

Cambios de humor situacionales

Joseph F. Goldberg, M.D.

Helena Bates es una auxiliar administrativa de 27 años de edad, soltera, que acude a someterse a una evaluación psiquiátrica en busca de tratamiento antidepresivo. Recientemente había empezado un programa intensivo ambulatorio, después de haber sido hospitalizada, por primera vez en su vida, a causa de una sobredosis impulsiva tras la ruptura de una relación de 2 años. Dijo que, previendo la ruptura, se había ido poniendo cada vez más triste y desesperada durante 1 o 2 meses. Más o menos 1 mes antes del ingreso empezó a acudir a un nuevo psicoterapeuta que le dijo que tenía «rasgos límite» y «cambios de humor situacionales».

Durante estas 4-8 semanas, el estado de ánimo de la Sra. Bates había estado moderadamente deprimido a todas horas casi todos los días, sin variaciones diurnas y con una reactividad afectiva intacta. Hacía poco había engordado unos 5 kilos por «comer demasiados caprichos y porquerías». Negó tener irritabilidad

prominente y discutir por todo. Describió su autoestima como «nula» y le resultaba difícil sentir alguna motivación o concentrarse en las tareas rutinarias. En cambio, a veces tenía «rachas» en las que no dejaba de pensar en su antiguo novio y de buscar la manera de «recuperarlo», que alternaban con el «dolor de haberlo perdido». Dijo que a veces la abrumaban las estrategias para recuperar su interés (incluso dirigirle una «carta abierta» a toda página en un periódico) y que desde hacía poco permanecía despierta hasta las 5:00 o las 6:00 de la madrugada, anotando sus pensamientos o llamando a sus amigos en plena noche «en busca de ayuda». Después se «arrastraba durante el día siguiente» sin estar cansada por haber dormido tan solo 2 o 3 horas. Estos síntomas habían empezado antes del ingreso. Negó que hubiera consumido drogas o alcohol y dijo que no había intentado hacerse daño. Hasta esta ruptura en concreto, dijo que no había tenido relaciones especialmente intensas o caóticas, ni

pensamientos o gestos suicidas. En efecto, la Sra. Bates parecía horrorizada por su propia sobredosis, que había tenido lugar en el contexto de una depresión.

Anteriormente, la Sra. Bates había visto en el instituto a un orientador por parecer «malhumorada» y sacar malas notas. En la universidad llegó a estar «deprimida». En aquel momento empezó a tomar escitalopram y a acudir a una psicoterapia, pero mejoró enseguida y dejó ambas cosas al cabo de unas semanas. Mientras estaba ingresada a raíz del intento de suicidio, empezó a tomar vilazodona y quetiapina por las noches «para dormir».

La Sra. Bates era la menor de tres hermanos crecidos en un hogar situado en una zona residencial de clase media. Fue a un colegio público y a un instituto estatal, sacando «casi siempre notables», y esperaba poder entrar algún día en la facultad de Derecho. Dijo de sí misma que había sido una niña «callada y ansiosa», no una «alborotadora». El hermano mayor era adicto a varias sustancias, aunque la Sra. Bates afirmó que ella nunca había probado ninguna droga. A la hermana la habían tratado por tener «ataques de pánico y depresión», y la Sra. Bates sabía de varias tías y primos que creía que eran «depresivos».

En la exploración, la Sra. Bates resultó ser una mujer agradable, de buenas maneras, vestida de manera informal pero correcta y con moderado sobrepeso que aparentaba la edad que tenía y hacía un buen contacto ocular. Hablaba de forma algo rápida y ampulosa, pero interrumpible y sin premura. No presentaba movimientos anormales, pero gesticulaba de forma dramática y con excesiva vivacidad. Tenía el ánimo deprimido y el afecto aparecía tenso y disfórico, pero sin restricciones y con reactividad normal. Los procesos de pensamiento de la Sra. Bates eran algo circunstanciales, pero en general coherentes, lineales y lógicos. En el contenido del pensamiento destacaban pensamientos pasivos de que me-

jor estaría muerta, pero sin intenciones ni planes; no tenía delirios, alucinaciones ni pensamientos homicidas. La función integradora superior estaba prácticamente intacta, igual que la introspección y el juicio.

Diagnóstico

- Trastorno depresivo mayor con características mixtas.

Explicación

La Sra. Bates cumple los criterios del DSM-5 para el episodio depresivo mayor, presentando un estado de ánimo generalizadamente deprimido y al menos cinco rasgos relacionados (pensamientos suicidas, mala concentración, baja autoestima, hiperfagia y agitación psicomotriz). Describe también varios síntomas compatibles con la manía o la hipomanía: menor necesidad de sueño con hiperactividad nocturna y sin el consiguiente cansancio al día siguiente, probables pensamientos acelerados y habla ampulosa y rápida (como se observa en la entrevista). Aunque el examinador juzgó que la introspección y el juicio de la Sra. Bates estaban en general intactos en el momento de la entrevista, algunos de sus pensamientos (p. ej., publicar en un periódico una carta abierta) y actos recientes (llamar a los amigos en plena noche) indican un juicio alterado con comportamientos susceptibles de tener consecuencias desagradables.

Aunque la Sra. Bates tiene síntomas maníacos, no cumple los criterios del DSM-5 para el diagnóstico de manía o hipomanía. Se diría que tiene una hipomanía subsindrómica junto con la depresión síndrómica. Esta combinación la hace merecedora de un diagnóstico nuevo del DSM-5: el trastorno depresivo mayor con características mixtas. Antes, las «características mixtas» se aplicaban solamente al trastorno bipolar I, mientras que el citado término puede ahora servir para la depresión mayor y para los trastornos bipolares I y II.

El constructo de la depresión unipolar con características mixtas que presenta el DSM-5 refleja la observación de que muchos pacientes con depresión unipolar presentan signos subumbrales de hipomanía. El DSM-5 «desestima» la consideración de cuatro posibles síntomas maníacos o hipomaniacos por poder también derivarse de la depresión mayor; estos son: insomnio (en contraposición a la menor necesidad de sueño), distraibilidad, indecisión e irritabilidad. El DSM-5 considera que la «actividad o energía anormal y persistentemente elevada» es un criterio obligado para diagnosticar la hipomanía del trastorno bipolar II, pero este rasgo no es necesario para definir la depresión unipolar con características mixtas. En el presente caso, si la Sra. Bates hubiera tenido ánimo irritable además de pensamientos acelerados, habla rápida y menor necesidad de dormir, habría cumplido los criterios del DSM-5 para la hipomanía bipolar II, y el especificador «características mixtas» se habría aplicado en virtud de sus síntomas depresivos concomitantes.

El especificador «características mixtas» del DSM-5 requiere que los síntomas del otro polo (en este caso la manía o hipomanía) estén presentes «casi todos los días durante el episodio». Este último criterio significa que, si los síntomas maníacos o hipomaniacos de la Sra. Bates hubieran estado presentes menos de 4 días (el criterio de duración mínima para el diagnóstico de la hipomanía bipolar II), los síntomas subumbrales de hipomanía no habrían bastado para añadir el término «características mixtas» o «manía/hipomanía», y el diagnóstico habría sido simplemente el de depresión mayor unipolar. Algunos autores han criticado el rigor del DSM-5 al desestimar los síntomas subumbrales de hipomanía en caso de consistir únicamente en dos síntomas maníacos o hipomaniacos, o de no persistir durante todo el episodio, pues estas presentaciones (denominadas «estados depresivos mixtos» en la bibliografía) se han observado con la coexistencia de tan solo dos síntomas de manía o hipo-

manía con la depresión unipolar síndrómica durante tan solo 2-4 días, y constituyen un constructo que se asemeja más al trastorno bipolar que al unipolar en términos de antecedentes familiares, edad de inicio y riesgo de suicidio.

Podría especularse que la activación psicomotora y la hipomanía subsindrómica de la Sra. Bates pudieran deberse a la reciente instauración de la vilazodona, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). Sin embargo, en este caso, la historia indica que los síntomas hipomaniacos son anteriores al ingreso y a la introducción del ISRS; sería importante que el evaluador determinara la exactitud de esta cronología (que indicaría que los síntomas mixtos no son iatrogénicos), pues el especificador «características mixtas» requiere que los síntomas «no sean atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia». Obsérvese que este enunciado difiere de los criterios del DSM-5 para el episodio maníaco/mixto/hipomaniaco en tanto que la aparición de síntomas de manía o hipomanía asociada a la exposición reciente a un antidepresivo se clasifica ahora como un trastorno bipolar (de forma parecida a lo que ocurría en el DSM-III-R) y ya no como un trastorno del ánimo inducido por sustancias (como en el DSM-IV-TR).

Los pacientes con depresión mayor e hipomanía subumbral tienen alrededor de un 25% de probabilidades de acabar presentando una manía o una hipomanía plena. Por consiguiente, aunque no todos los pacientes con depresión mayor que presentan rasgos mixtos subumbrales acabarán teniendo una manía o hipomanía síndrómica, estos enfermos sí merecen una evaluación, un tratamiento y un seguimiento longitudinal especialmente minuciosos.

Los síntomas de impulsividad e hiperactividad de la Sra. Bates podrían haber contribuido a que la presentación aguda se etiquetara erróneamente de trastorno límite de la personalidad. El patrón de síntomas que se observa en la historia longitudinal no es indi-

cativo del trastorno límite de la personalidad, y el intento de suicidio y la inestabilidad afectiva quedan ya explicados por su actual síndrome afectivo.

Lecturas recomendadas

Angst J, Cui L, Swendsen J, et al: Major depressive disorder with subthreshold bipolarity in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 167(10):1194-1201, 2010.

Fiedorowicz JG, Endicott J, Leon AC, et al: Subthreshold hypomanic symptoms in progression

from unipolar major depression to bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 168(1):40-48, 2011.

Goldberg JF, Perlis RH, Ghaemi SN, et al: Adjunctive antidepressant use and symptomatic recovery among bipolar depressed patients with concomitant manic symptoms: findings from the STEP-BD. *Am J Psychiatry* 164(9):1348-1355, 2007.

Sato T, Bottlender R, Schröter A, Möller HJ: Frequency of manic symptoms during a depressive episode and unipolar 'depressive mixed state' as bipolar spectrum. *Acta Psychiatr Scand* 107(4):268-274, 2003.

CASO 4.11

De mal en peor

Peter D. Kramer, M.D.

Ian Campbell es un varón de 32 años de edad que acude a la consulta de psiquiatría por ir «de mal en peor» en el trabajo. Al no sacar adelante un proyecto sencillo, el jefe le expresó su preocupación. El Sr. Campbell respondió que había estado distraído por unos problemas en casa. El jefe le señaló que había algo más que parecía no andar bien. El Sr. Campbell telefoneó a su médico de cabecera, que lo derivó a un neurólogo, quien a su vez lo envió al psiquiatra.

El Sr. Campbell ya había tenido anteriormente el mismo problema: dificultad para

concentrarse. En la universidad, tras la muerte de su padre a causa de una enfermedad crónica, el Sr. Campbell había sido incapaz de estudiar y se había tomado un tiempo de descanso. En su trabajo anterior, en dos ocasiones había experimentado episodios de varios meses de duración en los que le costaba tomar decisiones. Uno de ellos tuvo lugar a raíz de un contratiempo amoroso.

A la madre y la hermana del Sr. Campbell les habían diagnosticado una depresión mayor y las habían tratado eficazmente con medicación. Un tío materno se había suicidado.

El inicio del cuadro actual iba unido a la ruptura de su matrimonio de 6 años. Dos meses antes, la esposa le había pedido el divorcio y le anunció que viviría en la ciudad lejana a donde la habían destinado en el trabajo. El Sr. Campbell había esperado sentirse aliviado; dijo que su esposa había sido hostil durante todo el matrimonio. Él había empezado a hacerse ilusiones con una compañera de trabajo. Sin embargo, se sentía «plano», incapaz de imaginar un futuro.

Al interrogarlo más a fondo se descubrió que los problemas del Sr. Campbell iban más allá de la alteración cognitiva. Describió apatía y menos energía. Era un apasionado del jazz pero ya no iba a conciertos, aunque en ello intervenía probablemente el problema de concentración. Al escucharlo, la psiquiatra observó cierto retardo del habla. El Sr. Campbell le dijo que su jefe había mencionado el hecho de que se movía a cámara lenta. Los problemas empeoraban por las mañanas. Por las noches, el Sr. Campbell notaba una chispa de energía. Se ponía música y repasaba los informes ignorados durante la jornada laboral.

El Sr. Campbell rehusó caracterizarse a sí mismo como una persona triste. Estaba contento de que el matrimonio se hubiera roto. Pero la psiquiatra se dejó llevar por sus propias emociones en presencia del Sr. Campbell; se puso taciturna, pesimista, incluso con ganas de llorar.

Interrogó largo y tendido al Sr. Campbell para ver si presentaba ánimo deprimido, alteraciones del sueño y el apetito, sentimientos de culpa o inutilidad y pensamientos acerca de la muerte. El paciente negó tener ninguna de estas atribuciones. Tampoco tenía signos de trastornos que pudieran confundirse con la depresión. No estaba distímico; entre los distintos episodios se había sentido y había rendido bien.

La psiquiatra decidió que el problema se acercaba lo bastante a la depresión como para merecer tratamiento. Entre los factores que influyeron en su decisión se encontraban la

presentación sindrómica parcial, la variación diurna, la recurrencia periódica, la falta de perspectivas de futuro y su propia experiencia empática. Propuso una psicoterapia enfocada hacia la descompensación que presentaba el Sr. Campbell ante las pérdidas. Él insistió en que no consideraba que su inminente divorcio fuera tal cosa. Los dos acordaron una psicoterapia breve complementada con antidepressivos. En unas semanas, el Sr. Campbell estaba a pleno rendimiento. Durante el tratamiento, la psiquiatra fue incapaz de sonsacar datos que indicaran síntomas depresivos, aparte de los observados en la anamnesis inicial. No obstante, estaba convencida de que la concentración deficiente era signo y síntoma de algo muy parecido a la depresión mayor.

Diagnóstico

- Otro trastorno depresivo especificado (episodio depresivo con síntomas insuficientes).

Explicación

La definición operativa de depresión mayor, que se hizo oficial en la tercera edición del DSM, es uno de los grandes inventos de la medicina moderna. Este enfoque ha catalizado investigaciones productivas en campos que van de la biología celular a la psiquiatría social. La mayor parte de lo que se sabe sobre este trastorno del ánimo, desde las anomalías cerebrales que lo representan hasta el daño que ocasiona en la vida de las personas, surge de haber delimitado la depresión, separándola del ámbito rudimentario de la neurosis y la psicosis.

Dicho esto, la definición es arbitraria. Los historiadores remontan los criterios del DSM a un artículo aparecido en 1957 en el *Journal of the American Medical Association* cuyo principal autor, un psiquiatra de Boston llamado Walter Cassidy, ya había intentado sistematizar el estudio de un cuadro parecido al de la depresión mayor de hoy en día. Para su diagnóstico, Cas-

sidy requería que los pacientes tuvieran seis síntomas de una lista de 10 en la que se encontraban el pensamiento lento, la falta de apetito, los problemas de concentración y otros aún vigentes. Al preguntarle después por qué había escogido seis, Cassidy dijo: «Sonaba más o menos bien».

Los enfoques operativos de la depresión, desde el DSM hasta la Escala de Depresión de Hamilton, son intentos de generar fiabilidad ante un fenómeno inherentemente mal definido: los diagnósticos operativos de los clínicos. Los psiquiatras han detectado a los pacientes deprimidos utilizando los métodos prevalecientes, a veces atendiendo a su propia resonancia empática con el paciente. Las definiciones basadas en los síntomas y la intensidad traducen impresiones, vertiéndolas a formas reproducibles.

Sin embargo, la depresión carece de fronteras naturales conocidas. Los genetistas comportamentales consideran que los criterios del DSM son arbitrarios. El número, la intensidad y la duración de los síntomas suponen, cada uno de ellos, un continuo de discapacidad. Los pacientes que sufren cuatro síntomas graves de depresión durante 2 semanas tienden a evolucionar negativamente a la larga. Cinco síntomas moderadamente incapacitantes durante 10 días confieren un mal pronóstico. Cinco síntomas leves predicen, en caso de persistir, un riesgo considerable.

En este caso, el Sr. Campbell parece que no ha tenido los cinco de nueve síntomas necesarios para el diagnóstico de depresión mayor, aunque probablemente cumpliría los requisitos del diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado (episodio depresivo con síntomas insuficientes) que contempla el DSM-5. Es importante reconocer que el daño que ocasiona la depresión —sufrimiento, episodios completos en el futuro, problemas laborales y sociales, suicidio— es tan solo ligeramente menor en las personas que, por poco, no cumplen los criterios completos. En un análisis, la presencia fu-

tura de depresión mayor resultó tan frecuente en las personas que habían presentado tres o cuatro síntomas como en aquellas que habían presentado cinco. Los cálculos relativos a la heredabilidad son también parecidos: la depresión «menor» en un gemelo idéntico predice la depresión completa en el otro. Hay un tipo de «otro trastorno depresivo especificado» que parece especialmente peligroso: la depresión breve recurrente se asocia a índices elevados de intento de suicidio.

Las categorías de trastorno depresivo no especificado y otro trastorno depresivo especificado que aparecen en el DSM-5 se hacen eco de una importante realidad clínica: en efecto, la casi penumbra de la depresión es la depresión. Los episodios de perfil bajo pueden surgir como precursores de la depresión mayor y como secuelas, incluso en ausencia de distimia; en sí misma, la depresión de perfil bajo ocasiona sufrimiento y confiere riesgo.

A la médica del Sr. Campbell más le vale tomarse los síntomas en serio. El Sr. Campbell quizá haya caído en un «episodio depresivo con síntomas insuficientes», pero esta insuficiencia tiene que ver con el número de síntomas que requiere el episodio depresivo mayor, no con el grado de enfermedad que se necesita para disparar la alarma clínica. Sobre todo si hay factores periféricos que indiquen un trastorno del ánimo —en este caso, la variación diurna típica de la depresión clásica—, el clínico habrá de sospechar que el cuadro es, efectivamente, una depresión, y deberá abordar la situación con la urgencia y el rigor correspondientes.

Lecturas recomendadas

Cassidy WL, Flanagan NB, Spellman M, Cohen ME: Clinical observations in manic-depressive disease: a quantitative study of one hundred manic-depressive patients and fifty medically sick controls. *J Am Med Assoc* 164(14):1535–1546, 1957.

Havens L: *A Safe Place: Laying the Groundwork of Psychotherapy*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1989.

Kendler KS, Gardner CO Jr: Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *Am J Psychiatry* 155(2):172–177, 1998.

Kendler KS, Muñoz RA, Murphy G: The development of the Feighner criteria: a historical perspective. *Am J Psychiatry* 167(2):134–142, 2010.

Kramer P: *Against Depression*. New York, Viking, 2005.

Pezawas L, Angst J, Gamma A, et al: Recurrent brief depression—past and future. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 27(1):75–83, 2003.

CASO 4.12

Insomnio y síntomas físicos

Russell F. Lim, M.D.

Ka Fang, una viuda de etnia hmong de 59 años de edad, fue derivada a una clínica de salud mental tras haberse quejado muchas veces de fatiga, lumbalgia crónica e insomnio a su médico de atención primaria. Durante los 11 meses anteriores, el internista le había recetado clonazepam para dormir y vicodina para el dolor. El sueño había mejorado y el dolor había menguado, pero seguía notándose cansada todo el día. En ese momento, el internista la había derivado al psiquiatra.

La Sra. Faug había emigrado a Estados Unidos desde Tailandia unos años antes. Nativos de Laos, ella y su familia habían pasado casi dos décadas en un campo de refugiados tailandés una vez finalizada la Guerra de Vietnam. Su familia se había reasentado en la zona de Sacramento con la ayuda de un grupo pastoral local.

Al preguntarle mediante un intérprete de hmong, la Sra. Faug dijo no tener ánimo de-

primido. Al preguntarle si disfrutaba de las cosas, dijo que para ella era un privilegio estar en América y que no tenía derecho a quejarse. Refirió que pensaba que no hacía lo suficiente para ayudar a su familia. La avergonzaba estar fatigada porque «no hacía nada en todo el día». Negó toda intención de hacerse daño.

Refirió que estaba muy orgullosa de todos sus hijos, sobre todo del varón, que había sido un estudiante excelente en Tailandia y hablaba bien el inglés. No obstante, el hijo, su esposa y los dos niños pequeños seguían muchas de las prácticas culturales que habían seguido en Laos y Tailandia, y a menudo preparaban comida hmong para cenar. Él y su esposa habían comprado una pequeña granja a las afueras de Sacramento y les iba bien cultivando verduras asiáticas. El hijo había empleado en la granja a sus dos hermanas hasta que ambas se mudaron a vivir en la comunidad hmong de Sacramento.

La Sra. Faug señaló que el traslado a California había ido mejor de lo esperado. Los mayores contratiempos para ella habían sido la muerte inesperada de su marido a causa de un infarto hacía ya 1 año y el que la mayoría de su familia extensa se había quedado en Tailandia.

Al examinar su estado mental, la paciente aparecía como una mujer de corta estatura y con sobrepeso. Llevaba una blusa de manga corta con estampado de flores, pantalones negros de poliéster y chancas negras; no iba maquillada. Llevaba cordones blancos alrededor de las muñecas. Miraba normalmente hacia abajo pero parecía alerta. Tenía aspecto triste y contrito, pero negó que se sintiera deprimida. El habla era lenta y cuidadosa. Dijo no tener alucinaciones, ni pensamientos de suicidio u homicidio. Las pruebas cognitivas revelaron una atención y una concentración normales, aunque muy escasa educación formal; parecía analfabeta funcional. Su consciencia de enfermedad daba la impresión de ser limitada.

Al preguntarle por los cordones de las muñecas, la Sra. Faug explicó que había acudido hacía poco a un chamán hmong, que había organizado varias ceremonias de invocación de almas para reunirla con sus parientes lejanos.

Diagnóstico

- Otro trastorno depresivo especificado (episodio depresivo con síntomas insuficientes).

Explicación

Ka acude a una evaluación para ver si existen causas psiquiátricas que contribuyan a la fatiga, el insomnio y el dolor que siente. Admite tener síntomas de insomnio, sensación de inutilidad y fatiga, pero no ánimo deprimido, anhedonia, agitación, pérdida de peso, mala concentración, ni pensamientos de suicidio.

Cumple solamente tres de los nueve criterios del DSM-5 para la depresión mayor y se necesitan cinco para el diagnóstico.

La Sra. Faug refiere una serie de problemas culturales que son relevantes. Vive en un hogar de habla hmong, con su hijo y la familia de este, en una granja a las afueras de Sacramento. Cultivan verduras, aparentemente la misma ocupación que tenían en Laos y Tailandia. En la cultura hmong, los recién casados viven normalmente con la familia del marido, dándole especial prominencia a la suegra. Aunque la Sra. Faug expresa que está agradecida por su situación, puede que se sienta marginada y sola, especialmente en el contexto de la reciente muerte de su marido y de la marcha de sus hijas para ir a vivir a la comunidad hmong de Sacramento. Al ser analfabeta funcional, lo que no es raro en las sociedades cuyos recursos educativos limitados tienden a emplearse con los varones, la Sra. Faug no puede dotarse de herramientas para estar en contacto, como el correo electrónico y los periódicos. Su sensación de aislamiento tiene que ver probablemente con los cordones que el entrevistador observó en sus muñecas. Las ceremonias chamánicas de invocación de almas tienen por objeto reunir a las familias, algo que quizá necesite especialmente la Sra. Faug al estar alejada de sus hijas, de su hogar en el Sudeste Asiático, de su cultura hmong, de su familia extensa y de sus antepasados.

Al evaluar si la Sra. Faug tiene un trastorno del ánimo, resulta útil saber que en la lengua hmong no existe ninguna palabra para decir «depresión». Como muchas personas de otras culturas, la Sra. Faug describe síntomas somáticos, como insomnio, anergia y achaques corporales, para expresar los sentimientos de depresión. Probablemente no bastan para cumplir los criterios sintomáticos del DSM-5 para el TDM y, según refiere, los síntomas no han durado

los 2 años que requiere el trastorno distímico. Sería útil contar con información colateral procedente de uno de los hijos, lo que podría consolidar el diagnóstico. Tal cual, donde mejor encaja es en el diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado (episodio depresivo con síntomas insuficientes) que se contempla en el DSM-5.

Lecturas recomendadas

- Culhane-Pera KA, Vawter DE, Xiong P, et al: *Healing by Heart: Clinical and Ethical Case Stories of Hmong Families and Western Providers*. Nashville, TN, Vanderbilt University Press, 2003.
- Lim RF: *Clinical Manual of Cultural Psychiatry*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006.

Trastornos de ansiedad

INTRODUCCIÓN

John W. Barnhill, M.D.

El capítulo del DSM-5 dedicado a los trastornos de ansiedad reúne un grupo de cuadros en los que predominan la ansiedad, el miedo y la evitación. Siendo unos de los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes, los trastornos de ansiedad también pueden estar entre los más difíciles de diagnosticar de forma definitiva. Un elemento que viene a complicar la situación es que la ansiedad, el miedo y la evitación son respuestas normales y adaptativas, lo que produce cierta ambigüedad inevitable al evaluar a personas con síntomas leves.

Otro factor es que las emociones relacionadas con la ansiedad se pueden percibir principalmente como síntomas somáticos. El miedo —que es una respuesta normal a una amenaza inminente, real o percibida— se asocia casi siempre a hiperactivación del sistema nervioso vegetativo; esta hiperactivación les puede resultar a los pacientes difícil de describir, sobre todo cuando es crónica. Asimismo, la ansiedad —la expe-

riencia emocional del temor en ausencia de una amenaza clara— puede experimentarse en forma de tensión muscular y vigilancia, lo que puede fundirse de manera imperceptible con el ruido de fondo en alguien con niveles de ansiedad crónicamente elevados.

Una tercera complicación es que los trastornos de ansiedad suelen acompañarse unos a otros y asociarse a los trastornos del ánimo y de la personalidad, lo que puede entorpecer la adecuada percepción de las manifestaciones de cada diagnóstico.

Por último, las definiciones de los trastornos de ansiedad describen fenómenos cuya fisiopatología se desconoce. A pesar de los muchos avances realizados, el campo de la psiquiatría aún no se halla cerca de identificar definitivamente categorías nosológicas sobre la base de la etiología.

Una variación diagnóstica importante es la referente al pánico, que se describe de dos for-

mas distintas en el DSM-5. Hoy se sabe que las crisis de pánico forman parte de un espectro amplio de diagnósticos psiquiátricos y que son importantes en términos de gravedad, evolución y morbilidad. Hoy se pueden identificar como un especificador de todos los trastornos de ansiedad y algunos otros trastornos del DSM-5. Las crisis de pánico se pueden dividir sencillamente en esperadas e inesperadas. Si las crisis de ansiedad persistentes inducen un miedo constante y significativo de que se produzcan más crisis, el trastorno de pánico es el diagnóstico más probable.

Unida históricamente al trastorno de pánico, la agorafobia se identifica en el DSM-5 como un diagnóstico distinto que puede aparecer en el contexto de diversos factores de estrés y síndromes psiquiátricos. Como ocurre con la fobia específica y el trastorno de ansiedad social, la agorafobia ya no requiere que las personas de más de 18 años perciban la ansiedad como irracional. Ahora es el clínico quien puede juzgar si la ansiedad es o no desproporcionada con respecto a la amenaza o el peligro real. Para reducir las probabilidades de sobrediagnosticar los temores pasajeros, estos trastornos deben persistir durante un mínimo de 6 meses en todas las personas, y no solo en las menores de 18 años.

Un cambio estructural importante que ha tenido lugar en el DSM-5 es el traslado del trastorno de ansiedad de separación al capítulo de los trastornos de ansiedad. El trastorno de ansiedad de separación sigue requiriendo que el inicio se sitúe antes de los 18 años

de edad, pero se espera que, al tener una prevalencia de más del 6% entre la población adulta general, se aborde ahora en los adultos más a menudo que antes, cuando el trastorno aparecía incluido entre los trastornos de la infancia y la adolescencia.

Otro cambio estructural importante entre los trastornos de ansiedad es el traslado del trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de estrés postraumático a sus propios capítulos en el DSM-5. En estos nuevos capítulos se incluyen grupos de trastornos en los que la ansiedad es predominante, pero que también cursan con otros rasgos (p. ej., obsesiones/compulsiones o antecedentes traumáticos significativos).

Los distintos trastornos de ansiedad a menudo se pueden distinguir con claridad, pero también pueden resultar difíciles de diferenciar y se asocian con frecuencia entre sí y con la mayoría de los demás trastornos psiquiátricos. Un síntoma principal de «ansiedad» no es diagnóstico, sino que supone el inicio de un proceso de pensamiento clínico que puede abarcar todo el DSM-5.

Lecturas recomendadas

Horwitz AV, Wakefield JC: All We Have to Fear: Psychiatry's Transformation of Natural Anxieties Into Mental Disorders. New York, Oxford University Press, 2012.

Milrod B: The Gordian knot of clinical research in anxiety disorders: some answers, more questions. *Am J Psychiatry* 170(7):703-706, 2013.

Stein DJ, Hollander E, Rothbaum BO (eds): Textbook of Anxiety Disorders, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2010.

CASO 5.1

Miedos y preocupaciones

Loes Jongerden, M.A.

Susan Bögels, Ph.D.

Logan es un chico de 12 años de edad al que derivan a una consulta de salud mental por presentar ansiedad de larga evolución ante la idea de perder a sus padres y, desde hace relativamente poco tiempo, por la posibilidad de contraer una enfermedad grave.

Aunque los padres describieron un largo historial de ansiedad, el problema agudo de Logan había comenzado 5 semanas antes de la consulta, cuando vio un programa de televisión sobre enfermedades raras y mortales. Después, le entró miedo de que quizá tuviera una enfermedad oculta. Los padres refirieron tres «crisis de pánico» en el mes anterior, caracterizadas por ansiedad, mareos, sudores y sensación de falta de aire. Más o menos al mismo tiempo, Logan empezó a quejarse de dolores frecuentes de cabeza y de estómago. La teoría del mismo Logan era que los dolores se debían a su propio miedo a estar enfermo y a que sus padres lo abandonaran, aunque aun así eran desagradables. Insistió en que no le daba miedo tener más crisis de pánico, pero la idea de que lo dejaran solo y enfermo lo petrificaba. Estos miedos a estar enfermo aparecían varias veces por semana, normalmente estando ya en la cama, cuando notaba «algo» en el cuerpo u oía hablar de enfermedades.

Logan había comenzado a padecer ansiedad de pequeño. En el parvulario ya hubo marcados

problemas de separación. Sufrió acoso brevemente en tercer grado, lo que ocasionó sus primeras crisis de pánico y el empeoramiento de la ansiedad. Según sus padres, «siempre parecía tener alguna ansiedad nueva». Entre ellas estaban los miedos a ir al baño, a la oscuridad, a dormir solo, a estar solo y a que le molestaran.

El temor más persistente se refería a la seguridad de sus padres. Se encontraba normalmente bien cuando ambos estaban en el trabajo o en casa, pero cuando estaban de camino o en cualquier otra parte, temía casi siempre que murieran en un accidente. Cuando volvían tarde del trabajo o trataban de salir juntos o de hacer algún recado sin él, Logan se ponía frenético, llamando y enviando mensajes de texto constantemente. A Logan le preocupaba sobre todo la seguridad de su madre, que había reducido al mínimo, poco a poco, sus actividades a solas. Según dijo, era «como si quisiera seguirme incluso al baño». Logan era menos exigente con el padre, quien explicó: «Si le consolamos o nos quedamos en casa a todas horas, nunca se hará independiente». Señaló que, en su opinión, su esposa había sido demasiado blanda y sobreprotectora.

Logan y su familia acudieron varios meses a una psicoterapia cuando el chico tenía 10 años. El padre dijo que la terapia había ayudado a que la esposa fuera menos sobreprotectora y

que parecía que la ansiedad de Logan había mejorado. Ella estuvo de acuerdo con esta valoración, aunque dijo que no sabía bien qué se suponía que debía hacer cuando al hijo le entraba el pánico cada vez que ella intentaba salir de casa o le preocupaba contraer alguna enfermedad.

El desarrollo de Logan no presentaba rasgos reseñables. Las notas eran normalmente buenas. Los profesores coincidían en que era un chico tranquilo que tenía varios amigos y cooperaba bien con los demás niños. Sin embargo, era dado a malinterpretar enseguida las intenciones de los demás. Por ejemplo, tendía a ser muy sensible ante cualquier indicio de que se estuvieran metiendo con él.

En los antecedentes familiares de Logan destacaba la presencia de trastorno de pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad social (fobia social) en la madre. De la abuela materna dijeron que era «al menos» tan ansiosa como la madre de Logan. El padre dijo que no había enfermedades psiquiátricas en su familia.

Durante la exploración, Logan se comportó como un chico amigable, elocuente y pragmático. Se mostró normalmente de «buen humor», pero lloró al hablar de su miedo a la muerte y a la enfermedad. Negó tener ideas de suicidio y desesperación, pero señaló que le corría mucha prisa superar sus problemas antes de empezar el bachillerato. La cognición era correcta. La introspección y el juicio parecían intactos, excepto en lo relativo a sus problemas de ansiedad.

Diagnóstico

- Trastorno de ansiedad por separación con ataques de pánico.

Explicación

Logan ha tenido miedo a la separación desde que era pequeño. Para cumplir los requisitos del trastorno de ansiedad de separación, el DSM-5 requiere tres de un total de ocho síntomas. Logan tiene por lo menos cinco, como son sus miedos

de larga evolución, excesivos e inquietantes a las separaciones previstas, a que sus padres sufran algún daño, a los sucesos que puedan ser causa de separación y a que lo dejen solo. También ha tenido síntomas físicos que pueden remontarse a su miedo a la muerte y la separación.

Logan tiene también crisis de pánico. Sin embargo, no cumple los criterios del trastorno de pánico porque no le da miedo sufrir una crisis. En cambio, el pánico parece estar relacionado con su miedo a la separación o a contraer una enfermedad. Por consiguiente, las crisis de pánico serían aquí un mero especificador del trastorno de ansiedad de separación.

Aunque a Logan le produce ansiedad la idea de tener una enfermedad, sus síntomas no parecen cumplir los criterios del trastorno de ansiedad por enfermedad: la duración del miedo a las enfermedades no es de 6 meses, no acude a médicos y no busca que le digan que no está enfermo sino saber que sus figuras de apego no lo van a dejar solo. Sus síntomas no cumplen los criterios del trastorno de ansiedad generalizada porque su preocupación principal se refiere concretamente a la separación de sus padres. Podría haber cumplido los criterios del trastorno de ansiedad social (fobia social) en el pasado (miedo a que le molesten), pero los temores sociales no parecen dominar el cuadro clínico en el momento actual.

La madre y la abuela han padecido trastornos de ansiedad, lo que podría indicar cierta predisposición genética. La ansiedad multigeneracional también puede transmitirse a través del aprendizaje, el modelado y la sobreprotección parental. En el caso de Logan, se observa que la madre padece trastorno de pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad social, y los dos padres coinciden en que la propia ansiedad materna ha influido en la manera de educar al chico. En concreto, los miedos de Logan parecen obtener recompensas: los padres se quedan en casa, rara vez dejan solo a Logan y responden enseguida a

sus llamadas y mensajes de texto. Parece que hablan con frecuencia de sus miedos, aunque quizá no pasen tiempo suficiente analizando las posibles tácticas compensatorias. El padre sí parece querer fomentar la autonomía de Logan, pero los dos progenitores no parecen estar de acuerdo respecto a la estrategia global. Las dos formas distintas de apoyo parental podrían haber contribuido al mantenimiento de los problemas de Logan.

Un cambio potencialmente importante del DSM-5 es el traslado del trastorno de ansiedad de separación al capítulo de los trastornos de ansiedad. En el DSM-III y el DSM-IV se encontraba en el capítulo dedicado a los trastornos de inicio durante la lactancia, la niñez y la adolescencia. Sin embargo, el trastorno de ansiedad de separación puede llegar a alcanzar la edad adulta, y la propia madre de Logan podría haber sufrido un trastorno de ansiedad de separación en su forma adulta (además de sus otros trastornos de ansiedad). Su propio miedo a la separación podría haber

influido en su forma de criar al hijo, ayudando a perpetuar su ansiedad.

Lecturas recomendadas

- Bögels S, Phares V: Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: a review and new model. *Clin Psychol Rev* 28(4):539-558, 2008.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62(6):593-602, 2005.
- Majdandzic M, de Vente W, Feinberg ME, et al: Bidirectional associations between coparenting relations and family member anxiety: a review and conceptual model. *Clin Child Fam Psychol Rev* 15(1):28-42, 2012.
- McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR: Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 27(2):155-172, 2007.
- van der Bruggen CO, Stams GJM, Bögels SM: Research review: the relation between child and parent anxiety and parental control: a meta-analytic review. *J Child Psychol Psychiatry* 49(12):1257-1269, 2008.

CASO 5.2

Pánico

Carlo Faravelli, M.D.

María Greco, mujer soltera de 23 años de edad, es derivada por su cardiólogo para

una evaluación psiquiátrica. En los 2 meses previos había acudido a la sala de urgencias

en cuatro ocasiones por presentar palpitaciones, disnea, sudoración, temblores y miedo con sensación de muerte inminente. Todos estos episodios se iniciaron rápidamente. Los síntomas alcanzaron máximos en cuestión de minutos, dejándola asustada, exhausta y plenamente convencida de que había sufrido un infarto de miocardio. Las evaluaciones médicas realizadas justo después de estos episodios fueron normales: exploración física, constantes vitales, análisis clínicos, pruebas toxicológicas y electrocardiogramas.

La paciente refirió que había tenido en total cinco crisis en los últimos 3 meses, surgiendo el pánico en el trabajo, en casa y mientras conducía el coche. Acabó teniendo miedo constante a que se produjeran nuevas crisis, lo que la había llevado a tomarse muchos días de permiso en el trabajo y a evitar el ejercicio físico, el café y conducir el coche. La calidad del sueño había disminuido, igual que el estado de ánimo. Evitaba las relaciones sociales. No la tranquilizaban ni amigos ni médicos, creyendo que las pruebas eran negativas porque se habían realizado después de haber desaparecido los síntomas. Seguía sospechando que le pasaba algo en el corazón y que, al no tener un diagnóstico preciso, acabaría muriendo. Después de sufrir una crisis de pánico mientras dormía, en plena noche, aceptó finalmente ver a un psiquiatra.

La Sra. Greco refirió que carecía de antecedentes psiquiátricos, excepción hecha de un problema de ansiedad en la niñez que habían diagnosticado de «fobia escolar».

La madre de la paciente se había suicidado por sobredosis 4 años antes, en el seno de una depresión mayor recurrente. En el momento de la evaluación, la paciente vivía con su padre y dos hermanos menores. La paciente tenía el bachillerato, trabajaba de operadora telefónica y no salía con nadie. En los antecedentes familiares y sociales no había más elementos reseñables.

Al hacer la exploración, la paciente aparecía como una joven de aspecto ansioso, cola-

boradora y coherente. Explicó no estar deprimida, pero parecía preocupada e inquieta ante la idea de tener una cardiopatía. Dijo no tener síntomas psicóticos, ni confusión, ni ningún tipo de suicidalidad. La cognición estaba intacta, la introspección presentaba limitaciones y el juicio se consideró adecuado.

Diagnóstico

- Trastorno de pánico.

Explicación

La Sra. Greco tiene crisis de pánico, que son accesos bruscos de miedo y malestar que llegan al máximo en cuestión de minutos y se acompañan de síntomas físicos y cognitivos. En el DSM-5, las crisis o ataques de pánico se contemplan como un tipo especial de reacción de miedo que no se encuentra solamente en los trastornos de ansiedad. Por consiguiente, el pánico se conceptualiza de dos maneras distintas en el DSM-5. La primera es el especificador «ataque de pánico», que puede acompañar a cualquier diagnóstico del DSM-5. La segunda es el trastorno de pánico, cuando el paciente cumple una serie de criterios más restrictivos.

La Sra. Greco parece cumplir los diversos criterios que requiere el trastorno de pánico. En primer lugar, las crisis de pánico son recurrentes y cumple sobradamente el requisito de los cuatro síntomas de un total de 13: palpitaciones, sudoración, temblor, ahogo, dolor torácico y miedo persistente a morir. El diagnóstico también exige que las crisis de pánico afecten a la persona entre un episodio y otro. Está siempre preocupada por tener un ataque al corazón (a pesar de las pruebas médicas y la tranquilidad que le brindan con frecuencia), y evita aquellas situaciones y actividades supuestamente capaces de desencadenar otro ataque de pánico. Estos síntomas también han de durar al menos 1 mes (la Sra. Greco tiene síntomas desde hace 2 meses).

El diagnóstico de trastorno de pánico requiere también evaluar las demás causas de pánico, que son numerosas. Entre ellas se cuentan medicamentos, enfermedades físicas, drogas y otros trastornos mentales. Según su historial, esta joven de 23 años no toma medicamentos, no padece enfermedades y niega consumir drogas. Las exploraciones físicas, los electrocardiogramas, los análisis clínicos sistemáticos y las pruebas toxicológicas son normales o dan resultados negativos. Podría ser útil preguntar a la Sra. Greco si toma plantas medicinales u otros remedios complementarios, pero parece que sus síntomas son de origen psiquiátrico.

Muchos trastornos psiquiátricos se acompañan de pánico, y otra afección podría haber predispuesto a la Sra. Greco a sufrir estas crisis. Refiere antecedentes de ansiedad y «fobia social» durante la infancia, si bien tales síntomas parecen haber remitido. La madre se quitó la vida 4 años antes en el seno de una depresión mayor recurrente. Los detalles se desconocen. Semejante episodio traumático debió ejercer, sin duda, algún tipo de efecto sobre la Sra. Greco. De hecho, se trataría probablemente de dos traumas distintos: los efectos agudos del suicidio y los efectos más duraderos de tener una madre deprimida de forma crónica o recurrente. También se podrían explorar los sucesos psicosociales anteriores a estos ataques de pánico.

Por ejemplo, la «fobia escolar» de la Sra. Greco podría haber sido la manifestación de un trastorno de ansiedad de separación no diagnosticado, y el pánico reciente podría haber surgido en el contexto de una cita, de una exploración sexual o de un alejamiento del padre y los hermanos menores. No muestra un patrón de pánico en respuesta a la ansiedad social o a alguna fobia específica, pero también rechaza la idea de que sus síntomas sean psiquiátricos, por lo que podría no reconocer la conexión entre sus síntomas de pánico y otro conjunto de síntomas diferente. Po-

dría resultar útil evaluar en la paciente la sensibilidad a la ansiedad, que es la tendencia a contemplar la ansiedad como algo perjudicial, y la «afectividad negativa», que es la propensión a experimentar emociones negativas. Estos dos rasgos de personalidad pueden asociarse a la aparición del pánico.

Como hay ciertas agrupaciones sintomáticas que los pacientes no suelen reconocer de manera espontánea como síntomas o conjuntos de síntomas, sería útil explorar de forma más concreta la presencia de trastornos tales como el trastorno de estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo. Además, podría resultar útil explorar la secuencia de los síntomas. Por ejemplo, el pánico de la paciente parece haber generado su preocupación por las cardiopatías. Si la preocupación por estar enferma hubiera precedido al pánico, podría presentar también un trastorno de ansiedad debido a otra afección médica o un trastorno de síntomas somáticos.

Los trastornos depresivos y bipolares suelen asociarse al pánico. La Sra. Greco sí tiene síntomas depresivos, como insomnio y angustia en relación con la muerte, pero, por lo demás, sus síntomas no parecen cumplir los criterios del diagnóstico de depresión. Sin embargo, es necesario observar dichos síntomas de manera longitudinal. No solo aumenta su riesgo de depresión la historia depresiva de la madre, sino que la propia paciente podría no ser muy consciente de sus propios estados emocionales. También sería de utilidad buscar concretamente los síntomas de un trastorno bipolar. Los pacientes suelen olvidar o no percibir como algo problemático la manía y la hipomanía, y dejar sin hacer este diagnóstico podría conducir a tratamientos inapropiados y a la exacerbación de los síntomas bipolares. Además, el pánico parece incrementar el riesgo de suicidio.

Aunque se deberían explorar más cosas, la Sra. Greco sí parece tener un trastorno de pá-

nico. El DSM-5 recomienda evaluar si el pánico es esperado o inesperado. Parece que las crisis de pánico iniciales de la Sra. Greco se produjeron en situaciones que podrían considerarse estresantes, como conducir un coche y trabajar, por lo que podrían haber sido esperadas o no. El último episodio se produjo, en cambio, mientras dormía, por lo que sus ataques de pánico se clasificarían como inesperados.

El DSM-5 ha desvinculado la agorafobia del trastorno de pánico. Aunque ambos pueden coincidir, se considera ahora que la agorafobia surge en muy distintas situaciones. En el caso de la Sra. Greco, su evitación activa del coche, el ejercicio y la cafeína se conceptualiza mejor como una complicación comportamental del

trastorno de pánico que como un síntoma de agorafobia. La corrección del diagnóstico y el tratamiento es importante para prevenir que los síntomas se agraven y cronifiquen.

Lecturas recomendadas

Faravelli C, Gorini Amedei S, Scarpato MA, Faravelli L: Bipolar disorder: an impossible diagnosis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 5:13, 2009.

Goodwin RD, Lieb R, Hoefler M, et al: Panic attack as a risk factor for severe psychopathology. *Am J Psychiatry* 161(12): 2207-2214, 2004.

MacKinnon DF, Zandi PP, Cooper J, et al: Comorbid bipolar disorder and panic disorder in families with a high prevalence of bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 159(1):30-35, 2002.

CASO 5.3

Timidez de adolescente

Barbara L. Milrod, M.D.

Nadine es una chica de 15 años de edad cuya madre la lleva a una evaluación psiquiátrica para ayudarla con su timidez de hace ya mucho tiempo.

Aunque Nadine se mostró al principio poco dispuesta a hablar de sí misma, dijo que se notaba tensa a todas horas. Añadió que la ansiedad había sido «horrible» desde hacía años y que a menudo se acompañaba de epi-

sodios de mareos y llanto. Normalmente era incapaz de hablar fuera de casa o de clase. Se negaba a salir de casa sola por miedo a verse obligada a hablar con alguien. Le causaban ansiedad sobre todo los demás adolescentes, pero se había vuelto también «demasiado nerviosa» como para hablar con los vecinos adultos que conocía desde hacía años. Dijo que le resultaba imposible entrar en un res-

taurante y pedirle algo «al desconocido de la barra» por miedo a que la humillasen. También estaba constantemente en guardia para evitar la posibilidad de ser atacada, táctica que en realidad solo funcionaba cuando estaba sola en casa.

Nadine trataba de ocultar su enorme ansiedad a los ojos de sus padres, diciéndoles normalmente que «no tenía ganas» de salir. Al sentirse atrapada e incompetente, Nadine dijo que pensaba en el suicidio «a todas horas».

Nadine siempre había sido «tímida» y se habían metido con ella en los recreos desde el jardín de infancia. Las burlas habían crecido hasta convertirse en un verdadero acoso cuando estaba en séptimo grado. Durante 2 años, día tras día, los compañeros de Nadine la trataron «como una manada de lobos hambrientos», llamándola «estúpida», «foa» y «loca». No era raro que alguno de ellos se la quedara mirando y le dijera que lo mejor sería que se suicidase. Una chica (la cabecilla del grupo, anterior amiga suya en primaria) la golpeó en una ocasión, poniéndole un ojo morado. Nadine no se defendió. Del suceso fue testigo un vecino adulto que se lo dijo a la madre. Cuando esta le preguntó a Nadine por el incidente, Nadine lo negó, diciendo que se había caído en la calle. Sin embargo, sí le mencionó a su madre «de pasada» que deseaba cambiarse de colegio, aunque lo dijo dándole tan poca importancia que, en aquel momento, la madre lo desaconsejó con indiferencia. Nadine siguió sufriendo, sollozando hasta dormirse casi todas las noches.

Llena de esperanza, Nadine se cambió a una escuela de arte para cursar el noveno grado. Aunque el acoso cesó, los síntomas de ansiedad empeoraron. Se sentía incluso más incapaz de aventurarse en espacios públicos y cada vez estaba más avergonzada por ser incapaz de adquirir la clase de independencia que es típica a los 15 años. Dijo que había em-

pezado a pasar fines de semana enteros «atrapada» en casa y que hasta le daba miedo sentarse a leer ella sola en el parque de al lado. Por las noches tenía pesadillas con los matones del colegio anterior. Sus inquietudes suicidas aumentaron.

Los padres habían pensado que la timidez se le pasaría con la edad y solo se decidieron a buscar ayuda psiquiátrica después de que un profesor les comentara que la ansiedad y el aislamiento social le impedían a Nadine sacar las notas y realizar las actividades extraescolares necesarias para ir a una buena universidad.

Nadine refirió que su madre era chillona, nerviosa y agresiva, y que «daba un poco de miedo». El padre era un asesor fiscal de éxito que trabajaba a todas horas. Nadine lo describió como una persona tímida en sociedad («se parece más a mí»). Nadine dijo que ella y su padre a veces bromeaban con que, por las noches, el objetivo era «no cabrear» a la madre. Nadine añadió que «no le gustaría parecerse jamás a su madre».

Diagnósticos

- Trastorno de ansiedad social (fobia social), grave.
- Trastorno por estrés postraumático, moderado.
- Agorafobia, grave.

Explicación

Nadine parece tener un temperamento tímido de partida. Desafortunadamente, en la lógica infantil, los niños tímidos suelen ser objeto de burla. Si no llegan a aprender formas eficaces de defenderse, el acoso puede empeorar, especialmente en la secundaria y el bachillerato. Este patrón puede llevar a estos adolescentes, ya propensos a la ansiedad y de alto riesgo, a resultar traumatizados por sus compañeros. Como se ve en el caso de Nadine, la intensidad

de los síntomas de ansiedad y el aislamiento social pueden combinarse para incrementar el riesgo de pensamientos y conductas suicidas.

Cuando Nadine acude al psiquiatra, la angustia lleva ya años de evolución y la joven parece haber desarrollado tres diagnósticos del DSM-5 comórbidos con frecuencia. En primer lugar, tiene una ansiedad marcada y excesiva en relación con distintas situaciones sociales, incluso con sus compañeros. Estas situaciones provocan siempre en ella miedo a sentir vergüenza, por lo que las evita casi siempre. Cumple, por tanto, los criterios sintomáticos del trastorno de ansiedad social (fobia social).

Como es habitual en niños y adolescentes, los miedos de Nadine cobraron vida propia tras experimentar el acoso escolar. Al principio evitaba las situaciones sociales productoras de ansiedad, lo que forma parte del trastorno de ansiedad social. Sin embargo, esa ansiedad se fue expandiendo poco a poco hasta explotar, y comenzó a entrarle pánico incluso ante la idea de salir sola de casa. Cuando ya no podía ni ir sola a un parque cercano, se diría que merecía un segundo diagnóstico del DSM-5: el de agorafobia. Esta expansión es tan frecuente entre los niños y adolescentes que los estudios terapéuticos contemporáneos tienden a centrar las intervenciones en todo un espectro de trastornos de ansiedad del DSM, en lugar de en un trastorno solo.

En Nadine se debería considerar también un tercer diagnóstico del DSM-5: el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Ha sido víctima de acoso intenso y prolongado, lo que es bastante traumático, especialmente si el niño está socialmente aislado y pasa por un periodo vulnerable del desarrollo. Para cumplir los criterios del DSM-5 para el TEPT, Nadine tendría que presentar síntomas clínicamente importantes durante al menos 1 mes en cuatro ámbitos distintos: intrusión (las pesadillas que dice tener cada noche), evitación (de los

compañeros), alteraciones negativas de la cognición y el ánimo (opiniones exageradas y negativas acerca de sí misma) y alteraciones de la activación y la reactividad (está siempre en guardia). Como algunos de estos síntomas también pueden referirse a la fobia social de Nadine, se requiere juicio clínico para no hacer un diagnóstico innecesario de TEPT. No obstante, sí parece que estos dos trastornos son comórbidos en Nadine. También es importante explorar la posibilidad de que estos síntomas de ansiedad puedan ser atribuibles a una enfermedad no psiquiátrica o al uso de medicamentos u otras sustancias, aunque no parece haber nada de esto en el caso de Nadine.

Al evaluar el tipo de trauma adolescente que ha vivido Nadine, conviene recordar que, aunque los acosadores son normalmente otros niños, son los profesores y administradores quienes contribuyen al problema al no prestar la suficiente atención a la dinámica del patio escolar. Esto parece cumplirse en el caso de Nadine. Además, los padres de Nadine parecen haber sido capaces de ignorar la situación desesperada de su hija hasta empezar a preocuparse por la universidad que podría admitirla.

Conviene también tener en cuenta que la madre de Nadine es una mujer chillona y explosiva a la que la hija ha tratado de no enfadar desde la primera infancia. Esta tenue relación madre-hija probablemente intervino en la formación de la timidez de Nadine. El miedo a las explosiones de ira maternas podría haber contribuido, por ejemplo, a generar esa sensación constante de no estar a salvo, y podría haberla impedido desarrollar las herramientas necesarias para consolidar la asertividad. En el curso de la evaluación psiquiátrica, quizá fuera razonable comentarle a Nadine la posibilidad de que su incapacidad para defenderse del acoso escolar tal vez esté relacionada con su deseo intenso de no parecerse en nada a su vociferante y atemorizante madre.

Lecturas recomendadas

Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, et al: Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combi-

nation in childhood anxiety. *N Engl J Med* 359(26):2753–2766, 2008.

CASO 5.4

Miedo a volar

Katharina Meyerbröcker, Ph.D.

Olaf Hendricks, un hombre de negocios de 51 años de edad, acude a una consulta de psiquiatría diciendo que es incapaz de viajar en avión. Su única hija acababa de dar a luz y, aunque deseaba con todas sus fuerzas conocer a su primera nieta, se sentía incapaz de cruzar el océano Atlántico para ir a verla.

El miedo a volar del paciente había comenzado 3 años antes, cuando viajaba en un avión que tuvo que aterrizar en medio de una ventisca. Llevaba sin volar 2 años, y dijo que había llorado al despegar y al aterrizar. Había ido con su esposa a un aeropuerto en otra ocasión, 1 año antes de la evaluación, para acudir a la boda de la hija. A pesar de haber bebido una cantidad considerable de alcohol, al Sr. Hendricks le entró el pánico y se negó a subirse al avión. Después de aquel intento fallido, tendía a presentar mucha ansiedad incluso ante la idea de volar, ansiedad que le había llevado a rechazar una promoción laboral y una oferta de trabajo en el

exterior porque en ambos casos habría tenido que viajar.

El Sr. Hendricks refirió tristeza y remordimientos desde que había surgido esta limitación, aunque negó tener los demás síntomas neurovegetativos propios de la depresión. Había aumentado su consumo de alcohol a tres vasos de vino por las noches para poder «desconectar». Dijo que no había tenido problemas a causa del alcohol ni síntomas de abstinencia. También dijo no tener antecedentes familiares de problemas psiquiátricos.

Explicó que no sentía ansiedad en ninguna otra situación, añadiendo que, en el trabajo, los compañeros lo consideraban un hombre de empresa enérgico y eficaz, capaz de hablar en público «fácilmente» ante cientos de personas. Al preguntarle en concreto, dijo que, siendo niño, la idea de que pudiera atacarlo un animal salvaje lo tenía «petrificado». Este temor le había impedido ir con la familia de acampada e incluso dar paseos largos por el campo. De adulto, ya no le preocupaba que lo

atacaran animales salvajes, pues vivía en una gran ciudad e iba de vacaciones en tren a otras zonas urbanas.

Diagnósticos

- Fobia específica, situacional (a viajar en avión).
- Fobia específica, a los animales.

Explicación

Al Sr. Hendricks le produce tanta ansiedad la idea de volar que no es capaz de subirse a un avión a pesar de estar muy motivado a hacerlo. Incluso pensar en aviones y aeropuertos le ocasiona considerable angustia. Este miedo es persistente y le ha producido un deterioro funcional significativo. Por consiguiente, cumple los criterios diagnósticos de la fobia específica. El DSM-5 contiene también especificadores para describir la fobia. En el caso del Sr. Hendricks, el estímulo fóbico es volar, lo que se codificaría como un especificador «situacional».

(Otros estímulos situacionales frecuentes son los ascensores y los espacios cerrados.)

La mayoría de las personas con una fobia específica temen más de un objeto o situación. Aunque el Sr. Hendricks niega al principio tener otras ansiedades, sí refiere haber tenido un temor muy angustioso a resultar atacado por animales salvajes cuando era joven. Este miedo lo llevó a no ir de acampada y a no hacer senderismo. Ahora vive en un espacio urbano donde es muy improbable encontrarse con un animal salvaje, pero el DSM-5 permite diagnosticar la fobia específica incluso si es poco probable encontrar el estímulo fóbico. Desde el punto de vista clínico, destapar estas fobias es importante porque la evitación no solo puede provocar malestares y disfunciones evidentes (incapacidad de volar que con-

duce a incapacidad de visitar a la familia o de rendir de forma óptima en el trabajo), sino también a tomar decisiones que podrían no ser del todo conscientes (el miedo a los animales salvajes llevaría a evitar sistemáticamente las zonas no urbanas).

Además de los animales y las situaciones, existen otras categorías de estímulos fóbicos. Entre ellas cabe citar la naturaleza (p. ej., alturas, tormentas), las heridas e inyecciones en relación con la sangre (p. ej., agujas, procedimientos médicos invasivos) y otros (p. ej., ruidos fuertes o personas disfrazadas).

La fobia específica acompaña casi siempre a otros trastornos de ansiedad, además de a los trastornos depresivos, por consumo de sustancias, de síntomas somáticos y de personalidad. El Sr. Hendricks niega que el consumo de alcohol le esté ocasionando malestar o disfunción, por lo que no parece cumplir los criterios de ningún trastorno del DSM-5; no obstante, si se explora más a fondo, quizá aparecería que la ingesta nocturna de alcohol sí es fuente de problemas en algún ámbito de la vida. Si resulta que la fobia a volar es un síntoma de otro trastorno (p. ej., una manifestación de agorafobia), ese otro trastorno (la agorafobia) sería el diagnóstico más preciso del DSM-5. Sin embargo, según parece, el Sr. Hendricks tiene una fobia específica bastante típica.

Lecturas recomendadas

Emmelkamp PMG: Specific and social phobias in ICD-11. *World Psychiatry* 11 (suppl 1):93-98, 2012.

LeBeau RT, Glenn D, Liao B, et al: Specific phobia: a review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depress Anxiety* 27(2):148-167, 2010.

Zimmerman M, Dalrymple K, Chelminski I, et al: Recognition of irrationality of fear and the diagnosis of social anxiety disorder and specific phobia in adults: implications for criteria revision in DSM-5. *Depress Anxiety* 27(11):1044-1049, 2010.

CASO 5.5

Siempre tensa

Ryan E. Lawrence, M.D.
Deborah L. Cabaniss, M.D.

Peggy Isaac es una auxiliar administrativa de 41 años de edad a quien el médico de atención primaria deriva a una consulta ambulatoria de psiquiatría por referir que está «siempre tensa». Vive sola y nunca estuvo casada ni tuvo hijos. Jamás había acudido a un psiquiatra anteriormente.

La Sra. Isaac había vivido con su novio de mucho tiempo hasta 8 meses antes, momento en el que él había roto repentinamente la relación para salir con una mujer más joven. Poco después, la Sra. Isaac empezó a agobiarse con las tareas cotidianas y la posibilidad de cometer errores en el trabajo. Se notaba extrañamente tensa y fatigada. Le costaba concentrarse. Empezó también a preocuparse excesivamente por el dinero y, para ahorrar, se mudó a un apartamento más barato en un barrio menos deseable. Acudía constantemente a sus compañeros de trabajo y a su madre en busca de apoyo y tranquilidad. Nadie parecía serle de ayuda y le preocupaba ser «demasiado pesada».

En los 3 meses previos a la evaluación, la Sra. Isaac empezó a no querer salir por las noches, temiendo que algo malo iba a ocurrirle y no podría pedir ayuda. Más recientemente había dejado de salir también por el día. Se sentía también «desprotegida y vulnerable» al ir andando hasta la frutería que tenía a tres

manzanas, por lo que evitaba hacer la compra. Después de describir cómo se las había arreglado para que le llevaran la comida a casa, añadió: «Es ridículo. De verdad que creo que va a ocurrir algo terrible en uno de los pasillos y que nadie podrá ayudarme, por lo que ni siquiera me asomo». En el apartamento, a menudo lograba relajarse y disfrutar de un buen libro o alguna película.

La Sra. Isaac dijo que había sido «algo nerviosa desde siempre». Durante casi toda la época del jardín de infancia había llorado desconsolada cuando la madre trataba de dejarla allí. Dijo que había visto a un orientador a los 10 años, mientras los padres se divorciaban, porque «mi madre pensaba que era muy dependiente». Añadió que nunca le había gustado la soledad y que siempre había tenido novios (a veces más de uno al mismo tiempo) desde los 16 años de edad. Según dijo, «Odiaba estar sola y, como siempre he sido atractiva, nunca pasé mucho tiempo sin pareja». Sin embargo, hasta la ruptura reciente, dijo que siempre se había considerado «bien». Tenía éxito en el trabajo, hacía deporte (corría) a diario, conservaba una red sólida de amistades y no tenía «verdaderos motivos de queja».

En la primera entrevista, la Sra. Isaac dijo que había estado triste unas semanas cuando el novio la dejó, pero no reconoció haberse

sentido inservible, culpable, despreciable, anhedónica o suicida. Dijo que pesaba lo mismo y dormía bien. Negó tener alteraciones psicomotoras. Si refirió una considerable ansiedad y obtuvo 28 puntos en el Inventario de Ansiedad de Beck, lo que indica una ansiedad grave.

Diagnóstico

- Trastorno de ansiedad generalizada.

Explicación

La Sra. Isaac se ha vuelto tensa, se fatiga fácilmente y se preocupa en exceso desde hace 8 meses, a raíz de que su novio rompiera con ella. Le cuesta concentrarse. Sus preocupaciones generan malestar y disfunción, y la llevan a buscar una y otra vez que la tranquilicen. Aunque algunos de estos síntomas también podrían atribuirse a un trastorno depresivo, le faltan la mayoría de los síntomas de depresión mayor. En cambio, la Sra. Isaac sí cumple los criterios del DSM-5 para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

De forma más aguda, la Sra. Isaac ha desarrollado una intensa ansiedad ante la idea de salir de su apartamento y entrar en el supermercado local. Estos síntomas muestran que la Sra. Isaac podría cumplir los criterios del DSM-5 para la agorafobia, que requieren la presencia de miedo y evitación con respecto, al menos, a dos situaciones distintas. Los síntomas de agorafobia, no obstante, solo están presentes desde hace pocos meses, menos de los 6 que requiere el DSM-5. Dependiendo de si el clínico piensa o no que los síntomas de agorafobia merecen atención clínica, la Sra. Isaac podría recibir el diagnóstico adicional de «trastorno de ansiedad no especificado (agorafobia con síntomas de duración insuficiente)».

Además de realizar un diagnóstico del DSM-5, también sería importante considerar qué podría haber desencadenado el TAG de la Sra. Isaac. Aunque es imposible saber con seguridad el motivo de que alguien desarrolle

un trastorno del ánimo o de ansiedad, prestar atención a los factores de estrés psicosocial que coincidan con el inicio de los síntomas podría ayudar a efectuar la formulación, a determinar los objetivos y a prescribir un tratamiento.

En este caso, la Sra. Isaac comenzó a presentar síntomas de ansiedad aguda después de que el novio con quien vivía rompiera con ella y ella hubiera de mudarse a otro apartamento. Ambos sucesos constituyen factores de estrés agudo. La segunda parte de la respuesta a la pregunta de «¿Por qué ahora?» lleva a pensar en cómo inciden los factores de estrés en los problemas de la vida de la Sra. Isaac. Dijo que nunca había pasado «mucho tiempo sin pareja» y refirió antecedentes de problemas de separación que habían comenzado en la infancia. La ansiedad desencadenada por la separación puede ser indicativa de problemas de apego, y los modos de apego de la edad adulta se cree que están relacionados con las primeras relaciones del individuo. Quienes entonces disfrutaron de vínculos seguros son capaces de iniciar relaciones íntimas con otras personas y pueden, además, calmarse y regularse cuando están solos.

Las personas con apegos inseguros, en cambio, pueden hacerse dependientes de los seres queridos, ser incapaces de autorregularse cuando están solas y tener sentimientos ambivalentes hacia aquellos de quienes dependen. Pensando de esta manera, cabría suponer que la Sra. Isaac empezó a presentar síntomas a causa de un modo de apego inseguro cuyo origen estaría en sus primeras relaciones con la madre.

Los indicios de que esto podría ser así son: que la madre pensara que la Sra. Isaac era «demasiado dependiente» durante el divorcio; los sentimientos de la Sra. Isaac con respecto a los esfuerzos de la madre por apoyarla. Sería útil profundizar sobre las primeras relaciones de la Sra. Isaac y los patrones de apego problemáticos surgidos de sus relaciones románticas. Estos patrones quizá emerge-

rían en la relación terapéutica, donde podrían llegar a ser objeto de tratamiento.

Lecturas recomendadas

Blanco C, Rubio JM, Wall M, et al: The latent structure and comorbidity patterns of generalized

anxiety disorder and major depressive disorder: a national study. *Depress Anxiety* June 14, 2013 [Publicación electrónica previa a la imprenta].

Stein DJ, Hollander E, Rothbaum BO (eds): *Textbook of Anxiety Disorders*, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009.

CASO 5.6

Ansiedad y cirrosis

Andrea DiMartini, M.D.

Catherine Crone, M.D.

Se pidió a un servicio de psiquiatría de enlace que evaluase a Robert Jennings, un varón blanco de 50 años de edad que iba a someterse a un trasplante de hígado ortotópico en el contexto de una dependencia alcohólica con cirrosis avanzada y sin otros antecedentes psiquiátricos. Algunas semanas antes lo habían hospitalizado por hepatitis alcohólica aguda y le habían diagnosticado una hepatopatía terminal. Le prescribieron 40 mg/día de prednisona para tratar la hepatitis alcohólica. Antes de esa hospitalización no se había dado cuenta de que el alcohol le estaba perjudicando seriamente la salud y le chocó enterarse de que, al final, necesitaría un trasplante de hígado. Después del alta empezó un programa de tratamiento para adicciones al que tenía la obligación de someterse para poder estar en la lista de espera de un posible trasplante.

La interconsulta psiquiátrica ambulatoria fue solicitada por el equipo de trasplantes después de que la familia se mostrara preocupada porque el paciente hacía poco que estaba cada vez más irritable y ansioso, y parecía no ser capaz de afrontar los requisitos del trasplante. El médico de atención primaria del Sr. Jennings le había recetado hacía poco alprazolam en dosis de 0,5 mg a demanda, para controlar la ansiedad. Al principio le fue bien pero, al cabo de varios días, la familia notó que estaba más irritable, aletargado y olvidadizo.

Al entrevistarle, el paciente dijo que llevaba meses cansado ya antes del diagnóstico y que la fatiga le había ocasionado problemas en su trabajo de repartidor para una empresa de transportes. Aunque el diagnóstico había sido todo un golpe, dijo que se había sentido

«de maravilla» al salir del hospital, con más energía y sensación de bienestar. Sin embargo, 1 semana después del alta había empezado a notarse ansioso y nervioso. No podía concentrarse ni dormir bien, y estaba a todas horas preocupado por la salud, el dinero y la familia. Pasaba menos tiempo con la familia y dejó de ver películas, actividades que antes le habían gustado.

Dijo que no tenía pesadillas, ni reviviscencias, ni conductas de evitación, ni pensamientos acelerados. También negó tener ánimo bajo, ganas de llorar, alteraciones del apetito, anhedonia, desesperanza, sensación de inutilidad e ideas suicidas. Admitió que a veces se sentía culpable por el alcohol y el daño que este le había ocasionado, a él y a su familia. Negó que hubiera vuelto a beber alcohol desde el ingreso. Sí confesó que le irritaba tener que someterse a una terapia para adictos y que había discutido con el equipo de trasplantes a causa de este requisito. En el pasado se había considerado capaz de enfrentarse a la mayoría de los problemas de la vida sin que estos le superaran. La familia confirmó esta descripción de sí mismo, no pareciéndoles propia de él su conducta reciente.

Al examinar su estado mental, el Sr. Jennings aparecía como un hombre ligeramente icterico, de aspecto cansado y delgado. La marcha era normal pero se removía inquieto al estar sentado. Miraba a los ojos y respondía correctamente, aunque hizo varias veces comentarios del tipo de «Algo no va bien» y «No todo es de la cabeza». El afecto aparecía ansioso e irritable y hablaba con brusquedad. Parecía distraído pero dijo no tener confusión ni desorientación. No tenía delirios ni alucinaciones. Los pensamientos eran lógicos y coherentes, sin desorganización, y las respuestas carecían de latencia. Obtuvo 26 de los 30 puntos posibles en el miniexamen cognoscitivo (MEC), perdiendo puntos en el recuerdo y la serie de sietes. Los resultados de las pruebas de los trazos A y B fueron normales,

aunque pidió que le repitieran las instrucciones de la parte B.

Diagnósticos

- Trastorno por consumo de alcohol.
- Trastorno de ansiedad inducido por medicamentos (esteroides).

Explicación

El Sr. Jennings lleva fatigado varios meses. Al diagnóstico y el tratamiento de su cirrosis hepática siguió un estallido de euforia que duró 1 semana, al que a su vez siguieron ansiedad, depresión, irritabilidad, alteraciones cognitivas e insomnio. El equipo evaluador buscaría causas que grosso modo explicasen los síntomas psiquiátricos del Sr. Jennings, y la búsqueda inicial se centraría en causas orgánicas. Las hepatopatías rara vez producen ansiedad directamente, pero los esteroides inducen a menudo una sensación inicial de bienestar seguida, al cabo de 1-2 semanas, de síntomas más negativos o desagradables de alteración del ánimo o de ansiedad.

Se deberían tener también en cuenta otros diagnósticos. La fatiga, la dificultad para concentrarse y la disminución de las actividades placenteras indican, por ejemplo, la posibilidad de un trastorno depresivo mayor, aunque algunos de estos síntomas podrían atribuirse a limitaciones físicas progresivas derivadas de su hepatopatía avanzada. Si el diagnóstico de depresión se abordara de manera amplia o «integral» en los pacientes físicamente enfermos, estos síntomas se considerarían dentro de los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno depresivo mayor, a pesar de su posible origen físico. Sin embargo, al evaluar más a fondo la presentación del paciente no se encontraron problemas persistentes de ánimo bajo, ganas de llorar y otros síntomas depresivos (p. ej., anhedonia, insomnio persistente, alteración del apetito, pensamientos

inapropiados de culpa o pensamientos recurrentes sobre la muerte o el suicidio). La depresión mayor parece improbable.

También hay que tener en cuenta los trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico. Sin embargo, los síntomas del paciente parecen estar directamente relacionados con los esteroides, y su duración no es suficiente para cumplir los requisitos del diagnóstico de otro trastorno de ansiedad.

La enfermedad, los tratamientos y las circunstancias potencialmente mortales pueden producir un trastorno de estrés agudo, un trastorno de adaptación y un trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, este paciente en concreto no parece cumplir los criterios de ningún trastorno traumático. Además, debe observarse que se sintió bien a pesar de su diagnóstico y que fue solo más tarde cuando aparecieron las alteraciones del ánimo y el comportamiento. Este patrón no descartaría un diagnóstico traumático, aunque sí reduce su probabilidad.

Un importante aspecto diagnóstico a tener muy en cuenta es la dependencia alcohólica del Sr. Jennings. Al comienzo de la abstinencia, los pacientes suelen presentar síntomas de ansiedad, irritabilidad y depresión. Estos síntomas contribuyen a la elevada tasa de recaídas que se observa tras la rehabilitación. Incluso en el contexto de una enfermedad potencialmente mortal y la necesidad de un trasplante, el número de individuos que recaerán es considerable. Este paciente en particular también ha empezado a tomar benzodiacepinas, que pueden inducir ansia de consumo y precipitar la recaída. El paciente dice que no consume alcohol, pero está en una lista de espera de trasplante y la recaída podría sacarle de dicha lista. Para vigilar si bebe a escondidas, estaría justificado controlarlo mediante entrevistas sucesivas y pruebas toxicológicas al azar.

El cuadro actual del Sr. Jennings también podría deberse a un trastorno neurocognitivo.

Los pacientes con hepatopatía avanzada normalmente presentan una encefalopatía hepática mínima, fenómeno que se caracteriza por alteraciones sutiles, pero importantes, del rendimiento tanto físico como mental. Si se compara con la encefalopatía hepática (delirium debido a otra afección médica en el DSM-5), la forma mínima no cursa con alteración de la consciencia ni con trastornos francos comportamentales o cognitivos. En cambio, los pacientes tienen leves alteraciones de la personalidad o del comportamiento, como irritabilidad, fatiga excesiva o somnolencia, junto a un sutil deterioro o retardo cognitivo. Normalmente, los deterioros de la velocidad psicomotora, la atención visual y la percepción no resultan evidentes con las pruebas más básicas, como el MEC, sino que se precisan pruebas psicométricas específicas para descubrirlos (p. ej., pruebas de los trazos A y B, amplitud de dígitos, velocidad de golpeteo digital).

Detectar si existe encefalopatía hepática mínima es importante porque los pacientes con este diagnóstico normalmente no mejoran con el uso de antidepresivos o de ansiolíticos, sino que precisan tratamiento con fármacos reductores del amoniaco. La combinación de una encefalopatía hepática mínima con un metabolismo hepático ralentizado vuelve a los pacientes más sensibles a los efectos secundarios de los fármacos (p. ej., retardo cognitivo de benzodiacepinas, sedantes, analgésicos y anticolinérgicos). En el caso del Sr. Jennings, el empeoramiento de los síntomas podría haberse debido al uso de una benzodiacepina. Estos pacientes tienen que evitar los medicamentos capaces de empeorar la función cognitiva, y también deben vigilarse por si surgiera una encefalopatía hepática franca. Dado que los problemas cognitivos que acompañan a la encefalopatía hepática mínima se sabe que deterioran el rendimiento diario y algunas capacidades, como la de conducir, a este paciente habría que hablarle de si puede o debe seguir

conduciendo (lo que tendría importantes consecuencias para su trabajo como repartidor). Una vez retirado el alprazolam y tratados sus niveles de amoníaco (si procede), se le podría reevaluar para determinar su cognición basal.

Lecturas recomendadas

DiMartini A, Crone C, Fireman M, Dew MA: Psychiatric aspects of organ transplantation

in critical care. *Crit Care Clin* 24(4):949-981, 2008.

DiMartini A, Dew MA, Crone C: Organ transplantation, en Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition, Vol 2. Editado por Sadock B, Sadock VA, Ruiz P. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2009, pp 2441-2456.

Dubovsky AN, Arvikar S, Stern TA, Axelrod L: The neuropsychiatric complications of glucocorticoid use: steroid psychosis revisited. *Psychosomatics* 53(2):103-115, 2012.

Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados

INTRODUCCIÓN

John W. Barnhill, M.D.

El DSM-5 ha creado un capítulo nuevo para un grupo de trastornos que cursan con pensamientos obsesivos y conductas compulsivas. Estos son el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), el trastorno dismórfico corporal (TDC), el trastorno de acumulación, la tricotilomanía (trastorno de arrancarse el pelo) y el trastorno de excoriación (rascarse la piel). Como sucede en la mayor parte del DSM-5, existen también categorías para aquellos pacientes cuyos síntomas son secundarios a medicamentos u otras sustancias, se deben a alguna enfermedad física o no acaban de cumplir los criterios de uno de los trastornos citados.

Aunque el TOC ha salido del capítulo dedicado a los trastornos de ansiedad en el DSM-5, los criterios cardinales del TOC siguen siendo los mismos, relativamente. Se han creado varios especificadores para clarificar los subgrupos de

la categoría más amplia. Por ejemplo, el especificador de «introspección» separa a los pacientes con introspección buena o aceptable de aquellos otros con poca introspección o ausencia de introspección/con creencias delirantes. El DSM-5 contempla también para el TOC un especificador de «relación con tics». La valoración de la introspección y los tics es clínicamente importante no solo porque distingue, aparentemente, las diversas subpoblaciones de pacientes con TOC, sino porque la identificación de estos subgrupos puede orientar el tratamiento considerablemente.

El TDC se pasó a este nuevo capítulo después de haber estado anteriormente incluido entre un grupo de trastornos que ahora, en el DSM-5, se incluyen en el capítulo de trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. Aunque presentan inquietudes so-

máticas, las personas con TDC tienden a no tener ni la misma comorbilidad, ni los mismos antecedentes familiares, ni otras características que se observan en quienes reciben el diagnóstico de uno de los trastornos de síntomas somáticos. Al igual que en el TOC, en el TDC también se incluye un especificador de «introspección». A las personas que, de forma delirante, están convencidas de que sus creencias propias del TDC son ciertas no se les diagnostica un trastorno psicótico concomitante (p. ej., el trastorno delirante); de ellas se diría que tienen un TDC con ausencia de introspección.

Arrancarse el pelo y pellizcarse la piel son las conductas repetitivas centradas en el cuerpo que se observan con más frecuencia. El trastorno de arrancarse el pelo, la tricotilomanía, se incluía antes entre los trastornos del control de los impulsos no clasificados en otra parte, junto a la piromanía y el trastorno explosivo intermitente, mientras que el trastorno de pellizcarse la piel, o trastorno de excoiación, es nuevo en el DSM-5. Ambos cursan con el tipo de conductas disfuncionales, persistentes y repetitivas que caracterizan al trastorno obsesivo-compulsivo y los demás trastornos relacionados con él.

El trastorno de acumulación también es nuevo en el DSM-5. Antes se citaba únicamente como posible criterio para diagnosticar el trastorno obsesivo-compulsivo de la perso-

nalidad, pero los datos indican que la acumulación disfuncional se produce a menudo sin diagnósticos acompañantes que expliquen esta conducta.

El TOC se incluía anteriormente entre los trastornos de ansiedad, que se explican ahora en el capítulo precedente del DSM-5. La ansiedad puede ser un rasgo prominente en el trastorno obsesivo-compulsivo y en los trastornos con él relacionados, y la presencia comórbida de trastornos de ansiedad es un hecho frecuente. Aunque la ansiedad comórbida también se debe abordar, la creación de una categoría distinta en el DSM-5 podría potenciar el reconocimiento de un grupo de trastornos que merecen atención clínica y se encuentran hoy en día infradiagnosticados.

Lecturas recomendadas

Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, et al: Skin picking disorder. *Am J Psychiatry* 169(11):1143-1149, 2012.

Hollander E, Zohar J, Sirovatka PJ, Regier DA (eds): *Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2011.

Phillips KA: *Understanding Body Dysmorphic Disorder: An Essential Guide*. Oxford, UK, Oxford University Press, 2009.

Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu OJ: Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depress Anxiety* 27(6):495-506, 2010.

CASO 6.1

Depresión

Mayumi Okuda, M.D.

Helen Blair Simpson, M.D., Ph.D.

Samuel King, un conserje de 52 años de edad, soltero, acude para tratarse una depresión. Llevaba años luchando con sus síntomas depresivos y había probado la fluoxetina, el citalopram y la psicoterapia de apoyo, con mejorías leves. Trabajaba a tiempo completo, aunque realizaba algunas actividades fuera del trabajo.

Al preguntarle cómo estaba, el Sr. King dijo que estaba bajo de ánimo, no disfrutaba de nada, padecía insomnio, se sentía inútil y le costaba concentrarse y tomar decisiones. Negó tener ideas de suicidio actualmente, pero añadió que, unos meses antes, se había quedado mirando las vías del metro y había pensado en saltar. Refirió que bebía alcohol de vez en cuando pero que no tomaba drogas.

Al preguntarle si padecía ansiedad, el Sr. King dijo que le preocupaba contraer enfermedades como el VIH. Al notar un olor inusualmente fuerte a desinfectante, el entrevistador preguntó al Sr. King si tenía algún hábito de limpieza especial en relación con la preocupación que sentía por el VIH. El Sr. King hizo una pausa y explicó que evitaba tocar prácticamente cualquier cosa fuera de casa. Al animarlo a seguir, el Sr. King dijo que, si tan siquiera se acercaba a cosas que,

en su opinión, pudieran estar contaminadas, tenía que lavarse las manos de manera incessante con lejía doméstica. Se lavaba las manos una media de hasta 30 veces al día, empleando horas en esta rutina. El contacto físico era especialmente difícil. Ir a la frutería y usar el transporte público suponían grandes problemas, y casi había dejado de tratar a todo el mundo y de tener relaciones románticas.

Al preguntarle si le preocupaban otras cosas, el Sr. King dijo que le venían pensamientos intrusivos de pegar a alguien, miedo a decir algo que pudiera resultar ofensivo o inexacto y temor a molestar a sus vecinos. Para contrarrestar la ansiedad que le producían estas imágenes y pensamientos, repetía mentalmente las conversaciones previas, llevaba diarios de lo que decía y a menudo se disculpaba por miedo a haber sonado insultante. Al ducharse, procuraba que el agua solo llegara en la bañera a determinado nivel, por miedo a despistarse e inundar a sus vecinos.

Utilizaba guantes en el trabajo y rendía bien. No tenía enfermedades físicas. Pasaba la mayor parte del tiempo libre en casa. Aunque le gustaba la compañía de otras personas, el miedo a tener que tocar algo si lo invitaban a comer o a casa de alguien era demasiado para él.

La exploración descubrió a un varón con vestimenta informal que olía fuertemente a lejía. Aparecía preocupado y constreñido, pero se mostraba colaborador, coherente y pragmático. Negó haber tenido alucinaciones o ideas muy fijadas. Negó que actualmente tuviera intención de hacerse daño o de dañar a alguien. La cognición estaba intacta. Reconocía que sus temores e impulsos eran «como de locos», pero creía que estaban fuera de su control.

Diagnósticos

- Trastorno obsesivo-compulsivo, con introspección buena o aceptable.
- Trastorno depresivo mayor.

Explicación

El Sr. King presenta síntomas depresivos prominentes, además de obsesiones y compulsiones. Refiere disforia, anhedonia, insomnio, sensación de inutilidad, anergia, dificultad de concentración y suicidalidad reciente. Estos síntomas persisten desde hace mucho más tiempo que las 2 semanas que se requieren, han influido en su calidad de vida y no parecen haber sido desencadenados por ninguna sustancia ni ninguna enfermedad física. Merece claramente el diagnóstico de depresión mayor.

La evaluación del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) puede ser menos fácil. El Sr. King comentó sus obsesiones y compulsiones en la primera sesión, pero muchos pacientes no son tan espontáneos a este respecto. Por ello, la evaluación de un posible TOC requiere hacer preguntas específicas, con tacto, que permitan a personas con distintos grados de introspección hablar de pensamientos, sentimientos y comportamientos que pueden ser embarazosos e íntimos.

El DSM-5 define que las obsesiones tienen dos cualidades: en primer lugar, son pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que surgen de manera intrusiva y no deseada, y que normalmente inducen an-

siedad o angustia. En segundo lugar, la persona trata de ignorar, suprimir o neutralizar estos síntomas mediante algún otro pensamiento o acto (es decir, mediante una compulsión).

El Sr. King refiere varias obsesiones. Entre ellas hay obsesiones de contaminación (miedo a contraer el VIH), de agresión (imágenes intrusas de pegar a alguien), de escrupulosidad (miedo a parecer ofensivo o inexacto) y de simetría (exactitud del nivel del agua). Los intentos de ignorar o suprimir los pensamientos, impulsos o imágenes pueden tomar forma de evitación y producir considerable discapacidad. Esto es así en el caso del Sr. King, que pasa horas con sus rutinas del TOC y evita salir de su apartamento, relacionarse con la gente y hacer los recados más básicos.

En el DSM-5 se han incluido varios cambios menores al describir las obsesiones. Por ejemplo, se utiliza el término *urgencia* en lugar de *impulso* para evitar confusiones con los trastornos del control de los impulsos (N.T.: Esto es así en el original inglés, habiéndose traducido *urge* como impulso en la versión española). En el DSM-5 se emplea también el término *no deseado* en lugar de *inapropiado* para reflejar la realidad de que las personas con TOC contemplan sus propios síntomas con grados variables de egodistonia. Finalmente, aunque se dice que las obsesiones producen normalmente ansiedad o angustia, las investigaciones indican que no todas las obsesiones lo hacen en grado significativo.

El Sr. King presenta también varias compulsiones. Las compulsiones se definen como conductas (p. ej., lavarse las manos) o actos mentales (p. ej., contar) de carácter repetitivo que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a las obsesiones o siguiendo reglas que deben aplicarse rígidamente. Estos comportamientos o actos mentales deben ir dirigidos a reducir la angustia o a prevenir sucesos temidos, pero también han de ser excesivos o deben carecer de conexión realista con los sucesos previstos. El paciente refiere

varias compulsiones: lavarse las manos de forma excesiva, comprobaciones (lleva diarios), repeticiones (aclarar repetidamente lo dicho) y compulsiones mentales (repasar mentalmente las conversaciones previas).

Como se observa en todo el DSM-5, el TOC requiere que los síntomas sean causa de malestar o deterioro. Normalmente, el TOC requiere mucho tiempo (1 hora al día es la norma orientativa) y produce malestar y deterioro en varias esferas de la vida del paciente. Aunque el Sr. King es capaz de trabajar, su ocupación podría haberla elegido bajo la influencia de los síntomas del TOC (son pocos los trabajos que permiten llevar siempre guantes y usar lejía frecuentemente). No es solo que los síntomas le lleven mucho tiempo: el paciente parece un hombre solitario y aislado cuya vida se ha visto considerablemente afectada por el TOC.

Es importante explorar si los síntomas del TOC pueden atribuirse a alguna sustancia, medicación, enfermedad física o alteración psiquiátrica concurrente. A partir de la historia, parece que el Sr. King no toma medicamentos, ni abusa de drogas, ni tiene enfermedades orgánicas, ni presenta síntomas físicos; por tanto, se trataría de causas poco probables.

Los pensamientos recurrentes y las conductas repetitivas pueden hallarse en otros diagnósticos psiquiátricos. Para descartar estos otros diagnósticos, el clínico debe formular al paciente una serie de preguntas muy concretas. Por ejemplo, los pensamientos recurrentes, las conductas de evitación y la necesidad repetida de tranquilizarse también pueden observarse en los trastornos de ansiedad (p. ej., el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de ansiedad social). Las obsesiones del TOC también deben distinguirse de las rumiaciones del trastorno depresivo mayor, donde los pensamientos son normalmente más congruentes con el estado de

ánimo y no se experimentan necesariamente como intrusos o angustiosos. Cuando se identifica un TOC, resulta útil explorar de forma específica la posibilidad de que haya otros trastornos relacionados (p. ej., trastorno dismórfico corporal, trastorno de acumulación), que pueden cursar de forma parecida al TOC y asociarse a él.

Para subdividir los síntomas del TOC, el DSM-5 enumera dos especificadores. El primero identifica a los pacientes con TOC que padecen o han padecido también un trastorno de tics; los datos indican que los pacientes con TOC y antecedentes de trastornos de tics podrían presentar un curso clínico y una respuesta al tratamiento diferentes de los que se observan en los casos de TOC sin ellos.

El segundo especificador del DSM-5 tiene que ver con la introspección, que varía significativamente entre las distintas personas con TOC. Los tres especificadores de introspección son: buena o aceptable, poca y ausente. El Sr. King parece comprender que sus ideas obsesivas no son ciertas, por lo que estaría dentro de la categoría con más introspección. Quienes están totalmente convencidos de la validez de sus creencias en el seno del TOC se habrían considerado anteriormente casos delirantes, pero el DSM-5 los integra en el diagnóstico de TOC con el especificador de «ausencia de introspección/con creencias delirantes».

Lecturas recomendadas

- Hollander E, Zohar J, Sirovatka, Regier DA (eds): Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2011.
- Leckman JF, Denys D, Simpson HB, et al: Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtype and dimensional specifiers for DSM-5. *Depress Anxiety* 27(6):507-527, 2010.

CASO 6.2

Gérmenes

Dan J. Stein, M.D., Ph.D.

Helen Blair Simpson, M.D., Ph.D.

Katharine A. Phillips, M.D.

Trevor Lewis, un soltero de 32 años que vive con sus padres, es llevado por su madre a la consulta de psiquiatría. La madre explicó que, desde la adolescencia, el hijo había estado preocupado por los gérmenes, por lo que realizaba rituales de lavado de manos y duchas desde hacía ya mucho tiempo. Durante los últimos 6 meses, los síntomas habían empeorado notablemente. Ahora le inquietaba contraer el VIH y se pasaba el día lavándose no solo el cuerpo, sino también toda la ropa de vestir y la de cama. Había empezado a insistir en que la familia también debía lavar las ropas de vestir y de cama periódicamente, lo que había desencadenado la actual consulta.

El Sr. Lewis había tomado hacía tiempo un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y había acudido a una terapia cognitivo-conductual a causa de sus síntomas. Estas medidas tuvieron cierto efecto positivo y pudo acabar el bachillerato. Sin embargo, los síntomas le habían impedido acabar los estudios superiores y trabajar fuera de casa; creía desde hacía tiempo que la casa estaba relativamente libre de gérmenes si se comparaba con el mundo exterior. Sin embargo, en los últimos 6 meses había señalado cada vez más que también la casa estaba contaminada, incluso por el VIH.

En el momento de la consulta, el Sr. Lewis no tenía otros síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) ni de los trastornos con

él relacionados, como obsesiones sexuales, religiosas y de otros tipos; preocupación por el aspecto o las compras, o conductas repetitivas centradas en el cuerpo. Sin embargo, en el pasado también había tenido obsesiones de daño, referidas a sí mismo y a los demás, junto a las correspondientes compulsiones de comprobación (p. ej., comprobar que había apagado el gas). Tenía antecedentes infantiles de tics motores. Durante el bachillerato había observado que la marihuana aliviaba la ansiedad. En referencia a su aislamiento social, dijo que no había tenido acceso ni a la marihuana ni a ninguna otra sustancia psicoactiva desde hacía como mínimo 10 años.

Durante el examen del estado mental, el aspecto del Sr. Lewis era desaliñado y despeinado. Estaba plenamente convencido de que el VIH había contaminado su casa y que sus lavados y limpiezas eran necesarios para no contraer la infección. Al decirle que el VIH solo se propaga a través de los líquidos corporales, contestó que el VIH podía haber llegado a la casa en el sudor o la saliva de las visitas. En cualquier caso, el virus bien podía sobrevivir en las prendas de vestir y la ropa de cama, e introducirse después en el cuerpo a través de la boca, los ojos y otros orificios. Añadió que sus padres habían tratado de convencerlo de que se preocupaba excesivamente, pero no solo no los creía, sino que la preocupación reaparecía una y otra

vez, incluso si trataba de pensar en cualquier otra cosa. No había signos de alucinaciones ni de trastorno formal del pensamiento. Negó toda intención de dañarse o matarse, ni a sí mismo ni a nadie. La cognición estaba intacta.

Diagnóstico

- Trastorno obsesivo-compulsivo, relacionado con tics, con ausencia de introspección.

Explicación

El Sr. Lewis está convencido de que su casa está contaminada por el VIH. Es incapaz de suprimir estos pensamientos inquietantes e intrusos. Se siente obligado a realizar conductas irracionales en respuesta a su preocupación excesiva. Estas conductas le consumen el día y resultan debilitantes desde la perspectiva social y laboral. Cumple los criterios sintomáticos del DSM-5 para el TOC. La preocupación por la contaminación y la limpieza, con los consiguientes rituales de lavado, son una dimensión sintomática frecuente en el TOC.

El DSM-5 enumera también dos especificadores del TOC. El nuevo especificador en relación con los tics se basa en la bibliografía cada vez más numerosa que indica que las personas con TOC y tics, sea en el presente o en el pasado, presentan determinados rasgos diferenciales, y que la presencia o ausencia de tics ayuda a orientar la evaluación y la intervención. El Sr. Lewis tuvo tics motores en la infancia. El DSM-5 también recomienda evaluar la introspección, en concreto especificando si la persona con TOC posee una introspección buena o aceptable, poca introspección o ausencia de introspección/creencias delirantes. El especificador «ausencia de introspección/con creencias delirantes» se aplica no solo al TOC, sino también al trastorno dismórfico corporal y al trastorno de acumulación, y parece ser un rasgo diferenciador válido y clínicamente útil.

Los pensamientos obsesivos y las conductas compulsivas se observan en otros trastornos psiquiátricos. A los pacientes con tras-

torno de ansiedad por enfermedad (TAE), según el DSM-5, les preocupa tener o contraer una enfermedad grave; pueden, además, llevar a cabo conductas excesivas en relación con esto, como buscar que las tranquilicen. Al Sr. Lewis le preocupa contraer el VIH, lo que podría llevar a pensar que padece un TAE. Sus compulsiones de limpieza y comprobación, sin embargo, son más típicas del TOC; tampoco hay síntomas somáticos, ni otras preocupaciones por la salud, ni búsqueda en el cuerpo de signos de enfermedad, elementos todos ellos frecuentes en el TAE. Asimismo, aunque los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada pueden estar preocupados por su salud o la de otras personas, presentan también inquietudes de otro tipo y carecen de compulsiones.

Los pacientes con trastorno delirante no tienen las obsesiones, compulsiones, preocupaciones y demás síntomas característicos del TOC y los trastornos relacionados con él. En cambio, los pacientes con TOC y otros trastornos relacionados, cuando presentan ausencia de introspección o creencias delirantes, sí pueden parecer que sufren delirios, aunque sin los demás rasgos de los trastornos psicóticos, como alucinaciones o alteraciones formales del pensamiento. Aunque el uso de sustancias puede asociarse a síntomas psicóticos, en el presente caso no se observa ninguna relación temporal aparente entre el consumo de drogas y la aparición de los síntomas. El Sr. Lewis tampoco tiene antecedentes que sugieran la presencia de alguna enfermedad orgánica.

Resultaría útil tener una descripción más detallada de la naturaleza y la gravedad de los síntomas del TOC del Sr. Lewis, incluidos el deterioro funcional y la evitación. Por ejemplo, el Sr. Lewis se presenta desaliñado y despeinado, lo que podría parecer raro para alguien con tanta preocupación por la limpieza. Sin embargo, su aspecto podría explicarse si los rituales de contaminación llevan tanto tiempo que evita empezarlos.

Aunque el diagnóstico del Sr. Lewis parece claro, quizá fuera útil hacer uso de una de las escalas de intensidad sintomática que existen para el TOC, como la *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (escala obsesivo-compulsiva de Yale-Brown), o de una escala para medir la capacidad de introspección/delirante, como la *Brown Assessment of Beliefs Scale* (escala de evaluación de creencias de Brown).

Lecturas recomendadas

du Toit PL, van Kradenburg J, Niehaus D, Stein DJ: Comparison of obsessive-compulsive disorder

patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. *Compr Psychiatry* 42(4):291-300, 2001.

Eisen JL, Phillips KA, Baer L, et al: The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *Am J Psychiatry* 155(1):102-108, 1998.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 46(11):1006-1011, 1989.

Leckman JF, Denys D, Simpson HB, et al: Obsessive-compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. *Depress Anxiety* 27(6):507-527, 2010.

CASO 6.3

Preocupación por el aspecto

Katharine A. Phillips, M.D.

Vincent Mancini, un varón blanco soltero de 26 años de edad, es llevado por sus padres al psiquiatra porque los síntomas del hijo los angustian. Desde que tenía 13 años está excesivamente preocupado por las «cicatrices» de la piel, el «poco pelo», la «asimetría» de sus orejas y su complexión «debilucha» y «poco musculosa». Aunque de aspecto normal, el Sr. Mancini estaba plenamente convencido de que era «feo y horrible», y creía que los demás hablaban y se reían de él por su aspecto físico.

El Sr. Mancini pasaba 5-6 horas al día comprobando de manera compulsiva las zonas de su cuerpo que no le gustaban en el espejo y otras superficies reflectantes, como los escaparates, peinándose excesivamente para «hacer que el cabello pareciera abundante», tirándose de las orejas para tratar de «igualarlas» y comparando su aspecto con el de otros. Se hurgaba compulsivamente la piel, a veces con cuchillas, para intentar «limpiarla». Levantaba pesas a diario y normalmente llevaba va-

rias capas de camisetas encima para parecer más corpulento. Casi siempre llevaba gorra para ocultar el pelo. Había recibido tratamiento dermatológico para sus problemas de piel, pero pensaba que no le había servido de nada.

El Sr. Mancini faltó varios meses al instituto porque estaba demasiado preocupado como para hacer los deberes, se sentía empujado a salir de clase para mirarse en espejos y estaba demasiado cohibido como para dejarse ver; por este motivo no pudo ir a la universidad. Se retrajo socialmente y no salía con nadie «porque ninguna chica querría salir con alguien tan feo como yo». A menudo pensaba en suicidarse porque la vida no merecía la pena «si pareciera un adefesio» y porque se sentía aislado y condenado al ostracismo a causa de su «fealdad». Los padres dijeron que estaban preocupados por sus «estallidos violentos», que se producían cuando se sentía especialmente enfadado y angustiado por su aspecto, o cuando trataban de alejarlo del espejo.

El Sr. Mancini refirió tener ánimo deprimido, anhedonia, sensación de ser despreciable, mala concentración e ideación suicida, todo lo cual atribuía a la preocupación por su aspecto físico. Para automedicarse la angustia que este le ocasionaba, bebía alcohol y fumaba marihuana. Consumía proteínas en polvo para «hacer músculo», pero dijo que no tomaba ni esteroides anabolizantes, ni otros fármacos potenciadores del rendimiento, ni ninguna droga. Había padecido una ansiedad angustiosa y problemática en los contextos sociales hacia el final de la adolescencia, que atribuía al hecho de sentirse «estúpido»; sin embargo, negó haber tenido recientemente ansiedad social.

El Sr. Mancini carecía de antecedentes médicos de interés y no tomaba ninguna medicación. La madre tenía un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).

El Sr. Mancini se presentó bien vestido y aseado, llevando una gorra de béisbol. No pre-

sentaba defectos físicos obvios. El contacto ocular era deficiente. Estaba bien orientado y la cognición se mantenía en general intacta. El afecto era irritable; el ánimo estaba deprimido, con ideación suicida de tipo pasivo. No presentaba anomalías psicomotrices; el habla era normal. Estaba plenamente convencido de que era feo pero no tenía otros síntomas psicóticos. Creía que sus «defectos» físicos eran reales y no atribuibles a ningún trastorno psiquiátrico.

Diagnóstico

- Trastorno dismórfico corporal, con ausencia de introspección/creencias delirantes, con dismorfia muscular.

Explicación

Al Sr. Mancini le preocupan defectos o fallos que percibe en su aspecto físico y que los demás no observan o consideran nimios. La preocupación produce malestar clínicamente significativo y deterioro funcional. Según el DSM-5, padece un trastorno dismórfico corporal (TDC).

El TDC es frecuente y afecta ligeramente más a las mujeres que a los varones. Alrededor de dos tercios de los casos se inician en la infancia o la adolescencia. El TDC puede afectar a cualquier zona del cuerpo (con frecuencia la cara o la cabeza) y suele referirse a varias. La preocupación ocupa una media de 3-8 horas al día. Durante la evolución del trastorno, todos los afectados realizan conductas o actos mentales repetitivos (p. ej., comparar) que pretenden arreglar, comprobar u ocultar los defectos percibidos, o buscar consuelo respecto a estos. Hurgarse la piel, con el fin de mejorar los defectos cutáneos percibidos, es un síntoma frecuente del TDC. En tales casos se diagnostica un TDC en lugar de un trastorno de excoiación.

Las preocupaciones por el aspecto suelen producir deterioro funcional, a menudo intenso. Alrededor del 80 % de los pacientes con TDC tienen ideas de suicidio durante la vida, nor-

malmente atribuidas al TDC, y un 25 % o más intentan, de hecho, suicidarse. Aunque limitados, los datos disponibles indican una tasa de suicidios realmente alta. Las conductas agresivas o violentas pueden ser síntoma del TDC.

Los criterios diagnósticos del TDC comprenden especificadores para indicar el grado de introspección respecto a las creencias del trastorno: con introspección buena o aceptable, con poca introspección y con ausencia de introspección/con creencias delirantes. El Sr. Mancini tiene ausencia de introspección/creencias delirantes porque está convencido de que es feo. La poca introspección es frecuente y alrededor de un tercio de las personas diagnosticadas de TDC presentan creencias delirantes. A quienes tienen creencias delirantes de carácter dismórfico corporal se les debe diagnosticar un TDC en lugar de un trastorno psicótico. El Sr. Mancini tiene ideas específicas del TDC y delirios de referencia, que se producen en la mayoría de las personas con TDC. Los síntomas psicóticos de otro tipo no son típicos del TDC.

Los criterios diagnósticos del TDC comprenden también un especificador de dismorfia muscular, que es la idea preocupante de que la complexión del propio cuerpo es demasiado pequeña o escasamente musculosa. Este especificador se usa incluso si a la persona le inquietan otras zonas del cuerpo. Por tanto, en el diagnóstico del Sr. Mancini se incluye este especificador. La dismorfia muscular se considera una forma de TDC, en lugar de un trastorno de la alimentación, porque cumple los criterios diagnósticos del TDC y no todas las personas con dismorfia muscular presentan conductas alimentarias anormales.

El TDC tiene en común con el TOC las preocupaciones, las obsesiones y las conductas repetitivas, pero en aquel se refieren en concreto a defectos percibidos en el físico. La preocupación por la simetría, que puede ser síntoma del TOC, debe considerarse síntoma del TDC cuando se refiere al aspecto físico, como en el caso del Sr. Mancini.

El TDC y el TOC parecen estar relacionados entre sí (la madre del Sr. Mancini tiene TOC), pero existen diferencias. Entre ellas cabe destacar una peor introspección y una mayor suicidalidad en el TDC, y posiblemente una mayor comorbilidad del TDC con el trastorno depresivo mayor y los trastornos asociados a sustancias.

El trastorno depresivo mayor es el trastorno comórbido más frecuente y suele resultar secundario al sufrimiento y deterioro que causa el TDC. El TDC se debe diagnosticar en las personas deprimidas que cumplan sus criterios diagnósticos.

Cuando la ansiedad social y la evitación son atribuibles a los defectos físicos percibidos, se debe diagnosticar un TDC y no un trastorno de ansiedad social (fobia social). La ansiedad social y la evitación resultan prácticamente universales en el TDC, y se deben a que estas personas creen o temen que los demás pensarán que son feas, se reirán de ellas o las rechazarán debido a sus rasgos físicos. Sin embargo, si existe un trastorno de ansiedad social concurrente en más de un tercio de los individuos con TDC. Al Sr. Mancini le diagnosticaron un trastorno de ansiedad social en el pasado porque tuvo en el instituto una ansiedad social no atribuible a sus preocupaciones físicas. El resto de la historia podría también indicar la presencia actual de un trastorno de ansiedad social.

Los trastornos por consumo de sustancias se observan en un porcentaje considerablemente alto de personas con TDC, a menudo debido a la angustia que genera el trastorno. El Sr. Mancini admitió haber consumido marihuana y alcohol, aunque no está claro si dicho consumo cumple o no los criterios del trastorno por consumo de sustancias. Alrededor del 20 % de las personas con dismorfia muscular abusan de los esteroides anabólicos, que pueden producir efectos físicos y psicológicos peligrosos. El Sr. Mancini negó dicho abuso, pero sus «estallidos violentos» podrían reflejar un consumo de esteroides

que el paciente no habría querido mencionar en esta entrevista inicial.

Lecturas recomendadas

Phillips KA, Stein DJ, Rauch SL, et al: Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of

disorders be included in DSM-V? *Depress Anxiety* 27(6):528-555, 2010.

Phillips KA, Wilhelm S, Koran LM, et al: Body dysmorphic disorder: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety* 27(6):573-591, 2010.

CASO 6.4

Depresión y ansiedad

David Mataix-Cols, Ph.D.

Lorena Fernández de la Cruz, Ph.D.

Wendy Nichols es una mujer blanca, soltera, de 47 años de edad, a quien derivan a un centro ambulatorio de salud mental por presentar un cuadro mixto de ánimo bajo y ansiedad generalizada. Nunca había tomado psicofármacos, aunque sí había realizado un ciclo de terapia cognitivo-conductual para un episodio depresivo previo 5 años antes.

En los antecedentes personales físicos de la Sra. Nichols no había nada que reseñar. Vivía sola en un apartamento de dos dormitorios y no tenía familia ni amigos cerca. Tenía un título universitario y trabajaba como dependienta a tiempo parcial en un comercio de artículos de segunda mano. Dijo que había salido con chicos en la universidad, pero que había estado «quizá demasiado ocupada» en los últimos años.

En la exploración inicial se presentó como una mujer bien vestida y con buena capacidad de expresión, coherente y colaboradora.

Tenía el ánimo claramente bajo. Se quejó de mala concentración y problemas para organizarse. Dijo que no consumía drogas.

El clínico observó que el bolso que llevaba la Sra. Nichols estaba repleto de facturas y otros papeles. Al preguntarle, la paciente se encogió al principio de hombros, diciendo que «llevo la oficina encima». Al insistir el entrevistador, resultó que a la Sra. Nichols le costaba desprenderse de los papeles de trabajo importantes, los periódicos y las revistas desde que recordaba. Creía que todo había empezado cuando la madre le tiró los juguetes viejos a los 12 años de edad. Ahora, muchos años después, el apartamento de la Sra. Nichols estaba hasta arriba de libros, cuadernos, adornos, cajas de plástico, embalajes de cartón y todo tipo de cosas. Dijo que sabía que era un poco raro, pero que todo aquello podía serle útil algún día. Añadió: «quien guarda, halla». Refirió también que muchas de sus

posiciones eran bonitas, únicas e insustituibles, o que tenían gran valor sentimental. La idea de deshacerse de cualquiera de estas posesiones le causaba gran angustia.

A lo largo de una serie de entrevistas, el clínico llegó a tener una idea más clara de la magnitud del problema. Las habitaciones del apartamento de la Sra. Nichols se habían empezado a llenar cuando tenía treinta y pocos años y, en el momento de la entrevista, le quedaba ya poco sitio para vivir. La cocina estaba llena casi del todo, por lo que usaba una nevera pequeña y un horno tostador que había logrado incrustar entre montones de papeles en el vestíbulo. Comía en la única silla disponible. Por la noche, quitaba un montón de papeles de la cama y los pasaba a la silla para poder acostarse. La Sra. Nichols seguía comprando cosas en la tienda de segunda mano en que trabajaba y se llevaba también los diarios gratuitos, que pensaba leer en el futuro.

Avergonzada por el estado de su apartamento, no le había dicho a nadie lo que hacía y llevaba 15 años sin invitar a nadie a la casa. Evitaba también las relaciones sociales y las citas porque —a pesar de ser de naturaleza sociable y sentirse muy sola— sabía que no podría devolver las invitaciones a casa. Le sorprendía habérselo contado al clínico porque no se lo había dicho ni siquiera a su propia madre, que estaría dispuesta a ayudar. Rechazó la oferta del clínico de visitar la casa, pero le ofreció mostrarle algunas fotografías tomadas con el teléfono móvil. Las fotos mostraban muebles, papeles, cajas y ropas apilados del suelo al techo.

Aparte de sus sentimientos de tristeza y soledad desde hacía mucho tiempo, y de la ansiedad que aparecía cada vez que intentaba limpiar o cuando alguien quería ofrecerle amistad, la Sra. Nichols dijo no tener más síntomas psiquiátricos, como delirios, alucinaciones, obsesiones y otras conductas compulsivas.

Diagnósticos

- Trastorno de acumulación, con adquisición excesiva, con introspección buena o aceptable.
- Trastorno depresivo no especificado.

Explicación

La Sra. Nichols tiene un trastorno de acumulación (TA), un nuevo diagnóstico del DSM-5. Le resulta difícil deshacerse de sus enseres hasta donde alcanza la memoria. Preocupada por la supuesta utilidad futura de las cosas y su valor sentimental, le angustia gravemente la idea de desprenderse de cualquiera de sus posesiones. Estos problemas han conducido a un espacio vital que apenas es funcional. Aparte de la pérdida de funcionalidad de la casa, le angustia su aislamiento social. El informe del caso no aporta datos de que exista alguna afección física o psiquiátrica que explique el comportamiento acumulador.

Resulta útil reconocer que suele haber cosas valiosas mezcladas con las inútiles y las carentes de valor, y que puede haber joyas y documentos legales metidos entre periódicos ya amarillentos. Conocer estos detalles ayuda al clínico a formular las preguntas correctas, lo que es especialmente útil al tratar de sonsacar la historia de un paciente probablemente avergonzado de su conducta. También puede ser útil documentar el TA, ya sea mediante fotos o una visita domiciliaria.

El DSM-5 contiene dos especificadores para el TA. El especificador de «adquisición excesiva» se refiere a la obtención excesiva de objetos, ya sean gratis, comprados o robados, cuando es obvio que no se necesitan o no hay espacio para ellos. Como muchas personas con TA no tienen consciencia de su problema, en el diagnóstico de TA se incluye un especificador del nivel de introspección. La Sra. Nichols indica que sus adquisiciones y su acu-

mulación son razonables (los objetos podrían ser útiles o tener valor económico o sentimental). Nunca lo ha hablado con la familia ni se ha tratado antes. Sin embargo, la Sra. Nichols comprende que tiene un problema y dice que quiere ayuda, por lo que se diría que su introspección es buena o aceptable.

Es importante explorar si la acumulación de objetos es consecuencia directa de otro trastorno del DSM-5. En tal caso no se diagnosticaría el TA. Por ejemplo, la acumulación excesiva de posesiones se ha descrito en el trastorno obsesivo-compulsivo y en varios trastornos del neurodesarrollo (p. ej., los trastornos del espectro del autismo), neurocognitivos (p. ej., la demencia frontotemporal) y psicóticos (p. ej., la esquizofrenia). La Sra. Nichols no parece encajar en ninguno de estos diagnósticos.

La menor energía del trastorno depresivo mayor puede provocar acumulaciones desor-

denadas y la Sra. Nichols sí parece tener depresión. No solo no contiene el informe datos para clarificar el diagnóstico de depresión (de aquí el diagnóstico de trastorno depresivo no especificado del DSM-5), sino que los problemas de acumulación, que llevan durando casi toda la vida, parecen haber precedido a los síntomas afectivos. Así pues, la Sra. Nichols debe recibir el diagnóstico de trastorno depresivo junto con el de TA.

Lecturas recomendadas

- Mataix-Cols D, Frost RO, Pertusa A, et al: Hoarding disorder: a new diagnosis for DSM-V? *Depress Anxiety* 27(6):556–572, 2010.
- Mataix-Cols D, Billotti D, Fernández de la Cruz L, Nordsletten AE: The London field trial for hoarding disorder. *Psychol Med* 43(4):837–847, 2013.
- Pertusa A, Frost RO, Fullana MA, et al: Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: a critical review. *Clin Psychol Rev* 30(4):371–386, 2010.

CASO 6.5

Pelo arrancado

Dan J. Stein, M.D., Ph.D.

Zoe Oliver es una mujer de 22 años de edad que acude al médico de cabecera después de haber leído en una revista un artículo sobre la tricotilomanía (el trastorno de arran-

carse el pelo). Nunca había contado a nadie, excepto a su madre, que se arrancaba el pelo, pero la revista decía que era algo bastante frecuente y tratable. Era pesimista respecto a la

solución, pero ella y la madre habían acordado que debía buscar ayuda.

La Sra. Oliver se arrancaba el pelo casi siempre mediante un ritual al volver del trabajo a casa. Se buscaba cabellos de determinada textura en la coronilla (aunque también se arrancaba pelo de las cejas, las pestañas y el pubis). Sentía un alivio inmenso si el pelo salía de raíz. Normalmente quitaba la raíz con los dientes y se tragaba el resto del pelo. Nunca había tenido síntomas digestivos después de tragar pelo. Dijo que había empezado a arrancarse el pelo a los 12 años y que nunca había conocido a nadie que hiciera algo parecido.

La Sra. Oliver había tratado de dejar aquella conducta con todas sus fuerzas y a veces lo había logrado durante varios meses seguidos. Cuando recaía, se sentía de nuevo avergonzada y enfadada consigo misma. Se cubría la zona calva con bufandas y sombreros, pero en general evitaba tener amigos y novios para no ser descubierta.

Ni siquiera cuando se sentía desmoralizada por su conducta presentaba la Sra. Oliver síntomas vegetativos de depresión. Aparte del miedo a ser descubierta, carecía de ansiedad prominente. Dijo que no tenía obsesiones, compulsiones, conducta acumuladora, tics, ni preocupación por posibles defectos físicos o por tener alguna enfermedad. Tampoco tenía antecedentes de otras conductas repetitivas centradas en el cuerpo, como morderse los labios o los carrillos, ni en sí misma ni en ningún familiar cercano.

Al preguntarle qué hacía si no podía encontrar el tipo de pelo «adecuado» del que tirar, confesó que a menudo se hurgaba la piel o alguna costra. Si la costra se desprendía de la forma apropiada, sentía un alivio parecido al que notaba al arrancarse el pelo. A veces también masticaba y tragaba las costras. La Sra. Oliver solía quitarse las costras

de la espalda para que nadie pudiera ver las lesiones. No obstante, las cicatrices producidas la llevaban a evitar situaciones tales como ir con gente a la playa, salir con chicos y todo cuanto pudiera desvelar su comportamiento.

Diagnósticos

- Tricotilomanía (arrancarse el pelo).
- Trastorno de excoriación (hurgarse la piel).

Explicación

La Sra. Oliver probablemente cumple los criterios diagnósticos del DSM-5 para la tricotilomanía (arrancarse el pelo) y el trastorno de excoriación (hurgarse o rascarse la piel). Los dos trastornos son a menudo comórbidos y sus criterios son muy parecidos. La Sra. Oliver se arranca el pelo y se hurga la piel y las costras, sus esfuerzos para dejarlo no han tenido éxito, y tanto arrancarse el pelo como hurgarse la piel generan una considerable disfunción social. El informe del caso no indica que haya ninguna afeción concurrente capaz de provocar estas conductas. Estos diagnósticos se pasan frecuentemente por alto —porque los pacientes sienten vergüenza y porque los médicos no siguen las posibles pistas—, pero son sencillos de hacer una vez que los síntomas se esclarecen.

Aunque ambas dolencias parecen tener una gran repercusión en su vida, la Sra. Oliver parece considerar que su tricotilomanía es un problema más generalizado. En el DSM-5 aparece el término *trastorno de arrancarse el pelo* como alternativa al de *tricotilomanía*, igual que *trastorno de rascarse la piel* se incluye como sinónimo de *trastorno de excoriación*. Sin embargo, aunque excoriación sí describe el comportamiento en cuestión, tricotilomanía implica que

arrancarse el pelo es una especie de manía, lo que no es cierto, motivo por el que mucha gente prefiere llamarlo trastorno de arrancarse el pelo.

La Sra. Oliver parece sentir tensión antes de arrancarse el pelo y hurgarse la piel, así como alivio o gratificación después del acto, aunque no todas las personas con tricotilomanía presentan este patrón sintomático. A diferencia de los sistemas de clasificación previos, incluido el DSM-IV, que clasificaba la tricotilomanía como un trastorno del control de los impulsos, el DSM-5 atiende a los intentos que se han realizado para tratar de dejar este comportamiento.

Cuando arrancarse el pelo produce calvicie observable, las personas suelen disimular estas zonas con maquillaje, bufandas, sombreros o pelucas; por tanto, el DSM-5 no exige que la ausencia de cabello sea observable. La angustia y el deterioro se resaltan en todo el DSM-5, y la Sra. Oliver siente vergüenza y presenta deterioro funcional. La Sra. Oliver refiere también que se traga el pelo (tricofagia), lo que puede originar un tricobezoar y secuelas digestivas, aunque no parece haber notado ninguna complicación física.

La Sra. Oliver busca un tipo especial de pelo del que tirar (y de costra que arrancar) y está consciente cuando encuentra, arranca y se come el pelo (o la costra). Otras personas se arrancan el pelo y se hurgan la piel de forma más automática. Muchas personas con tricotilomanía y trastorno de excoriación tienen antecedentes personales o familiares de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. Otras, como la Sra. Oliver, carecen de estos antecedentes. Aunque la tricotilomanía y el trastorno de excoriación parecen estar dentro del espectro obsesivo-compulsivo, existen muchas diferencias clínicas entre estos dos trastornos y el TOC.

Hay varias afecciones médicas, psiquiátricas y no psiquiátricas, que pueden originar conductas de arrancarse el pelo o hurgarse la piel. Si se detectan, serán el diagnóstico prin-

cipal, en lugar de la tricotilomanía o el trastorno de excoriación. Por ejemplo, si los problemas de la piel y el pelo tienen que ver con la preocupación por el aspecto físico, lo más probable es que el paciente tenga un trastorno dismórfico corporal. La caída del cabello se observa en enfermedades físicas que van del lupus a la alopecia areata; si un paciente presenta una ausencia de cabello evidente y niega que se lo arranque, un chequeo podría detectar alguna enfermedad sistémica. La parasitosis delirante y las alucinaciones táctiles pueden llevar a hurgarse la piel, además de la intoxicación por cocaína y la sarna, pero estas son cosas que no encajan en la situación de la Sra. Oliver. Finalmente, la conducta de la Sra. Oliver no parece reflejar conductas autolesivas no suicidas, que también pueden producir lesiones cutáneas.

Resultaría útil tener un conocimiento más detallado de los síntomas de tricotilomanía y trastorno de excoriación de la Sra. Oliver. Las entrevistas estructuradas pueden ayudar a no pasar por alto la probable comorbilidad, y las medidas de la gravedad también pueden contribuir a la evaluación de estos trastornos. Estos instrumentos pueden informar al clínico de cara al pronóstico y el tratamiento. También sería útil ir más allá del relato inicial —que la Sra. Oliver practica estas conductas después del trabajo para sentirse mejor— y conocer mejor los otros indicios y factores de estrés del caso, así como las ventajas y desventajas de estos comportamientos.

Lecturas recomendadas

du Toit PL, van Kradenburg J, Niehaus D, Stein DJ: Comparison of obsessive-compulsive disorder patients with and without comorbid putative obsessive-compulsive spectrum disorders using a structured clinical interview. *Compr Psychiatry* 42(4):291-300, 2001.

Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, et al: Skin picking disorder. *Am J Psychiatry* 169(11):1143-1149, 2012.

Phillips KA, Stein DJ, Rauch SL, et al: Should an obsessive-compulsive spectrum grouping of disorders be included in DSM-V? *Depress Anxiety* 27(6):528-555, 2010.

Stein DJ, Grant JE, Franklin ME, et al: Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking

disorder, and stereotypic movement disorder: toward DSM-V. *Depress Anxiety* 27(6):611-626, 2010.

Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, et al: What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychol Med* 40(11):1759-1765, 2010.

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

INTRODUCCIÓN

John W. Barnhill, M.D.

El capítulo sobre trastornos relacionados con traumas y factores de estrés es nuevo en el DSM-5. Los trastornos de este capítulo son los únicos del DSM-5 que requieren identificar un suceso externo desencadenante.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de estrés agudo (TEA) se han traído aquí desde el capítulo sobre trastornos de ansiedad. Tanto el TEPT como el TEA se caracterizan por síntomas heterogéneos, no solo por ansiedad, y una de las consecuencias de este cambio de clasificación es que resalta la importancia que tiene evaluar la amplia gama de reacciones a un trauma o factor de estrés externo. Al mismo tiempo, ambos trastornos suelen presentar ansiedad prominente, y una conceptualización alternativa del TEPT y el TEA sería que forman parte de

un espectro de trastornos de ansiedad, junto, por ejemplo, al trastorno obsesivo-compulsivo, que también se hallaba entre los trastornos de ansiedad y se ha pasado a su propio capítulo en el DSM-5.

El diagnóstico de TEPT requiere la presencia de síntomas pertenecientes a cuatro grupos: síntomas de intrusión (llamados anteriormente de reviviscencia), síntomas de evitación, alteraciones negativas de la cognición y el estado de ánimo, y síntomas de activación vegetativa. El DSM-5 reconoce de manera más explícita la heterogeneidad de la reacción postraumática aguda al eliminar el requisito de que las personas con TEA presenten síntomas de las distintas agrupaciones sintomáticas. Ahora es necesario que tengan al menos nueve de 14 síntomas. En la prácti-

ca, esto significa que una persona con TEA puede presentar los cuatro síntomas de intrusión mientras que otra podría no presentar ninguno.

El TEPT y el TEA se diferencian sobre todo por la duración, persistiendo el TEPT durante al menos 1 mes después del suceso externo y durando el TEA no más de 1 mes. En ambos casos, el criterio del factor de estrés inicial especifica ahora si el trauma se experimentó, se contempló o se vivió indirectamente. A diferencia del DSM-IV, el DSM-5 no requiere evaluar la respuesta subjetiva inicial del paciente en ninguno de estos trastornos. Finalmente, los umbrales diagnósticos del TEPT se han bajado para niños y adolescentes, y se ha añadido un subtipo preescolar.

Dos de los trastornos de este capítulo, el trastorno de apego reactivo (TAR) y el trastorno de relación social desinhibida (TRSD), se observan inicialmente en la infancia, aunque ambos pueden tener consecuencias para toda la vida. Los niños con TAR han reaccionado a la ausencia de la atención esperable mediante un conjunto de síntomas de retraimiento e inhibición, mientras que los que padecen TRSD muestran síntomas que se describen como de sociabilidad indiscriminada y desinhibición.

El trastorno de adaptación había sido anteriormente una categoría residual para aquellas personas angustiadas que no cumplían los criterios de ningún otro trastorno más concreto. Los trastornos de adaptación se han reconcep-

tualizado en el DSM-5 como una serie de síndromes de respuesta al estrés que se producen tras la exposición a un suceso angustioso. Como en el DSM-IV, en los trastornos de adaptación se debe incluir un especificador que identifique la alteración predominante (p. ej., ánimo deprimido, ansiedad, alteración de la conducta o alguna combinación de lo anterior).

Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés pueden reunir en su seno síntomas sin relación aparente. Por ejemplo, un adulto podría presentar síntomas de ansiedad, depresión, paranoia, aislamiento social y consumo de sustancias. Sin una anamnesis minuciosa que busque el trauma, el resultado final puede llegar a consistir en media docena de diagnósticos en lugar de uno solo, el de un trastorno relacionado con un trauma o un factor de estrés, que sintetizaría el conjunto dispar de problemas. Al mismo tiempo, la comorbilidad es frecuente y, si se encuentra, se debe señalar generalmente junto al trastorno directamente relacionado con un trauma o un factor de estrés.

Lecturas recomendadas

Andrews G, Charney DS, Sirovatka PJ, et al (eds): *Stress-Induced and Fear Circuitry Disorder: Refining the Research Agenda for DSM-V*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2009.

Shaw JA, Espinel Z, Shultz JM: *Care of Children Exposed to the Traumatic Effects of Disaster*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2012.

CASO 7.1

Conductas peligrosas

Daniel S. Schechter, M.D.

Adriana es una niña de 4 años y medio de edad, derivada a una consulta de salud mental infantil por tener «conductas peligrosas». A los padres les preocupaba sobre todo que Adriana ponía pocos límites, era impulsiva y confiaba en los extraños con demasiada facilidad. A Adriana la habían adoptado en un orfanato de la Europa del este a los 29 meses de edad. En el momento de la adopción, un pediatra local revisó la historia clínica de Adriana y no encontró problemas en ella, aparte de los parámetros del crecimiento, todos ellos por debajo del percentil 5. Cuando los padres adoptivos la conocieron en el orfanato, Adriana se acercó a ellos sin ninguna timidez y se mostró distendida. Los padres quedaron agradablemente sorprendidos por el aspecto feliz de la niña y sus cálidos abrazos espontáneos.

Poco después de la adopción, Adriana empezó a buscar claramente consuelo en la madre cada vez que se angustiaba o se hacía daño. Sin embargo, en muchas otras ocasiones, Adriana no distinguía entre los extraños y la familia. En la frutería se abrazaba cariñosamente a cualquiera que estuviera junto a ella en la cola de espera. En los grupos y en familia, trataba con frecuencia de sentarse en el regazo de personas que apenas conocía. Una vez, en un centro comercial, trató de marcharse con otra familia. A los padres les preocupaba que este compor-

tamiento pudiera llevar a que la secuestraran o maltrataran.

En comparación con otros niños de su edad, a Adriana le costaba esperar su turno y participar en las actividades en círculo del colegio. Interrumpía, invadía el espacio de juego de sus compañeros y a veces pegaba a otros niños. Pequeñas cosas la alteraban largos periodos de tiempo. Le costaba calmarse sola, pero no cuando la abrazaba la profesora o uno de los padres.

Adriana vivía con sus padres adoptivos y un hermano de 12 años de edad, hijo biológico de la familia. La madre se había quedado en casa durante el primer año de Adriana en Estados Unidos, pero el pasado año la niña había asistido a un programa de guardería de media jornada. La madre notó que el desarrollo de la niña había mejorado, aunque seguía habiendo retraso del lenguaje, siendo la comprensión mejor que la producción. Tardó más que los otros niños en alcanzar las aptitudes necesarias para el colegio, pero las habilidades motoras gruesas y finas se consideraron dentro de la media. El sueño y el apetito eran normales. Había ganado peso, aunque el perímetro de la cabeza seguía justo por debajo del percentil 5.

Durante la exploración se observó que se trataba de una niña agradable, bien arreglada, que parecía más joven de lo que era. Ha-

blaba poco pero parecía prestar atención al entrevistador. A los pocos minutos intentó subirse al regazo de este.

Diagnóstico

- Trastorno de relación social desinhibida.

Explicación

Adriana es una niña de edad preescolar a la que derivan por presentar «conductas peligrosas» que principalmente consisten en un exceso de familiaridad física con los extraños. A los padres les preocupa que estas conductas pongan a la niña en peligro de convertirse en víctima de algún desaprensivo.

El informe del caso también señala que a Adriana le cuesta regular su proximidad a las demás personas, tanto por alejarse demasiado de la madre como por acercarse en exceso a los desconocidos. Incluso con los otros niños, «invade su espacio de juego». Los padres quedaron, al parecer, contentos la primera vez que vieron a Adriana, con su falta de timidez y sus cálidos abrazos espontáneos. Sin embargo, lo normal es que los niños en fase de desarrollo tiendan a expresar ciertos apegos selectivos a los 6 o 7 meses de edad y se muestran francamente reticentes ante los extraños a los 8 o 9 meses de edad. El comportamiento aparentemente deseable de Adriana a la edad de 29 meses indica que, en realidad, ya padece alguna psicopatología relacionada con el apego.

Lo más probable es que Adriana merezca el diagnóstico de trastorno de relación social desinhibida (TRSD) del DSM-5. En concreto, sus conductas sociales desinhibidas no pueden atribuirse a la impulsividad general y la niña presenta los cuatro criterios sintomáticos cardinales (solo se necesitan dos): reticencia menor o ausente para acercarse a adultos extraños e interactuar con ellos; comportamiento demasiado familiar; verificación menor o ausente de la presencia del cuidador adulto

después de haberse alejado de él, y disposición a irse con un adulto extraño con poca o ninguna vacilación.

El TRSD refleja un cambio de nomenclatura diagnóstica. En el DSM-IV, el diagnóstico de trastorno de apego reactivo (TAR) de la lactancia o la primera infancia se caracterizaba por un patrón de conductas de apego claramente perturbado e inapropiado para la fase de desarrollo que resulta obvio a los 5 años de edad. El TAR del DSM-IV se dividía en dos subtipos: inhibido e indiscriminado. El subtipo indiscriminado del TAR se ha reconceptualizado como TRSD en el DSM-5, mientras que la forma inhibida se sigue denominando trastorno de apego reactivo. Un cambio importante es que se ha comprobado que los niños con TRSD, como Adriana, acuden en busca de consuelo a un cuidador concreto con el que comparten un afecto positivo. Esta última observación se explica en el DSM-5 (pág. 269) como un rasgo asociado que respalda el diagnóstico de TRSD; es decir, que el TRSD puede presentarse incluso en niños sin signos de alteración del apego: por ejemplo, en niños que acuden a su cuidador cuando se angustian o se hacen daño, como hace Adriana con su madre adoptiva.

La adopción de Adriana tuvo lugar pasada la edad en que los niños desarrollan normalmente el apego selectivo. Esto indica que fue sometida a una atención patogénica durante una fase sensible, sino crítica, del desarrollo cerebral social. Por ejemplo, la presencia de demasiados niños para pocos cuidadores en el orfanato podría haber limitado sus oportunidades de formar apegos selectivos. Cabe suponer que este entorno precoz adverso, probablemente caracterizado por falta de atención, interactuó con cierta vulnerabilidad biológica. El descontrol inhibitorio de Adriana en los contextos sociales, por ejemplo, podría indicar anomalías en el desarrollo de las cortezas prefrontal y cingulada, así como en los circuitos cerebrales con ellas relacionados.

Estas anomalías pueden asociarse a factores de riesgo tales como la desnutrición o la toxicidad prenatal y la prematuridad, además de otros factores de riesgo genéticos.

Adriana también tiende a molestarse fácilmente y luego le cuesta calmarse. Esta dificultad para regular sus emociones también puede relacionarse con la alteración del apego precoz y la atención patogénica. Sin embargo, la capacidad de tranquilizarse por sí misma también podría haberse afectado por el retraso del desarrollo de la capacidad expresiva del lenguaje, que constituye en sí un rasgo que avala el diagnóstico de TRSD según el DSM-5 (pág. 269).

También se relaciona con la atención patogénica temprana —incluso prenatal— la descripción que se hace de los parámetros del crecimiento de Adriana, que se dice que están por debajo del percentil 5, con persistencia de un perímetro cefálico pequeño y la posibilidad de retrasos cognitivos leves que afectan a la preparación para poder ir al colegio. Aunque es poco probable que Adriana tenga un historial clínico adecuado, sería útil explorar la posible función de factores tales como la desnutrición, la drogadicción materna y el síndrome alcohólico fetal. También sería útil investigar la posible comorbilidad. Por ejemplo, algunos niños con TRSD también presentan trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). No obstante, conviene recordar que, aunque el TRSD y el TDAH pueden cur-

sar con impulsividad, el primero es un trastorno específico de las relaciones.

¿Convierte el TRSD en patológica la cordialidad amistosa? La respuesta es no. Aunque la mayoría de los niños pequeños pueden sonreír o hablar a los adultos que les son familiares, o incluso a los desconocidos que los cuidadores admiten como «seguros» (es decir, con referencias sociales), es atípico que los niños de 4 años y medio se acerquen cariñosamente a los desconocidos, que los toquen, les hablen o se vayan con ellos, especialmente sin la referencia de sus cuidadores. También es algo desadaptativo y potencialmente peligroso. Reconocer el TRSD es un paso importante para poder aportar el tipo de atención clínica que puede ayudar a este grupo vulnerable de pacientes, cuyas vidas ya han sido marcadas por la falta de atención y cuidados.

Lecturas recomendadas

- Bowlby J: Attachment and Loss, 2nd Edition, Vol 1: Attachment. New York, Basic Books, 1999.
- Bruce J, Tarullo AR, Gunnar MR: Disinhibited social behavior among internationally adopted children. *Dev Psychopathol* 21(1):157–171, 2009.
- Gleason MM, Fox NA, Drury S, et al: Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50(3):216–231, 2011.
- Schechter DS, Willheim E: Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 18(3):665–686, 2009.

CASO 7.2

Dos reacciones al trauma

Matthew J. Friedman, M.D., Ph.D.

Suceso traumático: Bethany Pinsky, una joven de 23 años de edad, había ido al cine a ver el estreno local de una película de gran presupuesto. Al acomodarse en el asiento, mientras esperaba el comienzo de la función, frente a la pantalla apareció un joven con pasamontañas. Blandiendo un fusil de asalto, disparó directamente a los espectadores. La paciente vio cómo las balas herían a mucha gente, incluida la mujer que tenía sentada al lado. Todo el mundo empezó a chillar y se produjo una confusa estampida hacia la salida. Aterrorizada, de algún modo logró llegar a la salida y escapar ilesa a la zona de estacionamiento, adonde ya llegaban coches de policía.

Charles Quigley, de 25 años de edad, había ido al mismo cine a la misma hora. Él también temió por su vida. Escondiéndose detrás de una fila de asientos, pudo arrastrarse hasta el pasillo y salir corriendo hasta la salida. Aunque cubierto de sangre, había salido ileso físicamente.

Bethany y Charles, 2 días después: Dos días después, la Sra. Pinsky y el Sr. Quigley se consideraban «manojos de nervios». A pesar de sentirse agradecidos por estar vivos e ilesos, se encontraban extremadamente ansiosos y tensos. Saltaban al más mínimo ruido. Seguían en la televisión las últimas informaciones sobre el tiroteo pero, cada vez que apare-

cía alguna secuencia de vídeo del suceso real, tenían crisis de pánico, quedaban empapados de sudor, eran incapaces de calmarse y no podían dejar de pensar en el suceso traumático. Por la noche no podían dormir por las pesadillas, y durante el día les asaltaban recuerdos intrusos y desagradables de los disparos, los gritos y su propio terror durante los hechos.

Bethany, 2 semanas después: La Sra. Pinsky ya había recobrado la mayor parte de sus pensamientos, sentimientos y comportamientos pretraumáticos antes de transcurridas 2 semanas. Aunque los recuerdos traumáticos del tiroteo le producían a veces reacciones de pánico o fisiológicas breves, estas no dominaban sus horas de vigilia. Ya no tenía pesadillas. Sabía que nunca olvidaría lo ocurrido en aquel cine pero, por lo demás, la vida volvía a ser normal y a discurrir por los cauces previos al suceso.

Charles, 2 semanas después: El Sr. Quigley no se había recuperado 2 semanas después. Se sentía mermado emocionalmente, incapaz de tener sensaciones agradables o positivas. Saltaba ante cualquier sonido, era incapaz de concentrarse en el trabajo y el sueño era irregular, marcado por pesadillas traumáticas. Trataba de evitar todo lo que le recordara el tiroteo,

pero siempre acababa acordándose del sonido de los disparos, de los gritos y de la sensación pegajosa de la sangre que salía a borbotones del pecho de su vecino y le caía encima mientras permanecía escondido tras los asientos. En ocasiones se sentía desconectado del entorno y de sí mismo. Pensaba que aquella experiencia traumática le había cambiado la vida.

Diagnósticos

- Sra. Pinsky: ningún diagnóstico; reacción de estrés normal.
- Sr. Quigley: trastorno de estrés agudo.

Explicación

Durante el periodo agudo posterior a un suceso traumático, casi todo el mundo queda afectado. En esta primerísima fase, la actitud profesional correcta es considerar que se trata de reacciones transitorias que habitualmente se resuelven en 2 o 3 días y en las que cabe esperar que se recupere la normalidad. La reacción de la Sra. Pinsky tras el tiroteo cae dentro de la amplia gama de respuestas que se denominan «reacciones de estrés normales» en el DSM-5. Se trata de una respuesta normal al estrés traumático y no de un trastorno psiquiátrico.

Las reacciones de estrés normales pueden cursar con muchos síntomas distintos, pero normalmente cabe observar alguna combinación de lo siguiente:

- a. *Reacciones emocionales*, como shock, miedo, duelo, ira, resentimiento, culpa, vergüenza, indefensión, sensación de inutilidad y aturdimiento
- b. *Reacciones cognitivas*, como confusión, desorientación, disociación, indecisión, dificultad de concentración, pérdida de memoria, culpabilidad y recuerdos no deseados
- c. *Reacciones físicas*, como tensión, fatiga, insomnio, sobresaltos, taquicardia, náuseas y falta de apetito

d. *Reacciones interpersonales*, como desconfianza, irritabilidad, retraimiento/aislamiento, sensación de rechazo/abandono y distanciamiento

Una minoría considerable de personas desarrollan un trastorno de estrés agudo (TEA), que cursa con síntomas más intensos durante el mes posterior al suceso traumático. Para cumplir los criterios del DSM-5 para el TEA después de un trauma, la persona debe presentar como mínimo nueve de los 14 síntomas posibles, divididos en cinco categorías:

- a. *Síntomas de intrusión*, como recuerdos angustiosos intrusivos, sueños traumáticos recurrentes, reviviscencia disociativa (p. ej., escenas retrospectivas) del suceso traumático y malestar psicológico intenso o reactividad fisiológica a los elementos que recuerdan el trauma
- b. *Estado de ánimo negativo*, como incapacidad de sentir emociones positivas
- c. *Síntomas disociativos*, como amnesia y desrealización o despersonalización
- d. *Síntomas de evitación*, como evitación de los recordatorios internos (pensamientos y sentimientos relacionados con el trauma) y externos (personas, sitios o situaciones)
- e. *Síntomas de activación vegetativa*, como insomnio, irritabilidad, hipervigilancia, problemas de concentración y reacciones exageradas de sobresalto

Dependiendo de cuáles sean los síntomas más prominentes, los pacientes con TEA pueden parecer bastante diferentes unos de otros. Por ejemplo, una persona con TEA podría tener todos los síntomas de intrusión, mientras que otra podría no tener ninguno.

El TEA se distingue de otros diagnósticos psiquiátricos haciendo una historia clínica minuciosa. Por ejemplo, el TEA se diagnostica en el primer mes posterior a un trauma, mien-

tras que el trastorno de estrés postraumático (TEPT) solo puede diagnosticarse después de pasado el primer mes. Los trastornos de adaptación se diagnostican también en el primer mes posterior a un trauma; sin embargo, a diferencia de los pacientes con TEA, estos pacientes no tienen nueve de los 14 síntomas posibles.

Cuando los síntomas se evalúan de forma individual, la variedad sintomática del TEA puede inducir a error. El pánico, la ansiedad, la depresión, la disociación y los pensamientos obsesivos intrusos son todos ellos frecuentes en el TEA y pueden llevar, por ejemplo, a pensar en una amplia variedad de trastornos distintos. Las lesiones traumáticas cerebrales

suelen acompañar y complicar el diagnóstico del TEA y el TEPT, sobre todo si se trata de lesiones relativamente sutiles que pasan desapercibidas. La evaluación de cualquiera de estos síntomas puede ser confusa, especialmente si el trauma no es tan evidente como un tiroteo en una sala de cine. La reunión de síntomas aparentemente dispares en uno o dos diagnósticos puede reducir la confusión del paciente, orientar el tratamiento y disminuir el uso innecesario de psicofármacos.

Lecturas recomendadas

Bryant RA, Friedman MJ, Spiegel D, et al: A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depress Anxiety* 28(9):802-817, 2011.

CASO 7.3

Accidente de coche

Robert S. Pynoos, M.D., M.P.H.

Alan M. Steinberg, Ph.D.

Christopher M. Layne, Ph.D.

Dylan, un estudiante de bachillerato de 15 años de edad, es derivado a un psiquiatra porque padece estrés a raíz de un grave accidente de circulación ocurrido 2 semanas antes. El día del accidente, Dylan iba en el asiento delantero, junto al conductor, cuando, al salir de un vado, el coche fue embestido por un todoterreno que se había saltado a

toda velocidad un semáforo en ámbar. El coche recibió el golpe en el lado del conductor, dio una vuelta de campana y luego quedó al derecho, sobre las ruedas. El golpe del metal sobre el metal produjo un ruido extremadamente fuerte. El conductor del coche, un compañero de clase, quedó inconsciente unos instantes, sangrando por una brecha en

la frente. Al ver a su amigo herido, Dylan temió que estuviera muerto. La amiga que iba en el asiento trasero trataba frenéticamente de desabrochar el cinturón de seguridad. La puerta de Dylan no se abrió y el muchacho tenía miedo de que el coche se incendiara con él atrapado en el interior. Al cabo de unos minutos, el conductor, Dylan y la chica pudieron salir por las puertas del lado derecho y alejarse del coche. Se dieron cuenta de que el conductor del todoterreno estaba ileso y ya había llamado a la policía. La ambulancia estaba en camino. Los tres fueron llevados a un servicio de urgencias local, donde los atendieron y dejaron al cuidado de sus padres al cabo de unas horas.

Dylan no había podido dormir bien desde el accidente. Solía despertarse en plena noche con el corazón acelerado, viendo cómo unos faros se le echaban encima. Tenía problemas de concentración y era incapaz de terminar los deberes escolares debidamente. Los padres, que habían empezado a llevarlo y traerlo del colegio en coche, notaron que se ponía nervioso cada vez que salían del vado o cruzaban una bocacalle. Aunque se había sacado hacía poco el carné de conducir, se negaba a practicar yendo con su padre. También se mostraba inusualmente irritable con los padres, las hermanas pequeñas y los amigos. Recientemente, había ido a ver una película, pero se salió del cine antes de que empezara diciendo que el sonido estaba demasiado alto. Los padres, preocupados, trataban de hablarle de qué le pasaba, pero él los cortaba en seco irritado. Sin embargo, después de hacer mal un examen importante, accedió a acudir a un psiquiatra por recomendación de su profesor preferido.

En la entrevista, Dylan refirió otros problemas. Dijo que estaba harto de «asustarse» cada vez que oía un ruido fuerte y que no podía quitarse de encima la imagen de su amigo herido e inconsciente. Una y otra vez le venían senti-

mientos de ira hacia el conductor del todoterreno. Explicó que se sentía avergonzado y desilusionado consigo mismo por negarse a hacer prácticas de conducir. Refirió que, unos 5 años antes, había visto casi ahogarse a una de sus hermanas pequeñas. Comentó también que el mes pasado había sido el primer aniversario de la muerte de su abuelo.

Diagnóstico

- Trastorno de estrés agudo.

Explicación

Dylan cumple la formulación diagnóstica revisada del trastorno de estrés agudo (TEA) que contiene el DSM-5, que requiere la presencia de nueve síntomas cualesquiera de los 14 posibles. Este diagnóstico ya no requiere la presencia de varias reacciones disociativas, como en el DSM-IV, y a diferencia del diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (TEPT), tampoco requiere que haya al menos un síntoma de cada grupo. El TEA puede diagnosticarse 3 días después de la exposición a una situación traumática y puede constituir una reacción de estrés transitoria que remita en el plazo de 1 mes o evolucionar pasado 1 mes hacia el TEPT.

Dylan presenta síntomas de TEA 2 semanas después de haber sufrido un grave accidente de tráfico. Los síntomas se asocian a angustia clínicamente significativa, deterioro del rendimiento social y académico, y desvinculación de las tareas propias de la fase de desarrollo (p. ej., aprender a conducir). En la adolescencia, una perturbación aguda de este tipo puede tener consecuencias tanto inmediatas como a largo plazo, lo que justifica la necesidad de diagnosticar e intervenir lo antes posible.

Los síntomas de estrés que presenta Dylan son: recuerdos angustiosos, intrusivos y recurrentes del accidente; reacciones psicológicas

y fisiológicas ante los elementos que recuerdan el suceso; intentos de no pensar ni sentir nada en relación con lo ocurrido; evitación de recordatorios externos que limita su vida diaria; un sueño angustioso recurrente acompañado de una alteración del sueño que le impide descansar y lo deja cansado durante el día; conducta irritable que perturba la relación con sus padres y amigos; problemas de concentración que hacen peligrar el rendimiento escolar durante este curso tan importante, y sobresaltos exagerados que le hacen sentirse infantil y distinto de sus amigos. Dylan no tiene antecedentes de trastornos de ansiedad que puedan explicar sus síntomas, que empezaron todos ellos después del suceso traumático.

Como muchos adolescentes, Dylan es reacio a hablar de sus experiencias y síntomas, en parte porque hacerlo lo lleva a sentir que le

pasa algo malo, preocupación que se suma a su ansiedad de adolescente ante el hecho de ser distinto de sus compañeros. Las estrategias de intervención precoces pueden ayudar a estos chicos a entender sus reacciones agudas de estrés, a adquirir maneras de enfrentarse a los recordatorios y a desarrollar planes con los profesores para recobrar gradualmente el rendimiento académico previo. Las experiencias traumáticas previas y las pérdidas —como el cuasi ahogamiento de la hermana y la muerte del abuelo— pueden exacerbar las reacciones al trauma actual y ayudar al clínico a conocer mejor el perfil sintomático del paciente.

Lecturas recomendadas

Bryant RA, Friedman MJ, Spiegel D, et al: A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depress Anxiety* 28(9):802–817, 2011.

CASO 7.4

Poco aguante

Lori L. Davis, M.D.

Eric Reynolds es un veterano de la guerra de Vietnam de 56 años de edad, casado, que acude por sí mismo a la consulta de salud mental del *Veterans Affairs* por tener «poco aguante» y «encenderse enseguida».

Los síntomas del Sr. Reynolds comenzaron más de 3 décadas antes, poco después de que saliera de la zona de combate en Vietnam, donde sirvió como operador de radio de campaña. Nunca antes había buscado ayuda para sus sín-

tomas, aparentemente por su gran necesidad de independencia. La jubilación anticipada lo llevó a ser más consciente de esos síntomas y a tener mayores deseos de buscar una solución.

Los síntomas del Sr. Reynolds consistían en rabia incontrolable al recibir un susto; pensamientos y recuerdos intrusos recurrentes de experiencias relacionadas con la muerte; vividas pesadillas semanales sobre operaciones de combate que le provocaban miedo nocturno e insomnio; aislamiento, vigilancia y ansiedad; pérdida del interés por las aficiones en que participa gente, y distraibilidad excesiva.

Aunque todos estos síntomas le causaban gran malestar, al Sr. Reynolds lo que más le preocupaba era su agresividad incontrolable. Ejemplos de su forma de «saltar a la mínima» eran los enfrentamientos con los conductores que le cerraban el paso, los improperios dirigidos a los desconocidos que se le acercaban demasiado en las colas de las cajas del supermercado y el ponerse en «modo ataque» cuando los compañeros lo sobresaltaban sin querer en el trabajo. Más recientemente, se había adormilado en la camilla de exploración del médico y una enfermera le tocó un pie; él se incorporó de un salto, profiriendo insultos y amenazas. Su reacción involuntaria asustó a la enfermera y también al paciente.

El Sr. Reynolds dijo que entre el estímulo inesperado y la agresión no mediaban palabras, pensamientos ni imágenes. Esos momentos le recordaban una ocasión, cuando era militar, en que se adormiló estando de guardia en la entrada principal y un proyectil de mortero lo despertó dejándolo aturdido. Aunque llevaba un arma en la guantera del coche como autodefensa, el Sr. Reynolds no tenía intención de dañar a nadie. Siempre tenía remordimientos después de haberse puesto amenazador y hacía tiempo que le inquietaba la idea de herir a alguien sin querer.

El Sr. Reynolds se crió en una familia cariñosa de granjeros del medio oeste con problemas

económicos. A los 20 años de edad, el Sr. Reynolds fue reclutado por el Ejército de Estados Unidos y enviado a Vietnam. Dijo de sí mismo que, antes de estar en el ejército, había sido una persona alegre y feliz. Explicó que había disfrutado del entrenamiento básico y las primeras semanas en Vietnam, hasta que mataron a uno de sus camaradas. A partir de aquel momento, lo único que le preocupaba era volver a casa con su mejor amigo, los dos sanos y salvos, aunque para ello tuviera que matar a otras personas. Dijo que le había cambiado la personalidad y que había dejado de ser un chico de campo despreocupado para convertirse en un soldado aterrado y sobreprotector.

Al regresar a la vida civil consiguió acabar sus estudios universitarios y licenciarse en ciencias empresariales, aunque decidió convertirse en fontanero autónomo por su necesidad de estar solo en el trabajo. No tenía antecedentes penales. Llevaba 25 años casado con su esposa y era padre de dos estudiantes universitarios. Al jubilarse, tenía previsto dedicarse a la carpintería, a la lectura y a tener «paz y tranquilidad».

El Sr. Reynolds había probado la marihuana de joven y había consumido alcohol en exceso de forma intermitente; sin embargo, no había hecho ninguna de las dos cosas desde hacía 10 años.

En la exploración, el Sr. Reynolds resultó ser un varón afroamericano bien arreglado que parecía ansioso y algo en guardia. Era coherente y se expresaba bien. Hablaba a velocidad normal, aunque el ritmo se aceleraba al expresar contenidos negativos. Dijo que no tenía depresión pero sí ansiedad. El afecto estaba algo constreñido, pero era congruente con los contenidos. El pensamiento era coherente y lineal. Negó toda ideación suicida u homicida. No tenía síntomas psicóticos, ni delirios, ni alucinaciones. La introspección era muy buena. Estaba bien orientado y parecía poseer una inteligencia por encima de la media.

Diagnóstico

- Trastorno de estrés postraumático.

Explicación

El Sr. Reynolds manifiesta síntomas de las cuatro categorías sintomáticas del trastorno de estrés postraumático (TEPT): intrusión, evitación, alteraciones negativas de la cognición y el ánimo, y alteraciones de la activación vegetativa y la reactividad. Las principales preocupaciones del Sr. Reynolds parecen relacionarse con los síntomas mediados por el temor, sobre todo la respuesta exagerada de lucha o huida ante estímulos inesperados. Como suele observarse en los casos de TEPT, la reacción es desproporcionada, impulsiva e impredecible; en otras palabras, la reacción no es premeditada, ni forma parte de la impulsividad general. Además de la hiperreactividad, el Sr. Reynolds presenta hipervigilancia, preocupación excesiva por la seguridad y ansiedad. Presenta también los clásicos síntomas de recuerdos intrusos, pesadillas, reviviscencias y reactividad fisiológica a los estímulos que se parecen o recuerdan a sucesos traumáticos. Aunque no aparecen en este caso, la suicidalidad y los síntomas psicóticos no son raros y deben evaluarse periódicamente.

Como suele ocurrir en el TEPT, el Sr. Reynolds señala la línea prácticamente invisible que separa el estímulo externo de la reacción involuntaria de sobresalto. Estos síntomas son muy negativos para el paciente y también para la familia, los amigos y los compañeros de trabajo. Los intentos que hace el Sr. Reynolds de reducir los conflictos han conducido a una espiral conductual marcada por un progresivo estrechamiento de las oportunidades en todos los ámbitos, incluidos el social, el familiar y el profesional. Por ejemplo, su decisión de trabajar de fontanero en lugar de sacarle partido a su MBA parece basarse en gran medida en un

intento de controlar su espacio personal. Aunque en el informe no se cita la situación matrimonial, resultaría útil saber algo más sobre las repercusiones del TEPT del Sr. Reynolds en su relación de pareja. La jubilación adelantada parece haberlo empujado, por fin, hacia el tratamiento. Una posibilidad obvia es que la esposa pase ahora más tiempo con él y esté detrás de su decisión. Otra posibilidad es que la «jubilación anticipada» estuviera desencadenada por una exacerbación de sus síntomas de TEPT y de los efectos de tales síntomas sobre las relaciones en el trabajo.

Como las personas con TEPT tienen índices altos de comorbilidad psiquiátrica, el entrevistador debe sopesar atentamente otros diagnósticos. El Sr. Reynolds lleva aparentemente muchos años sin consumir ni alcohol en exceso ni marihuana, y ninguna de estas sustancias parece relacionarse con la aparición de los síntomas; sin embargo, dado que los trastornos por consumo de sustancias son muy frecuentes en el TEPT, debe prestarse especial atención a la posibilidad de que no diga toda verdad. La hiperactivación tensa del Sr. Reynolds se solapa hasta cierto punto con la irritabilidad disfórica observada en el trastorno bipolar de tipo II, pero en el presente caso los síntomas aparecen de repente y en respuesta a sobresaltos percibidos, y no se acompañan de periodos de síntomas maníacos, como pensamiento acelerado, aumento de la energía o la impulsividad y menor necesidad de sueño, durante varios días.

El paciente dice no sentirse deprimido y la reducción del placer parece más relacionada con la evitación de actividades sociales que antes le resultaban gratas. Conserva el interés en la carpintería y la lectura, que son actividades características de su tendencia al aislamiento en un entorno seguro y tranquilo.

Finalmente, el Sr. Reynolds presenta un conflicto que se observa a menudo en las personas con TEPT. Quienes sobreviven a un trauma tienden a enorgullecerse de su resis-

tencia a la adversidad y de su independencia. Los síntomas incontrolados pueden provocar vergüenza y la posibilidad de confiar en una figura de autoridad para resolver los problemas puede parecer un imposible. Estas actitudes pueden retrasar la entrada en un sistema de salud mental que cuenta con tratamientos cada vez mejores para los síntomas y las consecuencias interpersonales y laborales del TEPT.

Lecturas recomendadas

Adler DA, Possemato K, Mavandadi S, et al: Psychiatric status and work performance of veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Psychiatr Serv* 62(1):39-46, 2011.

Davis LL, Leon AC, Toscano R, et al: A randomized controlled trial of supported employment among veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv* 63(5):464-470, 2012.

Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Brewin CR: Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety* 28(9):750-769, 2011.

Teten AI, Miller LA, Stanford MS, et al: Characterizing aggression and its association to anger and hostility among male veterans with post-traumatic stress disorder. *Mil Med* 175(6):405-410, 2010.

Tsai J, Harpaz-Rotem I, Pietrzak RH, Southwick SM: The role of coping, resilience, and social support in mediating the relation between PTSD and social functioning in veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Psychiatry* 75(2):135-149, 2012.

CASO 7.5

Estresado

Cheryl Munday, Ph.D.

Jamie Miller Abelson, M.S.W.

James Jackson, Ph.D.

Franklin Sims es un varón afroamericano, soltero, de 21 años de edad, que acude en busca de tratamiento a una consulta ambulatoria de salud mental afiliada a la universidad por sentirse «estresado», apartado de los amigos y «preocupado por el dinero». Refiere que se siente deprimido desde hace 3 meses y achaca la «caída en picado» a dos sucesos en

esencia concurrentes: el final de una relación romántica de 3 años y el descubrimiento accidental y decepcionante de la identidad de su padre.

El Sr. Sims se había ganado la vida desde el instituto y estaba acostumbrado al nerviosismo de llegar a fin de mes. La preocupación había aumentado después de romper con su

novia de hacía tiempo y acudió a un «amigo de la familia» en busca de ayuda económica. El «amigo» no le ayudó y además descubrió que era su padre biológico. Esta decepción reavivó su malestar y tristeza de largo tiempo por no saber quién era su padre. Sus compañeros de habitación le hacían bromas por «desmoronarse» a raíz de la revelación.

En el momento de este descubrimiento, el Sr. Sims realizaba sus estudios a tiempo completo y trabajaba también a jornada completa como mozo de almacén en el turno de noche. Cuando salía de trabajar por la mañana le costaba «relajarse» y dormir. Se sentía a menudo frustrado con sus dos compañeros de habitación porque eran desordenados y solían traer amigos al pequeño estudio. Seguía teniendo el apetito de siempre y la salud física era buena. Las notas habían empeorado recientemente y cada vez estaba más descontento con el dinero y con el hecho de no tener pareja. Anteriormente, nunca había necesitado ningún tipo de servicio de salud mental, pero un primo suyo, con quien se llevaba bien, le sugirió que viera a un terapeuta en la consulta de salud mental para estudiantes.

El Sr. Sims era hijo único y se había criado con su madre y su familia extensa. Se describió a sí mismo como «buen estudiante y chico popular». El periodo de instituto se vio complicado por los 3 años que pasó la madre en el paro y por sus experimentos con el alcohol y la marihuana. Recordaba varias borracheras a los 14 años de edad y haber consumido marihuana por primera vez a los 15. Había fumado marihuana diariamente durante gran parte del penúltimo año de instituto, pero dejó de consumirla en grandes cantidades presionado por una novia. En el momento de la evaluación tomaba «una cerveza de vez en cuando» y fumaba marihuana solamente «para ser sociable» varias veces al mes.

A la exploración, el Sr. Sims acudió puntual, colaborador, agradable, atento, bien ves-

tido y bien aseado. Hablaba de forma coherente. Parecía en general preocupado y contrito, pero sonrió debidamente varias veces durante la entrevista. Tenía un sentido del humor pausado y mordaz. Negó tener psicosis e ideas de suicidio u homicidio. Tenía la cognición intacta y la introspección y el juicio se consideraron buenos.

Diagnóstico

- Trastorno de adaptación con ánimo deprimido.

Explicación

El Sr. Sims parece cumplir los criterios del trastorno de adaptación con ánimo deprimido. Sus sentimientos de depresión e ira, conductas de retraimiento y problemas académicos aparecieron en respuesta a dos factores de estrés claros: la ruptura con la novia y el decepcionante descubrimiento de la identidad de su padre. Los síntomas afectan a su rendimiento y no cumplen ninguno de los dos factores clasificatorios: no forman parte de un duelo y no persisten desde hace más de 6 meses a partir del factor estresante y sus consecuencias.

Estos factores de estrés recientes —la ruptura con su novia y el descubrimiento del padre— son importantes, pero el Sr. Sims lleva luchando con el estrés toda su vida. Creció con una madre soltera con problemas y ha pasado siempre apuros económicos. La madre estaba en el paro mientras él iba al instituto y el chico se ha mantenido a sí mismo desde una edad relativamente temprana. Estas situaciones son difíciles, pero el Sr. Sims también demuestra poseer una resistencia considerable: hasta hace poco, por ejemplo, ha podido conciliar con éxito un curso académico entero, un trabajo a jornada completa y una novia.

Leyendo entre líneas, parece que al redactor del caso le cae bien el Sr. Sims, un joven

agradable que ha sufrido grandes cantidades de estrés agudo y que merece el diagnóstico relativamente benigno de trastorno de adaptación. Aunque esta parece ser la explicación más razonable de sus síntomas actuales, sería importante no pasar por alto la posibilidad de un trastorno por abuso de marihuana, un trastorno del sueño o un trastorno depresivo o de ansiedad de evolución más larga.

Para su adaptación a largo plazo, el que el Sr. Sims parezca motivado a recibir tratamiento es un buen presagio. De los jóvenes varones negros se espera normalmente que sean fuertes e independientes, y las normas de la masculinidad les impiden buscar ayuda o hablar de sus sentimientos con normalidad. Al Sr. Sims, acudir al centro de terapia podría no haberle resultado nada fácil. Probablemente, el éxito del tratamiento del Sr. Sims dependerá, al menos en parte, de que logre establecer un buen vínculo con un terapeuta que entienda bien sus circunstancias específicas en cuanto a género, raza y etnia. Por ejemplo, puede que el Sr. Sims sea un estudiante esforzado, pero no sería sorprendente que tuviera expectativas ambivalentes acerca del éxito académico. En su cultura, estudiar mucho podría considerarse una actitud «blanca», y quejarse de tener problemas psicológicos podría contemplarse como un signo de debilidad masculina. Para el Sr. Sims, como joven que lucha por mantener la independencia

económica y desempeñar roles sociales masculinos, la ruptura con la novia, coincidiendo con la falta de apoyo económico del padre biológico, podría minar su esfuerzo por consolidar un rol de género compatible con su cultura, su identidad grupal y sus normas raciales y culturales. Por consiguiente, el propio paciente podría percibir su búsqueda de tratamiento como una fuente importante de apoyo y como un nuevo golpe para su concepto de resistencia emocional.

Lecturas recomendadas

- Joyce PR: Classification of mood disorders in DSM-V and DSM-VI. *Aust N Z J Psychiatry* 42(10):851-862, 2008.
- Neighbors HW, Watkins DC, Abelson JA, et al: Man up, man down: black men discuss manhood, disappointment, and depression. Póster presentado en el XX Congreso Anual de la American Men's.
- Studies Association, «Celebrating 20 Years of Scholarship in Men and Masculinities», University of St. Thomas, Minneapolis, MN, March 29-April 1, 2012.
- Repetto PB, Zimmerman MA, Caldwell CH: A longitudinal study of depressive symptoms and marijuana use in a sample of inner city African Americans. *J Res Adolesc* 18(3):421-447, 2008.
- Watkins DC, Neighbors HW: An initial exploration of what «mental health» means to young black men. *J Mens Health Gend* 4(3):271-282, 2007.
- Williams DR: The health of men: structured inequalities and opportunities. *Am J Public Health* 93(5):724-731, 2003.

CASO 7.6

Cáncer de pulmón

Anna Dickerman, M.D.
John W. Barnhill, M.D.

Se pidió al servicio de psiquiatría de enlace de un gran hospital que «descartara una depresión» en Gabriela Trentino, una mujer de 65 años de edad con cáncer de pulmón recidivante, al observar en ella ánimo triste y ojos llorosos en las visitas matinales a toda la planta.

La Sra. Trentino era una ama de casa italo-americana, viuda, que tenía dos hijos varones ya adultos. Acababa de ser ingresada en el servicio de medicina interna por presentar disnea. Posteriormente se halló que tenía un derrame pleural unilateral. La Sra. Trentino ya había pasado por varios ciclos de quimioterapia en los meses previos. En el momento de la consulta, estaba esperando los resultados de una toracocentesis para evaluar la presencia de metástasis pulmonares.

Entrevistados por separado, la Sra. Trentino y sus dos hijos coincidieron en que, hasta la presente hospitalización, nunca había estado especialmente deprimida ni ansiosa: siempre había sido la «roca» de la familia. Jamás había visto a un terapeuta, ni tomado psicofármacos, ni consumido alcohol, opiáceos o drogas. En los antecedentes familiares destacaba un padre que bebía en exceso, y que ella decía que era el motivo de no haber bebido nunca.

En la exploración se observó que la paciente era una mujer bien arreglada que estaba sentada en la cama, llevaba puesta una cánula nasal

de oxígeno, se retorció las manos y se secaba los ojos con un pañuelo húmedo de papel. Se mostró colaboradora y coherente. Estaba visiblemente disfórica, con el afecto constreñido y preocupado. Refirió que estaba enormemente preocupada por los resultados pendientes de la toracocentesis. Sabía que tener metástasis podía significar «la pena de muerte» y dijo: «Quiero estar viva para la boda de mi hijo, que es este año». Añadió entre lágrimas: «Ya he pasado tanto con esta enfermedad... ¿Cuándo acabará?». La Sra. Trentino reconoció que dormía mal y tenía poca concentración desde su ingreso hospitalario 5 días antes. Había estado comiendo menos de lo normal. Dijo que estaba «demasiado triste y preocupada» como para hacer su crucigrama diario. Negó tener confusión y síntomas psicóticos. Parecía tener la cognición intacta y sacó una puntuación de 29 sobre 30 en la Evaluación Cognitiva de Montreal (*Montreal Cognitive Assessment*, MoCA), debiéndose la pérdida de 1 punto al recuerdo incorrecto de un objeto al cabo de 5 minutos. Negó rotundamente que tuviera ideas de suicidio y volvió a hablar del amor que sentía por sus dos hijos.

Entre las constantes vitales de la Sra. Trentino destacó una saturación de oxígeno del 94 % con el aire de la sala (corregida al 99% con la cánula nasal), y en la radiografía de tórax se observó un extenso derrame pleural en el lado

izquierdo. La exploración neurológica no halló nada reseñable. Las pruebas de laboratorio eran por lo demás normales. Los datos colaterales obtenidos del personal de enfermería indicaron que llamaba al timbre con frecuencia durante el día para preguntar por la medicación y los resultados de la prueba.

La conversación con los familiares reveló la lógica preocupación por la salud de la madre y frustración al contemplar su situación psicológica. Uno de los hijos le dijo al psiquiatra: «Comprendemos que es un mal momento para mamá, pero lo único que hace en el hospital es llorar todo el día y hacernos una y otra vez las mismas preguntas. Normalmente es el pilar de la familia y ahora está apocada y pesimista. ¿Puede hacer algo para remediarlo?».

Diagnóstico

- Trastorno de adaptación con ansiedad mixta y ánimo deprimido.

Explicación

La Sra. Trentino presenta síntomas depresivos y ansiosos temporal y claramente relacionados con un factor de estrés de primer orden (el reingreso por cáncer en el hospital, con posible avance de la enfermedad). La paciente, la familia y el personal del hospital indican que la presentación es clínicamente importante y que influye en la hospitalización. En este caso, el diagnóstico más probable del DSM-5 es el de trastorno de adaptación con ansiedad y ánimo deprimido.

Además del trastorno de adaptación, también son posibles otros diagnósticos. Al equipo médico le preocupa que pueda tener depresión. La Sra. Trentino sí reconoce cuatro signos y síntomas de depresión mayor (ánimo deprimido casi todo el día, falta de apetito, insomnio y mala concentración) que afec-

tan a su calidad de vida. Sin embargo, para cumplir los criterios del DSM-5 para la depresión mayor es preciso tener cinco síntomas durante 2 semanas, y la Sra. Trentino solo tiene cuatro y desde hace menos de 1 semana. Si los síntomas de la Sra. Trentino se intensificaran algo y persistieran, probablemente merecería el diagnóstico de depresión mayor.

La Sra. Trentino presenta también una ansiedad importante. Refiere dificultad de concentración, sensaciones de tensión y sueño deficiente. Según dicen, la Sra. Trentino jamás tuvo ansiedad importante hasta verse ante una enfermedad potencialmente mortal. La agudeza hace poco probable la presencia de un trastorno de ansiedad.

Las metástasis cerebrales y el síndrome paraneoplásico no son infrecuentes en el cáncer de pulmón, y pueden causar ansiedad y depresión. Sin embargo, ninguna de estas complicaciones devastadoras tiende a cursar sin otras anomalías neurológicas y delirium. Estaría justificado realizar una TAC cerebral o un panel paraneoplásico en interconsulta con neurología y oncología.

La hipoxemia de la Sra. Trentino —presuntamente secundaria al derrame pleural— podría haber contribuido a la ansiedad. La ansiedad ha persistido después de corregir la saturación de oxígeno, pero la oxigenación irregular es a menudo causa de ansiedad.

Los medicamentos también pueden causar ansiedad y depresión. Aunque el equipo médico ha de repasar la lista completa de medicamentos, la búsqueda debe centrarse sobre todo en el uso y la abstinencia de esteroides, opiáceos y benzodiacepinas.

El trastorno de adaptación se ha reclasificado en el nuevo capítulo dedicado a los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Las enfermedades que ponen la vida en peligro son uno de estos factores de estrés. Para que la Sra. Trentino mereciera el diagnóstico de trastorno de estrés agudo, los síntomas

deberían empeorar. El diagnóstico de trastorno de estrés postraumático requeriría síntomas más intensos y de duración superior a 1 mes.

Si las preocupaciones de la Sra. Trentino interfieren con su tratamiento, podría merecer un diagnóstico más del DSM-5: factores psicológicos que afectan a otras enfermedades físicas. Por el momento, no obstante, ha cumplido con los tratamientos y las intervenciones.

Lecturas recomendadas

Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, et al: Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 22(10):1957-1965, 2004.

Strain JJ, Klipstein K: Adjustment disorder, in Gabbard's *Treatments of Psychiatric Disorders*, 4th Edition. Editado por Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006, pp 419-426.

CASO 7.7

Sobredosis

Megan Mroczkowski, M.D.
Cynthia R. Pfeffer, M.D.

Hannah, una chica blanca de 16 años de edad sin antecedentes psiquiátricos, acudió al servicio de urgencias del hospital después de haber tomado una sobredosis de cantidades desconocidas de clonazepam, alprazolam y oxicodona. Nada más llegar tenía 8 puntos en la Escala de Coma de Glasgow, lo que indica un compromiso grave. Se la intubó e ingresó en la unidad de cuidados intensivos de pediatría. Después de estabilizarla durante varios días, se la ingresó en la planta de psiquiatría.

La paciente, los padres y la mejor amiga señalaron que Hannah había estado de buen humor, como era normal en ella, hasta la mis-

ma tarde de la sobredosis. Una amiga llamó entonces para decirle que había visto a su novio besando a otra chica. Hannah respondió inmediatamente con una nota en la que decía que lo único que deseaba era «dormir para siempre». Tres horas después, la madre la halló aturdida en el dormitorio y llamó al 911.

En los antecedentes psiquiátricos destacaba la ausencia de depresión, ideación suicida, conductas autolesivas, manía y psicosis. No tenía contactos ni ingresos psiquiátricos previos. Dijo que no fumaba, ni bebía alcohol, ni consumía marihuana u otras drogas, y que tampoco tenía antecedentes civiles o penales.

Hannah vivía con sus padres y dos hermanas menores. El rendimiento académico como alumna de onceavo grado de un colegio público local era extraordinario. Ella decía que quería ser médica o abogada. La mejor amiga dijo que ese día la había visto contenta. En los antecedentes psiquiátricos destacaba el trastorno de ansiedad de la madre, para el que le habían prescrito clonazepam y alprazolam. Durante la adolescencia, la madre también había intentado suicidarse dos veces con sobredosis de fármacos. El padre tenía dolor crónico de espalda por una lesión deportiva sufrida en la universidad y tomaba oxicodona como analgésico. En los antecedentes de la familia extensa había un tío paterno con abuso de sustancias. Nadie de la familia en sentido amplio se había suicidado.

En la exploración, Hannah negó tener problemas de ánimo, ansiedad, sueño, apetito, energía y concentración. No reconoció tener síntomas somáticos ni rasgos psicóticos.

La evaluación ulterior de aquella sobredosis casi letal reveló que Hannah había empezado a pensar que quería morir unos 10 minutos antes de la sobredosis, que había oído decir que esa era una forma tranquila de morir y que daba las gracias por haber despertado.

A Hannah le diagnosticaron un trastorno de adaptación con ánimo deprimido. Antes del alta dijo que no tenía pensamientos suicidas, por lo que la derivaron a la policlínica del hospital para tratamiento sin prescribirle medicación psicotropa. Asistió semanalmente a sesiones de terapia cognitivo-conductual centradas en las habilidades de afrontamiento en caso de enfado o desilusión. Al cabo de 6 meses, Hannah estaba bien y no había tenido en ningún momento ni ideas, ni intentos, ni conductas de suicidio. En aquel momento, Hannah, los padres y el psiquiatra acordaron poner fin al tratamiento, en el entendimiento de que volvería a la terapia en caso de presentar problemas de afrontamiento.

Diagnósticos

- Trastorno de adaptación con ánimo deprimido.
- Trastorno de comportamiento suicida (afección que necesita más estudio).

Explicación

La madre de Hannah entró en el dormitorio y encontró a su hija aturdida. Llevaron a la muchacha de 16 años a la sala de urgencias, donde la intubaron inmediatamente. Intrigado, el equipo médico charló brevemente con la paciente, los padres y la mejor amiga, y poco a poco fue hilando que aquella sobredosis deliberada se debía a una reacción aguda ante el hecho de que el novio besara a otra chica. Había ocurrido sin aviso previo. Hannah no había estado aparentemente ni deprimida, ni ansiosa, ni traumatizada. Carecía de antecedentes de abuso de sustancias, conductas autolesivas e ideación suicida. No parecía tener rasgos de personalidad que pudieran predisponerla al suicidio, sino que, en apariencia, era una amiga «alegre» y una estudiante «extraordinaria».

En el contexto de su hospitalización psiquiátrica, se descubrió que Hannah había sentido una angustia intensa, desproporcionada e incapacitante en respuesta a un factor de estrés. Estos síntomas no parecían formar parte de ningún otro diagnóstico psiquiátrico. Por tanto, se le diagnosticó un trastorno de adaptación con ánimo deprimido de conformidad con el DSM-5.

La ideación y el comportamiento suicida no forman parte de los criterios del trastorno de adaptación. Tampoco forman parte de los criterios diagnósticos de los muchos otros trastornos que se asocian a elevados índices de suicidalidad, como el trastorno de estrés postraumático, los trastornos de la alimentación y los trastornos por consumo de sustancias. De hecho, la suicidalidad es una parte explícita de la evaluación de la depresión mayor y del tras-

torno límite de la personalidad exclusivamente. La mitad de los niños y adolescentes que intentan suicidarse no tienen antecedentes de depresión mayor, y el trastorno límite de la personalidad no es diagnosticable hasta los 18 años de edad, lo que puede suponer un vacío en la evaluación de la fenomenología psiquiátrica. Como el suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes de Estados Unidos, este vacío podría infravalorar un síntoma psiquiátrico que puede resultar letal.

El DSM-5 aborda este problema incluyendo un diagnóstico de trastorno de comportamiento suicida en la Sección III, en el capítulo de «Afecciones que necesitan más estudio». Bajo esta rúbrica, Hannah cumpliría los criterios del trastorno de adaptación con ánimo deprimido y del trastorno de comportamiento suicida, que no es codificable pero trata de detectar a aquellas personas que han hecho un intento de suicidio en los últimos 24 meses. Este trastorno puede subdividirse en dos grupos: si el intento de suicidio tuvo lugar dentro del año previo, se denomina actual; si ocurrió entre los 12 y 24 meses antes, se considera en remisión inicial. Este diagnóstico no pretende, de forma específica, aplicarse a las personas con ideación suicida o planes de suicidio, sino solo a quienes ya han realizado un intento. Tampoco es para las personas que se autolesionan con fines no suicidas. (El capítulo de «Afecciones que necesitan más estudio» del DSM-5 incluye también un diagnóstico de «autolesión no suicida» que requiere conductas autolesivas de repetición.)

El trastorno de comportamiento suicida es un diagnóstico potencialmente importante porque los intentos de suicidio tienen valor pronóstico y predicen la presencia futura de ideas y actos suicidas con independencia de otros diagnósticos. Podría ser también especialmente útil en el tratamiento de alguien como Hannah, que ingirió una sobredosis posiblemente letal en el contexto de un factor de estrés (el beso del novio a otra chica) sin que

hubiera síntomas psiquiátricos ni antes ni después de la sobredosis.

Dado que, en apariencia, ocurrió sin previo aviso, la sobredosis de Hannah no pudo haberse previsto fácilmente. Sin embargo, una evaluación explícita del riesgo de suicidio le puede resultar muy útil al terapeuta futuro. Documentar el diagnóstico de comportamiento suicida en la historia clínica del paciente aumenta las probabilidades de que los futuros clínicos valoren de forma explícita dicho comportamiento y tengan presentes las estrategias de prevención y tratamiento que correspondan. Además, el diagnóstico de comportamiento suicida en la historia clínica permite plantear determinados servicios y programas de prevención.

Lecturas recomendadas

- Brent DA, Melhem N: Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am* 31(2):157-177, 2008 P.
- King CA, Kerr DC, Passarelli MN, et al: One year follow-up of suicidal adolescents: parental history of mental health problems and time to post-hospitalization attempt. *J Youth Adolesc* 39(3):219-232, 2010.
- Kochanek KD, Xu J, Murphy SL, et al: Deaths: Final Data for 2009. *National Vital Statistics Reports*, Vol 60, No 3. Hyattsville, MD, National Center for Health Statistics, 2012.
- Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak M, et al: Depressive disorders in childhood, II: a longitudinal study of the risk for a subsequent major depression. *Arch Gen Psychiatry* 41(7):643-649, 1984.
- Levy JC, Deykin EY: Suicidality, depression, and substance abuse in adolescence. *Am J Psychiatry* 146(11):1462-1467, 1989.
- Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, et al: Suicidal children grow up: rates and psychosocial risk factors for suicide attempts during follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32(1):106-113, 1993.
- Wilcox HC, Kuramoto SJ, Brent D, Runeson B: The interaction of parental history of suicidal behavior and exposure to adoptive parents' psychiatric disorders on adoptee suicide attempt hospitalization. *Am J Psychiatry* 169(3):309-315, 2012.

Trastornos disociativos

INTRODUCCIÓN

John W. Barnhill, M.D.

Observados con frecuencia en personas con diversos diagnósticos psiquiátricos —y en muchas personas sin diagnóstico alguno—, los síntomas disociativos pueden afectar a la consciencia, la memoria, la identidad, las emociones, la percepción, la representación corporal y el comportamiento. Las experiencias disociativas son frecuentes y afectan quizá a la mitad de la población en algún momento. Aunque son habituales, estos síntomas se pueden experimentar de forma vaga y recordarse mal, por lo que los clínicos suelen pasarlos por alto. Muchos de los episodios disociativos, quizá la mayoría, son fugaces o no producen niveles importantes de malestar o disfunción, no existiendo en consecuencia ningún diagnóstico específico para ellos en el DSM-5. No obstante, reconocerlos puede ser importante no solo para hacer el diagnóstico, sino también para dar sentido a síntomas a veces confusos.

En el DSM-5 se describen tres trastornos disociativos concretos —el trastorno de identidad disociativo, la amnesia disociativa y el trastorno de despersonalización/desrealización—, además de otras dos categorías generales: otro trastorno disociativo especificado y trastorno disociativo no especificado. Todos ellos se asocian a menudo a traumas y abusos físicos, emocionales y sexuales, y no es casual que el capítulo del DSM-5 dedicado a los trastornos disociativos se ubique justo detrás del dedicado a los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.

El trastorno de identidad disociativo (TID) hace referencia a la presencia de dos o más estados distinguibles de la personalidad. Llamado anteriormente «trastorno de personalidad múltiple», el TID implica una discontinuidad en el sentido del yo y en los sentidos de agencia, percepción, cognición y función sensitivo-motora. El TID cursa tam-

bién con lagunas de memoria que trascienden los olvidos habituales. En algunas culturas, el TID puede considerarse una «posesión» por seres espirituales ajenos a la persona, no debiendo diagnosticarse como algo patológico cuando el fenómeno es conforme con prácticas culturales o religiosas ampliamente aceptadas. Además, el TID no suele ser aplicable a los niños que tienen compañeros de juegos imaginarios o que llevan a cabo juegos imaginativos por lo demás normales. Como suele ocurrir con todos los trastornos disociativos, las personas con TID tienden a presentar otros problemas psiquiátricos, como depresión, ansiedad, abuso de sustancias, autolesiones, trastorno de estrés postraumático y crisis comiciales no epilépticas. Los pacientes pueden ocultar o no conocer sus lagunas de memoria y demás discontinuidades, lo que complica aún más la evaluación psiquiátrica.

A diferencia del TID, que implica la organización de personalidades distintas a través de procesos disociativos, los otros diagnósticos de este grupo son quizá más frecuentes y menos controvertidos. La amnesia disociativa (AD) implica la incapacidad de recordar información autobiográfica importante, habitualmente en relación con un trauma o factor de estrés determinado. Puede asociarse a crisis comiciales no epilépticas y a otros síntomas neurológicos de carácter funcional (p. ej., al trastorno de conversión del DSM-5). En el DSM-5 se ha eliminado la fuga disociativa como trastorno aparte y se ha incluido como especificador de la AD. Los estados de fuga destacan por la imposibilidad de recordar aspectos autobiográficos importantes (p. ej., la identidad personal) y pueden cursar con escapadas de casa en las que se conserva de manera suficiente la capacidad funcional.

La sensación de distanciamiento e irre realidad con respecto a uno mismo (despersonalización) o al mundo exterior (desrealización) es relativamente frecuente, habiéndose comu-

nicado una prevalencia a lo largo de la vida del 50 % entre la población. Sin embargo, para cumplir los criterios del trastorno de despersonalización/desrealización, los síntomas deben ser persistentes (1 mes de duración mínima) y/o recurrentes. El juicio de realidad está conservado. Como ocurre con otros diagnósticos del DSM-5, se requiere también que haya deterioro o malestar psíquico, por lo que los «cuelgues» o «despistes» ocasionales no suponen necesariamente ningún trastorno.

El DSM-5 contiene criterios para los otros trastornos disociativos especificados que no cumplen todos los criterios del TID, la AD o el trastorno de despersonalización/desrealización. Por ejemplo, la alteración de la identidad debida a persuasión coercitiva prolongada e intensa se diagnostica cuando una persona presenta fenómenos disociativos a raíz de experiencias intensas como el lavado de cerebro, la prisión política a largo plazo o el adoctrinamiento por parte de una secta o culto religioso. Las reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes pueden cursar con diversas manifestaciones disociativas cuando se observan transversalmente, aunque en ellas destaca la brevedad: pueden desaparecer en cuestión de días. Si persisten más de 1 mes, la persona probablemente merece otro diagnóstico (p. ej., trastorno de despersonalización/desrealización).

Lecturas recomendadas

- Boysen GA, VanBergen A: A review of published research on adult dissociative identity disorder: 2000–2010. *J Nerv Ment Dis* 201(1):5–11, 2013.
- Brand BL, Lanius R, Vermetten E, et al: Where are we going? An update on assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative disorders as we move toward the DSM-5. *J Trauma Dissociation* 13(1):9–31, 2012.
- Paris J: The rise and fall of dissociative identity disorder. *J Nerv Ment Dis* 200(12):1076–1079, 2012.
- Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R, et al: Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety* 28(8):824–852, 2011.

CASO 8.1

Triste y sola

Richard J. Loewenstein, M.D.

Irene Upton es una maestra de educación especial de 29 años de edad que acude al psiquiatra diciendo: «Estoy cansada de estar siempre triste y sola».

La paciente describió una depresión crónica e intensa que no había respondido a varios ensayos de antidepressivos ni a la potenciación con un estabilizador del ánimo. Dijo que le habían ido mejor las psicoterapias de tipo cognitivo-conductual y la terapia dialéctica conductual. Le habían sugerido la terapia electroconvulsiva, pero la había rechazado. Había estado ingresada dos veces por presentar ideación suicida y haberse infligido cortes graves que precisaron puntos de sutura.

La Sra. Upton refirió que los terapeutas anteriores habían incidido en la probabilidad de que hubiera padecido algún trauma, aunque ella desestimó, como de pasada, la posibilidad de haber sido alguna vez víctima de malos tratos. Había sido la hermana pequeña la que sí había denunciado «tocamientos sexuales extraños» por parte del padre cuando la Sra. Upton tenía 13 años. La policía nunca lo investigó, pero el padre se había disculpado ante la paciente y la hermana a raíz de una intervención de la iglesia y de un ingreso para tratar su alcoholismo y «adicción al sexo». Ella negó sentir nada al respecto y dijo: «Él ya resolvió el problema. Yo no tengo motivos para estar cabreada con él».

La Sra. Upton dijo que recordaba muy mal la época entre los 7 y los 13 años de edad. Sus hermanos le hacían bromas por su incapacidad de acordarse de las fiestas familiares, los eventos escolares y los viajes de vacaciones. Ella explicaba su amnesia diciendo: «Quizá es que no pasó nada importante y por eso no me acuerdo».

Dijo que su relación con ambos padres había sido «buena». El padre seguía siendo «controlador» con la madre y aún tenía «mal genio», pero llevaba 16 años sin beber alcohol. Al interrogarla más a fondo, la Sra. Upton refirió que sus conductas autolesivas y suicidas habían tenido lugar después de haber ido a ver a la familia o de que sus padres la hubieran sorprendido con una visita.

La Sra. Upton explicó que había sido una persona «socialmente retraída» hasta el bachillerato, periodo en el que cosechó éxitos académicos y formó parte de varios equipos y clubs. Le fue bien en la universidad. Era muy buena en el trabajo y la consideraban una gran maestra de niños autistas. Habló de varias amistades de muchos años. Dijo que le costaba intimar con los hombres y que sentía intenso miedo y desagrado ante las insinuaciones sexuales. Siempre que acababa estando con un hombre se sentía avergonzada y «mala», aunque también se sentía despreciable en otras ocasiones. Tendía a dormir mal y estaba a menudo cansada.

Negó haber consumido alcohol o drogas, y describió que, solo con olerlo, el alcohol le producía náuseas y dolor de estómago.

En el examen cognitivo se observó una mujer bien arreglada y colaboradora. Las respuestas eran coherentes y pragmáticas, aunque a menudo carentes de contenido emocional. Parecía triste y contrita. Dijo de sí misma que era «insensible». Negó tener alucinaciones, confusión o intención de matarse. Sin embargo, los pensamientos de suicidio «siempre están ahí».

Al concretar más las preguntas, la Sra. Upton negó que tuviera amnesia en la vida diaria y, muy especialmente, que la hubieran mencionado conductas suyas que no recordara, o que tuviera pertenencias de origen desconocido, sensación subjetiva de vacíos temporales, episodios de fuga o fluctuaciones inexplicables de sus aptitudes, hábitos y conocimientos. Negó tener sensación subjetiva de división del yo, alucinaciones, voces interiores y síntomas de influencia pasiva. Dijo que no tenía reviviscencias ni recuerdos intrusos, pero sí mencionó pesadillas recurrentes en las que la perseguía «un hombre peligroso» del que no podía escapar. Mencionó problemas de concentración, aunque estaba «hipercentrada» en el trabajo. Refirió también que tenía reacciones marcadas de sobresalto, que solía contar repetidamente y cantar para sus adentros, que comprobaba varias veces que las puertas estuvieran cerradas y que se organizaba compulsivamente para «evitar sufrir ningún daño».

Diagnósticos

- Amnesia disociativa.
- Trastorno depresivo mayor, crónico con ideación suicida.
- Trastorno de estrés postraumático.

Explicación

La Sra. Upton dice tener ánimo deprimido persistente, insomnio, fatiga, sentimientos de

desvalorización y suicidalidad. No es sorprendente que haya recibido varios tratamientos en serie para la depresión mayor. Sin embargo, estos tratamientos no han tenido éxito, aunque la psicoterapia sí ha aportado algún beneficio.

La Sra. Upton también describe, además de los síntomas depresivos, un conjunto de síntomas que son fundamentales para conceptualizar sus problemas y su tratamiento. Aunque la hermana pequeña es la que denunció al padre por «tocamientos sexuales extraños», este también pidió perdón a la paciente. Además la Sra. Upton tiene antecedentes de autolesiones graves que se producen cuando ve a la familia. La intimidad sexual le desagrada y exagera marcadamente sus sentimientos crónicos de vergüenza y desvalorización. Sufre pesadillas recurrentes en que la persigue un «hombre peligroso». Aunque la paciente niega de pasada haber sufrido abusos, menciona una laguna de memoria autobiográfica de 6 años que parece haber concluido exactamente en el momento en que al padre lo ingresaron para tratar su «alcoholismo» y «adicción al sexo». Incluso el olor del alcohol le produce intensas náuseas y «dolor de estómago». En vista de estos hechos, no resulta sorprendente que los terapeutas previos plantearan «la probabilidad de que hubiera padecido algún trauma».

Los aparentes abusos sexuales que sufrió de niña, junto a la laguna de memoria de 6 años, encajan bien en el diagnóstico de amnesia disociativa (AD) que propone el DSM-5.

A diferencia de los fallos de memoria que acompañan a las intoxicaciones y los trastornos neurocognitivos, la AD cursa con problemas de la memoria autobiográfica: lo que hacía, adonde iba, lo que pensaba o sentía, etc. La presentación más frecuente de la AD es la *localizada*: la incapacidad de recordar un periodo de tiempo o un suceso específico, como la secundaria. En la AD *selectiva*, la me-

moria está preservada para algunos de los sucesos ocurridos durante ese periodo concreto (por ejemplo, algunos recuerdos de la secundaria), pero no en relación con el trauma, ya sea total o parcialmente.

La AD se asocia al maltrato físico y los abusos sexuales, y su alcance parece aumentar con la intensidad, la frecuencia y la violencia de los malos tratos.

La AD puede ser difícil de distinguir de los demás diagnósticos que hacen referencia a traumas debido a que estos, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), también cursan con pérdidas de memoria en el contexto del trauma sufrido. Si la pérdida de memoria es el síntoma cardinal y afecta a un periodo que va mucho más allá de la duración del trauma en sí, la AD debe codificarse aparte del diagnóstico de TEPT. La pérdida de memoria de la Sra. Upton abarca 6 años, lo que coincide con el periodo de presuntos abusos sexuales. Además, ella describe pensamientos intrusos (pesadillas), evitación (de las citas y el sexo), alteraciones negativas de la cognición y el ánimo (cree que es «mala»), e hiperactivación o hiperreactividad (reacción de sobresalto). En otras palabras, también cumple los criterios del TEPT y merece, por tanto, este diagnóstico concurrente.

Un subgrupo de pacientes con AD presentan también síntomas significativos del trastorno obsesivo-compulsivo, y la Sra. Upton dice que cuenta, canta, comprueba y organiza de forma reiterada, todo ello para «evitar sufrir ningún daño».

Otro subgrupo de pacientes tendrá una amnesia mucho más amplia, la llamada amnesia disociativa generalizada (ADG). La pérdida de memoria puede llegar a abarcar toda la vida, incluso la identidad personal, la reserva de conocimientos y la memoria de las aptitudes. La observación longitudinal de las personas con ADG muestra que muchas acaban cumpliendo los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de identidad disociativo (TID).

En el TID destaca una perturbación de la identidad caracterizada por dos o más estados distintos de la personalidad. Estos estados implican una marcada discontinuidad en el sentido del yo, además de lagunas de memoria clínicamente importantes. Aunque la Sra. Upton no recuerda mucho de la escuela primaria, refiere que no padece los síntomas típicos del TID, como encontrarse de pronto en un sitio sin recordar cómo se ha llegado allí (fuga disociativa), la aparición o desaparición inexplicable de pertenencias, recibir comentarios de conductas que no se recuerdan y presentar fluctuaciones de las aptitudes, capacidades y conocimientos que no tienen explicación (p. ej., poder tocar música en una ocasión pero ser incapaz de acceder a esta habilidad en otra). Además, las personas con TID tienden a presentar síntomas tales como oír voces interiores, despersonalización/desrealización, sensación subjetiva de división del yo, conductas relativas al paso o cambio de una identidad a otra y síntomas referentes a la superposición o la interferencia de los estados de identidad. Aunque estos síntomas merecen investigarse longitudinalmente, la Sra. Upton los niega de forma específica, por lo que es poco probable que tenga TID.

La entrevista diagnóstica a personas con AD es poco habitual. Rara vez ofrecen información sobre sus problemas de memoria. Suelen minimizar la amnesia y su relación con sucesos traumáticos. Lo más importante quizá sea que la mención de tan siquiera la posibilidad de un trauma puede provocar intensa ansiedad, reviviscencias, pesadillas y recuerdos somáticos del maltrato. Es esencial tener tacto, ir poco a poco y elegir los momentos oportunos; perseguir con celo la «verdad» puede infligir daños psicológicos a las personas que siguen sufriendo un maltrato que hubieron de soportar muchos años antes.

Lecturas recomendadas

Courtois CA, Ford JD (eds): *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide*. New York, Guilford, 2009.

Lanius RA, Vermetten E, Pain C (eds): *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*. Cambridge, UK, Cambridge University Press, 2010.

Loewenstein RJ: An office mental status examination for chronic complex dissociative symptoms and multiple personality disorder. *Psychiatr Clin N Am* 14(3):567-604, 1991.

Loewenstein RJ: Treatment of dissociative amnesia, en *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*, 5th Edition. Editado por Gabbard

GO. Washington, DC, American Psychiatric Publishing (en prensa).

Simeon D, Loewenstein RJ: Dissociative disorders, en *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 9th Edition, Vol 1. Editado por Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Philadelphia, PA, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, 2009, pp 1965-2026.

Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R, et al: Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety* 28(8):824-852, 2011.

CASO 8.2

Sensación de estar ido

Daphne Simeon, M.D.

Jason Vaughan, de 20 años de edad, estudiante universitario de segundo curso, fue enviado por su asesor residente del campus a la consulta de salud mental de la facultad por parecer «raro e ido». El Sr. Vaughan le dijo al terapeuta que lo evaluó que lleva 3 meses sin ser «el de siempre». Dijo que notaba a menudo la mente en blanco, como si los pensamientos no le pertenecieran. Se había sentido cada vez más distanciado de su cuerpo físico, realizando las actividades diarias como si fuera un «robot desconectado». A veces no estaba seguro de si estaba vivo o muerto, como si la existencia fuera un sueño. Refirió que se sentía casi como si no hubiera «ningún yo». Estas experiencias lo dejaban aterrorizado durante horas.

Las notas habían empeorado y había empezado a mantener las mínimas relaciones sociales.

El Sr. Vaughan dijo que se había deprimido porque había roto con su novia, Jill, unos meses antes, y que había pasado 1 mes con el ánimo triste y síntomas vegetativos leves, aunque sin deterioro funcional. Durante este tiempo había empezado a notar sensaciones de atontamiento e irrealidad, pero al principio no les hizo mucho caso. Al irse resolviendo el estado de ánimo bajo y sentirse cada vez más desconectado, empezó a preocuparse cada vez más hasta que, al final, había acudido en busca de ayuda. Le dijo al terapeuta que su relación romántica de 1 año con Jill había sido muy importante para él y que, en

las vacaciones, había pensado presentársela a su madre.

El Sr. Vaughan relató un brote pasajero de ansiedad extrema que había padecido en débil grado. Comenzó a tener crisis de pánico que se fueron haciendo más intensas y frecuentes a lo largo de 2 meses. Durante los ataques se sentía desconectado, como si todo fuera irreal. Los síntomas duraban a veces horas y se parecían a los actuales. El inicio pareció coincidir con el ingreso de su madre en un hospital psiquiátrico. Cuando le dieron el alta a la madre, todos los síntomas desaparecieron con bastante rapidez. Entonces no recibió tratamiento.

El Sr. Vaughan describió también varios días de síntomas pasajeros de irrealidad cuando estaba en primaria, justo después de que los padres se divorciaran y el padre se fuera de casa dejando al joven Jason solo con la madre, que tenía esquizofrenia paranoide. En su infancia destacaban sentimientos generalizados de soledad y la sensación de que él era el único adulto de la familia. La madre tenía un rendimiento meramente marginal, aunque por lo general no estaba psicótica. El padre lo visitaba muy de vez en cuando, pero aportaba el dinero necesario para que pudieran vivir de manera razonablemente cómoda. Jason se quedaba a menudo con los abuelos los fines de semana, pero normalmente vivían muy aislados, él y su madre. Sacaba buenas notas en el colegio y tenía algunos amigos íntimos, pero era muy reservado y rara vez llevaba amigos a casa. Jill habría sido la primera novia que hubiera conocido a su madre.

El Sr. Vaughan dijo que no tomaba drogas, concretamente cannabis, alucinógenos, ketamina y salvia, y el análisis toxicológico de la orina dio negativo. Dijo que no había sufrido maltrato físico ni abusos sexuales. Negó haber tenido depresión, manía, psicosis y otros síntomas psiquiátricos en el pasado. Concretamente negó haber tenido amnesia, pérdidas del conocimiento, identidades múltiples, alu-

cinaciones, paranoia y otros pensamientos o experiencias de carácter inusual.

Los resultados de los análisis, la criba toxicológica y la exploración física fueron normales, igual que la resonancia magnética cerebral y el electroencefalograma. Las consultas al otorrinolaringólogo y al neurólogo no aportaron información digna de reseñar.

Diagnóstico

- Trastorno de despersonalización/desrealización.

Explicación

El Sr. Vaughan siente un distanciamiento persistente de su cuerpo físico, su mente y sus emociones, y tiene una sensación generalizada de «falta de yo». Durante estas experiencias, el juicio de realidad permanece intacto. Los antecedentes indican que estos síntomas carecen de causas físicas o psiquiátricas. Los síntomas son persistentes y el rendimiento está muy deteriorado. El Sr. Vaughan cumple los criterios del DSM-5 para el trastorno de despersonalización/desrealización.

El Sr. Vaughan ya ha tenido síntomas parecidos antes, en dos ocasiones, pero ninguno de estos dos episodios previos parece haber cumplido los criterios del trastorno de despersonalización/desrealización.

El primer episodio del Sr. Vaughan, cuando estaba en primaria, lo desencadenó el abandono del padre, y parece que los síntomas duraron solo unos días. Aunque no especifica una duración mínima para el trastorno de despersonalización/desrealización, el DSM-5 sí indica que los síntomas deben ser «persistentes o recurrentes». El cuadro que tuvo lugar en la infancia parece más compatible con el diagnóstico de otro trastorno disociativo especificado (reacciones disociativas a sucesos estresantes) que contempla el DSM-5, que hace referencia a una afección aguda y transitoria que dura menos de 1 mes.

El segundo episodio sucedió en el contexto de 2 meses de crecientes ataques de pánico, precipitados por el ingreso psiquiátrico de la madre. Estos síntomas cumplían los criterios de duración del trastorno de despersonalización/desrealización, pero se produjeron exclusivamente en el seno de otra afección psiquiátrica (el pánico) y desaparecieron al resolverse dicha afección. Aunque el informe no aporta información clínica suficiente para poder ser muy específicos, este segundo episodio parece encajar mejor en uno de los diagnósticos del capítulo dedicado a los trastornos de ansiedad del DSM-5 —el trastorno de ansiedad no especificado— que entre los trastornos disociativos.

Sin embargo, el episodio más reciente es típico del trastorno de despersonalización-desrealización: persiste desde hace varios meses tras la resolución del breve episodio depresivo, no se asocia a ningún otro trastorno psiquiátrico, ni al uso de ninguna sustancia, ni a ninguna enfermedad orgánica, y se acompaña de un juicio de realidad intacto.

Se observa que el segundo episodio estuvo más inclinado hacia la desrealización, mientras que el tercero, que es el que da lugar al diagnóstico clínico, se inclina más hacia la despersonalización. Haciéndose eco de las últimas investigaciones en este campo, el DSM-5 ha combinado los síntomas de despersonalización y de desrealización en un solo trastorno que puede cursar con uno u otro de estos tipos sintomáticos o, más a menudo, con ambos.

Antes de poder hacer este diagnóstico es necesario explorar otras causas psiquiátricas y físicas. En vista de la esquizofrenia de la madre, la explicación alternativa más probable sería la de un trastorno psicótico o una esquizofrenia prodrómica. Sin embargo, parece que el Sr. Vaughan ha mantenido su rendimiento social y académico hasta que empeoró la despersonalización, y también ha conservado el juicio de realidad a pesar de

sus síntomas; por tanto, no cumple los criterios de ninguna psicosis en la actualidad. No es posible predecir en el presente el riesgo de una esquizofrenia futura, por lo que será importante ofrecer apoyo y realizar un control longitudinal.

Al igual que muchos pacientes con trastorno de despersonalización/desrealización, el Sr. Vaughan no pensaba que su dolencia fuera delirante y estaba convencido de su naturaleza «física». Esta convicción puede conducir a chequeos médicos que servirán más para tranquilizar al paciente que para detectar una etiología médica. Los jóvenes con cuadros típicos y sin factores de riesgo ni hallazgos en los exámenes físicos y neurológicos es muy improbable que tengan enfermedades orgánicas de base. Las pruebas complementarias pueden ayudar a estos pacientes a aceptar el tratamiento psiquiátrico; sin embargo, sería útil que el psiquiatra atemperase el entusiasmo de esos otros médicos que pudieran llegar a proponer pruebas prolongadas o invasivas.

Aunque todos los trastornos disociativos suelen asociarse a traumas en los primeros años de vida, los pacientes con trastorno de despersonalización/desrealización refieren traumas que normalmente son menos extremos desde el punto de vista físico o sexual. El Sr. Vaughan parece negar que sufriera malos tratos, pero tuvo un padre que lo abandonó al cuidado de una madre con esquizofrenia. Incluso sin recuerdos de sucesos especialmente traumáticos, no es arriesgado pensar que la infancia del Sr. Vaughan fue difícil y contribuyó a su trastorno.

Lecturas recomendadas

- Baker D, Hunter E, Lawrence E, et al: Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *Br J Psychiatry* 2003; 182:428-433.
- Simeon D, Knutelska M, Nelson D, Guralnik O: Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:990-997.

Simeon D, Abugel J: *Feeling Unreal: Depersonalization Disorder and the Loss of Self*. New York, Oxford University Press, 2008.

Sierra M: *Depersonalization: A New Look at a Neglected Syndrome*. New York, Cambridge University Press, 2009.

CASO 8.3

Disociaciones

Roberto Lewis-Fernández, M.D.

Lourdes Zayas, una mujer portorriqueña de 33 años nacida en Estados Unidos, fue llevada a la sala de urgencias (SU) por estar muy alterada e intentar ingerir lejía.

La paciente, que carecía de antecedentes psiquiátricos, había estado bien hasta el día antes, cuando el novio resultó asesinado en un incidente relacionado con drogas en Puerto Rico. La familia refirió que la Sra. Zayas había reaccionado al principio con una tranquilidad desmesurada. Preocupados, los familiares la estuvieron siguiendo por el apartamento durante varias horas. Sin hablar ni una palabra, ella se dedicó a hacer cosas repetitivas e innecesarias, como doblar y desdoblar ropa.

A primera hora de la tarde, de pie junto a la lavadora, lanzó un grito, agarró una botella de lejía e intentó bebérsela. Su hermano se la quitó de un manotazo. Ella cayó al suelo temblando, chillando y llorando. El episodio duró unos segundos, tras lo cual quedó tumbada «como muerta» varios minutos. La familia no recordaba que hubiera habido movi-

mientos tónico-clónicos, ni que se hubiera mordido la lengua, ni que perdiera el control de los esfínteres. Cuando llegó la ambulancia, la Sra. Zayas lloraba quedamente, repitiendo el nombre del novio, y no respondió a casi ninguna pregunta. Después de tratarle algunas quemaduras en los labios, el equipo médico la derivó al servicio de psiquiatría.

En las horas que siguieron, la Sra. Zayas comenzó a mostrarse más reactiva. Durante una entrevista clínica realizada en español, dijo que se había quedado *insensible* al conocer la muerte del novio y describió que se había sentido desconectada del cuerpo, de las emociones y del entorno. Estos síntomas seguían estando presentes en la SU, pero luego disminuyeron con el paso de varias horas. Refirió también amnesia de lo ocurrido desde el momento en que había lanzado el grito y la vista le quedó *oscura* hasta que «despertó» en la SU.

En la observación de 24 horas, la Sra. Zayas tuvo otros dos episodios repentinos de agitación, llanto y chillidos, durante los cuales in-

tentó arañarse la cara y salir de la sala. Dado que respondió enseguida a la intervención verbal y al contacto físico, no le dieron medicamentos ni le aplicaron contención alguna, sino que la pusieron bajo la vigilancia de un miembro del equipo. Ni los análisis, ni el electroencefalograma, ni la punción lumbar arrojaron datos dignos de reseñar.

Durante la exploración lloraba calladamente, tenía el ánimo triste y refirió despersonalización, desrealización y amnesia del intento de suicidio. Estaba orientada en términos de tiempo, espacio y lugar; no tenía síntomas psicóticos y negó tener ideas de suicidio.

Trasladaron a la Sra. Zayas a la planta de psiquiatría para evaluarla. Al principio le costaba conciliar el sueño y tenía sueños tristes y siniestros en relación con el novio. Dijo que no recordaba nada de las horas que siguieron al intento de beber lejía. Intentaba no pensar en el novio y le venían recuerdos intrusivos de cuando habían estado juntos, pero sin llegar nunca a cumplir los criterios del DSM-5 para el trastorno de estrés agudo o la depresión mayor. Los síntomas mejoraron notablemente al cabo de 1 semana. No estuvo medicada en el hospital y le dieron el alta a los 10 días, pautando un seguimiento ambulatorio. Acudió a una sola cita transcurrido 1 mes, coincidiendo ella y la familia en que tenía ratos de tristeza por la muerte del novio pero que, en esencia, había vuelto a su ser normal. A partir de entonces no se la volvió a ver en la consulta.

Diagnóstico

- Otro trastorno disociativo especificado: reacciones disociativas agudas a sucesos estresantes.

Explicación

Diferentes clínicos podrían tratar de conceptualizar los síntomas de la Sra. Zayas de for-

mas distintas. Como el asesinato del novio resultó sin duda traumático, un clínico podría tratar de encajar los síntomas en uno de los diagnósticos que el DSM-5 contempla entre los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Otro podría reconocer síntomas psicóticos y buscar el diagnóstico entre los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Otro más podría intentar descubrir un trastorno depresivo o de ansiedad compatible con la sintomatología. Un último clínico quizá buscaría un trastorno de la personalidad o alguna vulnerabilidad preexistente que pudiera explicar los síntomas.

Sin embargo, ciñiéndonos a la información descrita, se puede llegar a una explicación más parca. En respuesta a la noticia del asesinato, la Sra. Zayas quedó «insensible» y se puso a pasear por el apartamento durante horas, doblando y desdoblando ropa repetidamente. Dijo que se había sentido desconectada del cuerpo, de las emociones y del entorno. Frustraron su intento de beber lejía y cayó al suelo temblando y llorando. No recordaba el suceso y dijo que se despertó horas más tarde en la SU. Después pasó varios días con recuerdos intrusos y pesadillas desagradables, pero volvió en esencia a su ser normal al cabo de 1 o 2 semanas.

La Sra. Zayas tuvo un episodio disociativo agudo. Incluido como ejemplo de otro trastorno disociativo especificado, este nuevo diagnóstico del DSM-5 describe un grupo de personas que reaccionan al estrés con síntomas disociativos agudos y pasajeros entre los que se puede observar cualquier combinación de lo siguiente: estrechamiento de la consciencia, despersonalización, desrealización, alteraciones de la percepción (p. ej., tiempo ralentizado, macropsia), microamnesias, estupor transitorio y alteraciones de la función sensitivo-motora (p. ej., analgesia, parálisis). La Sra. Zayas refirió estrechamiento de la consciencia (rumiaciones con conductas repe-

titivas), despersonalización, desrealización, estupor transitorio y microamnesia.

En algunas personas, el episodio agudo se hace recurrente, sobre todo si aparecen otros factores de estrés que precipitan nuevas reacciones agudas. En otras personas, el proceso agudo se resuelve con secuelas mínimas.

Los episodios disociativos agudos pueden acompañar a otros diagnósticos psiquiátricos o constituir una reacción aislada en una persona por lo demás normal. También se han descrito formando parte de un grupo heterogéneo de síndromes de todo el mundo. Un episodio disociativo parecido a este podría etiquetarse como *falling out* (disgusto) en el sur de Estados Unidos o como «indisposición» en Haití.

En toda América Latina, este tipo de episodio se denomina *ataque de nervios*, que es el término que emplearon la Sra. Zayas y su familia durante el ingreso.

El miedo a este tipo de reacción es probablemente lo que llevó a la familia a vigilar de cerca a la Sra. Zayas después de la noticia, ayudando a impedir que la lejía causara daños mayores. Los *ataques de nervios* son muy frecuentes, con una incidencia de alrededor del 10 % a lo largo de la vida entre los portorriqueños nacidos en Estados Unidos. Se consideran reacciones normales cuando los des-

encadenan factores estresantes concretos y de enorme importancia, como en el caso de la Sra. Zayas. Sin embargo, los antecedentes de *ataque* se asocian a mayores índices de discapacidad por enfermedad mental, ideación suicida y atención psiquiátrica ambulatoria. Así pues, el *ataque* sufrido por la Sra. Zayas indica una posible vulnerabilidad a las secuelas psiquiátricas. En este caso concreto, se debería explicar a la Sra. Zayas y a su familia que la paciente podría sufrir otra crisis en otra situación de estrés, y que también podría tener riesgo de padecer un trastorno de estrés postraumático de inicio diferido.

Lecturas recomendadas

Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Brewin CR: Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety* 28(9):750-769, 2011.

Guarnaccia PJ, Lewis-Fernández R, Martínez Pin-cay I, et al: Ataque de nervios as a marker of social and psychiatric vulnerability: results from the NLAAS. *Int J Soc Psychiatry* 56(3):298-309, 2010.

Lewis-Fernández R, Horvitz-Lennon M, Blanco C, et al: Significance of endorsement of psychotic symptoms by US Latinos. *J Nerv Ment Dis* 197(5):337-347, 2009 P.

Lim RF (ed): *Clinical Manual of Cultural Psychiatry*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006.

Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados

INTRODUCCIÓN

Anna Dickerman, M.D.

John W. Barnhill, M.D.

El **trastorno de síntomas somáticos (TSS)** es un diagnóstico del DSM-5 que hace referencia a un grupo de pacientes que presentan síntomas somáticos angustiosos, además de pensamientos, sentimientos y comportamientos anómalos en respuesta a estos. Se trata de un término amplio que pretende describir a la mayoría de los pacientes que antes recibían diagnósticos tales como el de trastorno de somatización, el de trastorno de dolor y el de hipcondría, que aparecían en el capítulo de trastornos somatomorfos del DSM-IV. Una diferencia clave es que el diagnóstico de TSS requiere buscar síntomas positivos, como el malestar psíquico y la disfunción, en lugar de negativos (los síntomas sin explicación médica). Los pacientes pueden tener, y suelen tener, diagnósticos médicos de base fisiológica; sin

embargo, con el nuevo diagnóstico, el clínico puede centrarse en la angustia y en los pensamientos, sentimientos y comportamientos anómalos, en lugar de en la validez de los síntomas físicos de los pacientes.

El capítulo del DSM-5 sobre trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados contiene también los diagnósticos de trastorno de ansiedad por enfermedad, trastorno de conversión, factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas (FPIOAM) y trastorno facticio, así como los de otro trastorno de síntomas somáticos o trastorno relacionado especificado y trastorno de síntomas somáticos o trastorno relacionado no especificado. Los criterios de los trastornos de este capítulo se han simplificado, poniendo el acento en aquellos criterios diagnósticos que

puedan resultar útiles a los médicos y profesionales de la salud ajenos al terreno de la psiquiatría.

El término *hipocondría* se ha eliminado del DSM-5 por considerarse peyorativo y contraproducente para el establecimiento de la alianza terapéutica. Es también un término con una historia larga y compleja que ha dado lugar a una amplia serie de ideas sobre su significado y etiología. El DSM-5 divide la hipocondría en dos agrupaciones diagnósticas. Muchas de las personas que padecen la hipocondría del DSM-IV tienen considerable ansiedad con respecto a la salud en presencia de síntomas somáticos importantes; en el DSM-5 se dice que estas personas tienen TSS. Puede que hasta un 25 % de las personas con ansiedad referente a la salud carezcan de síntomas somáticos; estas recibirían el diagnóstico de trastorno de ansiedad por enfermedad (TAE), que es nuevo en el DSM-5.

El DSM-5 aborda de manera parecida a las personas que parecen tener pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales cuando sienten dolor. Las personas que, con el DSM-IV, habrían recibido el diagnóstico de trastorno por dolor quedan ahora, en el DSM-5, dentro del epígrafe del TSS con el especificador «con dolor predominante». Para algunas personas con pensamientos, sentimientos y comportamientos anómalos por presentar dolor, el diagnóstico más conveniente del DSM-5 es el de factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas (FPIOAM), que en el DSM-IV se hallaba dentro del capítulo de «otras afecciones que pueden ser objeto de atención médica». El diagnóstico de FPIOAM hace referencia a aquellas situaciones en las que hay factores psicológicos o conductuales que influyen negativamente en una enfermedad orgánica. Ejemplo de ello sería la negación de la importancia de un dolor torácico que llevara a retrasar la intervención médica. Aunque es nuevo en el DSM, el diagnóstico de FPIOAM es probable que resulte bastante frecuente.

La exploración de los síntomas carentes de explicación médica ya no se subraya en el DSM-5, y la mayoría de los trastornos de este capítulo no requieren que el clínico «descarte» enfermedades orgánicas de base fisiológica. El trastorno de conversión del DSM-5, también llamado trastorno de síntomas neurológicos funcionales, es algo distinto. Entre los criterios sintomáticos se encuentra la alteración de la función sensitiva o motora voluntaria, junto con signos de incompatibilidad del síntoma con las enfermedades físicas y neurológicas conocidas. Son especificadores del trastorno de conversión los síntomas (p. ej., debilidad o crisis comiciales), la duración (p. ej., agudo o persistente) y la presencia o ausencia de algún factor de estrés psicológico relevante.

El trastorno facticio es la producción consciente de signos o síntomas falsos. Al igual que sucede con el trastorno de conversión, la exploración de un posible trastorno facticio requiere que el clínico considere la posibilidad de que los síntomas del paciente no respondan a un cuadro de mediación fisiológica. Este abordaje no tiene por qué ser inevitablemente conflictivo, siendo útil equilibrar el necesario escepticismo y la curiosidad profesional cuando el cuadro del paciente parezca no tener lógica.

Como se observa a lo largo del DSM-5, el capítulo sobre trastornos de síntomas somáticos y otros trastornos relacionados contiene una categoría no especificada que conviene utilizar cuando los síntomas sean indicativos, pero la información, escasa. La categoría de «otro trastorno especificado» se usa cuando el clínico decide que la persona presenta los rasgos característicos de determinado trastorno de síntomas somáticos, con malestar o disfunción importante, pero no acaba de cumplir los criterios descritos para este. Por ejemplo, un paciente podría cumplir todos los criterios del TSS o del TAE y tener síntomas desde hace menos de los 6 meses necesarios; entonces se diría que el paciente tiene un TSS o un

TAE breve. Los otros dos diagnósticos de esta categoría son el TAE sin comportamientos excesivos relacionados con la salud y la pseudociés (es decir, el falso embarazo).

Junto a los pacientes con crisis comiciales no epilépticas (pseudocrisis, un tipo de trastorno de conversión), que pueden diagnosticarse por tener electroencefalogramas negativos en presencia de actividad comicial, a las pacientes con síntomas de gestación se les puede diagnosticar una pseudociés haciendo una prueba de embarazo. En general, sin embargo, la evaluación de los pacientes con trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados no debe centrarse ni en detectar lo falso, ni en buscar con ahínco una etiología inconsciente. Por el contrario, el principal ob-

jetivo es detectar agrupaciones comunes de pensamientos, sentimientos y comportamientos que sean causa de angustia o de disfunción, y que puedan convertirse en el centro de una atención clínica eficaz.

Lecturas recomendadas

- Dimsdale JE, Xin Y, Kleinman A, et al (eds): *Somatic Presentations of Mental Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2009.
- Friedman JH, LaFrance WC Jr: Psychogenic disorders: the need to speak plainly. *Arch Neurol* 67(6):753-755, 2010.
- MacKinnon RA, Michels R, Buckley PJ: The psychosomatic patient, in *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006, pp 447-460.

CASO 9.1

Dolor y depresión

James A. Bourgeois, O.D., M.D.

Michelle Adams, una expeluquera de 51 años de edad, acude a una consulta de psiquiatría a instancias de su médico de cabecera. Una nota de este, enviada de antemano, explica que la paciente se había mostrado llorosa y frustrada en la última consulta, creyendo el médico, que intentaba controlar su dolor de espalda persistente, que una evaluación psiquiátrica era conveniente.

Al saludar a la Sra. Adams en la sala de espera, al psiquiatra le llamaron la atención su aspecto y sus modales: ante sí tenía a una mujer despeinada de cabello plateado, con gafas de sol oscuras y sentada en una silla de ruedas, que le tendió la mano flácidamente y, después de un suspiro lastimero, le preguntó si le importaría empujarle la silla hasta la consulta. Estaba cansada del largo viaje hasta la

consulta y dijo: «Nadie en la calle se ofreció a ayudarme. ¿Se lo puede creer?».

Una vez acomodada, la Sra. Adams explicó que llevaba 13 meses padeciendo un dolor de espalda insoportable. La noche «que lo cambió todo», se había dejado las llaves dentro del apartamento y no podía entrar; al tratar de subir por la escalera de incendios, se había caído y se había fracturado la pelvis, el cóccix, el codo derecho y tres costillas. Aunque no precisó cirugía, tuvo que pasar en cama 6 semanas y someterse después a varios meses de fisioterapia. La medicación narcótica diaria solo le resultaba moderadamente útil. Había visto «una docena» de médicos de varias especialidades y había probado múltiples tratamientos, entre ellos las inyecciones anestésicas y la terapia de estimulación eléctrica, pero el dolor no cedía. Durante toda esta terrible experiencia y desde varios años antes, la Sra. Adams había fumado marihuana todos los días, explicando que darle cada hora una buena calada a un porro le aliviaba el dolor y le ayudaba a relajarse. No bebía alcohol ni consumía otras drogas.

Antes del accidente, la Sra. Adams trabajaba en un salón de belleza del barrio desde hacía más de 20 años. Estaba orgullosa de tener varios clientes devotos y disfrutaba de la camaradería con sus compañeros, a los que llamaba «mi verdadera familia». Había sido incapaz de regresar al trabajo desde el accidente a causa del dolor. «Estos médicos siguen diciéndome que estoy bien para volver al trabajo», dijo con visible enfado, «pero no saben lo que estoy pasando». Se le quebró la voz. «No me creen. Piensan que miento». Añadió que, aunque los amigos le habían tendido la mano después del accidente, últimamente parecían menos comprensivos. Casi siempre dejaba que las llamadas pasaran al contestador porque no tenía ganas de hacer relaciones sociales a causa del dolor. En el último mes había

dejado de lavarse a diario y ya no limpiaba tanto el apartamento. Sin la estructura que da el trabajo, a menudo se quedaba despierta hasta las 5:00 de la mañana, y el dolor la despertaba varias veces antes de que, por fin, saliera de la cama después del medio día. En cuanto al estado de ánimo, refirió, «Estoy tan deprimida que da risa». A menudo dejaba de tener esperanza en poder volver a vivir sin dolor, pero dijo que el suicidio ni se le había ocurrido. Explicó que su fe católica le impedía pensar en quitarse la vida.

La Sra. Adams no había ido nunca al psiquiatra y no recordaba haber estado deprimida antes del accidente, aunque dijo que el «mal genio» era un rasgo familiar. Habló de una única relación romántica importante años atrás, con una mujer que la maltrataba emocionalmente. Al preguntarle si había tenido problemas legales, dijo que la habían detenido varias veces por hurto a los veintitantos años. Explicó que había estado «donde no debía en un mal momento», y que nunca la habían condenado por ningún delito.

Diagnósticos

- Trastorno de síntomas somáticos, con dolor predominante, persistente, de moderado a grave.
- Trastorno por consumo de cannabis.
- Depresión mayor.

Explicación

La Sra. Adams presenta antecedentes de dolor desde la caída del año anterior. Ha recibido tratamiento, rehabilitación y diversas intervenciones invasivas ambulatorias, pero, aun así, el dolor y la disfunción social acompañante persisten y han avanzado. En un claro crescendo de comorbilidad psiquiátrica, cada vez está más deprimida, hasta el punto de presentar síntomas anímicos, motivacio-

nales y relativos al cuidado de sí misma y al sueño. Sería necesario obtener más información para poder confirmar el diagnóstico de depresión mayor, aunque parece probable que cumpliría todos los criterios.

Además, la Sra. Adams consume marihuana a diario. Parece haber desarrollado una dependencia conductual de esta sustancia por sus propiedades levemente analgésicas y ansiolíticas. No parece considerarlo un problema. Sin embargo, está crónicamente deprimida, desmotivada y con mal rendimiento, y consume una sustancia que sabemos que induce precisamente esos efectos. Por tanto, probablemente merece el diagnóstico de trastorno por consumo de cannabis del DSM-5. También sería útil explorar la posibilidad de una depresión mayor inducida por cannabis.

Además de la depresión y el consumo indebido de cannabis, la Sra. Adams parece tener pensamientos, sentimientos y comportamientos excesivos en relación con su dolor y su debilidad física. Persisten desde hace 1 año y son bastante debilitantes. La Sra. Adams cumple, por tanto, los requisitos del trastorno de síntomas somáticos (TSS) del DSM-5 con el especificador de «dolor predominante». En su caso, el dolor ha adquirido «vida propia» hasta mucho después de pasado el periodo de rehabilitación médica inicial. Es importante recordar que el trastorno de dolor ya no se considera un cuadro aparte en el DSM-5, sino una forma de TSS.

Como ilustra este caso, es frecuente que los pacientes con TSS acaben teniendo trastornos secundarios del ánimo y de consumo de sustancias. En términos fenomenológicos, suele ser útil abordar tales casos confirmando la «trí-morbilidad» compuesta por el síntoma somá-

tico (dolor en este caso), el trastorno del estado de ánimo y el consumo de alguna sustancia. Como se describe en este relato, bastante frecuente, la paciente funcionaba bien, sin aparentes problemas psiquiátricos o de consumo de sustancias, hasta la aparición de un dolor insoportable y persistente. Por consiguiente, el cuadro «primario» es el TSS, «derivándose» los problemas del ánimo y el consumo de sustancias del síntoma somático inicial.

La fase diagnóstica suele estar marcada por varios escollos posibles. Los pacientes con TSS se ven normalmente primero en la atención primaria o en las consultas de especialistas ajenos a la psiquiatría, y pueden resistirse a la derivación psiquiátrica. Aunque solo se señala de pasada en el caso de la Sra. Adams, el uso excesivo de una analgesia opiode suele convertirse en el primer foco de atención de la psiquiatría, además de en el posible conflicto inicial. Los psiquiatras pueden acabar forcejeando con el tema de los opiáceos a los 30 minutos de estar con el paciente. En consecuencia, los pacientes como la Sra. Adams corren el riesgo de no ser evaluados de sus trastornos tratables, como la depresión y el abuso de sustancias, y por tanto, de no iniciar el proceso por el que el dolor pasa de ser una catástrofe a ser un síntoma crónico pero controlable.

Lecturas recomendadas

Bourgeois JA, Kahn D, Philbrick KL, Bostwick JM, et al: Casebook of Psychosomatic Medicine. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009.

Dimsdale J, Sharma N, Sharpe M: What do physicians think of somatoform disorders? *Psychosomatics* 52(2):154-159, 2011.

CASO 9.2

Quejas somáticas

James L. Levenson, M.D.

Norma Balaban, una mujer casada de 37 años de edad, fue derivada por el médico de cabecera para evaluar su depresión y varios síntomas somáticos. Había estado generalmente sana, aparte de los atracones de comida y la obesidad, hasta 1 año antes, y se había sometido a una operación de derivación gástrica 6 años antes.

Al entrar en la consulta, la Sra. Balaban le entregó al psiquiatra un resumen de sus problemas físicos de tres páginas. Los espasmos nocturnos y dolores diurnos en las piernas habían sido su primera preocupación. Después aparecieron problemas de sueño que la llevaron a «estar espesa» y a notar la cabeza pesada. Tenía sensaciones intermitentes de frío en las extremidades, la cara, las orejas, los ojos y las fosas nasales. Según creía, las sensaciones pulsantes de los ojos eran más acusadas después de haber dormido mal. En meses recientes habían aparecido problemas para orinar, irregularidades menstruales y varios síntomas musculares, como dolor en la nalga derecha con sensación de quemadura hacia el interior del muslo derecho. Tenía también rigidez de cuello acompañada de espasmos dorsales.

El médico de cabecera de la Sra. Balaban había evaluado los síntomas iniciales y la había derivado al reumatólogo y al neurólogo. El reumatólogo le diagnosticó dolor dorsal mecánico sin signos de artritis inflamatoria.

También le diagnosticó posibles migrañas con síntomas neuropáticos periféricos y síntomas oculares. El neurólogo observó que la Sra. Balaban estaba también siendo evaluada por otro neurólogo de un centro médico diferente y un neurooftalmólogo del mismo centro. El diagnóstico del neurólogo fue de «variante migrañosa atípica», señalando también que «la paciente parece presentar depresión en grado importante, que podría estar agravando los síntomas o incluso constituir un factor desencadenante». El repaso de las pruebas realizadas en los dos centros médicos locales indicó que había obtenido resultados esencialmente normales en dos electroencefalogramas, un electromiograma, tres resonancias magnéticas cerebrales y tres raquídeas, dos punciones lumbares y varios análisis clínicos en serie. Le habían recomendado que acudiera a un psiquiatra, pero la paciente rechazó la idea hasta que el médico de cabecera la urgía a hacerlo repetidas veces.

Al principio, la Sra. Balaban le habló al psiquiatra de sus síntomas físicos. Estaba muy frustrada porque, a pesar de haber visto a varios especialistas, no le habían dado ningún diagnóstico claro, por lo que seguía muy preocupada. Había empezado a tomar fluoxetina y gabapentina, prescritas por el médico de cabecera, y había notado una mejoría parcial del estado de ánimo y algunos de sus dolores. Le resultaba difícil concentrarse y realizar su

trabajo, y pasaba mucho tiempo en Internet investigando sus síntomas. Se sentía también mal por no pasar tiempo suficiente con las hijas y el marido, pero es que no tenía energía para ello. Reconoció haber tenido brotes de ánimo deprimido durante el año previo, con algo de anhedonia y a veces pensamientos de suicidio (había pensado en estrellarse con el coche), pero sin anorexia ni culpabilidad. Refirió haber tenido síntomas depresivos premenstruales desde hacía alrededor de 1 año.

La Sra. Balaban había recibido tratamiento por una depresión posparto 6 años antes, tras el nacimiento de la segunda hija. En los antecedentes familiares destacaba la presencia de cáncer, depresión e hipertensión.

La Sra. Balaban vivía con su marido y sus dos hijas, de 10 y 6 años de edad. El marido estaba en tratamiento por depresión. La paciente era titulada universitaria y trabajaba desde hacía mucho tiempo como auxiliar administrativa de uno de los decanatos de la universidad local. Se había criado en una ciudad pequeña del medio rural. Dijo que había tenido una infancia feliz y que nunca había sido objeto de malos tratos o abusos sexuales. Nunca había consumido ninguna droga.

Durante el examen del estado mental se observó que la paciente estaba alerta, iba bien vestida, aunque de manera informal, y se mostraba colaboradora y nada defensiva. El ánimo y el afecto estaban deprimidos y presentaba retardo psicomotor. No se observaron anomalías ni en el curso ni en el contenido del pensamiento; tampoco anomalías de la percepción, ni disfunción cognitiva clara.

Diagnóstico

- Trastorno de síntomas somáticos.

Explicación

La Sra. Balaban dedica una cantidad desmedida de tiempo y energía a analizar, documentar y

consultar sus síntomas somáticos. Esos síntomas le angustian e interfieren con su capacidad funcional. Está sintomática desde hace como mínimo 6 meses. Cumple los criterios del DSM-5 para el trastorno de síntomas somáticos (TSS).

El TSS es un diagnóstico nuevo del DSM-5 y supone un cambio importante con respecto a los sistemas de clasificación anteriores. Los síntomas del TSS pueden comenzar a cualquier edad, aunque la preocupación excesiva por los síntomas somáticos debe persistir, en general, al menos 6 meses. El DSM-5 subraya también la importancia de los pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales en respuesta a los síntomas somáticos, en lugar de si existe o no una causa médica para estos.

El gran número de síntomas somáticos que, sin aparente relación entre sí, presenta la Sra. Balaban indica que existe un componente psiquiátrico. Es posible que tenga enfermedades físicas sin diagnosticar que quizá expliquen muchos de sus síntomas (p. ej., una esclerosis múltiple), pero el diagnóstico orgánico probablemente no afectaría al diagnóstico del DSM-5. Seguiría siendo cierto que presenta excesivos pensamientos, sentimientos y comportamientos en relación con los síntomas y dudas acerca de su salud. En otras palabras, la cuestión cardinal en el TSS no son los síntomas, sino la interpretación que se hace de ellos.

Una de las ramificaciones de este cambio del DSM-5 con respecto al DSM-IV es que el diagnóstico del primero no se basa en la ausencia de explicación. El intento de demostrar que el paciente no tiene un diagnóstico orgánico pertinente puede conducir a pruebas excesivas, como se observa en el caso de la Sra. Balaban. Además, la búsqueda extensa de lo negativo puede conducir a una situación adversa: la paciente debe intentar convencer a los médicos de que tiene un problema, y estos se sienten a menudo empujados a pedir más pruebas y más consultas, esperando que la enferma se busque otro médico de cabecera. Cuando al final se pone la etiqueta psiquiátrica, lo más

probable es que la paciente considere que el término es peyorativo y se sienta incomprendida y rechazada. El diagnóstico de TSS del DSM-5 debería dejar de lado este conflicto. Los pacientes con TSS normalmente sí tienen problemas orgánicos, pero la psiquiatría atiende a cómo se ven afectados los pensamientos, sentimientos y comportamientos por los síntomas físicos.

Los pacientes que presentan síntomas físicos excesivos suelen tener diagnósticos psiquiátricos ajenos al capítulo de los trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. Aunque la Sra. Balaban no parece cumplir todos los criterios del diagnóstico del trastorno depresivo mayor, sí tiene síntomas depresivos prominentes, incluida la ideación suicida. También posee antecedentes de depresión posparto que precisaron atención psiquiátrica. Este historial plantea la posibilidad de un trastorno bipolar no diagnosticado y un posible diagnóstico de depresión. Presenta

«espasmos nocturnos en las piernas», por lo que podría tener el síndrome de las piernas inquietas del DSM-5, que podría ocasionar insomnio y exacerbar las preocupaciones somáticas. La ulterior evaluación de la Sra. Balaban debería explorar la presencia, actual y pasada, de depresión, manía e hipomanía, y considerar la posibilidad de un trastorno de la conducta alimentaria, un trastorno del sueño y un trastorno por consumo de opiáceos.

Lecturas recomendadas

Dimsdale JE: Medically unexplained symptoms: a treacherous foundation for somatoform disorders? *Psychiatr Clin North Am* 34(3):511-513, 2011.

Dimsdale J, Creed F; DSM-V Workgroup on Somatic Symptom Disorders: The proposed diagnosis of somatic symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV: a preliminary report. *J Psychosom Res* 66(6):473-476, 2009.

Levenson JL: The somatoform disorders: 6 characters in search of an author. *Psychiatr Clin North Am* 34(3):515-524, 2011.

CASO 9.3

Enfermedad de Lyme crónica

Robert Boland, M.D.

Oscar Capek, un varón de 43 años de edad, fue llevado por su esposa a un servicio de urgencias (SU) por presentar, según él, una recidiva de su enfermedad de Lyme crónica. Explicó que llevaba 1 mes fatigado y 1 semana en cama. Añadiendo que estaba demasia-

do cansado y confuso como para dar mucha información, pidió al médico de urgencias que llamara a su psiquiatra.

El psiquiatra contó que llevaba más de dos décadas tratando al Sr. Capek. La primera vez lo vio por lo que parecía una crisis de pánico.

Esta se resolvió enseguida, pero el Sr. Capek siguió yendo a verlo para que lo ayudara a vivir con su enfermedad crónica. Había sido estudiante de posgrado de un máster de contabilidad, pero lo había dejado preocupado por que las exigencias de los estudios pudieran exacerbar su enfermedad. Desde entonces, la esposa, enfermera de profesión, había sido su principal apoyo. Él complementaba los ingresos de ambos con pequeños trabajos contables, pero los limitaba para que su salud no se viera afectada por el estrés.

El Sr. Capek se sentía normalmente física y emocionalmente bien. Pensaba que sus ocasionales problemas de fatiga, ansiedad y concentración eran «controlables» y no requerían tratamiento. Tenía la típica aversión a los psicofármacos y cuidaba de su enfermedad por medios homeopáticos, además de con ejercicio y una alimentación sana. Cuando necesitaba medicación, la tomaba en dosis pequeñas (p. ej., la cuarta parte de un comprimido de lorazepam de 0,5 mg). Las sesiones psiquiátricas se dedicaban normalmente a su preocupación por la enfermedad de base; a menudo llevaba artículos sobre la enfermedad de Lyme crónica como tema de conversación y participaba activamente en un grupo de apoyo local para enfermos de Lyme.

Los síntomas del Sr. Capek podían empeorar a veces. Esto sucedía menos de una vez al año y las «exacerbaciones» solían estar relacionadas con algún estrés obvio. La peor tuvo lugar 1 año antes, cuando la esposa lo dejó durante un tiempo breve a raíz de que él le confesara que tenía un lío de faldas. El Sr. Capek dijo estar avergonzado por su conducta hacia la esposa; por tener una amante y por ser incapaz de aportarle lo necesario. Posteriormente rompió con la otra mujer y trató de ampliar sus trabajos contables. El psiquiatra especuló que algún estrés parecido se ocultaría detrás de sus síntomas actuales.

El psiquiatra se comunicaba periódicamente con el internista del Sr. Capek. Todas las

pruebas de la enfermedad de Lyme realizadas hasta ahora habían sido negativas. Cuando el internista se lo dijo al interesado, el Sr. Capek se puso a la defensiva y aportó bibliografía sobre la inexactitud de las pruebas de la enfermedad de Lyme. Finalmente, el internista y el psiquiatra acordaron abordar la enfermedad de manera conservadora, adoptando una postura neutra sobre la validez de la enfermedad.

Durante la exploración, el Sr. Capek dio la sensación de ser un adulto bien desarrollado y sano. Estaba ansioso y hablaba quedamente con los ojos cerrados. A menudo perdía el hilo del pensamiento pero, con ánimos y con paciencia, pudo hacer un relato detallado que coincidió con el del psiquiatra. La exploración física fue normal. Las pruebas de la enfermedad de Lyme se difirieron, dados los resultados negativos previos. La analítica fue normal, excepto por una hemoglobina ligeramente baja. Al oír lo de la hemoglobina, el Sr. Capek se alarmó, no atendió a razones cuando le explicaron que no tenía importancia e insistió en que lo investigaran.

Diagnóstico

- Trastorno de ansiedad por enfermedad, tipo con solicitud de asistencia.

Explicación

El Sr. Capek insiste en que padece una enfermedad incapacitante a pesar de existir otras explicaciones más plausibles. Su insistencia es inmune a la negatividad de las pruebas y contribuye a su ansiedad y escaso rendimiento. Los sistemas de clasificación previos, incluido el DSM-IV, habrían considerado que el Sr. Capek tiene «hipocondría», pero el DSM-5 opta por un abordaje distinto.

En parte porque el diagnóstico de hipocondría se consideraba algo peyorativo y no facilitaba una buena relación médico-paciente, y en parte porque fomentaba un esfuerzo excesivo dirigido a

«demostrar lo negativo», a los pacientes que antes se decía que tenían hipocondría se les diagnostica ahora uno de dos trastornos posibles del DSM-5: el trastorno de síntomas somáticos (TSS) o el trastorno de ansiedad por enfermedad (TAE).

El TSS se define como una respuesta excesiva o desadaptada a los síntomas somáticos. Con respecto al Sr. Capek, el aspecto clave para el diagnóstico es que el TSS requiere síntomas físicos importantes. Aunque se cree que la mayor parte de los pacientes hipocondríacos según el DSM-IV tienen TSS en el DSM-5, algunos se describen mejor con el TAE, que pretende describir a los pacientes convencidos de que tienen una enfermedad grave, además de ansiedad prominente en materia de salud y conductas excesivas o de evitación desadaptativa en este ámbito. El factor diferenciador importante es que, en el TAE, los síntomas físicos están ausentes o son de intensidad leve.

Los síntomas del Sr. Capek parece que encajan mejor en el TAE. Aunque tiene síntomas a veces, normalmente se encuentra bien; el problema principal es que cree que tiene una enfermedad y ha organizado su vida al objeto de no precipitarla. Su reacción al valor de hemoglobina, probablemente insignificante, demuestra su hipersensibilidad a todo indicio de que su salud pueda empeorar. Esta forma desadaptada de abordar su presunta enfermedad, junto con su preocupación por ella, parece constituir su patología fundamental.

Al igual que en el TSS, existen muchos factores importantes que se deben descartar. El más importante es la posibilidad de una enfermedad física aún no diagnosticada. Aunque la enfermedad de Lyme es poco probable, existen varios síndromes reconocidos, si bien mal definidos, como la fatiga crónica, el síndrome de disfunción inmunitaria y la fibromialgia, que, aunque se pasan por alto con facilidad, parecen caracterizar a un subgrupo de pacientes que no encajan bien en las demás categorías alternativas. Es importante que el psiquiatra

tenga en cuenta la posibilidad de que exista un cuadro orgánico sin diagnosticar y no contemple el TSS con excesiva premura: una vez atribuidos los síntomas del paciente a un diagnóstico psiquiátrico, las pruebas médicas tienden a cesar. En este caso, la existencia de un amplio historial médico y psiquiátrico aumenta la confianza en el diagnóstico.

Es posible que haya varios diagnósticos psiquiátricos. El Sr. Capek tiene antecedentes de crisis de pánico. A veces tiene ansiedad y, probablemente, depresión; en una sola entrevista puede resultar difícil distinguir estos síntomas de los del TSS. La preocupación por la enfermedad que presenta el Sr. Capek persiste a pesar de las pruebas contrarias, lo que plantea la posibilidad de que esté psicótico. Aunque puede ser difícil juzgar dónde acaba la preocupación somática y empieza el delirio, las ideas del Sr. Capek no presentan la rigidez y la intensidad que se observan en los delirios somáticos que forman parte del trastorno delirante, la esquizofrenia y el trastorno depresivo mayor con rasgos psicóticos; además, su preocupación por la enfermedad es plausible y carece de la cualidad extravagante que ostenta normalmente el delirio. Por ejemplo, al decirle al médico que la prueba de la enfermedad de Lyme no es del todo perfecta, no está siendo irracional, simplemente está sobrevalorando una explicación poco probable.

El trastorno obsesivo-compulsivo tiene muchos rasgos en común con el TAE, y la distinción entre ambos quizá sea más práctica que otra cosa. De momento, el paciente tiene una sola obsesión con la salud. No presenta las distintas preocupaciones asociadas, como sería el miedo a contaminarse. Por tanto, el TAE es un diagnóstico que encaja mejor que el de trastorno obsesivo-compulsivo.

Especialmente útil para confirmar la presencia de un TAE (y excluir varios otros diagnósticos psiquiátricos) es la información colateral obtenida de un psiquiatra que conoce al Sr. Capek desde hace décadas.

Históricamente, un diagnóstico perteneciente al grupo de los trastornos somatoformes o somáticos requería evaluar hasta cierto punto la lógica del trastorno (es decir, las ganancias resultantes de la debilidad). Sin embargo, este esfuerzo se veía entorpecido por la escasísima frecuencia con que las hipótesis se veían realmente confirmadas. Aparte del diagnóstico de trastorno facticio, el DSM-5 no exige que se intenten deducir las motivaciones de base al evaluar el TSS. No obstante, en el proceso de entender la situación del Sr. Capek, resulta difícil no tener en cuenta la función reforzadora de ciertos beneficios secundarios. Aunque el paciente sufre claramente a causa de su trastorno, este le ha liberado de muchas responsabilidades y le ha aportado una posible excusa ante comportamientos impropios. Minar estos factores de refuerzo debe formar parte de cualquier tratamiento

sensato. Otra función igualmente importante del psiquiatra es la de ayudar a reducir el daño iatrogénico que puede ocasionar el exceso de celo por parte de otros facultativos, y ayudar al paciente y al equipo médico a adoptar una estrategia conservadora y sin juicios de valor.

Lecturas recomendadas

- Abramowitz JS, Braddock AE: Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 29(2):503-519, 2006.
- Harding KJ, Skritskaya N, Doherty E, Fallon BA: Advances in understanding illness anxiety. *Curr Psychiatry Rep* 10(4):311-317, 2008.
- Rachman S: Health anxiety disorders: a cognitive construal. *Behav Res Ther* 50(7-8):502-512, 2012.
- Sirri L, Grandi S: Illness behavior. *Adv Psychosom Med* 32:160-181, 2012.

CASO 9.4

Crisis epilépticas

Jason P. Caplan, M.D.
Theodore A. Stern, M.D.

Paulina Davis, una mujer afroamericana soltera de 32 años de edad con epilepsia diagnosticada en la adolescencia y sin antecedentes psiquiátricos conocidos, fue ingresada en un centro médico universitario a raíz de que la fa-

milia la encontrase sufriendo convulsiones en su alcoba. Antes de llevarla a la sala de urgencias (SU), los servicios médicos de emergencia le administraron varias dosis de lorazepam, sin que cambiara el cuadro. Al llegar a la SU, le ad-

ministraron una dosis inicial de fosfenitofina que logró detener la actividad convulsiva. Los análisis clínicos de muestras obtenidas en la SU mostraron concentraciones terapéuticas de sus antiepilépticos habituales y ausencia de signos de infección o alteración metabólica. Las pruebas toxicológicas en orina no hallaron drogas. La Sra. Davis fue entonces ingresada en el servicio de neurología para poder vigilarla.

Durante el ingreso se pidió un electroencefalograma (EEG) de rutina. Poco después de empezar la prueba, la Sra. Davis empezó a tener convulsiones; esto llevó a que le administraran lorazepam por vía intravenosa. Al estudiar el EEG no se detectó ninguna actividad epileptiforme. Se puso a la Sra. Davis en observación mediante vídeo-EEG (vEEG) mientras se le iban bajando y finalmente retirando los antiepilépticos. A lo largo del periodo de observación, la Sra. Davis tuvo varios episodios de actividad motora convulsiva; ninguno de ellos se acompañó de actividad epileptiforme en el EEG. Se solicitó una interconsulta al servicio de psiquiatría.

En la entrevista, la Sra. Davis dijo que nunca le habían efectuado evaluaciones, diagnósticos, ni tratamientos psiquiátricos con anterioridad. Negó tener ánimo deprimido o cualquier alteración del sueño, la energía, la concentración o el apetito. Dijo que no tenía ideas de hacerse daño ni de dañar a nadie. No reconoció ningún signo o síntoma que fuera compatible con la manía o la psicosis. No había antecedentes familiares de enfermedad mental ni de abuso de sustancias. La inspección descubrió a una mujer bien arreglada, sentada en la cama de hospital llevando puestos los electrodos de EEG. Se mostró agradable, de trato fácil y con buen contacto ocular. Las pruebas cognitivas no hallaron déficits.

La Sra. Davis refirió que se había cambiado de estado recientemente para iniciar sus estudios de posgrado; le encantaba la idea de iniciar sus estudios y «encauzar por fin mi

carrera». Negó haber tenido recientemente factores de estrés psicosocial, aparte de la mudanza, y dijo: «Por fin tengo la vida que quiero». Tenía las miras puestas en el futuro y le preocupaban las repercusiones que las crisis epilépticas pudieran tener sobre su salud a largo plazo; le inquietaba que un ingreso prolongado le impidiera acudir al primer día de clase (faltaba tan solo 1 semana en el momento de la entrevista). Más aún, estaba muy preocupada por los costes de la hospitalización porque la cobertura del seguro médico no empezaba hasta el inicio del semestre académico y el pago de la ampliación de cobertura de su trabajo anterior afectaría mucho a su presupuesto.

Cuando le mostraron los resultados de la observación mediante vEEG, la Sra. Davis se volvió enseguida irritable, preguntando: «¿Así que todos creen que estoy fingiendo?» No se la pudo calmar ni diciéndole que no creían que estuviera fingiendo los síntomas, ni explicándole que una psicoterapia podía ayudarla al respecto. La Sra. Davis se arrancó los electrodos de EEG de la cabeza, se vistió y abandonó el hospital en contra del criterio médico.

Diagnóstico

- Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales) con ataques o convulsiones, crónico.

Explicación

En el DSM-5, el diagnóstico de trastorno de conversión sigue describiendo un síndrome que cursa con uno o más síntomas de alteración de la función sensitiva o motora que producen considerable malestar o deterioro funcional y que no pueden explicarse mediante ninguna afección orgánica o neurológica reconocida. La principal variación con respecto a los criterios del DSM-IV es que el clínico que

hace el diagnóstico ya no tiene que detectar factores de estrés, conflictos ni demás factores psicológicos supuestamente capaces de precipitar o exacerbar el cuadro. Además, aunque en el DSM-IV había cuatro especificadores del diagnóstico (con síntomas motores, con síntomas sensitivos, con crisis o convulsiones y con presentación mixta), el DSM-5 permite clarificarlo más aún mediante siete especificadores de los síntomas inexplicables, además de la opción de síntomas mixtos. El DSM-5 también incluye modificadores según la duración de los síntomas: agudo (menos de 6 meses) y persistente (más de 6 meses).

En el diagnóstico diferencial de los pacientes con síntomas sin explicación médica se puede incluir el trastorno facticio o la simulación si se cree que el paciente está simulando los síntomas deliberadamente. Los cuadros marcados por preocupación considerable o por conductas desencadenadas por la percepción de una enfermedad o la presencia de síntomas pueden corresponder a un trastorno de síntomas somáticos o a un trastorno de ansiedad por enfermedad. Si se diagnostica un trastorno de conversión, los clínicos deben tener en cuenta que la asociación de depresión, trastornos de dolor crónico, fatiga y antecedentes de abusos es frecuente.

La Sra. Davis presenta episodios convulsivos crónicos que no se acompañan de actividad epileptiforme en el EEG. Aunque no es necesariamente raro que a un paciente con crisis no epilépticas (CNE) se le puedan diagnosticar también crisis epilépticas (la mayoría de los expertos coinciden en que la prevalencia de CNE comórbida en la epilepsia es de

alrededor del 10 %), la gran mayoría de los casos de CNE no necesitan tratamiento continuo con antiepilépticos. Probablemente a causa de la naturaleza dramática del cuadro y de los costes que supone la atención hospitalaria, la variante del trastorno de conversión con CNE acumula gran parte de la atención en la literatura profesional, aunque se ha observado que el trastorno tan solo constituye, más o menos, la cuarta parte de todos los cuadros de conversión. Aunque los libros de texto, incluso las ediciones recientes, hacen referencia al fenómeno de *la belle indifférence* (una aparente despreocupación del paciente respecto a sus propios síntomas) como indicio de un posible trastorno de conversión, los datos disponibles no avalan que este síntoma sirva en absoluto para distinguir los cuadros orgánicos de la conversión.

Aunque los pacientes pueden enfadarse al recibir el diagnóstico de trastorno de conversión, la conversación debe centrarse en las buenas noticias: que no habrá medicaciones ni pruebas innecesarias y que existe tratamiento en forma de psicoterapia.

Lecturas recomendadas

- Driver-Dunkley E, Stonnington CM, Locke DE, Noe K: Comparison of psychogenic movement disorders and psychogenic nonepileptic seizures: is phenotype clinically important? *Psychosomatics* 52(4):337-345, 2011.
- Schachter SC, LaFrance WC Jr (eds): Gates and Rowan's Nonepileptic Seizures, 3rd Edition. New York, Cambridge University Press, 2010.
- Stone J, Smyth R, Carson A, et al: La belle indifférence in conversion symptoms and hysteria: systematic review. *Br J Psychiatry* 188:204-209, 2006.

CASO 9.5

Dolor abdominal

Joseph F. Murray, M.D.

Se solicitó a un servicio hospitalario de psiquiatría de enlace que valorara la posible depresión de Rebecca Ehrlich, una mujer de 24 años de edad que había sido ingresada 2 días antes por dolor abdominal intenso. Había ingresado desde la sala de urgencias a causa del último brote de su enfermedad de Crohn. La interconsulta se solicitó al notar el personal de enfermería que la paciente se sentía triste y sola, y le costaba mucho adaptarse a su enfermedad física.

Entrevistó a la Sra. Ehrlich el estudiante de medicina del servicio de psiquiatría. La paciente explicó que el dolor era insoportable y que no se sentía ni triste ni sola, sino que había llegado de fuera y nadie sabía que estaba hospitalizada. Le contó al estudiante que su única terapia previa había tenido lugar en la universidad, cuando acudió al servicio de salud para estudiantes para que le ayudaran con la ansiedad que le producían los exámenes y tener que decidir un futuro profesional. Había realizado con éxito un ciclo breve de terapia cognitivo-conductual y la ansiedad no había reaparecido. Dijo que no tenía otros antecedentes psiquiátricos y que nunca había tomado psicofármacos. En la universidad había estudiado psicología y trabajado a tiempo parcial como celadora en un hospital. Además, la Sra. Ehrlich había pensado dedicarse a la medicina o la enfermería y le preguntó al

estudiante cómo se había decidido a ir a la facultad de Medicina.

La Sra. Ehrlich dijo que antes había trabajado regularmente y que tenía «bastantes amigos», pero que el dolor abdominal recurrente había arruinado su vida social y sus perspectivas de trabajo. El año pasado había perdido un empleo por absentismo laboral y había faltado a varias entrevistas de trabajo a causa de los brotes de la enfermedad de Crohn. Había tenido citas de adolescente pero seguía sola desde la universidad. Con respecto a todo esto, «No es el fin del mundo, pero ¿cómo te sentirías tú?». Al ser miembro de un grupo de apoyo virtual de trastornos digestivos, la Sra. Ehrlich enviaba a diario correos electrónicos a otros miembros. Añadió que la única persona de la familia que la «captaba» era una tía que también tenía enfermedad de Crohn.

El equipo médico principal no lograba obtener información colateral de otros médicos previos, pero el estudiante de medicina sí pudo contactar con la madre de la Sra. Ehrlich. Esta no sabía exactamente ni los nombres ni los números de teléfono de los médicos de su hija, pero sí recordaba algunos de los hospitales y, aproximadamente, algunos nombres de médicos. Añadió que la hija no quería que ella interviniera en sus problemas de salud y que ni le había dicho que estaba fuera,

ni mucho menos que estuviera ingresada. Explicó que le habían diagnosticado la enfermedad de Crohn hacía 2 años, durante el último semestre en la universidad. La madre calculaba que la Sra. Ehrlich había sido ingresada al menos seis veces, y no las dos veces que había dicho la propia paciente. Ni el equipo de digestivo ni el estudiante de medicina pudieron localizar al gastroenterólogo de la Sra. Ehrlich, cuyo nombre la paciente solo podía escribir fonéticamente.

Durante la exploración, la Sra. Ehrlich se mostró colaboradora y familiarizada con el entorno, y parecía estar cómoda. Hablaba con fluidez. Parecía tranquila y no preocupada por las pruebas que iban a hacerle. El curso del pensamiento era lineal. Dijo que no tenía paranoia, ni alucinaciones, ni ideas de suicidio. La atención y la memoria —tanto la reciente como la remota— estaban intactas. Reconoció que había sido difícil tener que vivir con la enfermedad de Crohn, pero era optimista y pensaba que los síntomas mejorarían. Dijo no tener síntomas depresivos. Aunque había parecido triste al principio de la entrevista, luego se fue mostrando más interactiva y eutímica cuanto más hablaba. No podía explicarse por qué el equipo no podía localizar a su médico y se irritó cuando el estudiante insistió en preguntarle más detalles de sus tratamientos previos. Al final de la entrevista se la llevaron para hacerle una endoscopia y una colonoscopia.

Los resultados de la endoscopia y la colonoscopia de la Sra. Ehrlich fueron normales. Aquella tarde, el estudiante del servicio de psiquiatría se unió al equipo de digestivo para hablar con la paciente de sus resultados normales. Ella dijo que se sentía aliviada de no tener ya nada grave en el organismo. El equipo de digestivo le dijo que podían darle el alta a la mañana siguiente y que debería decirle a su médico que los llamara. Ella estuvo de acuerdo.

Cuando el equipo de digestivo se fue, la Sra. Ehrlich le dijo al estudiante: «Ya me siento mejor». Se quitó rápidamente la vía intravenosa y empezó a vestirse. El estudiante fue a buscar al equipo de digestivo. Al regresar, la paciente se había ido.

El estudiante de medicina pasó gran parte del día siguiente llamando a los hospitales y médicos que encajaban en las descripciones dadas por la paciente y su madre. A primera hora, uno de los médicos devolvió la llamada y explicó que había tratado a la Sra. Ehrlich 6 meses antes en un hospital cercano al hogar de la madre. Aquel ingreso había sido sorprendentemente parecido: después de una estancia breve, había huido rápidamente tras una colonoscopia normal.

Diagnóstico

- Trastorno facticio, recurrente.

Explicación

El diagnóstico de trastorno facticio describe en la Sra. Ehrlich un conjunto de síntomas que de otra forma podrían resultar confusos. La Sra. Ehrlich cumple todos los criterios del DSM-5 para el trastorno facticio: se presenta como enferma falsificando sus síntomas, la hospitalización carece de recompensas obvias y no existe ningún diagnóstico alternativo evidente, como el de un trastorno psicótico. Aunque la incapacidad de la Sra. Ehrlich para concretar sobre sus médicos anteriores podría haber dado la pista del posible engaño, la confirmación del diagnóstico tuvo lugar tras el alta, cuando el intrépido estudiante de medicina fue capaz de esclarecer el patrón recurrente de falta de honestidad.

La motivación de la «falsificación» y la «conducta engañosa» del trastorno facticio no está clara. El DSM-5 señala que los síntomas carecen de recompensas externas claras. En cambio, en el DSM-IV se describía que el fac-

tor motivador del trastorno facticio es la adopción del papel de enfermo. Aunque la Sra. Ehrlich bien podría haber estado buscando la atención de los miembros del equipo del hospital, no hay forma de saber cuáles son los tipos de motivaciones subconscientes (y conscientes) que podría haber en juego. Sin embargo, sí parece que la Sra. Ehrlich tiene un trastorno facticio y no una simulación, diagnóstico que también se refiere a la producción consciente de síntomas. La simulación difiere del trastorno facticio en que la primera está motivada por factores concretos, como dinero, vivienda y drogas. En la práctica, los pacientes pueden tener elementos de varios trastornos. Por ejemplo, la Sra. Ehrlich podría haber tenido motivos subconscientes para adoptar el papel de enferma, pero también podría haber disfrutado de un fácil acceso a los opiáceos intravenosos.

Los síntomas subjetivos, como los psiquiátricos y el dolor, son más fáciles de fingir. Los pacientes con trastorno facticio pueden decir, por ejemplo, que tienen depresión tras la muerte de un ser querido que en realidad no ha muerto. Pueden añadir sangre a una muestra de orina, ingerir insulina o warfarina, inyectarse material fecal o decir que han tenido una crisis epiléptica. Es muy fácil aprender a fingir enfermedades. La Sra. Ehrlich podría haber aprendido a fingir la enfermedad de Crohn, por ejemplo, en Internet o copiando los síntomas de su tía, si de verdad la tiene. También podría haber aprendido en el trabajo como celadora de hospital.

No resulta sorprendente que los clínicos suelen tener contratransferencias fuertemente negativas frente a los pacientes que falsifican síntomas. Estos pacientes explotan su deseo de atender a los enfermos fingiendo estarlo. Es esencial que todo médico recuerde que los pacientes con trastorno facticio están, de hecho, bastante enfermos, aunque no de la forma que fingen.

La enfermedad se presenta de muchas formas y, obviamente, es importante explorar todos los diagnósticos posibles. Por otro lado, la posibilidad de engaño —sea cual sea la motivación del paciente— debe llevar a los profesionales sanitarios a prestar mucha atención cuando los síntomas no tengan sentido. Las pruebas e intervenciones excesivas y a veces arriesgadas pueden ser consecuencia iatrogénica de la diligencia médica. Teniendo en cuenta que, según los cálculos, hasta un 1 % de la población hospitalizada tiene trastorno facticio, no hay que ser muy cínico para incluirlo en el diagnóstico diferencial.

Lecturas recomendadas

- Eastwood S, Bisson JI: Management of factitious disorders: a systematic review. *Psychother Psychosom* 77(4):209–218, 2008.
- Fliege H, Grimm A, Eckhardt-Henn A, et al: Frequency of ICD-10 factitious disorder: survey of senior hospital consultants and physicians in private practice. *Psychosomatics* 48(1):60–64, 2007.
- Krahn LE, Li H, O'Connor MK: Patients who strive to be ill: factitious disorder with physical symptoms. *Am J Psychiatry* 160(6):1163–1168, 2003.

CASO 9.6

Sin aliento

Janna Gordon-Elliott, M.D.

Sophie Fredholm, mujer de 26 años de edad con fibrosis quística (FQ) es llevada al hospital con síntomas de dificultad respiratoria. Al cuarto día de ingreso, la unidad de cuidados intensivos pide una interconsulta al servicio de psiquiatría por «incumplimiento del tratamiento». La paciente se negaba a llevar puesta la mascarilla del sistema de presión positiva de dos niveles (BiPAP) y siempre estaba con hipoxia e hipercarbia. La paciente le dijo al psiquiatra que no podía tolerar el BiPAP porque le daba claustrofobia y sensación de falta de aire. Había estado durmiendo mal y despertándose con frecuencia sin aliento y con pánico. Se sentía atrapada en aquella habitación sin ventanas y estaba preocupada porque los médicos y enfermeros no iban a verla lo suficiente. No creía que el sistema BiPAP fuera tan necesario como los médicos decían y pensaba que la estaban tratando como si fuera «la típica paciente con FQ», y que por eso insistían en que llevara la mascarilla sin averiguar si realmente la necesitaba o no.

Al hacer la historia, el consultor se enteró de que la Sra. Fredholm se había criado en una ciudad pequeña con sus padres y dos hermanas mayores sanas. La madre, enfermera escolar, le había administrado el tratamiento pulmonar a diario, diciendo que era la

«hora de jugar» y cantando y contando cuentos para pasar el tiempo. Al llegar la adolescencia, la paciente se negaba con frecuencia a recibir el tratamiento, diciéndoles a los padres que quería salir «como una chica normal», aunque habitualmente rechazaba las invitaciones a fiestas y a dormir en casa de amigas en el último momento, diciendo que le costaba respirar.

A lo largo de la entrevista psiquiátrica, la Sra. Fredholm se ajustaba constantemente la mascarilla de oxígeno, quitándosela durante unos minutos para detenerse al cabo y decir que le faltaba el aliento y no podía seguir hablando. Respiraba deprisa y parecía temblorosa. Repetidamente miraba al pasillo por la puerta abierta de la habitación y se preguntaba en voz alta cuándo volvería la madre, que había salido a comer a la cafetería. Quería que la madre hablara con los médicos sobre el BiPAP. Según dijo, ella y su madre sabían controlar los síntomas mejor que los médicos; estaba segura de que se pondría mejor en un par de días. Dijo: «Lo único que hace hablando tanto del BiPAP es ponerme más nerviosa; nunca me escuchan».

Más tarde, aquella noche, la Sra. Fredholm hubo de ser intubada al seguir elevándose los niveles de dióxido de carbono.

Diagnóstico

- Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas.

Explicación

El caso de la Sra. Fredholm ilustra cómo interactúan entre sí, de formas complejas, los factores fisiológicos y psicológicos, influyendo en los síntomas, las emociones, las conductas y la atención médica. Al rechazar parte del tratamiento (el BiPAP), la Sra. Fredholm impide alcanzar el control óptimo de su estado y quizá contribuye a la evolución negativa (la intubación) de este. Su conducta parece relacionada con estados afectivos primarios (ansiedad) y con conductas dotadas de carga emotiva (que los demás no pueden conocer las necesidades de su cuerpo tan bien como ella y su madre; que ha sido abandonada; que no es como los demás pacientes). A su vez, la ansiedad puede producir cambios fisiológicos (p. ej., hipoxia, vasoconstricción cerebral) que incrementan la sensación de ansiedad.

El diagnóstico del DSM-5 de factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas (FPIOAM) describe a aquellos pacientes con problemas médicos que se ven negativamente afectados por factores psicológicos o conductuales. Estos factores incluyen el malestar psíquico, los patrones de conducta interpersonal, los modos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento desadaptativas, como la negación de los síntomas y la escasa observancia de la medicación, las pruebas diagnósticas y los tratamientos. El diagnóstico se reserva para aquellas situaciones, como la de la Sra. Fredholm, en que los problemas psicológicos o conductuales provocan directamente una exacerbación de la enfermedad orgánica.

El diagnóstico diferencial de los FPIOAM es muy amplio. El trastorno de síntomas somáticos (TSS), el trastorno de ansiedad por enfermedad (TAE) y el trastorno facticio cursan también con un conjunto difuso de signos y síntomas

psíquicos y físicos, y normalmente dejan en el clínico la impresión de que los problemas médicos de los pacientes están de algún modo relacionados con problemas emocionales. A diferencia de los FPIOAM, el TSS y el TAE inciden sobre situaciones en que la percepción de síntomas físicos, o el temor a percibirlos, influye en las emociones o el comportamiento, en lugar de a la inversa. Las personas con trastorno facticio producen las complicaciones médicas con su conducta, pero en su caso se trata de un esfuerzo consciente por engañar.

Muchas dolencias psiquiátricas —desde los trastornos por abuso de sustancias a los trastornos psicóticos, del ánimo y de ansiedad— se asocian a conductas capaces de empeorar cualquier comorbilidad física. En tales casos, deberá hacerse constar la otra afección psiquiátrica y no el diagnóstico de FPIOAM.

A veces, sin embargo, el diagnóstico de FPIOAM puede ayudar a esclarecer una situación, incluso si el paciente tiene otro diagnóstico psiquiátrico. Por ejemplo, las personas con personalidad rígida, manipuladora o simplemente difícil suelen reaccionar de forma problemática a las enfermedades orgánicas y adoptar el papel de enfermo, a menudo con efectos negativos sobre su tratamiento. Estos pacientes quedan bien descritos con el diagnóstico de FPIOAM, añadiendo quizá el diagnóstico que refleje sus rasgos de carácter desadaptativos, como sería el de un trastorno de la personalidad.

Los diagnósticos de trastorno de ansiedad debido a otra enfermedad orgánica y trastorno depresivo o bipolar debido a otra enfermedad orgánica, en los que las alteraciones fisiológicas son la causa directa de los síntomas de ansiedad y del estado de ánimo, respectivamente, también pueden solaparse con los FPIOAM. Los problemas respiratorios de la Sra. Fredholm contribuyen supuestamente a su ansiedad; sin embargo, lo más sobresaliente de este caso es que sus emociones, creencias y comportamientos influyen en su enfermedad, y no al revés.

La negación de la enfermedad física, aunque no constituye un trastorno diagnosticable en el actual sistema de clasificación, se observa a menudo en la clínica y puede subsumirse en el diagnóstico de FPIOAM. La negación puede tener elementos conscientes e inconscientes, puede afectar considerablemente a la atención médica y al pronóstico, y puede adoptar multitud de formas, desde la total negación de la propia enfermedad hasta sutiles renuncias a la realidad médica (p. ej., el superviviente de un cáncer de piel que siempre «se olvida» de ponerse el filtro solar).

Los FPIOAM constituyen una categoría diagnóstica inusualmente heterogénea. No obstante, al hacer explícita una situación en la

que hay factores psicológicos y conductuales que afectan negativamente a una enfermedad, este diagnóstico podría permitir que la atención del paciente fuera más eficaz.

Lecturas recomendadas

Groves MS, Muskin PR: Psychological responses to illness, en *Textbook of Psychosomatic Medicine*. Editado por Levenson JL. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, pp 567–588.

Sadock BJ, Sadock VA: Psychological Factors Affecting Physical Conditions (section), en Kaplan & Sadock's *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, 10th Edition. Baltimore, MD, Lippincott Williams & Wilkins, 2007, pp 813–827.

Trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos

INTRODUCCIÓN

John W. Barnhill, M.D.

Hasta la publicación del DSM-5, la mitad de las personas que acudían a clínicas especializadas en trastornos de la conducta alimentaria no cumplían los criterios de ninguna de las dos categorías específicas en que se dividían dichos trastornos —la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa— y recibían, en cambio, el diagnóstico inespecífico de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). Este porcentaje era incluso mayor en el medio ambulatorio psiquiátrico general. Un gran porcentaje de los pacientes que presentaban deterioro y angustia a causa de sus problemas alimentarios quedaban, por tanto, sin recibir un diagnóstico que describiera concretamente su afección.

El DSM-5 ha introducido varios cambios tratando de subdividir a la población con trastornos de la conducta alimentaria en subgrupos coherentes sobre la base de datos cien-

tíficos. Por ejemplo, el trastorno de atracones (TA) se ha sacado del apéndice del DSM-IV en que se incluían conjuntos de criterios para su ulterior estudio y se ha introducido en el cuerpo principal del texto del DSM-5. Los criterios de la anorexia nerviosa (AN) siguen siendo conceptualmente los mismos, aunque se han ampliado de dos formas. En primer lugar, se ha eliminado el requisito de la amenorrea. En segundo lugar, hay un criterio cardinal previo de la AN, el miedo expresado a ganar peso, que no está siempre presente en las personas que parecen presentar síntomas sólidos de AN; para remediar este dilema, el DSM-5 añade una alternativa al criterio del «miedo expresado»: la persona puede manifestar conductas persistentes que interfieran con la ganancia de peso. Este criterio alternativo permite diagnosticar a aquellas personas

cuyo comportamiento es indicativo de AN pero tienen afectada la introspección, presentan niveles subóptimos de cooperación o transparencia, o refieren explicaciones alternativas para restringir el alimento. La bulimia nerviosa (BN) también permanece igual desde el punto de vista conceptual en el DSM-5, aunque el umbral diagnóstico se ha bajado, reduciendo la frecuencia de los atracones y las conductas compensatorias de dos a una vez por semana.

El trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA) es un diagnóstico nuevo del DSM-5 que describe a aquellas personas que limitan o evitan la comida hasta provocar un deterioro importante, pero sin cumplir los criterios de la AN. En el TERIA, que es una categoría amplia e integradora, se incluyen las personas que cumplían previamente los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno de la conducta alimentaria de la infancia y la adolescencia, pero con cualquier edad.

Al añadir el TA al texto principal, reducir el umbral diagnóstico de la AN y la BN, y crear el diagnóstico de TERIA, el DSM-5 pretende describir más claramente a esas subpoblaciones de pacientes en las que anteriormente se habría reconocido un trastorno de la conducta alimentaria causante de deterioro, pero que se habrían incluido en la categoría apenas informativa del TCANE. Además, los datos indican que las personas que cumplen estos criterios más flexibles son, de forma significativa, parecidas a aquellas que cumplían los criterios antiguos. La controversia se centra en si esta relajación y expansión de los criterios relativos a los trastornos de la conducta alimentaria llevan o no a asignar diagnósticos a personas normales; como sucede en todo el DSM-5, los criterios diagnósticos requieren que exista malestar o deterioro significativo. Las personas con conductas alimentarias dentro del rango normal no deben recibir ningún diagnóstico.

Muchos pacientes con problemas de alimentación clínicamente importantes no cumplen totalmente los criterios de ningún trastorno específico. Por ejemplo, un individuo puede cumplir todos los criterios de la AN—incluido un adelgazamiento importante—pero seguir manteniendo un peso normal o superior al normal. Este cuadro merecería el diagnóstico de otro trastorno de la conducta alimentaria especificado (anorexia nerviosa atípica). En «otro trastorno de la conducta alimentaria o la ingesta de alimentos especificado» se incluyen la bulimia o los atracones de frecuencia baja o duración limitada, las purgas sin atracones y el síndrome de ingesta nocturna de alimentos. Finalmente, el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria o la ingesta de alimentos no especificado» trata de describir a aquellas personas que aparentemente tienen un trastorno de la alimentación pero que no cumplen totalmente los criterios de ningún trastorno específico, quizá debido a una falta de información confirmatoria (p. ej., en la sala de urgencias).

Además de los trastornos antes citados, este capítulo describe dos trastornos de la conducta alimentaria o la ingesta de alimentos que habitualmente, pero no siempre, se diagnostican en la infancia y la adolescencia: la pica y el trastorno de rumiación. La pica hace referencia a la ingestión persistente y clínicamente importante de sustancias no comestibles ni nutritivas. El trastorno de rumiación se refiere a la regurgitación recurrente de comida, que puede verse en los lactantes y también a lo largo de todo el ciclo vital. La pica y el trastorno de rumiación pueden diagnosticarse como comorbilidad psiquiátrica de los trastornos del espectro del autismo, la discapacidad intelectual y la esquizofrenia, siempre que el trastorno alimentario alcance el umbral de la significación clínica.

El DSM-5 establece una jerarquía de diagnósticos para que cada caso reciba so-

lamente el diagnóstico de un único trastorno de la conducta alimentaria o la ingesta de alimentos (excepto la pica, que puede acompañar a cualquier trastorno de este grupo).

La jerarquía general de los trastornos alimentarios es: AN, BN, TERIA, TA y trastorno de rumiación. Dicho de otro modo, la anorexia nerviosa tiene prioridad sobre los demás y, si se diagnostica una AN, la persona no puede además tener, por ejemplo, un trastorno de atracones.

Lecturas recomendadas

Stice E, Marti CN, Rohde P: Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol* 122(2):445–457, 2013.

Striegel-Moore RH, Wonderlich SA, Walsh BT, Mitchell JE (eds): *Developing an Evidence-Based Classification of Eating Disorders: Scientific Findings for DSM-5*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2011.

Walsh BT: The enigmatic persistence of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 170(5):477–484, 2013.

CASO 10.1

Dolor de estómago

Susan Samuels, M.D.

Thomas, un niño de 8 años de edad con discapacidad intelectual de leve a moderada, fue llevado por sus padres al servicio de urgencias (SU) por un dolor abdominal que tenía desde hacía varias semanas y que había empeorado en las últimas 24 horas. Los padres refirieron que estaba estreñido y había tenido una sola deposición en la última semana, y que ese mismo día había vomitado. Los profesores de su aula de educación especial para niños con discapacidad intelectual habían redactado un informe aquella misma semana señalando que los problemas de Thomas habían aparecido poco después de su traslado desde un colegio parecido de Florida unos 4 meses antes. Profesores y padres coincidían en que Thomas parecía a menudo molesto, meciéndose, llorando y agarrándose el vientre.

Una semana antes, un pediatra le había diagnosticado una exacerbación aguda de un estreñimiento crónico. El uso del laxante de parafarmacia recomendado no sirvió de nada y Thomas empezó a quejarse de dolor nocturno. El malestar lo llevó a desinteresarse de sus aficiones favoritas, que eran los videojuegos y los deportes. Ahora tendía a quedarse en su cuarto, jugando con los soldados de juguete que había heredado de la colección de su abuelo. Aparte de los episodios de irritabilidad y lloriqueo, en general le iba bien en el colegio, tanto en clase como en el recreo. Cuando no se quejaba de dolores de tripa, Thomas comía bien y mantenía su lugar, más o menos, en el percentil 40 de estatura y peso en la curva de crecimiento.

En los antecedentes de Thomas destacaban el estreñimiento y los dolores abdominales, además de dolores de cabeza intermitentes.

Todos estos síntomas habían empeorado varios meses antes, después de que la familia se mudara de una casa en una zona semirural de Florida a un viejo apartamento de un inmueble sin ascensor en una gran ciudad. Compartía el cuarto con su hermano menor (de 6 años), producto de un embarazo imprevisto sin incidentes, que iba a un colegio público local de educación normal. Thomas decía que su hermano era su «mejor amigo». Thomas había sido adoptado al nacer y no se sabía nada de sus padres biológicos, excepto que eran adolescentes incapaces de cuidar del niño.

En la exploración realizada en la SU, Thomas dio la impresión de ser un niño bien aseado, sentado en el regazo de la madre. Lloraba, estaba irritable y se negó a hablar con el examinador. En cambio, les repetía a los padres que le dolía el estómago. En la exploración física no se observó fiebre y las constantes vitales eran estables. El único hallazgo fue la presencia de dolor generalizado a la palpación en todo el abdomen, aunque era difícil de valorar porque estuvo llorando incontrolablemente durante casi todo el examen.

Una radiografía abdominal reveló múltiples partículas metálicas de pequeño tamaño por todo el tubo digestivo, que se sospechó desde el principio que eran raspaduras de pintura de alto contenido en plomo que había ingerido, y tres objetos metálicos de 2 centímetros de longitud en el estómago. El nivel de plomo en sangre era de 20 g/dL (el normal en los niños es de < 5 g/dL). Un interrogatorio más concreto reveló que Thomas, al ser estreñido, solía pasar ratos largos a solas en el cuarto de baño. Los padres explicaron que, aunque el baño se estaba renovando, la pintura era vieja y estaba descascarillada. Los médicos pensaron que los cuerpos extraños grandes no podían pasar del estómago y que podrían explicar el estreñimiento. La endoscopia logró extraer del estómago de Thomas tres viejos soldados de metal.

Diagnósticos

- Pica.
- Discapacidad intelectual, leve a moderada.

Explicación

Thomas es un niño de 8 años con discapacidad intelectual al que llevan a la sala de urgencias con dolor abdominal, estreñimiento crónico, irritabilidad y alteraciones del ánimo y el rendimiento. Todos estos síntomas aparecen después de haberse mudado a una ciudad y un colegio nuevos 4 meses antes. El diagnóstico diferencial de estos síntomas es muy amplio y contempla causas psiquiátricas, pero la primera prioridad es realizar una exploración médica exhaustiva para buscar la causa del dolor, que quizá el niño no pueda explicar (p. ej., infección de oídos, infección de vías urinarias).

Cuando el dolor abdominal y el estreñimiento son los síntomas principales, la radiología abdominal normalmente muestra el intestino repleto de heces. Este resultado llevaría a un régimen intestinal más agresivo, como el recomendado la semana antes por el pediatra. Sin embargo, la radiografía de Thomas es distinta en cuanto que muestra no solo los residuos de esquilas de pintura con contenido en plomo, sino también tres soldaditos de juguete.

La ingestión persistente de sustancias no nutritivas ni comestibles es el rasgo cardinal de la pica. Para cumplir los criterios del DSM-5, la ingestión debe ser lo bastante grave como para merecer atención clínica. La mayoría de las veces, la pica acompaña a la discapacidad intelectual y los trastornos del espectro del autismo, aunque también puede encontrarse en otros trastornos como la esquizofrenia y el trastorno obsesivo-compulsivo. Como se ve en Thomas, normalmente no existe aversión hacia la comida en general, por lo que el chico mantiene su situación en la gráfica de crecimiento.

La pica no se refiere simplemente a la introducción en la boca y ocasional ingestión de objetos no comestibles que es frecuente en los lactantes, los niños pequeños y las personas con retraso del desarrollo. La pica se refiere a la ingestión crónica y clínicamente relevante de objetos no comestibles tales como arcilla, tierra, cuerdas y colillas. La pica puede ser extremadamente peligrosa. En el caso de Thomas, por ejemplo, podría haber sufrido una perforación gastrointestinal a causa de los soldados. También había comido pintura con plomo además de los soldados (que, al ser del abuelo, también podían ser de plomo). La exposición aguda al plomo probablemente contribuía al dolor abdominal; la ingestión crónica podría ser una catástrofe neurológica para este chico que ya tiene discapacidad intelectual.

Además del dolor abdominal, Thomas se estaba aislando de sus compañeros de clase y de su hermano, y estaba irritable y lloroso. Es posible que esto se deba al dolor, pero parecen signos de estrés psicológico. La propia pica también podría ser un signo de estrés, sobre todo si empezó después de salir de Florida. Los factores de estrés psicosocial suelen producir múltiples síntomas físicos en los ni-

ños, sobre todo en los que tienen discapacidad intelectual. Por tanto, Thomas también podría merecer el diagnóstico de trastorno de adaptación con ánimo deprimido. Si se determina que las alteraciones del ánimo son secundarias a los niveles tóxicos de plomo en la sangre, un diagnóstico más exacto podría ser el de trastorno depresivo o de ansiedad inducido por sustancias. No obstante, en el ámbito del SU, lo más probable es que el clínico difiera el diagnóstico de un trastorno depresivo, de ansiedad o de adaptación hasta tener la ocasión de evaluar a Thomas sin la presencia del dolor abdominal agudo.

Lecturas recomendadas

Barrett RP: Atypical behavior: self-injury and pica, en *Developmental-Behavioral Pediatrics: Evidence and Practice*. Editado por Wolraich ML, Drotar DD, Dworkin PH, Perrin EC. Philadelphia, PA, Mosby-Elsevier, 2008, pp 871-886.

Katz ER, DeMaso RR: Ruminación, pica, and elimination (enuresis, encopresis) disorders, en *Nelson Textbook of Pediatrics*, 19th Edition. Editado por Kliegman RM, Stanton BF, St Geme J, et al. Philadelphia, PA, Elsevier/Saunders, 2011.

Williams DE, McAdam D: Assessment, behavioral treatment, and prevention of pica: clinical guidelines and recommendations for practitioners. *Res Dev Disabil* 33(6):2050-2057, 2012.

CASO 10.2

Rezagada en la curva de crecimiento

Eve K. Freidl, M.D.

Evelyn Attia, M.D.

Uma, una niña de 11 años de edad, alumna de un colegio de superdotados, fue derivada a un especialista en trastornos de la conducta alimentaria por un psiquiatra infantil al que le preocupaba que el peso de la joven hubiera bajado del percentil 10. El psiquiatra había tratado a Uma por presentar rasgos de perfeccionismo que le producían considerable ansiedad. Las sesiones se dedicaban a la ansiedad, no a la conducta alimentaria.

Los problemas alimentarios de Uma habían comenzado a los 9 años de edad, momento en que empezó a negarse a comer y a decir que le daba miedo tener que vomitar. Por entonces, los padres buscaron un pediatra que la tratara y que la siguió evaluando anualmente, explicando que era normal que los niños pasaran por diferentes fases. Con 9 años, Uma estaba por encima del percentil 25 en cuanto a estatura y peso (1,32 metros, 26 kilos); sin embargo, a los 11, en esencia, había dejado de crecer y descendido hasta el percentil 5 de las curvas de crecimiento (1,33 metros, 25 kilos).

Hija única de dos profesionales que se habían divorciado hacía 5 años, Uma vivía con la madre los días hábiles y con el padre los fines de semana. Entre sus antecedentes destacaba que había nacido prematuramente a las 34 semanas de gestación. Tardó en alcan-

zar los primeros hitos del desarrollo, pero a la edad de 2 años este ya era normal. Las exploraciones físicas anuales habían sido normales, excepto por el reciente declive del ritmo de crecimiento. Uma siempre había sido menuda, pero su estatura y su peso nunca habían descendido por debajo del percentil 25 propio de su edad en las curvas de crecimiento. Uma era una buena estudiante a la que apreciaban los profesores. Siempre había tenido pocos amigos pero, recientemente, había dejado totalmente las relaciones sociales y había vuelto directamente a casa al salir del colegio, diciendo que notaba el estómago más calmado estando en el hogar.

En los 2 años anteriores, Uma solo había ingerido cantidades pequeñas, empleando mucho tiempo en comer. Los padres habían tratado de estimular su interés experimentando con platos de distintas culturas, con colores y texturas diferentes. Nada de eso logró mejorar su apetito. Trataron también de que escogiera ella restaurantes para probar, pero la niña poco a poco se fue negando a comer fuera de casa. Los dos padres refirieron patrones parecidos a la hora de comer: Uma aceptaba sentarse a la mesa pero se pasaba el tiempo removiendo el contenido del plato, cortando los alimentos en trocitos pequeños y llorando al urgirle a ingerir otro bocado.

Al preguntarle más sobre el miedo a vomitar, Uma recordó un incidente a los 4 años de edad: estaba comiendo sopa, le entraron náuseas y vomitó a continuación. Más recientemente, a Uma le había empezado a dar miedo comer en público y no comía nada durante la jornada escolar. Dijo que no le preocupaba su aspecto y que se había dado cuenta de lo poco que pesaba a raíz de la última visita al pediatra. Al explicarle los peligros de tener poco peso, Uma empezó a lloriquear y expresó un claro deseo de ganar peso.

Diagnóstico

- Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

Explicación

Uma es una niña de 11 años que se niega a comer lo suficiente como para conservar su puesto en la curva de crecimiento. Le da miedo vomitar, no come en público y se ha aislado poco a poco de sus amigos. A diferencia de las personas con anorexia nerviosa (AN), Uma no refiere ningún miedo a ganar peso o a engordar, y tampoco niega la gravedad de su bajo peso actual. El diagnóstico, por tanto, es el de trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA), que es un nuevo diagnóstico del DSM-5. El TERIA constituye una categoría relativamente amplia que pretende describir a un grupo de personas que no cumplen los criterios de la AN pero cuya evitación o restricción de los alimentos produce problemas de salud, disfunción psicosocial y/o pérdida de peso significativa. En el caso de los niños, como Uma, la reducción de la ingesta de alimentos puede aplanar la curva de crecimiento en lugar de producir adelgazamiento.

Las personas con AN tienen miedo a ganar peso o a ponerse gordas, mientras que las personas con TERIA no tienen alterada la imagen corporal. La distinción entre TERIA y AN es dudosa cuando el paciente niega que le asuste engordar y explica de otras formas la restricción de alimentos: síntomas somáticos (p. ej., molestias abdominales, plenitud, falta de apetito), motivos religiosos, deseos de control o deseo de afectar a la familia. Puede ser necesaria una evaluación longitudinal para esclarecer el diagnóstico, y el TERIA puede preceder a la AN en algunos pacientes.

El diagnóstico de TERIA es más probable entre los niños y los adolescentes, pero el trastorno puede afectar a personas de cualquier edad. Se han descrito tres subtipos principales: ingesta insuficiente en presencia de una alteración emocional, de forma que el problema emocional interfiere con el apetito y la ingesta pero la evitación no tiene ningún motivo concreto; ingesta de una serie limitada de alimentos (lo que a veces se llama «manías para comer»), y evitación de alimentos a causa de un miedo concreto, como a atragantarse (disfagia funcional), a envenenarse o a vomitar.

Uma teme salir y parece evitar a los amigos y las experiencias sociales. Esta conducta podría ser compatible con una fobia específica si a la joven le diese miedo vomitar en público. Aunque la fobia específica puede ser concurrente con un trastorno alimentario, el diagnóstico de TERIA es probablemente la explicación más sencilla. Tal y como se describe en el DSM-5, el TERIA debe diagnosticarse en presencia de síntomas compatibles con otro diagnóstico si la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria supera la normalmente asociada al otro trastorno y merece atención clínica.

En el caso de Uma existen otros trastornos que también deben tenerse en cuenta en la evaluación. Entre ellos están los trastornos orgánicos, estructurales y neurológicos capaces

de impedir la alimentación, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos depresivos y de ansiedad que pudieran haber surgido durante el divorcio parental y el acercamiento de la pubertad. Aunque podría explorarse cualquiera de ellos, ninguno parece íntimamente relacionado con la pérdida de peso de Uma.

Lecturas recomendadas

Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE, Walsh BT: Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord* 43(2):98–111, 2010.
Kreipe RE, Palomaki A: Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Psychiatry Rep* 14(4):421–431, 2012.

CASO 10.3

Dolores de cabeza y fatiga

Jennifer J. Thomas, Ph.D.
Anne E. Becker, M.D., Ph.D

Valerie Gaspard es una mujer negra de 20 años de edad, soltera, que inmigró recientemente con su familia a Estados Unidos desde el África Occidental para realizar labores de misionera. Acude a su médico de atención primaria quejándose de frecuentes cefaleas y fatiga crónica. La exploración física resultó normal, excepto porque pesaba tan solo 35 kilos y medía 1,55 metros, con un índice de masa corporal (IMC) de 14,7 kg/m², y no había tenido la última menstruación. Incapaz de hallar una explicación para los síntomas de la Sra. Gaspard, y preocupado por su delgadez extrema, el médico la derivó al programa de trastornos alimentarios del hospital.

Al presentarse para la evaluación psiquiátrica, la Sra. Gaspard se mostró colaboradora y agradable. Dijo estar preocupada por su bajo peso y refirió que no le asustaba engordar, negando cualquier alteración de la imagen corporal: «Ya sé que necesito ganar peso. Estoy demasiado flaca», dijo. La Sra. Gaspard explicó que, antes de emigrar a Estados Unidos, pesaba 44 kilos, y que ahora se sentía «abochornada» cuando la familia e incluso extraños le decían que había adelgazado demasiado. Todos los demás miembros de su familia extensa con residencia en Estados Unidos pesaban lo normal o tenían sobrepeso.

A pesar de la aparente motivación para corregir su desnutrición, el repaso de la dieta de

la Sra. Gaspard reveló que consumía únicamente 600 calorías diarias. El día antes de la evaluación, por ejemplo, solo había comido un pequeño cuenco de macarrones, un plato de brócoli al vapor y una taza de frijoles negros. La ingesta de líquidos también era muy escasa, normalmente de tan solo dos o tres vasos de agua al día.

La Sra. Gaspard explicó de varias formas su precaria alimentación. El primer motivo era la falta de apetito: «Mi cerebro ni siquiera me señala el hambre», dijo. «No tengo ganas de comer en todo el día». El segundo eran las náuseas y la distensión posprandial: «Me siento incomodísima después de comer». El tercero era el surtido limitado de alimentos que permitía su religión, defensora de la dieta vegetariana. «Mi cuerpo no es realmente mío. Es un templo de Dios», explicó. El cuarto motivo era que, con su escaso presupuesto, no podía costearse sus fuentes preferidas de proteínas vegetales (p. ej., tofu y sucedáneos de carnes procesadas). La Sra. Gaspard no había terminado el bachillerato y ganaba muy poco dinero haciendo labores de secretaria para su iglesia.

La Sra. Gaspard negó tener otros problemas con la alimentación, como atracones, purgas y conductas dirigidas a perder peso. Sin embargo, con respecto al ejercicio físico, refirió que caminaba unas 3-4 horas al día. Negó que esta actividad estuviera motivada por un deseo de quemar calorías. Por el contrario, la Sra. Gaspard dijo que, como no tenía coche y no le gustaba tener que esperar el autobús, iba andando a todas sus actividades laborales o de ocio.

La Sra. Gaspard no refirió otros síntomas psiquiátricos dignos de mención, aparte de la ingesta insuficiente y el exceso de actividad física. Parecía eutímica y no presentaba ningún síntoma de depresión. Dijo que ni bebía alcohol ni consumía drogas. Observó que, como su capacidad de concentración no era

muy buena, había empezado a tomar un suplemento de herboristería para mejorar la memoria. Al preguntarle por sus tratamientos previos, dijo que, 1 año antes, había acudido a un dietista muy pocas veces, cuando la familia empezó a «chincharla» por su delgadez, pero que las consultas no le habían parecido nada útiles.

Diagnóstico

- Anorexia nerviosa, tipo restrictivo.

Explicación

El diagnóstico del DSM-5 más apropiado para la Sra. Gaspard es el de anorexia nerviosa (AN). Aunque la historia sugiere explicaciones alternativas para su cuadro caquéctico, ninguna es tan clara como la AN. Por ejemplo, el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, de nombre nuevo y criterios revisados en el DSM-5, también podría cursar con alteración de la ingesta, desnutrición importante y desinterés o aversión hacia la comida a causa o en compañía de ciertas quejas físicas, como distintas molestias digestivas. Sin embargo, las náuseas y la distensión de la Sra. Gaspard constituyen una pista falsa: ambas son frecuentes en la AN, pudiendo ser idiopáticas o estar relacionadas con retrasos del vaciamiento gástrico o prolongación del tránsito digestivo. Asimismo, aunque el trastorno depresivo mayor también puede asociarse a falta de apetito, la Sra. Gaspard está eutímica y desempeña activamente su labor misionera. Por último, aunque el acceso limitado de la Sra. Gaspard a los alimentos y el transporte podría contribuir a su desnutrición y excesiva actividad física, llama la atención que ningún otro miembro de la familia (con quienes comparte recursos) presente déficit ponderal.

Como la Sra. Gaspard no se da atracones (es decir, no come grandes cantidades con sensación de descontrol) ni se purga (es decir, no se provoca el vómito ni abusa de laxantes, diuréticos u otras medicinas), el cuadro es compatible con el subtipo restrictivo de la AN. En algunas poblaciones se ha descrito un riesgo alto de presentar trastornos de la conducta alimentaria al emigrar de un país de cultura no occidental a otro occidental, lo que se atribuye a la mayor exposición a los ideales de belleza occidentales y a los factores de estrés que acompañan a la aculturación. Aunque la Sra. Gaspard no habría cumplido los criterios del DSM-IV para la AN, por no presentar fobia a la grasa y tener la menstruación (aunque de forma irregular), sí cumple los criterios revisados del DSM-5 para este trastorno.

El primer criterio de la AN es el peso significativamente bajo. El IMC de la Sra. Gaspard, de 14,7, la sitúa por debajo del primer centil de IMC para las mujeres estadounidenses de su misma edad y estatura. Además, este IMC está muy por debajo del límite inferior fijado por la Organización Mundial de la Salud para los adultos, de 18,5 kg/m². El peso es tan bajo que las menstruaciones se han vuelto irregulares. Es importante observar que la amenorrea (es decir, la ausencia de menstruaciones durante 3 meses o más) era uno de los criterios del DSM-IV para la AN, pero se ha omitido en el DSM-5 porque los estudios indican que las pacientes con trastornos alimentarios y bajo peso que tienen periodos regulares tienen una psicopatología análoga a la de sus homólogas con amenorrea.

El segundo criterio de la AN es el miedo intenso a la gordura o la conducta persistente que interfiere con el aumento ponderal a pesar de tener un déficit de peso importante. Las justificaciones de la Sra. Gaspard para no comer no concuerdan con el miedo intenso a ganar peso que el DSM-IV tipificaba como rasgo sine qua non de la AN. Sin embargo,

muchos pacientes de bajo peso —especialmente los de origen cultural no occidental— no reconocen explícitamente ninguna preocupación por el peso y el tipo físico.

Las diferencias culturales —incluidas las normas locales prevalecientes que rigen muchos factores, como los patrones dietéticos y de comidas, los ideales estéticos de tipo físico y peso, la encarnación de los símbolos culturales fundamentales y las relaciones sociales, el sentido de agencia y la presentación de uno mismo, y las expresiones somáticas de malestar— pueden influir en la forma de experimentar, manifestar y articular la patología alimentaria. Por ejemplo, podría formularse fácilmente un relato clínico que vinculara conductas alimentarias restrictivas y objetivos ponderales en un paciente cuyo contexto social asociara prestigio con delgadez, estigmatizara la obesidad y asignara un valor alto a los logros y la autonomía.

Donde mejor se ilustran las bases culturales que determinan el cuadro tradicional de la AN es quizá en los trabajos de Sing Lee en Hong Kong, donde se documenta la «anorexia nerviosa sin fobia a la grasa», un tipo de trastorno alimentario que recuerda enormemente a la AN del DSM-IV excepto por la ausencia del miedo a engordar. Lee et al. argumentan que el miedo a la gordura tiene una prominencia cultural insuficiente en muchos de sus pacientes, que racionalizan la extrema restricción dietética de formas diferentes pero alcanzan, de todos modos, pesos peligrosamente bajos. Los datos que indican que la ausencia de fobia a la grasa podría asociarse a un curso clínico más benigno plantea cuestiones imperiosas no solo sobre la mediación cultural, sino también sobre la moderación cultural de la patología alimentaria. La globalización del comercio y las comunicaciones ha abierto las puertas a lo que Sing Lee denomina «cultura de la modernidad», y hoy se sabe que los trastornos de la conducta alimentaria presentan una amplia distribución

geográfica. La modificación del criterio B de la AN en el DSM-5 abarca ahora a las personas que, como la Sra. Gaspard, presentan conductas persistentes que interfieren con la ganancia de peso sin el reconocimiento explícito de una fobia a la grasa.

La escasa ingesta de la Sra. Gaspard (600 calorías al día) y su elevado nivel de ejercicio físico (3-4 horas al día) están claramente en desacuerdo con ese deseo de ganar peso que la paciente dice tener, por muy serias que suenen sus afirmaciones. Más aun, las numerosas justificaciones de su limitada ingesta (que van de la falta de apetito a la de recursos, pasando por los olvidos) minan ligeramente la credibilidad de cada una de ellas. Hacer un seguimiento de la Sra. Gaspard para verificar que sus conductas son persistentes ayudaría a confirmar el diagnóstico de AN, pero la historia clínica señala que, cuando le hicieron notar previamente su bajo peso (la familia, el dietista), la Sra. Gaspard no quiso o no pudo realizar los cambios que la habrían llevado a recuperar un peso sano.

El diagnóstico de AN requiere también que se cumpla un tercer criterio: una percepción alterada del propio cuerpo o la propia figura, una influencia indebida del peso o la figura en la autoevaluación, y/o falta de reconocimiento de la gravedad del déficit ponderal. La Sra. Gaspard niega que tenga alterada la imagen de sí misma y dice que le preocupa su bajo peso. Sin embargo, su falta de seguimiento de la intervención dietética previa y su posterior visita al médico de atención primaria para controlar los síntomas de su des-

hidratación y desnutrición (cefaleas, fatiga, mala concentración) indican que podría no ser consciente de la gravedad de su escaso peso. Además, el que la Sra. Gaspard usara el término «chinchar» para referirse a la preocupación lógica de la familia confirma de algún modo que no reconoce las repercusiones que su importante déficit ponderal tiene sobre su salud.

Lecturas recomendadas

- Becker AE, Thomas JJ, Pike KM: Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-V? *Int J Eat Disord* 42(7):620-635, 2009.
- Benini L, Todesco T, Dalle Grave R, et al: Gastric emptying in patients with restricting and binge/purging subtypes of anorexia nervosa. *Am J Gastroenterol* 99(8):1448-1454, 2004.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics: CDC growth charts: United States. *Advance Data* No. 314. *Vital and Health Statistics of the Centers for Disease Control and Prevention*. May 30, 2000. Disponible en: <http://www.cdc.gov/growthcharts/data/set1clinical/cj41c024.pdf>. Acceso el 6 de mayo de 2013.
- Lee S: Self-starvation in context: towards a culturally sensitive understanding of anorexia nervosa. *Soc Sci Med* 41(1):25-36, 1995.
- Lee S: Reconsidering the status of anorexia nervosa as a Western culture-bound syndrome. *Soc Sci Med* 42(1):21-34, 1996.
- Roberto CA, Steinglass J, Mayer LE, et al: The clinical significance of amenorrhea as a diagnostic criterion for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 41(6):559-563, 2008.
- Van Hoeken D, Veling W, Smink FR, Hoek HW: The incidence of anorexia nervosa in Netherlands Antilles immigrants in the Netherlands. *Eur Eat Disord Rev* 18(5):399-403, 2010.

CASO 10.4

Vómitos

James E. Mitchell, M.D.

Wanda Hoffman es una mujer blanca de 24 años de edad cuyo síntoma cardinal es: «Tengo problemas de vómitos». Este síntoma tiene sus raíces a comienzos de la adolescencia, cuando empezó a hacer dieta a pesar de tener un índice de masa corporal (IMC) normal. A la edad de 18 años se fue de casa a la universidad y empezó a comer en exceso en el seno de las nuevas exigencias académicas y sociales. Cinco kilos de más la llevaron a saltarse el desayuno sistemáticamente. A menudo se saltaba también la comida, pero entonces, muerta de hambre, comía demasiado por la tarde y por la noche.

Los episodios de comilonas se intensificaron en frecuencia y volumen de comida, y la Sra. Hoffman se fue sintiendo cada vez más descontrolada. Preocupada por que los atracones la llevaran a engordar, empezó a inducirse el vómito, práctica que aprendió de una revista. Primero pensó que aquel tipo de conducta era bastante aceptable, e inducirse el vómito le parecía una buena forma de controlar el miedo a engordar. El patrón se asentó: restricción matinal de comida seguida de atracones, seguidos a su vez de vómitos autoinducidos.

La Sra. Hoffman continuó rindiendo adecuadamente en la universidad y conservando sus amistades, manteniendo siempre en secreto su conducta ante quienes la rodeaban. Después de licenciarse en la universi-

dad, regresó a su ciudad y encontró un empleo en un banco local. A pesar de recuperar las viejas amistades, de tener citas románticas y de disfrutar del trabajo, con frecuencia no se sentía bien. Refirió que tenía poca energía y dormía mal, además de síntomas abdominales, como estreñimiento y diarrea en momentos distintos. Con frecuencia ponía excusas para evitar a los amigos y se fue aislando socialmente cada vez más. El ánimo se deterioró y empezó a sentirse un ser despreciable. A veces deseaba estar muerta. Decidió salir de aquella espiral descendente haciendo que su médico de cabecera la derivara a un psiquiatra.

Durante el examen mental, el aspecto de la paciente era el de una mujer bien desarrollada y bien nutrida, sin malestar psíquico aparente. Su IMC de 23 era normal. Se mostró coherente, colaboradora y pragmática. A menudo se sentía triste y cansada, pero decía que no estaba deprimida. Dijo que no tenía intención de matarse, pero que a veces pensaba que la vida no merecía la pena. Negó estar confusa. La cognición estaba intacta y la introspección y el juicio se consideraron buenos.

Diagnósticos

- Bulimia nerviosa.
- Trastorno depresivo mayor.

Explicación

La Sra. Hoffman presenta un historia bastante clásica de bulimia nerviosa (BN). Como el 90 % de los pacientes con BN, la Sra. Hoffman es mujer y, como es habitual, sus síntomas comenzaron en la adolescencia tardía o a principios de la veintena. Uno de los motivos de que se inicie a esta edad es el estrés que ocasiona la entrada en la universidad o en el mundo laboral. La genética y el entorno también intervienen, pero no está del todo claro por qué algunos jóvenes presentan BN y otros no, a pesar de tener cantidades equivalentes de insatisfacción con el propio cuerpo.

El sello de la enfermedad son los atracones, que se definen normalmente como la ingestión de cantidades anormalmente grandes de alimentos en un periodo delimitado de tiempo (p. ej., una comida), unido a sensación de pérdida de control al comer. Aunque las raciones ingeridas son habitualmente grandes en la BN, el rasgo predominante en muchas personas es la sensación de pérdida de control.

Además de los atracones, la inmensa mayoría de los pacientes se provocan el vómito. Esta conducta empieza normalmente por el miedo a engordar a causa de los atracones, contemplándose los vómitos consiguientes como una forma de eliminar este riesgo. En las primeras fases de la enfermedad, la mayoría de los pacientes se inducen el vómito con los dedos, pero a menudo desarrollan la habilidad de vomitar a voluntad. Algunos pacientes con BN también pueden usar laxantes para provocarse diarreas; este método puede dar la sensación de que adelgaza, pero los laxantes son realmente más eficaces para producir deshidratación, con sus síntomas físicos acompañantes, y riesgo médico. Algunas personas con BN también toman diuréticos y muchas experimentan con pastillas adelgazantes.

La mayoría de las personas con BN tienden a buscar ayuda por las complicaciones del

trastorno más que por estar descontentas con su conducta alimentaria. Por ejemplo, las complicaciones médicas consisten normalmente en deshidratación y anomalías electrolíticas, especialmente hipocloremia y alcalosis metabólica, y más raramente hipopotasemia. Estas complicaciones pueden producir sensación de fatiga, cefaleas y mala concentración. Entre las complicaciones raras pero graves cabe citar la dilatación gástrica y la rotura esofágica.

La Sra. Hoffman presenta, además del trastorno alimentario, ánimo deprimido, anhedonia, sueño deficiente, escasa energía, síntomas físicos, sensación de devaluación y concentración reducida. Niega tener intenciones y planes de suicidio, pero sí tiene pensamientos de muerte. Por consiguiente, cumple los criterios del DSM-5 para el trastorno depresivo mayor. La depresión acompaña con frecuencia a la BN. También forman parte de la comorbilidad habitual los trastornos de ansiedad, los problemas por consumo de sustancias (a menudo de alcohol) y los trastornos de la personalidad.

Aunque la Sra. Hoffman acudió a un psiquiatra para que la ayudara, lo hizo a través de su médico de cabecera, siendo frecuente que las personas con BN acudan a su médico de atención primaria con síntomas físicos de carácter vago. Curiosamente, los facultativos que suelen estar mejor situados para detectar a estos pacientes son los dentistas, que hallan signos de erosión evidente del esmalte.

Lecturas recomendadas

- Peat C, Mitchell JE, Hoek HW, Wonderlich SA: Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 42(7):590-594, 2009.
- Van Hoeken D, Veling W, Sinke S, et al: The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 42(7):595-602, 2009.
- Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, et al: The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 42(8):687-705, 2009.

CASO 10.5

Aumento de peso

Susan L. McElroy, M.D.

Yasmine Isherwood, una mujer casada de 55 años de edad, llevaba 6 meses en tratamiento psiquiátrico por un episodio de depresión mayor. Había respondido bien a una combinación de psicoterapia y medicación (fluoxetina y bupropión), pero empezó a quejarse de que engordaba. Pesaba «más que en toda su vida»: 64 kilos (medía 1,65, con lo que el IMC era de 23,3).

El psiquiatra decidió conocer las costumbres alimentarias de la Sra. Isherwood, marcadas por angustiosos episodios recurrentes de ingestión descontrolada de comida en gran cantidad. La comida excesiva no era algo nuevo, pero parecía haber empeorado durante el tratamiento antidepressivo. Dijo que los episodios tenían lugar dos o tres veces por semana, normalmente entre el momento en que llegaba del trabajo a casa y la hora en que regresaba el marido. En estas «comilonas» destacaba el hecho de que se sentía descontrolada. Comía deprisa y sola hasta encontrarse incómodamente llena. Entonces se sentía deprimida, cansada y asqueada de sí misma. Normalmente se atracaba de comida sana, pero también había «atracones de azúcar» en los que comía principalmente dulces, sobre todo helados y caramelos. Dijo que ni ahora ni nunca se había provocado el vómito, había ayunado o había

tomado laxantes, diuréticos o fármacos adelgazantes. Refirió que hacía ejercicio durante 1 hora casi todos los días, pero que no era «adicta» a este. Sí explicó que, a los veintimuchos años, se había convertido en corredora de competición. Por entonces participaba con frecuencia en carreras de 10 kilómetros, con una media de 56 kilómetros a la semana, a pesar de una lesión crónica en el pie que finalmente la obligó a cambiar el atletismo por la natación, la bicicleta y la elíptica.

La Sra. Isherwood dijo que se daba atracones «desde siempre». De niña era «grandona» pero mantuvo un peso normal durante el instituto (54-57 kilos) porque era muy activa. Dijo no tener antecedentes de anorexia nerviosa. A los 28 años alcanzó su peso mínimo de 51 kilos. Entonces se sentía «vital, sana y controlada».

A mediados de la treintena tuvo un episodio depresivo mayor que le duró 2 años. Tenía el ánimo gravemente deprimido, no hablaba, «echó el cierre», se quedaba en la cama, estaba muy cansada, dormía más de lo normal y era incapaz de rendir en nada. Esta fue una de las pocas veces en su vida en que los atracones cesaron y adelgazó. Negó haber tenido episodios maniacos o hipomaniacos. Aunque sentía tristeza con frecuencia, refirió no haber tenido más episodios hasta el año anterior. Dijo que nunca

había tenido ideas de suicidio, ni había intentado suicidarse, y que tampoco había consumido alcohol, tabaco o drogas en cantidades importantes.

En la evaluación, su aspecto era el de una mujer bien nutrida y desarrollada que se mostraba coherente y colaboradora. El discurso era fluido y sin premura. Tenía el ánimo levemente deprimido, pero el afecto era reactivo y sonreía con propiedad. Dijo que no se sentía culpable, ni tenía ideas de suicidio, ni desesperanza. Explicó que su energía era normal, excepto por la fatiga después de los atracones. Negó tener psicosis o confusión. La cognición era normal. No había nada reseñable en el historial clínico, y la exploración física y las analíticas habituales estaban dentro de los límites normales.

Diagnósticos

- Trastorno de atracones, leve.
- Trastorno depresivo mayor, recurrente, en remisión.

Explicación

La Sra. Isherwood describe episodios de comida excesiva marcados por la sensación de haber perdido el control. Come deprisa y hasta sentirse totalmente llena. Come sola y se siente asqueada y angustiada después. Estos episodios ocurren varias veces por semana y en ellos no se producen conductas compensatorias impropias, como vomitar o utilizar laxantes. Por tanto, encaja en la nueva definición que hace el DSM-5 del trastorno de atracones (TA).

Aunque el TA tiene rasgos en común con la bulimia nerviosa (BN) y la obesidad, puede distinguirse de estas dos afecciones. Frente a las personas obesas que no se dan atracones, las personas obesas con TA están más preocupadas por el peso y tienen índices más altos de trastornos del ánimo, de ansiedad y por consumo de sustancias. Frente a las personas con

BN, las que tienen TA están menos preocupadas por el peso y presentan índices mayores de obesidad y menores de trastornos del ánimo, de ansiedad y por consumo de sustancias. Los criterios del DSM-5 para el TA se han ampliado a partir de los provisionales incluidos en el DSM-IV. En lugar de requerir dos episodios de atracones por semana durante 6 meses, el DSM-5 requiere un episodio por semana durante 3 meses. Este cambio es un ejemplo del tipo de investigación que examina las agrupaciones sintomáticas. En este caso, se hizo patente que las personas con atracones menos frecuentes y menos persistentes se parecían bastante a las personas con episodios ligeramente más frecuentes y más persistentes. La Sra. Isherwood refiere dos o tres episodios a la semana, lo que la sitúa en la categoría leve.

Aunque no se debe diagnosticar el TA en presencia de una BN o una AN, los pacientes con TA pueden tener antecedentes de otros trastornos de la conducta alimentaria, así como conductas compensatorias poco frecuentes. Por ejemplo, la Sra. Isherwood recordó un periodo, a los veintitantos años, en el que participaba en carreras frecuentemente y corría 56 kilómetros por semana teniendo en un pie una lesión crónica. Aunque recuerda que se sentía «vital, sana y controlada» en aquel periodo, también podría haber tenido BN si había atracones y la competición servía para compensarlos.

Los pacientes con TA suelen buscar al principio tratamiento a consecuencia de la obesidad (IMC ≥ 30), aunque las muestras clínicas indican que hasta un tercio de estos pacientes no están obesos. Los pacientes con TA no obesos son más parecidos que distintos de sus homólogos obesos, aunque es más probable que incurran en conductas tanto sanas como malsanas para adelgazar. Es posible que la Sra. Isherwood mantuviera un peso normal a pesar de su extenso historial de atracones gracias a su régimen periódico de ejercicio. Tam-

bién es posible que el excesivo atletismo de la Sra. Isherwood estuviera espoleado por un episodio de hipomanía; alrededor del 15 % de los pacientes con trastorno bipolar II presentan algún trastorno alimentario, siendo el TA el más frecuente.

El TA suele asociarse a trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, por consumo de sustancias y del control de los impulsos. Aunque la Sra. Isherwood dice que no ha bebido alcohol ni consumido drogas, sí tiene antecedentes de trastorno depresivo mayor recidivante. Si bien el informe del caso no entra en detalles, sería útil explorar el nexo entre los hábitos alimentarios de la Sra. Isherwood y sus síntomas depresivos. La propia depresión mayor puede llevar a comer en exceso; no obstante, si están presentes tanto un TA como una depresión, ambos deben diagnosticarse.

Finalmente, la historia no habla de la personalidad, pero los atracones se incluyen en el criterio del trastorno límite de la personalidad relacionado con el control de impulsos. Si se cumplen todos los criterios de los dos, ambos deben diagnosticarse.

Lecturas recomendadas

- Goldschmidt AB, Le Grange D, Powers P, et al: Eating disorder symptomatology in normal-weight vs. obese individuals with binge eating disorder. *Obesity (Silver Spring)* 19(7):1515–1518, 2011 P.
- Hudson JL, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC: The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 61(3):348–358, 2007.
- Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE, et al: The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 42(8):687–705, 2009.

Trastornos de la excreción

INTRODUCCIÓN

John W. Barnhill, M.D.

El capítulo sobre trastornos de la excreción es el segundo de los cuatro capítulos del DSM-5 que abordan variaciones de los procesos normales del organismo. Estos procesos normales pueden torcerse de varias maneras pero, desde el punto de vista diagnóstico, el malestar y la disfunción pueden surgir como componente sintomático de otro trastorno o como una agrupación de síntomas que permita su clasificación como un trastorno de la excreción relativamente autónomo (con o sin comorbilidad).

La enuresis y la encopresis son los dos trastornos principales de la excreción. Cada uno de ellos se subdivide de forma tanto lógica como clínicamente relevante. Los criterios diagnósticos de cada trastorno especifican a qué edad puede aplicarse el diagnóstico. Por ejemplo, la enuresis —la emisión repetida de

orina en la cama y la ropa— no constituye un diagnóstico hasta que el niño alcanza los 5 años de edad. Sencillamente, una cifra importante de los niños menores de esta edad no han aprendido todavía a utilizar correctamente el cuarto de baño.

El DSM-5 no le pide al clínico que verifique hasta qué punto interviene el control voluntario; por ejemplo, el diagnóstico de enuresis nocturna no depende de si los padres señalan que «lo hace para llamar la atención». Igualmente, un chico que se niegue a defecar en el retrete del colegio y después tenga normalmente una incontinencia embarazosa merece un diagnóstico (encopresis con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento) que no le pide al clínico profundizar sobre cómo percibe el niño el jardín de infancia, la separación y el control del cuerpo. El clínico puede hacer

esas valoraciones si lo desea, pero el proceso diagnóstico no las requiere.

El foco recae, por el contrario, en determinaciones verificables más fácilmente. ¿Es la enuresis clínicamente significativa? ¿Es persistente? ¿Provoca malestar? El DSM-5 también le pide al clínico que intente evaluar las causas fisiológicas de la enuresis y la encopresis, pues hay enfermedades frecuentes y fácilmente tratables, como las infecciones de vías urinarias y la deshidratación, que pueden ocasionar síntomas muy molestos.

Las anomalías de la excreción se contemplan también como secundarias a muchas afecciones orgánicas y psiquiátricas. Por ejemplo, el nexo entre depresión y estreñi-

miento es frecuente, igual que la relación entre molestias digestivas y muchos medicamentos. Esta comorbilidad debe tenerse presente en todo momento.

Al mismo tiempo, también hay que considerar discretamente si un trastorno de la excreción autónomo debe ser el centro de la atención clínica.

Lecturas recomendadas

von Gontard A: Elimination disorders: a critical comment on DSM-5 proposals. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 20(2):83-88, 2011.

von Gontard A: The impact of DSM-5 and guidelines for assessment and treatment of elimination disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 22 (suppl 1):S61-S67, 2013.

CASO 11.1

Rabietas y síntomas somáticos

David H. Rubin, M.D.

Zack es un niño de 8 años al que la madre lleva a la consulta de psiquiatría porque cada vez tiene más rabietas y síntomas somáticos sin causa aparente. La madre refiere que los síntomas parecen relacionados con las noches que pasa en casa de la tía, otra madre soltera con un niño de edad parecida a la de Zack.

Había estado muy unido a la tía desde que nació y, desde hacía poco, dormía en su casa todos los viernes porque la madre trabajaba ese día en el turno de noche.

Desde 2 meses antes de la consulta, Zack se quejaba los viernes de náuseas y dolores de cabeza, diciendo que la casa de la tía era «as-

querosa». Siguió yendo a regañadientes y en una ocasión llamó a la madre al trabajo, exigiendo que fuera a buscarlo y añadiendo: «Los demás niños viven en su propia casa todos los días de la semana».

Desde hacía unas semanas, Zack gritaba y se escondía cuando llegaba la hora de ir a casa de la tía. A la madre empezó a preocuparle que a Zack le hubiera «pasado» algo en alguna de las visitas. Se esforzaba en entender por qué Zack no ponía objeciones a ver a su tía y a su primo en ningún otro sitio, ni a que el primo durmiera en casa. Su hermana había sido siempre una «buena madre» y siempre estaba en casa cuando el sobrino dormía con ella. Tenía un novio, pero a Zack parecía gustarle. De hecho, a Zack le gustaba especialmente ir al parque o a jugar a la pelota con el primo y el novio.

Zack no había tenido nunca problemas de separación, conductuales o emocionales especialmente importantes. Había cumplido todos los hitos del desarrollo puntualmente. Nunca había ido al médico, aparte de las visitas periódicas y de un mal resfriado que tuvo a los 3 años de edad. Sin embargo, Zack todavía no había adquirido la continencia nocturna y mojaba la cama unas dos veces por semana. No tenía síntomas miccionales diurnos ni estreñimiento. El pediatra les había dicho que esto era «normal» a la edad de Zack. La madre no le había dado nunca mucha importancia y Zack jamás había expresado que se sintiera mal al respecto.

Por el lado de la madre, en los antecedentes familiares no había problemas psiquiátricos; ella misma explicó que su desarrollo había sido normal, según le habían dicho. La madre sabía poco del desarrollo o los antecedentes familiares del padre de Zack, y no había vuelto a verlo desde que Zack nació.

Durante la exploración del estado mental, Zack se mostró colaborador y su aspecto era el de un niño bien nutrido y bien cuidado. No le resultaba difícil separarse de la madre.

Tras un periodo inicial de calentamiento con el entrevistador, empezó a hablar de forma espontánea con un vocabulario apropiado para su edad. Mantenía el contacto ocular correcto para sus años. El afecto era al principio levemente ansioso, pero se tranquilizó rápidamente. La ansiedad reaparecía únicamente al hablar de las noches que dormía fuera: Zack se removía algo nervioso, miraba menos a los ojos y se mostraba levemente irritable hacia la madre. Al preguntarle por las camas mojadas, Zack pareció sentirse avergonzado. Dijo que había mojado la cama en casa de su tía algunas veces y que tanto el primo como el novio de la tía le hacían bromas al respecto. La tía había intervenido, pero Zack dijo que le «daba miedo» que pudiera volver a ocurrir.

Diagnóstico

- Enuresis, solo nocturna.

Explicación

Zack presenta rabietas inusuales, síntomas somáticos y rechazo persistente a pasar la noche en casa de su tía. Al final de la entrevista, la conversación se centra finalmente en la enuresis de Zack, un trastorno que de por sí es normalmente benigno pero que puede llegar a ocasionar malestar psicosocial y alteraciones conductuales importantes.

El diagnóstico de enuresis del DSM-5 no requiere que el clínico evalúe la motivación (es decir, la micción puede ser voluntaria o involuntaria). En cambio, la conducta debe ser clínicamente importante en cuanto a frecuencia (p. ej., dos veces por semana durante 3 meses) o repercusión (p. ej., malestar psíquico o alteración funcional). La enuresis puede aparecer a cualquier edad, aunque existe un límite inferior de 5 años para el diagnóstico. En los pacientes con trastorno

del desarrollo neurológico, la limitación etaria se refiere a la edad evolutiva, no a la cronológica. Finalmente, el trastorno no debe causarlo ni una sustancia ni una enfermedad orgánica.

El diagnóstico de enuresis incluye varios subtipos. Como la enuresis de Zack parece producirse solamente por las noches, se describiría como «solo nocturna». Nunca ha tenido un periodo continuo de 6 meses sin mojar la cama, por lo que su enuresis se clasifica como primaria. La enuresis nocturna primaria es frecuente en los niños de 5-10 años de edad, especialmente en los chicos. Aunque la madre de Zack no sabe cuándo adquirió la continencia nocturna el padre de Zack, los antecedentes familiares de enuresis son muy frecuentes y se han detectado diversos factores genéticos que contribuyen a este trastorno. La enuresis secundaria, donde la incontinencia reaparece después de que el niño haya pasado como mínimo 6 meses sin mojar la cama, exige considerar atentamente muchas etiologías médicas, como la diabetes, la epilepsia, la apnea del sueño obstructiva, la vejiga neurógena, el estreñimiento y la obstrucción uretral. En raras ocasiones, estas afecciones también pueden ser responsables de la enuresis primaria, por lo que el cuadro de Zack debe abordarse de forma coordinada con el pediatra al objeto de descartarlas.

Toda la angustia asociada a esta afección depende habitualmente de las reacciones de los demás; sin embargo, el malestar psíquico no es necesario para el diagnóstico de enuresis. En el caso de Zack, el chico sintió vergüenza a raíz de las bromas de su primo y el novio de la tía. Dado que su desarrollo ha sido por lo demás normal, lo más probable es que Zack tenga únicamente enuresis, sin ningún otro diagnóstico psiquiátrico.

Sin embargo, la enuresis se asocia a menudo a otros trastornos emocionales y conductuales de la infancia, por lo que en Zack deben evaluarse otros problemas psiquiátricos concretos.

La ansiedad y los síntomas somáticos de Zack aparecen en el contexto de la separación de su principal cuidadora. Esto debe conducir a explorar la posibilidad de un trastorno de ansiedad, como la ansiedad por separación. Zack se separa fácilmente de la madre en otros contextos, como en el colegio o durante la evaluación psiquiátrica, lo que hace que la ansiedad por separación sea una explicación muy poco probable para sus síntomas.

A Zack lo llevan a la consulta por presentar resistencia, síntomas somáticos y rabietas. Podrían tenerse en cuenta los trastornos del comportamiento, el ánimo y el control de los impulsos, como el trastorno negativista desafiante, el trastorno de la conducta y el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Sin embargo, los síntomas de Zack se iniciaron tan solo hace 2 meses y en general rinde bien. Como las alteraciones parecen limitarse a un solo contexto determinado, en el que hay un desencadenante entendible, es poco probable que Zack tenga alguno de estos diagnósticos.

No debe sorprender que a la madre de Zack le preocupara que la especificidad del desencadenante pudiera tener que ver con algún tipo de abuso o maltrato. Aunque las noches de los viernes le causan problemas obvios, el bienestar general de Zack y la facilidad con que se relaciona normalmente con su primo, con su tía y con el novio de esta hacen improbables los malos tratos. No obstante, la madre tiene razón en que algo le ha sucedido: le hicieron bromas el primo y el novio de su tía, dos personas en las que parece confiar especialmente, por lo que este chico de 8 años percibiría probablemente sus palabras como algo especialmente traumático.

Lecturas recomendadas

Hollmann E, Von Gontard A, Eiberg H, et al: Molecular genetic, clinical and psychiatric associations in nocturnal enuresis. *Br J Urol* 81 (suppl 3):37-39, 1998.

Robson WL: Clinical practice: evaluation and management of enuresis. *N Engl J Med* 360(14):1429-1436, 2009.

Robson WL, Leung AK, Van Howe R: Primary and secondary nocturnal enuresis: similarities in presentation. *Pediatrics* 115(4):956-959, 2005.

Von Gontard A, Heron J, Joinson C: Family history of nocturnal enuresis and urinary incontinence: results from a large epidemiological study. *J Urol* 185(6):2303-2306, 2011.

Trastornos del sueño-vigilia

INTRODUCCIÓN

John W. Barnhill, M.D.

El afán de tener un sueño reparador se ve entorpecido por las presiones laborales y familiares, los viajes a larga distancia y el uso omnipresente de estimulantes (p. ej., el café) y la electrónica (p. ej., el correo electrónico). El sueño reparador puede caer víctima de innumerables trastornos psiquiátricos —como la ansiedad, la depresión y los trastornos bipolares y psicóticos— y de multitud de enfermedades orgánicas. Los problemas de sueño pueden no ser simples epifenómenos, sino que son capaces de precipitar, prolongar e intensificar estas otras dolencias psiquiátricas y orgánicas. Sin embargo, con demasiada frecuencia, los trastornos del sueño-vigilia del DSM-5 son elementos silenciosos y no diagnosticados que generan malestar y disfunción.

El DSM-5 aborda los trastornos del sueño con un método tanto «agrupador» como «divisor». El trastorno de insomnio puede ser autó-

nomio, pero el DSM-5 anima a considerar su posible comorbilidad con distintas enfermedades psiquiátricas y físicas. Al hacerlo, el DSM-5 huye de las atribuciones causales (p. ej., la depresión produce inevitablemente insomnio) y a cambio reconoce las interacciones bidireccionales entre los trastornos del sueño y los de otros tipos. Al clarificar la independencia del trastorno del sueño también se le recuerda al clínico que el problema de sueño podría no resolverse espontáneamente, sino que merecería una atención psiquiátrica separada.

Además del abordaje clínico amplio, el DSM-5 contiene trastornos del sueño que requieren hallazgos fisiológicos muy específicos. Por ejemplo, un paciente duerme sin descansar y presenta fatiga diurna. Si quien duerme con él observa ronquidos inusualmente fuertes, probablemente habría que pensar en una apnea del sueño. El diagnósti-

co de apnea e hipopnea obstructiva del sueño del DSM-5 no solo requiere signos clínicos, precisa también una polisomnografía que muestre al menos cinco apneas o hipopneas obstructivas por hora de sueño (o, si no hay signos de problemas respiratorios nocturnos, 15 o más episodios apnéicos a la hora).

Otros trastornos del sueño pueden diagnosticarse por sus signos clínicos o por una combinación de lo que refiere el enfermo, los resultados de las pruebas y los estudios de sueño. Por ejemplo, la narcolepsia la definen dos criterios obligatorios. En primer lugar, el relato clínico debe contener episodios recurrentes y persistentes de sueño irreprímible o estar marcado por una necesidad de dormir irreprímible. El segundo criterio se puede cumplir de tres formas: episodios recurrentes de cataplejía (clínicamente definidos), déficit de hipocretina (definido por la concentración en el líquido cefalorraquídeo, obtenido mediante punción lumbar) o latencia anormal del sueño REM (movimientos oculares rápidos, por sus siglas en inglés), determinada mediante una polisomnografía nocturna o una prueba de latencias múltiples del sueño.

El trastorno del comportamiento del sueño REM y el síndrome de las piernas inquietas son nuevos en el texto principal del DSM-5. En cada uno de ellos se han hallado muchas pruebas que esclarecen las bases fisiológicas, la prevalencia y la relevancia clínica. Los dos se asocian a otras dolencias psiquiátricas y físicas (p. ej., el trastorno del comportamiento

del sueño REM acompaña a la narcolepsia y los trastornos neurodegenerativos como la enfermedad de Parkinson; el síndrome de las piernas inquietas está relacionado con la depresión y la patología cardiovascular).

La evaluación inicial del sueño implica normalmente un relato retrospectivo por el paciente. Los clínicos están acostumbrados a trabajar con informes subjetivos, pero un síntoma de sueño que es imposible («Llevo semanas sin dormir») puede llevar a pensar simplemente en el «insomnio» para, a continuación, pasar a otros aspectos de la evaluación. La creciente solidez de los criterios diagnósticos de los trastornos del sueño-vigilia resulta útil por varias razones, pero sobre todo por recordarle al clínico generalista que debe explorar esos síntomas frecuentes que a menudo se infradiagnostican y generan cantidades importantes de malestar y disfunción.

Lecturas recomendadas

Edinger JD, Wyatt JK, Stepanski EJ, et al: Testing the reliability and validity of DSM-IV-TR and ICSD-2 insomnia diagnoses: results of a multi-trait-multimethod analysis. *Arch Gen Psychiatry* 68(10):992-1002, 2011.

Ohayon MM, Reynolds CF 3rd: Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD). *Sleep Med* 10(9):952-960, 2009.

Reite M, Weissberg M, Ruddy J: *Clinical Manual for Evaluation and Treatment of Sleep Disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009.

CASO 12.1

Problemas para dormir de un tirón

Charles F. Reynolds III, M.D.

Aidan Jones, un estudiante de posgrado de filología inglesa de 30 años de edad, acude a un psiquiatra porque no puede dormir de un tirón. El problema comenzó 4 meses antes, cuando empezó a despertarse a las 3:00 de la mañana todos los días, sin importar a qué hora se acostaba, y luego no podía volver a dormirse. A causa de esto se sentía «ido» durante el día. Esto le llevó a estar cada vez más preocupado pensando en cómo iba a acabar su tesis doctoral, pues no podía concentrarse debido al agotamiento. Al principio, que él recordara, no se despertaba con nada concreto en la mente. Al persistir el problema, se despertaba temiendo que llegara el día siguiente y preguntándose si podría dar sus clases o centrarse en la redacción de la tesis después de haber dormido tan solo unas pocas horas. Algunas mañanas permanecía despierto en la cama, a oscuras junto a su novia, que dormía profundamente. Otras, decidía sacar provecho de la situación, salía de la cama y se iba muy temprano a su despacho del campus.

Al cabo de 1 mes de sueño interrumpido, el Sr. Jones visitó al auxiliar médico del servicio de salud para estudiantes de la universidad, adonde iba normalmente a por sus tratamientos. (Padecía asma, por lo que a veces inhalaba agonistas adrenérgicos β_2 , y 1 año antes había tenido mononucleosis.) El auxiliar mé-

dico le recetó un sedante hipnótico que no le sirvió. «Nunca he tenido problemas para dormirme», explicó el Sr. Jones. Mientras tanto, hacía caso de los consejos que leía en la Red. Aunque se notaba supeditado al café durante el día, nunca lo bebía después de las 2:00 de la tarde. Ávido jugador de tenis, solo iba a la pista por la mañana temprano. Sin embargo, sí se tomaba uno o dos vasos de vino todas las noches, al cenar con su prometida. «A la hora de cenar empieza a preocuparme la idea de si podré dormir o no», dijo, «y, para ser francos, el vino ayuda».

El paciente, un varón delgado y atlético con el típico aspecto de joven académico, con chaqueta de *tweed* y gafas con montura de *carrey*, se mostró agradable y abierto al relatar los hechos. El Sr. Jones no parecía cansado, pero le dijo al psiquiatra: «Me propuse venir a verte por la mañana, antes de estar echo trizas». No parecía triste ni tenso, y no recordaba haber estado deprimido nunca. Pero no tenía dudas de la molesta ansiedad de nivel bajo que actualmente lo oprimía. «Este problema de sueño es ahora más importante», explicó. «Estoy estresado por el trabajo y mi novia y yo discutimos. Pero todo es por lo cansado que estoy».

Aunque era su primera visita a un psiquiatra, el Sr. Jones mencionó una gratificante psicoterapia psicodinámica de 3 años

que había realizado con un trabajador social estando en la universidad. «Tan solo quería conocerme mejor a mí mismo» explicó, añadiendo con una risita que, al ser hijo de un psiquiatra infantil, estaba acostumbrado a que la gente asumiera que estaba «loco». Recordó que siempre había dormido «a pierna suelta» antes del actual problema; de niño, era el primero en dormirse en las fiestas de pijamas, y de adulto era la envidia de su novia por su facilidad para dormir en el avión.

Diagnóstico

- Trastorno de insomnio.

Explicación

El Sr. Jones refiere 4 meses de sueño deficiente casi todas las noches, con dificultad para permanecer dormido y despertares de madrugada. Describe fatiga diurna, dificultad de concentración, síntomas leves de ansiedad y deterioro interpersonal y laboral. No parece cumplir los criterios diagnósticos de ningún otro trastorno orgánico, psiquiátrico, del sueño o de abuso de sustancias. Cumple los criterios clínicos del trastorno de insomnio del DSM-5.

El relato del caso indica que el problema de sueño del paciente comenzó durante un periodo de mayor estrés por falta de tiempo, y que ha generado conductas que podrían empeorar o perpetuar dicho problema. Le preocupa no dormir y genera una profecía autorrealizada. También podría estar automedicándose con caféina para mantenerse despierto durante el día y con vino para adormilarse durante la noche.

Se hace constar también que tiene antecedentes de asma, para la que toma a veces agonistas adrenérgicos β_2 . Como estas medicinas pueden ser estimulantes, resultaría útil saber cuándo y con qué frecuencia las toma.

El paciente refiere que se sometió a una psicoterapia psicodinámica cuando era estudiante universitario. Convendría saber más sobre sus síntomas anímicos y de ansiedad para determinar si el insomnio quizá guarda relación con algún trastorno del ánimo o de ansiedad previo, quizá recurrente. Por otra parte, el propio insomnio aumenta el riesgo de padecer episodios nuevos o recurrentes de trastornos del ánimo, de ansiedad o por consumo de sustancias. También sería útil explorar los antecedentes de estos tipos de trastornos en la familia del Sr. Jones.

Vendría bien contar con un diario de sueño-vigilia de 2 semanas para evaluar los problemas de sueño del Sr. Jones, incluido el tiempo que pasa en la cama, sus hábitos de vida (la cronología de las actividades físicas y mentales capaces de activar el organismo e interferir con el sueño), el consumo de sustancias capaces de actuar sobre el sistema nervioso central y las horas en que se produce, y otros problemas físicos (p. ej., crisis de asma). El relato de la prometida del Sr. Jones podría indicar si sufre patologías relacionadas con el sueño, como apnea, ronquidos, sacudidas de las piernas o despertares parciales (parasomnias REM o no REM).

Además de llevar un diario de sueño-vigilia, sería conveniente pedir al Sr. Jones que documentara la intensidad de su actual insomnio mediante un inventario autocumplimentable como el *Insomnia Severity Index* (ISI) o el *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). Estos instrumentos aportan referencias muy útiles para poder medir la evolución temporal del problema. Además, el uso de medidas breves autocumplimentables sobre el estado afectivo, como la escala de depresión de nueve apartados del *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) o la escala de ansiedad de siete apartados del instrumento *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7),

permitiría al clínico evaluar mejor si existen otros trastornos mentales, coexistentes o sobreenvenidos.

Las pruebas formales en el laboratorio de sueño (polisomnografía) no parecen estar indicadas en el caso del Sr. Jones. Sin embargo, si surgiera más información de la anamnesis o del diario, quizá conviniera realizar pruebas para descartar un trastorno del sueño relacionado con la respiración o un trastorno de movimientos periódicos de las extremidades. Otra posibilidad diagnóstica es un trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, como el síndrome de la fase de sueño adelantada (sin embargo, poco probable dada la juventud del paciente).

Como ilustra este caso, el DSM-5 ha huido de la clasificación del trastorno de insomnio en formas «primarias» y «secundarias». En cambio, el DSM-5 obliga a especificar las afecciones concomitantes (físicas, psiquiátricas y otros trastornos del sueño) por dos motivos: 1) para subrayar que el paciente tiene un trastorno del sueño que merece atención clínica independiente, además de la enfermedad física o psiquiátrica también presente, y 2) para reconocer los efectos bidireccionales e interactivos que se producen entre los trastornos del sueño y los trastornos orgánicos o psiquiátricos coexistentes.

Esta reconceptualización refleja un cambio de paradigma en el campo de la medicina de los trastornos del sueño. El cambio huye de las atribuciones causales entre trastornos co-

existentes («a» se debe a «b») porque no suele haber datos empíricos que las avalen y porque la planificación de un tratamiento óptimo requiere prestar atención a «a» y a «b» (pues la concurrencia de cada trastorno puede empeorar el otro).

Así pues, el diagnóstico diferencial de los síntomas del ciclo sueño-vigilia precisa un abordaje multidimensional que tenga en cuenta todas las dolencias coexistentes. Dichas dolencias son la norma, no la excepción. Finalmente, la clasificación que realiza el DSM-5 del trastorno de insomnio y de los demás trastornos del ciclo sueño-vigilia implica una evaluación tanto dimensional como categórica por varias razones: 1) para captar la gravedad, 2) para facilitar la asistencia clínica basada en medidas, 3) para captar las conductas capaces de contribuir a la patogenia y perpetuación de los síntomas del ciclo sueño-vigilia, y 4) para buscar correlaciones y explorar los sustratos neurobiológicos subyacentes.

Lecturas recomendadas

Chapman DP, Presley-Cantrell LR, Liu Y, et al: Frequent insufficient sleep and anxiety and depressive disorders among U.S. community dwellers in 20 states, 2010. *Psychiatr Serv* 64(4):385-387, 2013.

Reynolds CF 3rd: Troubled sleep, troubled minds, and DSM-5. *Arch Gen Psychiatry* 68(10):990-991, 2011.

Reynolds CF 3rd, O'Hara R: DSM-5 sleepwake disorders classification: overview for use in clinical practice. *Am J Psychiatry* (en prensa).

CASO 12.2

Ansiedad y sueño

Maurice M. Ohayon, M.D., D.Sc., Ph.D.

Bernadette Kleber es una mujer blanca de 34 años, divorciada, en paro y madre de tres hijos en edad escolar. Vive con una nueva pareja. La Sra. Kleber acude al psiquiatra porque tiene ansiedad y mucho sueño.

La Sra. Kleber había padecido ansiedad durante gran parte de su vida, pero la preocupación y el estrés se habían acrecentado mucho desde el nacimiento de su primer hijo 10 años atrás. Dijo que estaba «bien en casa», pero nerviosa en las situaciones sociales. Evitaba tener que relacionarse con gente nueva, temiendo sentirse cohibida y que la juzgaran. Por ejemplo, quería perder el peso que había ganado desde que había dado a luz a sus hijos (índice de masa corporal actual de 27,7), pero le daba miedo el ridículo que pudiera hacer en el gimnasio. Poco a poco se había retirado de las situaciones en que pudiera verse obligada a conocer gente nueva, lo que prácticamente la impedía acudir a entrevistas de trabajo y, naturalmente, tener un nuevo empleo. Le habían tratado con éxito su fobia social 5 años antes con psicoterapia, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y clonazepam en dosis de 0,25 mg dos veces al día, pero los síntomas habían reaparecido hacía 1 año. Dijo que no se había subido la dosis de ninguno de estos medicamentos y que tampoco tomaba nada nuevo (con o sin receta) para la ansiedad. Aunque estaba realmente

ilusionada con su nueva pareja, le preocupaba que la novia la dejara si no se «ponía las pilas».

Negó tener periodos de depresión importante, aunque refirió que en varias ocasiones se había sentido frustrada por su poca eficacia. También negó todos los síntomas maníacos.

El psiquiatra preguntó a la Sra. Kleber por su «mucho sueño». Ella explicó que dormía más que cualquier otra persona conocida. Dijo que solía dormir al menos 9 horas cada noche y que después, durante el día, se echaba dos siestas en las que dormía, en total, 5 horas más. No recordaba haber tenido problemas hasta el final del bachillerato, momento en que empezó a quedarse dormida a las 8:00 o 9:00 de la tarde y después del medio día. Cuando intentó ir a la universidad, se dio cuenta de que necesitaba dormir mucho más que sus amigos y finalmente dejó los estudios por no poder mantenerse despierta en clase. A pesar de las siestas, normalmente se dormía al visitar a amigos o familiares y al leer o ver la televisión. Había dejado de conducir a solas por miedo a dormirse al volante. Las siestas de la tarde no le aportaban descanso y parecían no afectar al sueño nocturno.

Atender a la familia era difícil, sobre todo porque durante las mañanas era cuando la

Sra. Kleber se encontraba peor. Como mínimo durante media hora, al despertarse se hallaba desorientada y confusa, lo que la dificultaba llevar a sus hijos al colegio. Durante el resto del día, dijo, se notaba «dispersa y despistada».

Había empezado a roncar 5 años antes. La pareja no sabía si la respiración de la Sra. Kleber se detenía a veces durante el sueño. La Sra. Kleber negó haber tenido nunca parálisis del sueño o haberse dormido a mitad de una frase. Aunque se dormía en contextos sociales, normalmente ocurría durante alguna pausa de la conversación cuando se hallaba en un lugar tranquilo en el extremo de un sofá. Dijo que nunca se había caído al quedarse dormida. Sí refirió alucinaciones hipnópticas varias veces al año desde que era adolescente.

Al hacer la exploración, el aspecto de la Sra. Kleber era el de una mujer con sobrepeso, colaboradora y coherente. Le preocupaba la ansiedad, pero mucho más el problema del sueño. Negó tener depresión, ideas de suicidio, psicosis y problemas de memoria. La introspección y el juicio parecían intactos.

La exploración física no descubrió nada importante. En los antecedentes personales destacaban solamente una hipercolesterolemia y migrañas ocasionales. La Sra. Kleber tenía algunos síntomas musculares, como debilidad en las piernas y dolor en el brazo izquierdo, que estaban relacionados con el ejercicio físico. Había fumado marihuana para el dolor, pero negó que esta sustancia influyera en su somnolencia. Dijo que no había sufrido traumatismos craneales ni enfermedades raras. Dijo también que en la familia no había problemas anímicos ni de sueño, aunque varios parientes tenían «ansiedad».

Se le pidió a la Sra. Kleber un estudio del sueño. La polisomnografía reveló un índice de apneas e hipopneas de tres episodios a la

hora. Al día siguiente la sometieron a la prueba de latencias múltiples del sueño o de somnolencia diurna (MSLT, por sus siglas en inglés), que mostró una latencia media de 7 minutos con un solo periodo REM inicial. Se efectuó una punción lumbar para evaluar la concentración de hipocretina 1 en el líquido cefalorraquídeo (LCR); el resultado fue normal.

Diagnósticos

- Fobia social.
- Trastorno de hipersomnolencia.

Explicación

La Sra. Kleber parece tener varios diagnósticos del DSM-5 que merecen atención clínica. Anteriormente le habían diagnosticado una fobia social, y la recurrencia de esta parece ser el motivo de la consulta psiquiátrica. Ha ganado peso desde que tuvo a sus hijos, y la obesidad exacerba la evitación social y el riesgo de padecer trastornos del sueño y complicaciones médicas. La obesidad no es uno de los diagnósticos del texto principal del DSM-5, pero sí se cita en el capítulo «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica». La ansiedad y los problemas ponderales de la Sra. Kleber merecerían, ambos, atención clínica independiente, pero son los síntomas de sueño los que parecen influir más profundamente en su vida.

La Sra. Kleber duerme demasiado. El sueño no aporta descanso ni es reparador. A causa de los problemas de sueño, apenas puede ejercer de madre y señala que no puede trabajar, conducir a solas, ni salir con amigos. Le preocupa perder a su nueva pareja romántica. El exceso de sueño y la somnolencia parecen producirse a diario desde finales del bachillerato. Los síntomas de la Sra. Kleber son com-

patibles con el trastorno de hipersomnolencia del DSM-5. Los criterios contemplan la presencia de síntomas al menos 3 días por semana durante un mínimo de 3 meses (la Sra. Kleber ha tenido síntomas casi a diario desde hace más de 15 años). La duración del sueño nocturno (9 horas) no sería en sí señal de ningún problema, aunque la duración total del sueño diario, de 14 horas, sí es típica de la hipersomnolencia, al igual que la inercia al despertar y las cabezadas imprevistas.

Es importante descartar otras explicaciones de la somnolencia. La Sra. Kleber fuma marihuana y toma una benzodiacepina para la ansiedad. Ella insiste en que el consumo es ocasional (en el caso de la marihuana) o se produce en dosis bajas y estables (el clonazepam), y en que los síntomas ya habían aparecido antes de tomar cualquiera de estas sustancias. Aunque ambas pueden ser sedantes, no parecen ser los agentes causales. Tiene dolores y cefaleas, por lo que convendría preguntar con tacto si toma otros analgésicos potencialmente sedantes. Refiere también que la desmoraliza su propia ineficacia, lo que debe conducir a pensar en la depresión, capaz de generar cantidades excesivas de sueño no reparador. De momento, ninguna de estas posibilidades parece probable.

Existen varios trastornos del sueño que pueden producir sueño excesivo y/o somnolencia diurna. La obesidad, la somnolencia excesiva y los ronquidos de la Sra. Kleber deben llevar a considerar la apnea del sueño, y el estudio del sueño estaba claramente indicado. La polisomnografía arrojó un índice de apneas e hipopneas de tres episodios a la hora, lo que está dentro del rango normal e indica que la Sra. Kleber no padece un trastorno respiratorio en relación con el sueño.

Se debe también evaluar en la Sra. Kleber la posibilidad de una narcolepsia, que se caracteriza por periodos recurrentes de necesidad irreprimible de dormir, de abandonarse

al sueño o de echar una siesta en el mismo día. El cuadro clínico de la Sra. Kleber parece compatible. No solo se queda dormida de pronto, sino que presenta alucinaciones hipnopómpicas relativamente frecuentes. Aunque, en general, se consideran normales, las alucinaciones hipnopómpicas pueden ser reflejo de intrusiones de sueño REM inicial y, por consiguiente, deben hacer sospechar una narcolepsia. Para cumplir los criterios del DSM-5 para la narcolepsia, la persona debe presentar catapleja, déficit de hipocretina en el LCR o reducción de la latencia del sueño REM en la polisomnografía nocturna o la MSLT. La MSLT de la Sra. Kleber mostró una latencia media del sueño de 7 minutos con solo un periodo REM inicial durante la prueba. Esta latencia del sueño es corta para la narcolepsia y tendría que haber al menos dos periodos REM iniciales. Los niveles de hipocretina 1 en el LCR se encuentran dentro de los límites normales, lo que descarta el síndrome de narcolepsia-catapleja con déficit de hipocretina. A menos que los episodios de quedarse dormida se consideren catapléjicos, la Sra. Kleber no cumple los criterios diagnósticos de la narcolepsia. De momento, pues, la Sra. Kleber merece solamente el diagnóstico de trastorno de hipersomnolencia del DSM-5, además del de fobia social.

Lecturas recomendadas

Karasu SR, Karasu TB: *The Gravity of Weight: A Clinical Guide to Weight Loss and Maintenance*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2010.

Ohayon MM, Reynolds CF 3rd: Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD). *Sleep Med* 10(9):952-960, 2009.

Ohayon MM, Dauvilliers Y, Reynolds CF 3rd: Operational definitions and algorithms for excessive sleepiness in the general population: implications for DSM-5 nosology. *Arch Gen Psychiatry* 69(1):71-79, 2012.

CASO 12.3

Somnolencia

Brian Palen, M.D.

Vishesh K. Kapur, M.D., M.P.H.

César López, un varón hispanoamericano de 57 años de edad, acude a la consulta para revisar su medicación antidepresiva. Describe que lleva varios meses en que está más cansado, tiene sueño durante el día y, en general, «no se encuentra bien». Le falta energía para llevar a cabo sus actividades normales, pero le siguen gustando cuando las realiza. Le cuesta trabajo centrarse en su trabajo como consultor informático y le preocupa perder su empleo. Había empezado a tomar un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina 2 años antes, lo que mejoró algo su sintomatología, e insistió en que tomaba siempre la medicación.

Negó que hubiera factores de estrés. Además de tener un diagnóstico de depresión, padecía hipertensión, diabetes y enfermedad coronaria, y tenía ardor de estómago y disfunción eréctil, no evaluados médicamente.

El Sr. López había nacido en Venezuela. Estaba casado y tenía dos hijos mayores. No consumía tabaco ni alcohol, pero bebía varias tazas de café al día para mantenerse despierto.

En la exploración física se observó que medía 1,78 metros, pesaba 107 kilos y tenía un índice de masa corporal de 34. El perímetro cervical era de 51 centímetros. La frecuencia

respiratoria era de 90 y la tensión arterial se hallaba en 155/90. No había ninguna otra anomalía.

Al explorar el estado mental, se observó un hombre corpulento y colaborador que parecía cansado pero sin ánimo deprimido, ni ansiedad, ni psicosis, ni deterioro cognitivo.

El interrogatorio más concreto reveló que al Sr. López no solo le costaba mantenerse despierto en el trabajo, sino que a veces había dado cabezadas al conducir. Dormía 8-10 horas cada noche, pero se despertaba frecuentemente, iba al baño (nocturia) y a menudo, al despertar, tenía sensación de ahogo y, algunas veces, dolor de cabeza. Había roncado desde niño y explicó: «Todos los hombres de mi familia ronan». Antes de decidir irse a dormir a la habitación de invitados, la esposa le había dicho que roncaba muy fuerte y que, de manera intermitente, dejaba de respirar y daba bocanadas de aire.

Se le pidió al Sr. López un estudio del sueño (una polisomnografía). Los resultados fueron los siguientes:

- Índice de apneas e hipopneas: 25 episodios a la hora.
- Índice de desaturaciones de oxígeno: 20 episodios a la hora.
- Nadir de la saturación de oxígeno: 82 %.

- Porcentaje de tiempo con saturación de oxígeno < 90 %: 8 %.
- Índice de activaciones: 35 episodios a la hora.
- Fases de sueño (%):
 - Porcentaje de tiempo en la fase N1: 20 %.
 - Porcentaje de tiempo en la fase N2: 60 %.
 - Porcentaje de tiempo en la fase N3: 10 %.
 - Porcentaje de tiempo en la fase REM: 10 %.

Diagnóstico

- Apnea e hipopnea obstructiva del sueño, moderada

Explicación

El Sr. López acude a la consulta para revisar su tratamiento antidepresivo, pero en el cuadro que presenta destacan mucho más la fatiga y la somnolencia que un trastorno del estado de ánimo. Los antecedentes de fuertes ronquidos y episodios de ahogo y bocanadas de aire indican que el problema de base más probable es la apnea e hipopnea obstructiva del sueño (AHOS).

Aunque la AHOS afecta a alrededor del 3 % de la población general, las tasas son mucho más altas en las personas con factores de riesgo. El Sr. López, por ejemplo, tiene más de 50 años, está obeso, tiene un perímetro cervical grande y en sus antecedentes familiares destaca que «todos los hombres» roncan. Roncar es un indicador de AHOS especialmente sensible, sobre todo cuando el ronquido es muy fuerte, tiene lugar más de 3 días por semana y se acompaña de episodios de ahogo y bocanadas de aire. Como se observa en el Sr. López, los pacientes con AHOS suelen referir también nocturia, ardor de estómago, disfunción sexual y cefaleas matinales.

La AHOS se caracteriza por el repetitivo colapso total (apnea) o parcial (hipopnea) de la vía faríngea durante el sueño. La relajación de los músculos de la faringe durante el sueño permite

que las partes blandas de la zona posterior de la garganta bloqueen la vía respiratoria. La reducción resultante del flujo aéreo puede producir descensos significativos de la saturación hemática de oxígeno. El incremento del trabajo respiratorio a través de una vía ocluida estimula siempre breves activaciones para poder reanudar la respiración normal. Este patrón puede repetirse cientos de veces durante la noche, produciendo patrones de sueño muy fragmentados.

Los estudios de sueño (la polisomnografía) cuantifican el sueño de varias formas, pero el DSM-5 se centra concretamente en el índice de apneas e hipopneas (IAH), que mide el número de pausas respiratorias totales (apneas) y parciales (hipopneas) de al menos 10 segundos de duración por hora de sueño. Si los pacientes tienen al menos 15 apneas o hipopneas obstructivas a la hora (un IAH de 15), cumplen los criterios cualesquiera que sean los síntomas asociados. Con al menos cinco de estos episodios (un IAH de 5), los pacientes también deben tener bien alteraciones respiratorias nocturnas o bien somnolencia o fatiga durante el día.

El IAH también determina la gravedad de la AHOS. Los casos leves se asocian a un IAH de menos de 15 (que, por definición, conlleva algún tipo de síntomas). Los 25 episodios a la hora del Sr. López lo sitúan en el rango moderado de 15-30. La AHOS se considera grave si el IAH es mayor de 30.

Aunque no esté específicamente relacionado con los criterios del DSM-5, en la polisomnografía del Sr. López destaca una estructura del sueño anormal, con reducción del porcentaje del sueño REM y del sueño N3. Muestra que pasa mucho tiempo con saturaciones de oxígeno por debajo del 90 %, y el índice de activaciones, que muestra el número de activaciones corticales a la hora, es de 35, muy superior a las 20 que constituyen el límite superior de la normalidad.

La AHOS se parece a muchos otros diagnósticos del DSM-5 en que, si no se trata, puede tener graves repercusiones negativas sobre

la calidad de vida. Sin embargo, la AHOS es inusual dentro del DSM-5 en cuanto que su diagnóstico se basa en gran medida en los resultados de una prueba en lugar de en la observación clínica. Como ejemplifica el caso, muchas de las personas con este trastorno no se diagnostican enseguida, lo que conduce a pasar largos periodos sin el tratamiento adecuado. Curiosamente, uno de los diagnósticos psiquiátricos más «objetivos» solo se considera tras una evaluación clínica a fondo.

Lecturas recomendadas

Peppard PE, Szklo-Coxe M, Hla KM, Young T. Longitudinal association of sleep-related breathing disorder and depression. Arch Intern Med 166(16):1709-1715, 2006.

Schwartz DJ, Karatinos G: For individuals with obstructive sleep apnea, institution of CPAP therapy is associated with an amelioration of symptoms of depression which is sustained long term. J Clin Sleep Med 15(6):631-635, 2007.

Sharafkhaneh A, Giray N, Richardson P, et al: Association of psychiatric disorders and sleep apnea in a large cohort. Sleep 28(11):1405-1411, 2005.

Young T, Palta M, Dempsey J, et al: The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. N Engl J Med 328(17):1230-1235, 1993.

Young T, Shahar E, Nieto FJ, et al: Predictors of sleep-disordered breathing in community dwelling adults: the Sleep Heart Health Study. Arch Intern Med 162(8):893-900, 2002.

CASO 12.4

Picores y cosquilleos

Kathy P. Parker, Ph.D., R.N.

Dingxiang Meng, varón de 63 años de edad, nacido en China, es derivado a psiquiatría por presentar depresión y exceso de síntomas somáticos. Tenía antecedentes de depresiones psicóticas, por las que lo habían ingresado dos veces en la década previa. Fue evaluado en la policlínica de nefrología de un hospital pequeño durante una de sus sesiones habituales de hemodiálisis.

Al efectuar la evaluación, el Sr. Meng dijo que tenía «picores y cosquilleos», como si tuviera «gusanos arrastrándose bajo la piel». Estos síntomas habían ido fluctuando desde hacía algunos años, pero habían empeorado en las últimas semanas y el paciente creía que «iba a volverse loco». Dijo que estaba preocupado y a menudo cansado, pero que siempre se reía cuando jugaba con

sus nietos o visitaba a personas de su país de origen. No tenía ningún trastorno del pensamiento. El análisis de la historia clínica Sr. Meng mostró que los síntomas físicos del se habían conceptualizado en distintos momentos como acatisia, neuropatía periférica y síntomas «psicosomáticos» o de «rumiación psicótica». En el momento de esta evaluación, llevaba 2 años eutímico y sin psicofármacos.

El Sr. Meng dijo que los síntomas físicos empeoraban por las noches, cuando trataba de estar sentado o acostado. Dijo que las molestias afectaban solo a las piernas. Frotárselas ayudaba, pero el mayor alivio lo lograba poniéndose en pie y caminando. La diálisis era especialmente difícil por tener que estar «atacado a una máquina durante horas». Se quejó también de somnolencia y fatiga durante el día. Durante la entrevista, el Sr. Meng se incorporó dos veces de un salto. Una de las enfermeras refirió que a menudo pedía que detuvieran la diálisis, que normalmente parecía cansado y que siempre parecía ir «dando saltos por ahí».

Al Sr. Meng le habían diagnosticado una diabetes poco después de emigrar a Estados Unidos 15 años antes. Había padecido una insuficiencia renal progresiva y había comenzado la hemodiálisis 7 años atrás. Estaba divorciado y tenía dos hijos adultos y tres nietos. Hablaba muy poco inglés y todas las entrevistas se realizaron con un intérprete de chino mandarín. Vivía con uno de sus hijos.

Diagnóstico

- Síndrome de las piernas inquietas.

Explicación

El Sr. Meng tiene depresión, fatiga, sensación rara de «gusanos» que se arrastran bajo la piel

y necesidad imperiosa de moverse. Los examinadores previos no tenían muy claro si sus ingresos por «depresión psicótica» tenían o no que ver con estas sensaciones físicas. Las sensaciones se habían diagnosticado de muchas formas a lo largo de los años: acatisia, neuropatía periférica y síntomas «psicosomáticos» o de «rumiación psicótica».

En lugar de estos diagnósticos, lo más probable es que el Sr. Meng tenga el síndrome de las piernas inquietas (SPI). Como diagnóstico independiente nuevo en el DSM-5, el SPI se caracteriza por una necesidad imperiosa de mover las piernas, normalmente acompañada de sensaciones desagradables. Los síntomas del Sr. Meng son los típicos. Mejoran con el movimiento y empeoran por las noches o cuando la persona se halla en algún tipo de situación sedentaria (como la diálisis). Los síntomas son frecuentes, crónicos y angustiosos.

El SPI es un problema especialmente frecuente en las personas con nefropatía terminal (NT) sometidas a diálisis. Normalmente, aunque no siempre, la afección se acompaña de movimientos periódicos de las extremidades: movimientos estereotipados con extensión del primer dedo del pie y flexión parcial del tobillo, la rodilla y, a veces, la cadera. La somnolencia diurna del Sr. Meng podría deberse a que tardara tiempo en dormirse o a que la calidad del sueño no fuera buena; el SPI se asocia a ambos problemas. La NT y la diálisis son explicaciones suficientes del SPI (que a menudo no tiene ninguna explicación), pero se deben buscar otros factores contribuyentes como la anemia, el déficit de folato y la uremia. Aunque obviamente no pueda aplicarse al Sr. Meng, el embarazo también se asocia al SPI.

No está claro el motivo del retraso del diagnóstico, sobre todo siendo el SPI un hallazgo tan frecuente en las unidades de diálisis. Los antecedentes de depresiones psicóti-

cas del Sr. Meng podrían haber inducido al equipo médico a suponer que los síntomas eran psicológicos. Esto podría haber dado lugar al diagnóstico de síntomas «psicosomáticos», indicando que los síntomas físicos son atribuibles a algún tipo de trastorno o conflicto psicológico. No solo parece tratarse de una mala comprensión de los diferentes síntomas del Sr. Meng, es también un mal uso del término *psicosomático*, que se conceptualiza mejor como la rama de la psiquiatría que estudia la comorbilidad entre las enfermedades psiquiátricas y las orgánicas; con esta definición, carece de sentido decir que alguien es «psicosomático». Como el Sr. Meng estuvo tomando antipsicóticos parte del tiempo en que tenía estos síntomas, sí tiene algún sentido pensar en la acatisia. Sin embargo, los antipsicóticos nuevos (los atípicos) rara vez producen acatisia, y los síntomas persistían 2 años después de haber suspendido toda la medicación psiquiátrica. La neuropatía periférica tiende a producir dolor, escozor y adormecimiento de las extremidades, lo que no coincide exactamente con lo que refiere el Sr. Meng.

Quizá lo más preocupante sean las anotaciones de la historia clínica que señalan que las piernas inquietas del Sr. Meng eran la manifestación de «rumiaciones psicóticas». Los problemas de comunicación podrían haber contribuido a esto, pero también es posible

que los dos anteriores ingresos psiquiátricos del Sr. Meng por «depresión psicótica» hubieran sido desencadenados por la inquietud somática, la ansiedad y la disforia que puede llegar a ocasionar un caso no diagnosticado de SPI, trastorno que, aunque nuevo en el DSM-5 como diagnóstico, hace mucho que se sabe que causa muchos problemas y que con frecuencia acompaña a varias enfermedades físicas.

Lecturas recomendadas

- Araujo SM, de Bruin VM, Nepomuceno LA, et al: Restless legs syndrome in endstage renal disease: clinical characteristics and associated comorbidities. *Sleep Med* 11(8):785-790, 2010.
- Hening W, Allen RP, Tenzer P, Winkelman JW: Restless legs syndrome: demographics, presentation, and differential diagnosis. *Geriatrics* 62(9):26-29, 2007.
- La Manna G, Pizzi F, Persici E, et al: Restless legs syndrome enhances cardiovascular risk and mortality in patients with endstage kidney disease undergoing longterm haemodialysis treatment. *Nephrol Dial Transplant* 26(6):1976-1983, 2011.
- Li Y, Walters AS, Chiuve SE, et al: Prospective study of restless legs syndrome and coronary heart disease among women. *Circulation* 126(14):1689-1694, 2012.
- Oka Y, Ioue Y: Secondary restless legs syndrome [in Japanese]. *Brain Nerve* 61(5): 539-547, 2009.
- Winkelman JW, Chertow GM, Lazarus JM: Restless legs syndrome in end-stage renal disease. *Am J Kidney Dis* 28(3):372-378, 1996.

Disfunciones sexuales

INTRODUCCIÓN

John W. Barnhill, M.D.

Aunque los criterios de los trastornos sexuales son relativamente sencillos, también aluden al reto que supone clasificar los problemas de esta naturaleza. Por ejemplo, un sistema diagnóstico que pretenda describir sensatamente la disfunción sexual debe tener presente la gran amplitud de las respuestas sexuales normales. El sistema debe tener en cuenta el hecho de que la disfunción y el malestar dependen en gran medida de las expectativas, los deseos y las oportunidades del individuo referentes a la actividad sexual (así como las de su pareja). Debería tener presente los efectos del envejecimiento. Además, debería considerar los efectos de las normas preceptivas sociales y religiosas con respecto a la conducta sexual, y lo que significa comportarse sexualmente como varón o mujer (o cualquier otro punto del continuo genérico moderno). El sistema también debe sopesar los medicamentos y las enfermedades que

previsiblemente reducen el deseo o la función sexual y aquellos que previsiblemente lo intensifican, además del hecho de que la mayoría de las evaluaciones de la función y la disfunción sexuales quedan incompletas si no se entiende que, aunque tiene una base biológica, la respuesta sexual se experimenta desde las perspectivas intrapersonal, interpersonal y cultural.

En ese contexto biopsicosocial, diagnosticar, por ejemplo, el trastorno de deseo sexual hipoactivo del varón es en potencia más complicado que explorar brevemente si al paciente le interesan las relaciones sexuales.

El DSM-5 identifica ocho disfunciones sexuales, cuatro específicas de los varones, tres de las mujeres y una que puede aplicarse a ambos géneros (disfunción sexual inducida por sustancias o medicamentos). La terminología y los criterios del DSM-5 varían en cierta medida entre los géneros. Por ejemplo, los

varones pueden tener trastorno eréctil o trastorno de deseo sexual hipoactivo, mientras que, en las mujeres, las afecciones comparables van unidas dentro del trastorno del interés o la excitación sexual de la mujer.

El DSM-5 contempla también el hecho de que varones y mujeres pueden tener problemas con el orgasmo. Mientras que las mujeres pueden cumplir los criterios del trastorno orgásmico femenino, los varones pueden recibir los diagnósticos de eyaculación retardada y de eyaculación precoz. Las mujeres también pueden presentar el trastorno de dolor génito-pélvico ante la penetración, diagnóstico nuevo del DSM-5 que se propuso al ser cada vez más evidente que los diagnósticos previos de vaginismo y dispareunia son habitualmente comórbidos y difíciles de distinguir. Además, como suele ocurrir en el DSM-5, existen categorías para aquellas presentaciones clínicas que no llegan a cumplir los criterios o son incompletas (es decir, otra disfunción sexual especificada y disfunción sexual no especificada).

Excepto en el caso de la disfunción sexual inducida por sustancias o medicamentos, todos los trastornos requieren una duración mínima de 6 meses. Además, en cada trastorno se puede especificar si es de por vida o adquirido y si es generalizado o situacional. Si se considera pertinente alguna enfermedad orgánica, puede incluirse como especificador, pero en el DSM-5 se ha excluido concretamente el diagnóstico previo de disfunción sexual debida a una enfermedad orgánica, pues se considera que la mayoría de las disfunciones sexuales pueden atribuirse a factores tanto psicológicos como biológicos.

Lecturas recomendadas

Balon R, Segraves RT (eds): *Clinical Manual of Sexual Disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009.

Kaschak E, Tiefer L (eds): *A New View of Women's Sexual Problems*. Binghamton, NY, Haworth Press, 2001.

Klein M: *Sexual Intelligence: What We Really Want From Sex—and How to Get It*.

CASO 13.1

Disfunción sexual

Cynthia A. Graham, Ph.D.

Elizabeth Olsen y Finn Nelson acuden a un terapeuta de parejas por tener cada vez más riñas justo antes de su próxi-

ma boda. Ambos son abogados de éxito de treinta y muchos años. Se conocen desde el instituto, llevan saliendo 2 años y tenían

previsto casarse dentro de unos 6 meses. Ambos niegan haber acudido antes a ningún terapeuta o haber recibido diagnósticos psiquiátricos.

El terapeuta de parejas los recibió juntos en una sesión. La Sra. Olsen y el Sr. Nelson dijeron que estaban muy enamorados y querían que el matrimonio funcionase, pero también que se peleaban muy a menudo. La Sra. Olsen dijo que admiraba lo brillante y estable que era el Sr. Nelson y que no sabía por qué reñían. Él, por otro lado, dijo que seguía «totalmente enamorado», aunque molesto por la falta de interés de la Sra. Olsen, en general, hacia él. Hacia el final de la sesión, el Sr. Nelson preguntó a la Sra. Olsen si quería sacar «el tema de la agenda, del alcohol o del sexo», a lo que ella sonrió diciendo: «Me temo que ya no hay tiempo hoy».

El terapeuta los citó a ambos por separado. En la sesión del Sr. Nelson, este explicó que su mayor problema con la Sra. Olsen era que a ella no le interesaba el sexo. Dijo que parecía dejarse hacer y que siempre necesitaba alcohol. Le preocupaba que él fuera un «7» tratando de salir con una «10» y que, sencillamente, no le resultara atractivo. También le preocupaba que él la amase más que ella a él y que, por mucho que lo intentara, era incapaz de conducirla al orgasmo o de tan siquiera excitarla. Esto lo había llevado a insinuarle menos veces y, cuando lo intentaba, a menudo tenía que «rendirse a medio camino». Él le había sacado el tema varias veces, pero ella insistía en que no había ningún problema. El terapeuta le preguntó que qué había querido decir con lo del «tema de la agenda». Él explicó que, desde que habían empezado a salir, ella había limitado el tiempo que pasaban juntos a una sola «noche entre semana», normalmente el martes, y luego a la noche del viernes o la del sábado. Ella insistía en que esta agenda le era necesaria para poder reali-

zar su trabajo y ver a sus mejores amigas, pero a él le parecía cada vez más claro que era para evitarlo.

En su sesión individual, la Sra. Olsen dijo que lo que más la frustraba era la intensidad del Sr. Nelson. Había implantado la agenda semanal porque, de lo contrario, él estaría siempre detrás de ella para tener relaciones sexuales. Por lo visto, él quería sexo cada vez que estaban juntos, a menudo dos veces en la misma noche. Admitió sin problemas que se emborrachaba para poder tolerar el sexo. Añadió que había bebido alcohol para atontarse desde que había empezado a salir con chicos en la adolescencia. Hasta que empezó a salir con el Sr. Nelson, la mayoría de sus experiencias sexuales habían sido «con desconocidos estando bebida». Había tenido un par de novios, pero uno era gay y lo llevaba en secreto y el otro «se contentaba con una mamada de vez en cuando». No le había contado al Sr. Nelson estas aventuras porque prefería que la siguiera viendo como «una belleza casi virginal». Aunque el alcohol hacía que el sexo resultara aceptable, «la excitación sexual casi siempre es intolerable», produciéndole deseos de perder el conocimiento. En los últimos meses, el Sr. Nelson había insistido cada vez más en «el tema del orgasmo». Antes, habría roto con cualquier novio que hubiera actuado de esa manera, pero ahora creía que tenía que aguantarse porque ya tenía casi 40 años y esta era la «última oportunidad de tener un hijo». Al preguntarle por qué creía que tenía estos problemas con el sexo, la Sra. Olsen miró por la ventana durante casi 1 minuto y respondió: «No se lo voy a decir».

Diagnóstico

- Trastorno del interés/la excitación sexual femenino.

Explicación

La Sra. Olsen y el Sr. Nelson acuden a la consulta porque se pelean antes de su próxima boda. Los problemas sexuales y relacionales suelen coexistir, y es importante evaluar si los segundos impiden o no que la pareja colabore para resolver los primeros.

Desde el punto de vista diagnóstico, los problemas más obvios los presenta la Sra. Olsen, que refiere que la relación sexual solo es algo tolerable gracias a la intoxicación alcohólica y que la mayoría de sus experiencias sexuales han tenido lugar «con desconocidos estando bebiendo». Refiere que la excitación sexual en sí «casi siempre es intolerable» y hace que desee perder el conocimiento. La Sra. Olsen normalmente habría roto con cualquier hombre que le hubiera «insistido en el tema del orgasmo», pero se aproxima a los 40 años, desea con todas sus fuerzas tener un hijo, admira al Sr. Nelson y está tratando de forjar un compromiso aceptable.

Analizando sus problemas desde la perspectiva del DSM-5, la Sra. Olsen tiene poco interés por la actividad sexual y apenas disfruta del sexo, lo que indica la posibilidad de que padezca el trastorno del interés/la excitación sexual femenino. Tampoco tiene orgasmos durante la actividad sexual, lo que podría indicar un trastorno orgásmico femenino. No está claro si siente dolor durante el coito. Si así fuera, podría tener el trastorno de dolor génito-pélvico/penetración. Parece que los problemas sexuales de la Sra. Olsen existen desde siempre y no son adquiridos. Sin embargo, todos estos diagnósticos requieren la presencia de malestar psíquico en la paciente. Atendiendo al informe del caso, parece que lo que le preocupa no es su sexualidad, sino la insistencia del Sr. Nelson en que el sexo forme parte de la relación.

Otro descalificador importante de todos estos diagnósticos del DSM-5 sería la presencia de un diagnóstico psiquiátrico no sexual capaz de explicar los síntomas. La Sra. Olsen

dice que la excitación sexual hace que desee perder el conocimiento y después le dice al terapeuta que no le va a contar por qué tiene estos problemas sexuales. Estas afirmaciones señalan la posibilidad de una experiencia traumática sexual o de que haya sufrido abusos sexuales siendo niña. Sería útil explorar si tiene síntomas de trastorno de estrés posttraumático, depresivos, de ansiedad o de algún otro trastorno psiquiátrico de índole no sexual que pudiera contribuir a los problemas sexuales. Si se piensa que la causa radica en alguno de estos otros trastornos, la Sra. Olsen no merecería un diagnóstico aparte del DSM-5 centrado en su problemática sexual.

La Sra. Olsen refiere también su necesidad de emborracharse antes de tener relaciones sexuales. La intoxicación parece estar directamente relacionada con sus problemas sexuales, pero aun así debería explorarse el papel que desempeña el alcohol en su vida. Si, por ejemplo, tuviera antecedentes de «sexo con desconocidos» que hubieran implicado riesgos físicos y la hubieran provocado problemas sociales recurrentes, recibiría probablemente el diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol. A pesar de que el consumo de alcohol con el Sr. Nelson es poco probable que suponga peligros físicos, sí podría contribuir a las riñas y tener otras ramificaciones en su vida.

En vista de los muchos problemas diagnósticos que puede presentar esta pareja, resultaría útil emplear el método de Bancroft de «las tres ventanas». A través de la primera «ventana», el clínico explora los aspectos de la situación presente que afectarían a la relación sexual. Ejemplos de esto serían las peleas, la inseguridad del Sr. Nelson y la rígida agenda impuesta por la Sra. Olsen para limitar la actividad sexual. La segunda ventana —la vulnerabilidad del individuo— anima a explorar los problemas pasados. Los problemas sexuales de la Sra. Olsen son muy evidentes y merecen analizarse más en profundidad, pero

también sería importante conocer los antecedentes sexuales y relacionales del Sr. Nelson. La tercera ventana —los factores médicos que alteran la función sexual— subraya la importancia que tiene explorar los posibles factores pertinentes de carácter físico, farmacológico u hormonal que pudieran estar influyendo en la convivencia de la pareja.

La pareja parece prestar mucha atención a los problemas sexuales de la Sra. Olsen, pero sería útil ampliar la evaluación e incluir los problemas no sexuales que pudieran incidir en su relación. Destaca también el hecho de que tanto el Sr. Nelson como la Sra. Olsen dijeran muchas más cosas en sus sesiones privadas que durante la sesión conjunta. Aunque esto es un hecho frecuente, es importante que

el clínico clarifique qué puede compartirse y qué no, y que explore los motivos de la reticencia de cada uno a hablar abiertamente en presencia del otro.

Lecturas recomendadas

- Bancroft J: *Human Sexuality and Its Problems*, 3rd Edition. Edinburgh, Churchill Livingstone/Elsevier, 2009.
- Bancroft J, Loftus J, Long JS: Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 32(3):193-208, 2003.
- Graham CA: The DSM diagnostic criteria for female sexual arousal disorder. *Arch Sex Behav* 39(2):240-255, 2010.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC: Sexual dysfunctions in the United States: prevalence and predictors. *J Am Med Assoc* 281(6):537-544, 1999.

CASO 13.2

Problemas sexuales

Richard Balon, M.D.

Gerhard Palmer, un contable casado de 55 años de edad, acude al psiquiatra buscando una segunda opinión a causa de una depresión mayor recurrente. No había respondido a dos ensayos de 3 meses de antidepresivos, uno con fluoxetina y el otro con sertralina, ambos en dosis altas. No había vuelto a tomar medicamentos desde hacía 1 mes, después del último ensayo fallido.

La evaluación mostró a un hombre gravemente deprimido con importante retardo psicomotor, mala concentración, insomnio inicial, disminución leve de la libido y anhedonia. El Sr. Palmer negó que abusara de sustancias, bebía lo mínimo y no fumaba. Había empezado a tomar propranolol para la hipertensión unos 6 meses antes. El examen físico fue normal. Las analíticas estaban dentro de los lími-

tes normales. La tensión arterial era de 135/85.

En un principio se instauró un tratamiento con clomipramina, cuya dosis se subió enseguida a 250 mg/día. Se añadió bupiriona en dosis de 30 mg/día. Tras 5 semanas de tratamiento, el Sr. Palmer refirió que se sentía mucho mejor. Dormía y comía bien, disfrutaba de algunas actividades, cada vez con mayor entusiasmo, y por primera vez en muchos meses había notado que reaparecía su interés sexual.

Después de no haber tenido relaciones sexuales durante meses, el Sr. Palmer trató de tenerlas varias veces sin éxito. Le angustiaba encontrarse con que, por vez primera en la vida, no podía mantener la erección durante el coito y era incapaz de eyacular, incluso al masturbarse. Estos problemas persistían desde hacía 1 mes. Recordaba haber tenido un leve retraso de la eyaculación mientras tomaba fluoxetina. No recordaba haber tenido tales problemas durante un ciclo previo de bupropión.

Diagnósticos

- Disfunción sexual inducida por medicamentos.
- Trastorno depresivo mayor, en remisión completa.

Explicación

El Sr. Palmer se queja de problemas sexuales que cumplen parcialmente los requisitos de dos diagnósticos del DSM-5: trastorno eréctil y eyaculación retardada. Sin embargo, estos problemas no cumplen totalmente los criterios de ninguno de ellos por dos motivos: la duración es inferior a 6 meses y existe la clara posibilidad de que ambas afecciones puedan achacarse a medicamentos o a la comorbilidad médico-psiquiátrica.

Los problemas del Sr. Palmer con la erección y la eyaculación parecen haber empezado jus-

tamente después de la instauración de la clomipramina, un antidepresivo tricíclico de marcadas propiedades serotoninérgicas. Los antidepresivos tricíclicos se asocian a distintas disfunciones sexuales, siendo la disfunción eréctil la más habitual. Entre los efectos secundarios sexuales de la clomipramina se cita también la eyaculación retardada o inhibida, reflejo de sus acciones como inhibidor fuerte de la recaptación de serotonina.

El Sr. Palmer también ha empezado a tomar bupiriona, un agonista parcial de la serotonina y la dopamina que normalmente no produce disfunción sexual y que, de hecho, a veces se usa para tratar la que acompaña a los antidepresivos.

Si la clomipramina es el agente causal, la disfunción sexual del Sr. Palmer encajaría perfectamente en la disfunción sexual inducida por medicamentos que detalla el DSM-5. Los criterios de este trastorno exigen que haya pruebas de que la disfunción sexual está cronológicamente relacionada con el inicio de una medicación o con un cambio de dosis. En el presente caso, la relación del trastorno eréctil y la eyaculación retardada con la clomipramina parece clara.

El DSM-5 también requiere comprobar que la disfunción sexual no se explique mejor por algún otro mecanismo. Por ejemplo, la depresión mayor se asocia con frecuencia a disfunción sexual, principalmente a descensos de la libido, como le sucedía al Sr. Palmer antes de tomar la clomipramina. Su reducida libido, de hecho, mejoró al mejorar la depresión. Además, existen varias drogas (p. ej., alcohol, nicotina, heroína) que también pueden provocar disfunción sexual. El Sr. Palmer dice que no toma drogas, que no fuma y que bebe muy poco. Por tanto, el abuso de sustancias parece una causa improbable de sus problemas sexuales.

Distintas enfermedades físicas (p. ej., diabetes mellitus, patología cardiovascular) tam-

bién se asocian a problemas sexuales. De hecho, la disfunción sexual es a veces el signo centinela de una patología orgánica. Con respecto al Sr. Palmer, le habían diagnosticado hipertensión arterial y había empezado a tomar propranolol 6 meses antes. Tanto la hipertensión como este medicamento pueden alterar la función sexual. A pesar de ello, el Sr. Palmer no refirió tener disfunción sexual hasta que empezó a tomar la clomipramina, meses después de haber comenzado a tomar el propranolol. Esto parece descartar tanto la hipertensión como el propranolol como causa de sus problemas sexuales, aunque también

es posible que la depresión del Sr. Palmer, al producir inactividad sexual, llevara a que la disfunción pasase desapercibida. No obstante, el culpable más probable de la disfunción sexual sigue siendo la clomipramina, el mismo medicamento que ha mejorado sensiblemente su calidad de vida.

Lecturas recomendadas

Balon R: SSRI-associated sexual dysfunction. *Am J Psychiatry* 163(9):1504-1509, 2006.
Goldberg JF, Ernst CL: *Managing the Side Effects of Psychotropic Medications*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2012.

Disforia de género

INTRODUCCIÓN

John W. Barnhill, M.D.

Los psiquiatras estudian, clasifican y tratan todas las formas de enfermedad mental. Aunque existe la opinión marginal de que la enfermedad mental es un «mito», casi nadie dentro de la psiquiatría duda de la angustia y la disfunción que acompañan a trastornos mentales como la esquizofrenia, la depresión psicótica y la manía bipolar. Sin embargo, se debaten mucho más las agrupaciones sintomáticas que sutilmente conforman variaciones de la normalidad. ¿Cuándo constituye la timidez un trastorno de ansiedad? ¿Cuándo se convierten las rarezas en un trastorno del espectro autista con rendimiento alto? ¿En qué momento pasan a ser las conductas desagradables un trastorno de la personalidad? ¿Cuándo devienen los «despistes de la edad» un trastorno cognitivo menor? Estos debates son inevitables y recuerdan a otros parecidos sobre diagnósticos no psiquiátricos como la diabetes y la hipertensión.

Las definiciones de normalidad influyen directamente en la financiación de la investigación psiquiátrica y la cobertura de los seguros médicos, y en cómo ve la sociedad los sentimientos, comportamientos y pensamientos atípicos. Para tratar este problema, el DSM-5 se basa esencialmente en el malestar y la disfunción, y aconseja a los clínicos, a lo largo de todo el texto, que solo diagnostiquen cuando los síntomas sean a la vez duraderos y significativos. Esta recomendación parece satisfactoria desde las ópticas clínica y ética: si nadie sufre o se ve negativamente afectado, no hay trastorno.

Sin embargo, el debate sigue siendo encendido con respecto a agrupaciones de conductas, cogniciones y sentimientos que no son intrínsecamente patológicas pero sí problemáticas por existir en el seno de determinada estructura social. Quizá sea el análisis de la conducta sexual el lugar donde el debate está más caldeado. Históricamente, por ejemplo,

la homosexualidad se consideraba un trastorno psiquiátrico. Al menos parcialmente por presiones políticas, el diagnóstico de homosexualidad se cambió en el DSM-III por el de infelicidad a causa de ser homosexual (homosexualidad egodistónica). En el DSM-IV se incluía el malestar psíquico persistente y acusado a causa de la orientación sexual como «trastorno sexual no especificado». El DSM-5 va un paso más allá en la desclasificación de la homosexualidad como patológica y elimina todas las referencias concretas a la orientación sexual como causa de alteración psiquiátrica. Obviamente, las personas que tienen relaciones sexuales con individuos del mismo género, o que fantasean con ellas, pueden tener cualquiera de los diagnósticos del DSM-5 —y también descontento con su sexualidad—, pero la orientación sexual no se contempla ya como un factor preferente frente a cualquier otra característica.

Históricamente, la identidad de género se refería a la identificación del individuo como varón o mujer. La identidad de género se consideraba típicamente binaria y coherente con marcadores biológicos tales como los cromosomas y los genitales externos. Algunas clínicas conocidas llevaban a cabo evaluaciones y tratamientos para ayudar a las personas con identidad de género discordante a tener un cuerpo compatible con su percepción interna; sin embargo, para la mayoría de los psiquiatras, la identidad de género rara vez suponía un problema.

Los cambios sociales han enturbiado estas aguas y cada vez hay más personas que no se consideran a sí mismas en el marco de las dicotomías tradicionales (varón/mujer; heterosexual/homosexual) y que conectan con organizaciones de lesbianas, gays, bisexuales y transgéneros por diversas razones, incluida la sensación compartida de estar fuera de la sociedad.

El DSM-III y el DSM-IV penetraron en estas aguas complejas y en su mayoría inexploradas con diagnósticos (transexualidad y trastorno de identidad de género, respectivamente) que

señalaban que el problema clínico era la identidad de género discordante. El DSM-5 prosigue el avance hacia la desclasificación de la identidad de género discordante como algo patológico creando un diagnóstico nuevo, la disforia de género, que hace hincapié en la presencia de malestar o disfunción clínicamente importante junto a la discordancia.

El diagnóstico de disforia de género quizá sea reflejo de un compromiso entre objetivos pragmáticos contrapuestos. Por ejemplo, tener un diagnóstico que haga referencia específicamente a la identidad de género podría ser importante para aquellas personas que pretenden que el seguro cubra la cirugía y el tratamiento hormonal de la reasignación genérica, así como para los transgéneros que busquen protección legal por haber sido discriminados a causa de su identidad de género. Por otro lado, podría ocurrir que un diagnóstico referente a la identidad de género se utilizara en contextos legales como indicador de algún tipo de patología.

Sin embargo, las ramificaciones económicas y legales de su nomenclatura no son lo que más preocupa al DSM-5. Parece también improbable que el DSM-5 pretenda que el término *disforia de género* haga referencia fundamentalmente a las reacciones psicológicas ante el prejuicio social; la discriminación adquiere muchas formas y ningún otro agente de discriminación cuenta con su propio diagnóstico. El DSM-5 también clarifica que el diagnóstico no se refiere simplemente a la inconformidad con el género ni al travestismo.

En cambio, el diagnóstico de disforia de género del DSM-5 refleja una realidad clínica: un subgrupo de pacientes aqueja una infelicidad que parece estar vinculada con la discordancia entre el cuerpo y el sentido del yo, además del hecho de que las intervenciones quirúrgicas y hormonales distan aún mucho de ser perfectas. Aunque quizá sea una etiqueta imperfecta, la *disforia de género* pretende mejorar las probabilidades de que los problemas específicos de estos pacientes sean objeto de atención clínica.

Lecturas recomendadas

Altman K: Facial feminization surgery: current state of the art. *Int J Oral Maxillofac Surg* 41(8):885–894, 2012.

Salamon G: *Assuming a Body: Transgender and Rhetorics of Materiality*. New York, Columbia University Press, 2010.

Staub ME: *Madness Is Civilization: When the Diagnosis Was Social*. Chicago, IL, University of Chicago, 2011.

CASO 14.1

Reasignación de género

John W. Barnhill, M.D.
Friedemann Pfäfflin, M.D.

Jody Rohmer, un vendedor de 52 años de edad, acude a un psiquiatra en el seno de un proceso judicial que estudia su reasignación de género legal como mujer.

Jody nació con genitales masculinos y fue educada como varón. A diferencia de su hermano mayor, más típicamente masculino, a Jody la habían considerado «mariquita» desde la primera infancia, pues normalmente prefería la compañía de las niñas a la de los niños. Durante la adolescencia se había considerado un varón bisexual. Alrededor de los 19 años de edad, durante una relación romántica con un hombre, se había dado cuenta de lo mucho que deseaba ser mujer. La relación acabó, pero el deseo de ser mujer evolucionó hasta convertirse en la clara sensación de que había nacido con un género que no era el suyo. Trató de averiguar si aquella sensación ya había existido antes, pero lo único que recordaba eran ocasiones en que le hubiera gustado ser chica para sentirse más cómoda con sus amigas. Sin em-

bargo, se acordaba perfectamente de que a los 19 o 20 años estaba muy descontenta de que la consideraran varón y veía sus propios genitales como «repugnantes» y un «error de la naturaleza». Entre los 22 y los 24 años, la Sra. Rohmer vivió como mujer e incluso se cambió el nombre, usando únicamente prendas femeninas. También tenía citas. Los varones homosexuales y heterosexuales no solían mostrar interés, por lo que salía principalmente con lesbianas o personas en las distintas fases del cambio de sexo.

A la edad de 24 años, la Sra. Rohmer fue evaluada por dos psiquiatras con experiencia, asignados por el tribunal, que se mostraron de acuerdo con sus puntos de vista. Ese mismo año se sometió a intervenciones quirúrgicas de cambio de sexo, a las que siguió la reasignación legal de varón a mujer. Los resultados de la cirugía de reasignación no fueron muy buenos. Vivió como mujer más de 15 años, pero la experiencia no cumplió

sus expectativas. Al ser una persona alta y musculada, a menudo la tomaban por un transexual en lugar de una mujer como cualquier otra. Este constante escrutinio público era para ella «agotador». Aunque tuvo muchas citas durante este periodo, las relaciones con parejas tanto masculinas como femeninas siempre resultaban decepcionantes.

A los 42 años, la Sra. Rohmer consultó a un cirujano plástico y le pidió que le quitara los implantes mamarios. Esperaba que la vida fuera «más fácil y relajada» en el rol de varón. La idea de integrar «rasgos de personalidad masculinos» como, según ella, más asertividad y dominancia, le despertaba curiosidad y le hacía ilusión. Tras la operación, empezó a tomar hormonas masculinas, que la hicieron más activa y agresiva.

Sin embargo, este cambio no le ayudó a sentirse mejor. Echaba de menos sus genitales masculinos y sabía que ya no podían reconstruirse a plena satisfacción. Las hormonas masculinas estimularon su apetito sexual, pero ya no tenía la posibilidad de tener orgasmos masculinos normales. En lugar de sentirse relajada, después de las relaciones sexuales se notaba tensa e insatisfecha. Además, las citas se complicaron. Seguía siendo bisexual, pero le atraían principalmente los hombres. A la mayoría de los gays no les interesaba una relación (ni el sexo) con alguien que tuviera genitales femeninos, mientras que a la mayoría de los varones heterosexuales no les interesaba una relación (ni el sexo) con alguien de aspecto masculino a pesar de tener genitales femeninos. Se acercó a los círculos de lesbianas, pero no pudo encontrar pareja. Notaba también que las hormonas masculinas la volvían más osada y agresiva en el trabajo, lo que acabó llevándola a perder su empleo y a vivir de un subsidio público, una caída embarazosa para ella dado el éxito de su anterior carrera profesional.

La Sra. Rohmer dejó de tomar hormonas masculinas a los 51 años de edad y observó

que su identidad femenina seguía siendo muy marcada, incluso más de lo que había imaginado. Se tranquilizó, encontró un trabajo nuevo y llegó a la conclusión de que su feminidad era ya irreversible. A los 52 años se puso de nuevo implantes mamarios y solicitó a los tribunales que la volvieran a asignar legalmente el género femenino.

La Sra. Rohmer refirió que había estado «deprimida» a los veintipocos años y que la psicoterapia le había resultado útil. Dijo que era una persona normalmente ansiosa y que, en general, le preocupaba que la gente la juzgara negativamente. Añadió que también creía ser ecuaníme al respecto y que la mayoría de la gente la identificaba enseguida como un hombre en un cuerpo de mujer y por ello la criticaban. Describió que, a los treinta y tantos años, pasó por un periodo en el que bebía alcohol todas las noches para poder dormir, aunque sin consecuencias negativas. Dijo que nunca se había intentado suicidar, ni se había infligido lesiones o cortes, ni la había detenido la policía. Dijo que «casi» había abandonado la idea de tener una buena relación, pero que «de algún modo» seguía siendo optimista de cara al futuro. Negó que sus relaciones hubieran sido especialmente turbulentas o difíciles; lo habitual, dijo, era que la otra persona se sintiera al principio intrigada y después perdiera el interés.

Diagnóstico

- Disforia de género.

Explicación

La Sra. Rohmer presenta un historial complicado de su propio desarrollo que refleja el desarrollo del concepto de disforia de género en el DSM-5.

El género de nacimiento de la Sra. Rohmer fue el masculino y la educaron como si fuera un chico. Sus conductas infantiles se percibían

como de «mariquita» y, por tanto, como «atípicas de su género». En la adolescencia, sin duda ya se habría dado cuenta de la «disconformidad genérica» de sus comportamientos —de lo contrario, sus compañeros de clase se lo habrían hecho notar—, pero se consideró un varón bisexual hasta los 19 años. En ese momento se hizo consciente de que se sentía claramente mujer, aunque recordaba vagamente que, ya en la niñez, hubo ocasiones en las que había deseado ser niña para poder jugar más fácilmente con otras niñas. En aquel momento se la habría definido como «transgénero», término amplio que hace referencia a la identificación transitoria o persistente del propio género como distinto del género natal.

Existe cierta ambigüedad con respecto al momento en que la Sra. Rohmer decidió que era mujer, pero lo más probable es que fuera un caso de insatisfacción de inicio tardío, lo que hace referencia a las personas cuya insatisfacción surge durante la adolescencia y la edad adulta. Mientras que los varones de nacimiento que tienen disforia de género de inicio infantil casi siempre se sienten atraídos por los hombres, los que presentan disforia de género de inicio tardío se suelen sentir atraídos por las mujeres.

La Sra. Rohmer se describe como bisexual en relación con la elección de sus parejas sexuales, pero sería útil explorar sus fantasías y no solo sus comportamientos. Esto siempre vale para comprender la orientación sexual (y la sexualidad en general), pero resulta especialmente útil con las personas que, como la Sra. Rohmer, subrayan que, en la elección de la pareja sexual, influye más la disponibilidad de alguien interesado por salir con una persona de género atípico que el gusto personal.

Al decidirse a vivir como mujer, la Sra. Rohmer pasa a ser considerada una «transexual», término que describe a las personas que buscan o ya han efectuado un cambio de género

(en el caso de la Sra. Rohmer, de varón a mujer). La reasignación de género tuvo lugar —legal y quirúrgicamente— a los 24 de años de edad. Aunque mantuvo su «identidad de género» femenina (constructo social, no fisiológico) durante más de 15 años, no parece que llegara nunca a estar satisfecha. Ni la cirugía ni la vida social discurrieron de la forma esperada, y el periodo «postransicional» resultó decepcionante. Por tanto, se diría que persiste el diagnóstico de disforia de género, y que dicho diagnóstico conserva su validez después de haber suspendido las hormonas femeninas y vivido como varón. Ahora acude a una nueva evaluación para juzgar hasta qué punto es razonable la solicitud de volver a cambiar su estado legal por el de mujer.

La primera petición de reasignación de género la solicitó la Sra. Rohmer a la edad de 24 años. En aquel momento (alrededor de 1986) habría recibido el diagnóstico de «transexualidad» del DSM-III. Durante la mayor parte del periodo en que estuvo insatisfecha con su identidad de género femenina, le habrían diagnosticado el trastorno de identidad de género del DSM-IV. Los criterios del DSM-5 indican que debería recibir el diagnóstico de disforia de género, término que subraya que el trastorno no es la atipicidad del género, sino el malestar que la situación genera. La situación de la Sra. Rohmer se ve complicada por sus idas y venidas tratando de alcanzar un compromiso satisfactorio.

A pesar de todo ello, ahora refiere que no está satisfecha con sus actuales características sexuales secundarias (de varón) y que desea ardientemente poseer las características secundarias del otro género.

Además de evaluar la aceptabilidad del cambio de situación legal, el psiquiatra consultado debería explorar la probable comorbilidad. La Sra. Rohmer describe depresión, ansiedad y consumo excesivo de alcohol. Aunque el informe del caso no es conclu-

yente, todos estos trastornos deberían explorarse.

Lecturas recomendadas

Byne W, Bradley SJ, Coleman E, et al: Treatment of gender identity disorder. *Am J Psychiatry* 169(8):875–876, 2012.

De Vries AL, Cohen-Kettenis PT: Clinical management of gender dysphoria in children and ado-

lescents: the Dutch approach. *J Homosex* 59(3):301–320, 2012.

Drescher J, Byne W: Gender dysphoric/gender variant (GD/GV) children and adolescents: summarizing what we know and what we have yet to learn. *J Homosex* 59(3):501–510, 2012.

Pfäfflin F: Regrets after sex reassignment surgery. *J Psychol Human Sex* 5(4):69–85, 1992. Reimpreso de: Bockting W, Coleman E (eds): *Gender Dysphoria: Interdisciplinary Approaches in Clinical Management*. New York, Haworth Press, 1992, pp 69–85.

CAPÍTULO 15

Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta

INTRODUCCIÓN

John W. Barnhill, M.D.

Las funciones ejecutivas ayudan a controlar y regular la atención, la memoria y el comportamiento. Resultan críticas para la adaptación, el inicio y la finalización de tareas, y la capacidad de posponer la gratificación. Inhiben los comportamientos propios, peligrosos y dañinos.

Los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta afectan a un grupo heterogéneo de personas que tienden, todas ellas, a tener alteradas las funciones ejecutivas. En el capítulo del DSM-5 dedicado a estas afecciones se incluyen el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente, el trastorno de conducta, el trastorno de la personalidad antisocial, la piromanía y la cleptomanía, además de categorías para quienes tienen síntomas clínicamente importantes pero no cumplen los criterios de ningún trastorno específico.

El DSM-5 contempla otros trastornos que se asocian a impulsividad, mala planificación y conflictos interpersonales; se trata de trastornos —desde el trastorno de déficit de atención/hiperactividad hasta algunos trastornos de la personalidad, pasando por los trastornos por consumo de sustancias— que frecuentemente acompañan a los trastornos descritos en este capítulo. Además, la impulsividad disruptiva se asocia al consumo de sustancias, a la infección por el VIH y la hepatitis C, a los traumatismos craneoencefálicos y a toda suerte de patrones de conducta peligrosos que generan agresiones fisiológicas directas sobre la función ejecutiva y pueden conducir a ciclos de intensificación de las conductas disfuncionales.

Todos estos trastornos tienden a iniciarse en las primeras fases de la vida, lo que no debe sorprender dada la relativa inmadurez

de las funciones ejecutivas durante la infancia y la adolescencia. Si la entrevista clínica indica que uno de estos trastornos disruptivos, del control de los impulsos o de la conducta ha surgido de pronto en la edad adulta, lo más probable es que la persona presente un grave trastorno no psiquiátrico o que la anamnesis sea inexacta. Por otro lado, los niños que presentan uno de estos trastornos no siempre acaban teniendo, posteriormente, diagnósticos tan negativos como el de trastorno antisocial de la personalidad o el de trastorno explosivo intermitente de por vida. Sin embargo, sí corren el riesgo de presentar otros problemas, como trastornos depresivos, de ansiedad y por consumo de sustancias.

Estos niños también corren el riesgo de encontrarse con cantidades desproporcionadas de problemas sociales, y el DSM-5 aporta una estructura que permite investigar la gravedad. Por ejemplo, en las personas con trastorno negativista desafiante, la presencia generalizada de los síntomas en todos los ámbitos es un indicador útil de la gravedad, mientras que las «emociones prosociales limitadas» son un especificador del trastorno de conducta que describe a la vez una mayor gravedad y una distinta respuesta al tratamiento.

Las emociones y comportamientos mal controlados se sitúan en un continuo, y la mayoría de las conductas impulsivas y las emociones desreguladas de forma esporádica no indican ningún trastorno del DSM-5 sino, quizá, inmadurez intensificada por problemas situacionales tales como conflictos fami-

liares e interpersonales, intoxicaciones y presiones del grupo. Como en el resto del DSM-5, al clínico le toca considerar detenidamente si los pensamientos, sentimientos y comportamientos cruzan o no la frontera hacia grados de angustia y disfunción que justifiquen un diagnóstico.

Son variables especialmente relevantes la frecuencia, el contexto y la duración de los episodios problemáticos. Es necesario obtener una anamnesis exacta para reunir esta información. Al igual que ocurre en los trastornos de la personalidad, la investigación puede verse obstaculizada por ser personas distintas del paciente identificado las que presenten mayor carga de malestar. Además, la historia psiquiátrica tiende a depender de la honestidad del paciente, y muchos de estos pacientes no se muestran espontáneamente francos ni transparentes. Por estos motivos, las evaluaciones suelen solicitarlas las familias e instituciones (académicas, laborales, legales), y no es probable que puedan completarse sin tener información colateral.

Lecturas recomendadas

- Buitelaar JK, Smeets KC, Herpers P: Conduct disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 22 (suppl 1):S49–S54, 2013.
- Hollander E, Stein DJ (eds): *Clinical Manual of Impulse-Control Disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006.
- Pardini DA, Frick PJ, Moffitt TE: Building an evidence base for DSM-5 conceptualizations of oppositional defiant disorder and conduct disorder: introduction to the special section. *J Abnorm Psychol* 119(4):683–688, 2010.

CASO 15.1

No conoce las normas

Juan D. Pedraza, M.D.
Jeffrey H. Newcorn, M.D.

Kyle es un chico de 12 años que acepta a regañadientes ingresar en una unidad psiquiátrica después de ser arrestado por allanar un supermercado. La madre refiere que está «agotada» y añade que es muy difícil criar a un hijo que «no conoce las normas».

Desde muy niño, Kyle era inusualmente agresivo, acosaba a otros niños y les quitaba sus cosas. Si lo reprendía la madre, el padrastro o un profesor, tendía desde hacía mucho a insultar y golpear, sin importarle el posible castigo. Siendo disruptivo, impulsivo e inquieto, a Kyle le diagnosticaron el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y lo llevaron a un programa de educación especial en segundo grado. En cuarto grado empezó a acudir semana a un psiquiatra para recibir psicoterapia y medicación (quetiapina y dexametifenidato). El cumplimiento fue solamente esporádico, con la terapia y la medicación. Al preguntarle, dijo que el psiquiatra era «idiota».

Durante el año previo al ingreso lo habían pillado robando en las taquillas del colegio (un teléfono móvil, una chaqueta, un ordenador portátil), lo habían castigado por atracar a un compañero para quitarle la cartera y lo habían expulsado por múltiples peleas físicas con los chicos de clase. Lo habían arrestado

dos veces por estas conductas. La madre y los profesores coincidían en que, aunque podía mostrarse encantador con los extraños, la gente enseguida se daba cuenta de que era un «tramposo». Kyle no tenía nunca remordimientos, ni mostraba culpabilidad, ni le importaban los sentimientos de los demás. Era desorganizado, no le interesaban ni atendía a las instrucciones, y perdía constantemente sus pertenencias. En general no hacía sus deberes y, cuando los realizaba, el rendimiento era errático. Al ponerle delante su mal rendimiento, tendía a decir: «¿Y qué vas a hacer, pegarme un tiro?». Kyle, su madre y los profesores coincidían en que era un solitario y no caía bien a sus compañeros.

Kyle vivía con su madre, su padrastro y dos medio hermanos más pequeños que él. El padrastro estaba en paro y la madre trabajaba de cajera a tiempo parcial en un supermercado. El padre biológico estaba en la cárcel por posesión de drogas. Los dos abuelos tenían antecedentes de dependencia alcohólica.

Los antecedentes remotos de Kyle eran normales. El embarazo había sido normal y el desarrollo había transcurrido conforme a lo previsto. No había antecedentes de abusos sexuales ni de maltrato físico. Kyle no tenía enfermedades, ni abusaba del alcohol u otras sustancias, ni era

miembro de pandillas. Nunca lo habían atrapado con armas, ni había provocado incendios, ni se había mostrado especialmente cruel con otros niños o con animales. Habitualmente faltaba al colegio, pero ni se había fugado, ni volvía a casa ya entrada la noche.

Al entrevistarle en la unidad de psiquiatría, el aspecto de Kyle era el de un chico de 12 años informalmente arreglado. Mostraba nerviosismo y hacía contacto ocular de forma esporádica. Dijo que estaba «loco» e insistió en que prefería ir a la cárcel antes que a un psiquiátrico. Hablaba elevando la voz, pero el discurso era coherente y pragmático, a velocidad normal. El afecto era irritable y de enfado. Negó tener ideas de suicidio o de homicidio. También negó tener síntomas psicóticos. Dijo que no se sentía deprimido. No tenía déficits cognitivos evidentes, aunque no quiso someterse a pruebas más formales. La introspección era limitada y el juicio escaso, según la anamnesis.

Diagnósticos

- Trastorno de conducta, tipo de inicio infantil, grave, con emociones prosociales limitadas.
- Trastorno de déficit de atención/hiperactividad.

Explicación

Kyle es un chico de 12 años al que llevan a una unidad de psiquiatría tras atraparlo allanando un supermercado. Tiene un largo historial de comportamientos que violan los derechos de los demás. Estos comportamientos se desvían significativamente de las normas sociales propias de su edad y son causa de deterioro social, académico y funcional. Tiene un trastorno de conducta.

En el DSM-5, los criterios del trastorno de conducta (TC) están organizados en cuatro categorías comportamentales: agresión a per-

sonas y animales, destrucción de propiedades, engaños o hurtos y transgresión grave de las normas. El diagnóstico de TC requiere un mínimo de tres o más comportamientos específicos de los 15 enumerados en estas cuatro categorías. Los comportamientos deben tener al menos 12 meses de evolución, con al menos un criterio presente en los 6 meses previos. Kyle tiene al menos siete de los 15: acoso, peleas, hurtos y robos (con y sin intimidación), allanamientos, mentir y faltar a clase.

Kyle también tiene antecedentes de TDAH concurrente conforme al DSM-5, con síntomas persistentes de hiperactividad, inquietud, impulsividad y falta de atención. El TDAH se encuentra en alrededor del 20% de los jóvenes con TC. Los criterios de los dos trastornos son relativamente distintos, aunque ambas entidades cursan con niveles patológicos de impulsividad.

El DSM-5 contempla varios especificadores que permiten subdividir el TC. El comportamiento de Kyle se inició antes de los 10 años, lo que lo sitúa en el tipo de inicio infantil, en contraposición al tipo de inicio en la adolescencia. Existe también un tipo de inicio no especificado que se usa cuando no hay información suficiente para determinar si el comienzo fue o no antes de los 10 años de edad. Al tratar de identificar la edad de inicio, el clínico ha de buscar distintas fuentes de información y recordar que, a menudo, la edad calculada es 2 años mayor que la real. Las personas con el tipo infantil —como Kyle— tienen más probabilidades de ser varones, de mostrar agresividad y de tener malas relaciones con los compañeros. También tienen más probabilidades de padecer un TDAH concurrente y de presentar conductas delictivas y trastornos por consumo de sustancias durante la fase adulta. En cambio, el TC que se manifiesta entre los 10 y los 16 años (el inicio es raro después de los 16) tiende a ser más leve y, en la mayoría de los casos, se consigue una

buena adaptación social y laboral en la edad adulta. Sin embargo, los dos grupos tienen un riesgo elevado de padecer muchos trastornos psiquiátricos.

El segundo especificador del DSM-5 para el TC se refiere a la presencia (o ausencia) de rasgos de crueldad e impasividad. El especificador de «emociones prosociales limitadas» requiere la presencia persistente de dos o más de los siguientes: falta de remordimiento o culpabilidad, falta de empatía, despreocupación por el rendimiento y afecto superficial o deficiente. Kyle tiene antecedentes de desconsideración para con los sentimientos del prójimo, no parece preocupado por su rendimiento («¿Qué vas a hacer, pegarme un tiro?») y carece de remordimientos en relación con sus actos. Esta etiqueta se aplica solamente a una minoría de personas con TC y se asocia a agresividad y a la búsqueda sin miedo de emociones fuertes.

Un tercer especificador del TC es el relativo a la intensidad de los síntomas. Mentir y llegar más tarde de la hora límite podría hacer que una persona mereciera el diagnóstico de TC leve. El vandalismo o el robo sin intimidación podría justificar un diagnóstico de TC moderado. Los comportamientos de Kyle son merecedores del subtipo grave.

Otros muchos aspectos de la historia de Kyle son útiles para entender su situación. Su padre está en la cárcel por consumo y tráfico de drogas. Sus dos abuelos tienen antecedentes de abuso de alcohol. La madre y el padrastro están infraempleados, aunque se desconocen los detalles referentes a este último. En general, el riesgo de TC se ha observado que es mayor en las familias con antecedentes delictivos, trastorno de conducta y abuso de sustancias, así como con trastornos del ánimo, de ansiedad y del espectro de la esquizo-

frenia. El medio ambiente también contribuye, tanto la crianza caótica durante la primera infancia como, más adelante, la vida en un barrio peligroso y amenazador.

El diagnóstico de trastorno de conducta de Kyle es un ejemplo de cómo pueden evolucionar los diagnósticos durante la vida. Su comportamiento anterior merecía el diagnóstico de trastorno negativista desafiante (TND) del DSM-5, que se caracteriza por un patrón de conductas negativas, hostiles y desafiantes, normalmente dirigidas hacia una figura de autoridad (p. ej., un progenitor o un profesor), y que puede generar malestar importante en el ámbito social o académico. Sin embargo, el TND no puede diagnosticarse en presencia de un TC. Al llegar a la adolescencia, Kyle corre el riesgo de presentar muchos trastornos psiquiátricos, incluidos trastornos del ánimo, de ansiedad y de abuso de sustancias. Especialmente preocupante es la posibilidad de que sus agresiones, hurtos y violaciones de las normas persistan y el diagnóstico de TC se convierta en otro de trastorno antisocial de la personalidad.

Lecturas recomendadas

- Buitelaar JK, Smeets KC, Herpers P, et al: Conduct disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 22 (suppl 1):S49–S54, 2013.
- Maughan B, Rowe R, Messer J, et al: Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry* 45(3):609–621, 2004.
- Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC: Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 36(5):699–710, 2006.
- Rowe R, Maughan B, Moran P, et al: The role of callous and unemotional traits in the diagnosis of conduct disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 51(6):688–695, 2010.

CASO 15.2

Convivencia imposible

Emil F. Coccaro, M.D.

Lucas Sandahl, paisajista de 32 años de edad, acude al psiquiatra para que lo ayude a controlar su ira. Llega a la consulta con su esposa, la madre de sus dos hijos pequeños. La pareja se muestra de acuerdo en que la vida con el Sr. Sandahl se ha vuelto «casi imposible». La esposa del Sr. Sandahl refiere que, aunque siempre había tenido a su marido por una persona «muy tensa», los estallidos eran cada vez más frecuentes e intensos, y le preocupaba que pudiera ponerse violento con ella.

La última discusión había empezado al volver el Sr. Sandahl a casa después de un «día de mucho trabajo» y encontrar que la cena no estaba lista. Al entrar en la cocina y ver a su mujer sentada a la mesa leyendo un periódico, «explotó» y le recriminó lo «mala» que era como esposa. Cuando ella trató de explicarle cómo había sido su jornada, el Sr. Sandahl se puso a insultarla, rompiendo vasos y una silla de cocina. Aterrada, la esposa del Sr. Sandahl salió corriendo de la cocina, cogió a sus hijos y se fue a casa de su madre, a varios kilómetros de distancia. Al día siguiente, le dijo al marido que o buscaba ayuda inmediatamente, o ya podía prepararse para el divorcio.

El Sr. Sandahl dijo que sus «estallidos» habían comenzado en la infancia, pero que no le habían causado problemas hasta los 13 años de edad. Por entonces, empezó a pelearse con frecuencia con otros chicos de clase, lo que a

veces acababa en el despacho del director. Aparte de estos altercados, era un chico socialmente activo y un buen estudiante.

El Sr. Sandahl calculaba que había tenido unos cuatro estallidos verbales por semana en los últimos años, normalmente en respuesta a frustraciones, exigencias imprevistas o insultos percibidos. Además de estas acaloradas peleas verbales, el Sr. Sandahl describió actos de violencia más o menos cada 2 meses; por ejemplo, había lanzado una pantalla de ordenador por los aires cuando empezó a «portarse mal», hizo un agujero en la pared de una patada porque uno de sus hijos no dejaba de llorar y destruyó su propio teléfono móvil durante una discusión con su madre. Dijo que no se había pelcado físicamente desde la adolescencia, aunque casi había llegado a las manos con un vecino y con diversos desconocidos y empleados. La idea de poder herir físicamente a alguien aterraba al Sr. Sandahl «hasta lo más hondo».

Estos ataques de ira habían arruinado las relaciones con sus colegas y parejas románticas, y lo habían empujado a fundar su propia empresa de paisajismo a los 25 años de edad. El negocio había ido bien a pesar de su forma de ser exigente y su temperamento irritable «a la mínima», que hacía que sus empleados cambiaran con frecuencia.

El Sr. Sandahl describió que los episodios eran breves, que llegaban al máximo en cues-

tión de segundos y que rara vez duraban más de unos pocos minutos. Aparte de los altercados, dijo de sí mismo que se sentía «bien». Había tenido periodos breves de ánimo deprimido y mayor ansiedad que no le habían afectado mucho y que tendían a resolverse por sí solos en menos de 1 semana. El Sr. Sandahl bebía en los contextos sociales, pero ni su esposa ni él relacionaron sus explosiones con el alcohol. Antiguamente había probado varias drogas, pero ninguna en los últimos años.

El Sr. Sandahl refirió que al menos otros dos miembros de la familia tenían problemas importantes por sus «ataques de ira». El padre era emocionalmente agresivo y perfeccionista, y esperaba «grandes cosas» de su único hijo varón. La hermana mayor del Sr. Sandahl también tenía problemas por su mal carácter; él achacaba a su maltrato emocional los tres divorcios que había tenido.

Durante la exploración, el aspecto del Sr. Sandahl correspondía al de un varón con ropa informal, colaborador y coherente. Le preocupaba su comportamiento y se mostraba arrepentido hacia su esposa. Negó tener depresión, psicosis o confusión. Negó pensar en dañarse o dañar a otros. La cognición estaba intacta.

La introspección y el juicio fueron buenos durante la entrevista.

Diagnóstico

- Trastorno explosivo intermitente.

Explicación

La conducta agresiva de las personas con trastorno explosivo intermitente (TEI) conforme al DSM-5 es impulsiva o de naturaleza colérica, se asocia a malestar o deterioro importante, se expresa en forma de agresiones verbales y físicas muy frecuentes pero poco intensas o poco frecuentes pero muy intensas, y no se explica mejor con otros trastornos del comportamiento.

El Sr. Sandahl cumple todos los criterios del DSM-5 para el TEI. Refiere estallidos de agresión verbal más de dos veces por semana desde hace más de 3 meses, y explosiones de agresividad física con destrucción de pertenencias al menos tres veces al año. Esta conducta es invariablemente desproporcionada frente a las provocaciones, no está planeada y es de naturaleza colérica. Ocasiona deterioro, cuando no malestar, en su vida personal y laboral, y no se explica mejor mediante ningún otro trastorno psiquiátrico o físico.

El Sr. Sandahl presenta muchos de los rasgos que se asocian al TEI y que no siempre forman parte de los criterios del DSM-5. Entre ellos cabe citar el sesgo de atribución hostil (p. ej., la cena no está lista porque la esposa es una vaga, no porque ha tenido un día difícil), «desencadenantes» asociados a la frustración o a ofensas percibidas, antecedentes de problemas de ira en la familia inmediata, antecedentes personales de maltrato emocional (por el padre), edad de inicio precoz y curso crónico. Muchas o la mayoría de las personas con TEI tienen rasgos compatibles con un trastorno de la personalidad, aunque no cumplan todos los criterios de ninguno en concreto (p. ej., perfeccionismo, como en el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad). Esto es debido a que la gran mayoría de las personas con TEI tienen problemas crónicos relacionados con el control de impulsos y en sus relaciones interpersonales. Si la persona cumple los criterios del TEI y de un trastorno de la personalidad, se deben hacer ambos diagnósticos.

En las personas con trastorno límite y con trastorno antisocial de la personalidad es especialmente probable que se produzcan estallidos de cólera parecidos a los del TEI. Sin embargo, a menos que tengan un TEI comórbido, dichos estallidos son, en general, menos agresivos que los que se observan en el TEI.

La comorbilidad más habitual del TEI la integran los trastornos de ansiedad, depresi-

vos y por consumo de sustancias. Aunque el Sr. Sandahl describe periodos transitorios de ánimo deprimido y ansiedad y bebe alcohol, nada de esto parece cumplir los criterios diagnósticos de ningún trastorno del DSM-5. Los estallidos intermitentes se observan también en otros trastornos psiquiátricos. Si los episodios explosivos recurrentes estuvieran relacionados con un traumatismo craneoencefálico, un delirium, una demencia o una intoxicación repetida, no se aplicaría el diagnóstico de TEI. Ninguno de estos factores parece corresponder a la situación del Sr. Sandahl. Por otra parte, si al Sr. Sandahl le hubieran también diagnosticado un trastorno de déficit de atención/hiperactividad, un trastorno de conducta, un trastorno negativista desafiante o un trastorno del espectro autista, dichos diagnósticos sí podrían asignarse de forma concurrente.

Además de frecuentes agresiones verbales y físicas, el Sr. Sandahl también trata mal a su pareja. Aunque no parece tratarse del comportamiento controlador y aislador de los maltratadores varones de fondo psicopático, su conducta es claramente abusiva para con su esposa, que finalmente ha llegado a su límite de tolerancia. El tratamiento es un aspecto crítico no solo para el matrimonio, sino también para evitar la perpetuación del ciclo de violencia en los hijos.

Lecturas recomendadas

- Coccaro EF: Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5. *Am J Psychiatry* 169(6):577-588, 2012.
- Kessler RC, Coccaro EF, Fava M, et al: The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 63(6): 669-678, 2006.

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

INTRODUCCIÓN

Jonathan Avery, M.D.

El capítulo del DSM-5 sobre trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos abarca trastornos que se asocian a 10 clases de compuestos, además del trastorno de juego, el primer trastorno adictivo comportamental que se incluye en el DSM.

Todos los trastornos por consumo de sustancias del DSM-5 requieren que exista deterioro o malestar clínicamente significativo y la presencia de al menos dos consecuencias físicas, psicológicas y sociales del consumo. El DSM-5 contempla varios especificadores para caracterizar los trastornos por consumo de sustancias; estos especificadores tienen que ver con el curso (p. ej., remisión temprana, remisión sostenida, etc.) y la gravedad (basada en el número de criterios admitidos). Debe destacarse que el diagnóstico de trastorno por con-

sumo de sustancias sustituye a las categorías previas de abuso y dependencia de sustancias.

El DSM-5 también contiene criterios diagnósticos para las presentaciones clínicas directamente relacionadas con el consumo, como la intoxicación y la abstinencia, junto con especificadores descriptivos. Por ejemplo, si una persona presenta intoxicación etílica, el clínico puede añadir un código para indicar la presencia o ausencia de un trastorno comórbido por consumo de alcohol. Para los pacientes que conservan el sensorio claro durante la abstinencia alcohólica pero presentan también alteraciones de la percepción, el diagnóstico del DSM-5 sería probablemente el de abstinencia de alcohol con alteraciones de la percepción. En el caso mucho más probable de que las alteraciones de la percepción

se acompañen de confusión, el diagnóstico se cambiaría por el de delirium por abstinencia alcohólica (trastorno incluido en el capítulo sobre trastornos neurocognitivos en lugar de en este).

El consumo de sustancias también puede producir conjuntos de síntomas que recuerden a una gran diversidad de diagnósticos psiquiátricos, incluidos los trastornos depresivos, bipolares y psicóticos. El DSM-5 propone una estrategia diagnóstica que se basa en gran medida en el curso y las probables repercusiones de la sustancia en cuestión. Por ejemplo, si aparecen síntomas depresivos durante la abstinencia aguda de la cocaína, los síntomas depresivos se considerarían parte del síndrome de abstinencia. Si los síntomas depresivos clínicamente importantes aparecen en el contexto del consumo de cocaína y persisten después de haber cesado este y transcurrido el periodo de abstinencia previsto, la persona merecería probablemente el diagnóstico de trastorno depresivo inducido por cocaína. Si los síntomas depresivos importantes persisten durante un tiempo considerable (p. ej., 1 mes) después de haber dejado de consumir cocaína, al paciente se le diagnosticaría probablemente un trastorno

depresivo mayor autónomo. En tal caso, la cocaína podría considerarse como desencadenante, pero ya no formaría parte del diagnóstico del DSM-5.

El trastorno de juego es un añadido muy discutido a este capítulo. Los datos indican que las adicciones comportamentales, como el juego, tienen mucho en común con los trastornos por consumo de sustancias, como el patrón de consumo y la activación del mismo sistema de recompensa en el cerebro. Para la próxima edición del DSM-5 se está planteando la inclusión de otras adicciones comportamentales, como las adicciones a Internet y al sexo, pero los datos existentes sobre estos trastornos sugieren siendo actualmente reducidos.

Lecturas recomendadas

Galanter M, Kleber HD (eds): *The American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment*, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2008.

Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, et al: DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry* 170(8):834-851, 2013 PubMed ID: 23903334.

Inaba DS, Cohen WE: *Uppers, Downers, All Arounders*, 7th Edition. Medford, OR, CNS Productions, 2011.

CASO 16.1

Un alcohólico «típico»

Marc A. Schuckit, M.D.

Matthew Tucker, un fontanero blanco de 45 años de edad, es derivado a la consulta de psiquiatría al declarar la familia su preocupación por el descontrol que van adquiriendo sus problemas con el alcohol. El Sr. Tucker dice que no ha bebido desde que pidió cita 3 días antes.

Durante los 20 años posteriores al instituto, el Sr. Tucker había bebido 3-5 cervezas por las noches, cinco veces a la semana. En los últimos 7 años había consumido alcohol casi a diario, con un promedio de 6 cervezas los días de diario y 12 cervezas los fines de semana y las fiestas. La esposa le expresó repetidas veces su preocupación porque «bebía demasiado», pero, a pesar de sus intentos de limitarle el alcohol, el Sr. Tucker seguía pasando gran parte del fin de semana bebiendo, a veces faltando a las reuniones familiares y quedándose a menudo dormido al ver la televisión por las noches. Sin embargo, seguía rindiendo en el trabajo, sin pedir bajas por enfermedad. En muchos aspectos, su historia describe lo que probablemente se considere el «típico alcohólico». El Sr. Tucker había logrado abstenerse durante unos meses dos veces en los últimos 4 años. En ambas ocasiones, dijo, lo había «dejado» para contentar a su esposa. Dijo que no había tenido síntomas de abstinencia alcohólica en ninguna de ellas.

En los 6 meses previos a la evaluación, el Sr. Tucker se había vuelto inusualmente irritable y aparecía fatigado, disfórico y preocupa-

do. Era incapaz de disfrutar de sus actividades habituales, incluso de la comida y el sexo, y le costaba concentrarse. También reaccionaba más emotivamente al estrés y se mostraba preocupado sin motivo por el futuro de su negocio. El paciente solía despertarse a las 2:00 de la mañana y no podía volver a conciliar el sueño.

El Sr. Tucker y su esposa señalaron que, aunque este periodo de tristeza duraba desde hacía 6 meses, él ya había tenido episodios parecidos, de 4-6 semanas de duración, en los 5 años previos. Refirieron que nunca antes había tenido episodios así.

El Sr. Tucker llevaba 18 años casado y tenía con su esposa una hija de 17 años. Había terminado el bachillerato y 2 años de formación profesional, y ahora era dueño de una próspera empresa de fontanería. El paciente negó tener antecedentes de otros problemas psiquiátricos o físicos, incluida la manía, y dijo que jamás había intentado suicidarse. Nunca había acudido a un psiquiatra hasta ahora.

En un reciente chequeo anual, el médico de cabecera del Sr. Tucker halló que tenía la presión arterial ligeramente alta (135/92), además de una γ -glutamyltransferasa de 47 UI/L y un volumen corpuscular medio de 92,5 μm^3 . El resto de la analítica era normal.

Durante la primera visita, el Sr. Tucker iba bien vestido, mantenía un buen contacto ocular y no presentaba ni signos de confusión, ni

síntomas psicóticos. Los ojos se le llenaban de lágrimas al hablar del futuro y admitió que se sentía habitualmente triste todo o casi todo el día desde hacía como mínimo 6 meses, aunque negó tener ideas o planes de suicidio. La cognición estaba intacta y comprendía los diferentes efectos del alcohol sobre su persona.

La exploración física realizada por el psiquiatra reveló un pulso normal, ausencia de temblores o sudoración y una ligera elevación de la presión arterial.

Diagnósticos

- Trastorno por consumo de alcohol.
- Trastorno depresivo inducido por alcohol.

Explicación

El Sr. Tucker parece tener al menos dos diagnósticos del DSM-5. El primero es el trastorno por consumo de alcohol, indicado por sus infructuosos intentos de reducirlo, el tiempo excesivo que pasa intoxicado o tratando de recuperarse de los efectos del alcohol, su falta de asistencia a actividades sociales importantes y la continuidad del consumo a pesar de los problemas que ocasiona. El Sr. Tucker no tiene síntomas importantes de abstinencia alcohólica durante la evaluación, a pesar de llevar 3 días sin beber, y dice no haberlos tenido tampoco durante sus intentos previos de dejar la bebida.

El segundo diagnóstico se refiere a sus síntomas anímicos. El Sr. Tucker cumple los criterios sintomáticos del episodio depresivo mayor desde hace unos 6 meses. Describe un ánimo persistentemente deprimido, menor interés por sus actividades, insomnio, menor capacidad de concentración y fatiga. Ya ha tenido «varios» episodios en los últimos 5 años, resolviéndose aparentemente todos ellos de

forma espontánea al cabo de 4-6 semanas de abstinencia.

Es importante distinguir entre los episodios depresivos que aparecen solamente en el contexto del consumo de alcohol en grandes dosis y los que surgen con independencia de la bebida. Estos últimos, si se producen en una persona con trastorno por consumo de alcohol, probablemente seguirán el mismo curso que cualquier otro episodio depresivo, con duración parecida y respuesta semejante a los tratamientos habituales. Las depresiones que aparecen durante periodos de mucha bebida —como en el caso del Sr. Tucker— son diferentes. Bajo la denominación de trastorno depresivo inducido por alcohol, estos episodios tienden a disminuir y desaparecer tras unas semanas o 1 mes de abstinencia. Son pocos los datos que señalan la necesidad de medicación antidepresiva, y los síntomas probablemente tardarán menos en situarse por debajo del umbral del episodio depresivo mayor si la persona deja de beber que si toma antidepresivos. Pueden persistir síntomas subumbrales (p. ej., deterioro del sueño), que seguirán mejorando con la sobriedad. No obstante, si los criterios de la depresión mayor se siguieran cumpliendo tras 1 mes de abstinencia, se diría que el Sr. Tucker tiene un episodio depresivo mayor independiente, aunque el clínico pueda considerar el consumo de alcohol como factor desencadenante.

Lecturas recomendadas

Babor T, Higgins-Biddle J, Dauser D, et al: Brief interventions for at-risk drinking: patient outcomes and cost-effectiveness in managed care organizations. *Alcohol Alcohol* 41(6):624-631, 2006.

Schuckit MA: Alcohol-use disorders. *Lancet* 373(9662):492-501, 2009.

Schuckit MA, Smith TL: Onset and course of alcoholism over 25 years in middle class men. *Drug Alcohol Depend* 113(1):21-28, 2011.

Schuckit MA, Smith TL, Kalmijn J: Relationships among independent major depressions, alcohol use, and other substance use and related pro-

blems over 30 years in 397 families. *J Stud Alcohol Drugs* 74(2):271-279, 2013.

CASO 16.2

Abstinencia de alcohol

Roger D. Weiss, M.D.

Nicholas Underwood, un informático de 41 años de edad, ingresa en un programa de tratamiento para problemas de alcohol aduciendo lo siguiente como razón principal: «Necesito dejar de beber o mi esposa pedirá el divorcio».

En el momento del ingreso, el Sr. Underwood explica que ha estado bebiendo 1 litro de vodka al día, todos los días, y que no había pasado un solo día sin alcohol desde hacía más de 2 años. El Sr. Underwood había estado muchos años bebiendo alcohol después del trabajo, pero más o menos 1 año antes de la evaluación había empezado a beber rutinariamente por las mañanas siempre que tenía el día libre. Más recientemente había empezado a notarse «tembloroso» por las mañanas, sensación que trataba con una copa, seguida de más alcohol a lo largo del día.

El Sr. Underwood presentaba varios problemas relacionados con la bebida. La esposa ya estaba «harta» y había empezado a pensar en divorciarse. Su menor capacidad de concentrarse en el trabajo estaba «hundiendo» su prometedora carrera profesional. Pasaba más

tiempo tratando de recuperarse de los efectos de la bebida y se descubría planeando estrategias para dejar de beber y, al mismo tiempo, tomarse la copa siguiente a escondidas.

El Sr. Underwood había probado el alcohol en el instituto y decía que siempre había tenido más aguante que sus amigos. En la universidad fue uno de los mayores bebedores de una hermandad estudiantil llamada «La casa de los animales». Durante la treintena fue incrementando poco a poco la frecuencia de la bebida, que pasó de los fines de semana, principalmente, a hacerse diaria. El año anterior había pasado de beber exclusivamente cerveza a beber vodka. Había acudido a varias reuniones de Alcohólicos Anónimos durante años, pero tendía a beber nada más acabar la reunión. No había recibido ningún tratamiento formal.

El paciente dijo que no había consumido recientemente otras sustancias; había fumado marihuana y esnifado cocaína varias veces en la universidad, pero no había vuelto a hacerlo desde entonces. No había tomado otras drogas y tampoco tomaba medicamentos. No fumaba

cigarrillos. Había perdido varias veces el conocimiento en la universidad, pero nunca más desde entonces. Carecía de antecedentes comiciales y de problemas orgánicos. En los antecedentes familiares destacaba la dependencia alcohólica de su padre y su abuelo paterno.

El Sr. Underwood llegó al programa de tratamiento aproximadamente a las 3:00 de la tarde, no habiendo bebido nada desde la noche antes. Estaba diaforético y le temblaban claramente las manos. Refirió que padecía ansiedad, inquietud, irritabilidad, náuseas e insomnio reciente.

En la evaluación clínica, el paciente aparecía como un varón diaforético, informalmente vestido, que se mostraba colaborador, aunque paseando nerviosamente de arriba a abajo, y que de inmediato dijo: «Estoy dispuesto a dejarme el pellejo». La velocidad, el ritmo y el tono del discurso eran normales. Negó estar deprimido. No se hallaron signos de pensamiento psicótico y dijo que no había tenido alucinaciones ni auditivas, ni visuales, ni táctiles. Estaba alerta y orientado en cuanto a persona, lugar y fecha. No tenía grandes déficits de memoria, pero la atención y la concentración estaban disminuidas.

Los aspectos más reseñables de la exploración física fueron: diaforesis marcada, tensión arterial de 155/95, frecuencia cardíaca de 104 latidos/minuto, temblor intenso en las extremidades superiores y reflejos tendinosos profundos hiperactivos en todo el cuerpo. Los análisis clínicos fueron normales, excepto los niveles de aspartato-aminotransferasa y alanina-aminotransferasa, más o menos tres veces por encima de lo normal.

Diagnósticos

- Abstinencia de alcohol.
- Trastorno por consumo de alcohol, grave.

Explicación

El Sr. Underwood cumple claramente los criterios de la abstinencia alcohólica. Además de

haber abandonado recientemente un consumo masivo y prolongado de alcohol, el Sr. Underwood presenta los síntomas siguientes: hiperactividad vegetativa, temblor de manos, insomnio, náuseas, agitación y ansiedad. Dicho de otra forma, tiene seis de los ocho criterios de la abstinencia alcohólica, lo que supera claramente los dos mínimamente necesarios.

Una forma de acordarse de los síntomas clave de la abstinencia alcohólica es la regla de las cuatro eses: problemas de Sueño, Sudores, problemas de Estómago y Sacudidas (temblores). Es importante recordar que uno de los principales objetivos del tratamiento de la abstinencia alcohólica consiste en evitar las crisis de gran mal.

La abstinencia del alcohol se produce en el contexto de la dependencia física. Aunque puede aparecer al reducir la bebida en las personas con dependencia grave, la abstinencia relevante tiene lugar normalmente al dejar de beber total y bruscamente. Los síntomas de abstinencia pueden comenzar 4-12 horas después de la última copa, alcanzando la máxima intensidad a las 24-48 horas.

Uno de los principales objetivos del tratamiento farmacológico de la abstinencia consiste en evitar las dos complicaciones más graves de esta: 1) las crisis de gran mal y 2) el delirium de la abstinencia alcohólica (llamado también *delirium tremens*). Las crisis se producen en alrededor del 3% de los pacientes que presentan síndrome de abstinencia; aparecen normalmente a las 7-48 horas de la última bebida, teniendo lugar la mayoría entre 17 y 24 horas después. En algunas circunstancias, la crisis va seguida de un delirium por abstinencia alcohólica, que se caracteriza por desorientación y fluctuación de la consciencia, generalmente con hiperactividad vegetativa grave. Los pacientes con más riesgo de presentar delirium son los que padecen enfermedades orgánicas graves y tienen antecedentes de consumo muy masivo de alcohol durante mucho tiempo. Como el delirium de la abstinencia alcohólica es a veces mortal,

debe tratarse con decisión en un entorno médico vigilado. Es importante tener en cuenta que, aunque las crisis a veces van seguidas de delirium, lo contrario no suele ser cierto. Por consiguiente, si un paciente tiene delirium y después presenta un cuadro de gran mal, el clínico deberá buscar otra causa para la crisis (p. ej., un hematoma subdural).

El Sr. Underwood también cumple los criterios sintomáticos del trastorno por consumo de alcohol. Ha estado bebiendo alcohol en grandes cantidades a pesar de intentar varias veces dejarlo. El ansia de alcohol es muy intensa y ha seguido bebiendo a pesar de tener problemas maritales y laborales que parecen directamente exacerbados por el consumo de

alcohol y por el tiempo necesario para recuperarse de la embriaguez nocturna. También ha demostrado tener tolerancia y abstinencia. El Sr. Underwood cumple al menos ocho de los 11 criterios del trastorno por consumo de alcohol, mereciendo por tanto el especificador de «grave».

Lecturas recomendadas

Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M: Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev 2010 Mar 17(3):CD005063.
Amato L, Minozzi S, Davoli M: Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2011 Jun 15(6):CD008537.

CASO 16.3

Adicción

Petros Levounis, M.D., M.A.

Oliver Vincent jamás había pensado que fuera un adicto. Siempre había estado «por encima de todo». A los 35 años era el independiente y adinerado dueño de varias franquicias de ropa, vivía con una expareja en un apartamento de lujo de Nueva York, hacía ejercicio a diario, disfrutaba de la compañía de un grupo de amigos íntimos y, aunque era soltero, no había abandonado la idea de encontrar (preferiblemente pronto) el hombre perfecto con quien compartir la vida.

El Sr. Vincent había salido del armario ante su católica familia irlandesa a los 19 años. Sus padres ya habían averiguado que el Sr. Vincent era homosexual desde mucho antes y recibieron la confesión bastante bien. Lo que más les preocupaba era que su hijo pudiera resultar discriminado a causa de su sexualidad, que le hicieran daño y que llevara una vida solitaria. Nada más lejos de la realidad: el Sr. Vincent vivía con «la cabeza alta» y disfrutaba al máximo de la vida.

Al verse en un problema de consumo de sustancias, el Sr. Vincent lo abordó de la misma forma que había abordado casi todo lo demás: de frente. Por primera vez en su vida, decidió acudir a un psiquiatra.

El Sr. Vincent describió un patrón que gravitaba alrededor de las actividades de «fiesta y juego» del fin de semana.¹ Las noches del viernes y el sábado —y a veces durante la semana— salía a cenar con amigos y luego iban a algún club o a alguna fiesta privada. Normalmente bebía dos o tres cócteles y cuatro o cinco copas de vino durante la velada. Sin alcohol, le resultaba fácil decir que «no» a las drogas, pero «después de tener un buen punto, si alguien tiene coca —y siempre hay alguien que la tiene—, la consumo. Entonces se me acelera el corazón y hago todo lo posible por enrollarme con alguien. Antes usaba la Red, pero ahora está todo en Grindr».²

En general, el Sr. Vincent bebía alcohol y consumía cocaína tres o cuatro veces por semana, y a veces también consumía «tina y sales de baño».³ Apenas podía asistir a las reuniones del lunes por la mañana y no digamos ya prepararlas. Había intentado reducir el consumo de cocaína desde hacía 6 meses, sin éxito.

Desde que el Sr. Vincent había empezado a consumir cocaína con regularidad, había adelgazado y no dormía bien. Le preocupaba que sus esfuerzos en el gimnasio se echaran a perder. El negocio seguía teniendo éxito, pero su propia eficacia había disminuido. Sobre todo, no tomaba precauciones sexuales cuando estaba «colocado» y le preocupaba que pudiera contraer el VIH.

Diagnóstico

- Trastorno por consumo de cocaína, moderado.

Explicación

El Sr. Vincent padece un trastorno por consumo de cocaína. Si el consumo de metanfetamina cristalizada o de sales de baño se considera significativo, un diagnóstico más preciso sería el de trastorno por consumo de estimulantes. Según el DSM-5, el trastorno por consumo de estimulantes o de cocaína implica un patrón de deterioro y malestar significativos, acompañado de al menos dos de un total de 11 criterios. El Sr. Vincent ha demostrado su deseo persistente de reducir el consumo sin éxito, ha tenido relaciones sexuales sin protección estando «subido», reconoce los riesgos que corre y parece tener síndrome de abstinencia todos los lunes. El cuadro del Sr. Vincent cumple al menos cuatro criterios del DSM-5 y podría decirse que es de intensidad moderada.

La situación del Sr. Vincent explica por qué en el DSM-5 se han fundido dos diagnósticos distintos (abuso y dependencia de sustancias) en uno solo: el de trastorno por consumo de sustancias. En el sistema del DSM-IV, el abuso pretendía ser un trastorno menos grave que la dependencia, y un caso como el del Sr. Vincent podía plantear problemas diagnósticos. Si no fuera por el consumo de cocaína en situaciones de riesgo físico (sexo sin protección con riesgo de contraer el VIH), el trastorno del Sr. Vincent cumpliría plenamente los criterios de la dependencia de cocaína del DSM-IV, pero no los del abuso: esto refleja una formulación confusa. El DSM-5 unifica estos dos diagnósticos y describe tres niveles de intensidad: leve, moderado y grave.

El Sr. Vincent podría merecer otros diagnósticos del DSM-5. Si se le evalúa un sábado por la noche, probablemente cumpliría los criterios de la intoxicación por cocaína, como indican la taquicardia y el poco juicio. Si se le evalúa el lunes por la mañana, probablemente cumpliría los criterios de la abstinencia cocaínica, caracterizada por disforia y fatiga. El consumo de alcohol del Sr. Vincent también es problemático. Parece conducir directamente al consumo de cocaína y —dependiendo de otros elementos de la anamnesis que deberían explorarse— podría o no llegar al nivel del trastorno por consumo de alcohol.

La investigación podría descubrir nuevos síntomas, pero el Sr. Vincent no parece tener trastornos ni de depresión mayor, ni de ansiedad, ni de personalidad, ni relacionados con traumas. El consumo de sustancias parece responder principalmente a determinantes sociales, en concreto a la subcultura de «fiesta y juego» de la comunidad homosexual masculina, que ha aceptado, legitimado y finalmente normalizado el consumo de estimulantes.

Muchos de los pacientes que consumen sustancias tienen además otros trastornos psiquiátricos acompañantes, y a menudo se ve uno tentado a suponer que el consumo debe estar causado (y/o causar) por algún tipo de alteración mayor del estado de ánimo o algún otro problema psiquiátrico. Sin embargo, un número importante de adictos carecen de comorbilidad.

Mucha gente —posiblemente incluso los padres del Sr. Vincent— supone que lesbianas, gays, bisexuales y transgéneros llevan vidas des-

graciadas y solitarias, y que es casi inevitable que tengan distintos diagnósticos psiquiátricos. Otro estereotipo distinto señalaría que el consumo de estimulantes y el sexo sin protección son parte normal de la subcultura homosexual y deben sencillamente aceptarse como un elemento razonable del mundo de «fiesta y juego». Ambos estereotipos pueden descalificar al clínico, disminuir su eficacia y conducir a una sobrestimación o subestimación de la psicopatología.

Además, aunque las conductas peligrosas y negativas pueda parecer a veces que son parte inherente de cierta subcultura (p. ej., la de los gays jóvenes de las áreas urbanas), resulta útil recordar que la mayoría de las personas del grupo referido, en sentido amplio, no consumen habitualmente sustancias ni practican reiteradamente el sexo con riesgo. Al acudir a la consulta del psiquiatra, el propio Sr. Vincent indica que estos aspectos de su vida, por lo demás estupenda, están fuera de control y requieren ayuda profesional.

Lecturas recomendadas

- Levounis P, Arnaout B (eds): Handbook of Motivation and Change: A Practical Guide for Clinicians. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2010.
- Levounis P, Drescher J, Barber M (eds): The LGBT Casebook. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2012.
- Levounis P, Herron AJ (eds): The Addiction Casebook. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2014.
- Levounis P, Ruggiero JS: Outpatient management of crystal methamphetamine dependence among gay and bisexual men: how can it be done? *Primary Psychiatry* 13(2):75–80, 2006.

¹ Fiesta y juego es un eufemismo para referirse a las drogas y el sexo, respectivamente.

² Grindr es una aplicación de *smartphone* que emplea el GPS para detectar y entrar en contacto con personas de la misma inclinación geográficamente próximas.

³ Tina es argot para referirse a la metanfetamina cristalizada. Sales de baño es argot para referirse a un polvo que contiene diversos estimulantes sintéticos.

CASO 16.4

Dolor de rodilla

Jonathan Avery, M.D.

Stephen Ross, M.D.

Peter Winters, un clérigo de raza blanca de 46 años de edad, es derivado por su médico de atención primaria a la consulta externa de psiquiatría por síntomas depresivos y consumo indebido de opioides en el contexto de un dolor crónico en la rodilla derecha.

El Sr. Winters se lesionó la rodilla derecha jugando al baloncesto hace ya 17 meses. Su madre le dio varios comprimidos de hidrocodona y paracetamol que ella tomaba para su dolor de espalda. Al agotarse las pastillas y comprobar que el dolor persistía, acudió a la sala de urgencias. Le dijeron que tenía un esguince leve. Le entregaron comprimidos de hidrocodona-paracetamol para 1 mes. Tomó las pastillas de la forma prescrita durante ese mes y el dolor desapareció.

Sin embargo, después de dejar las pastillas, el Sr. Winters empezó notar que el dolor de la rodilla reaparecía. Acudió a un ortopeda que le pidió pruebas de imágenes diagnósticas y determinó que no había lesiones estructurales. Le dieron otro suministro de hidrocodona-paracetamol para 1 mes. Sin embargo, esta vez tuvo que tomar más de lo prescrito para aliviar el dolor. También se notaba disfórico y «dolorido» cuando no tomaba la medicación, y refirió que sentía «ansia» de más opioides. Volvió al ortopeda, quien lo derivó a un especialista del dolor.

El Sr. Winters estaba demasiado avergonzado como para acudir al especialista del dolor, pues creía que su fe y su fortaleza debían ayudarle a vencerlo. Sin embargo, le resultaba imposible vivir sin el analgésico porque tenía dolor, disforia y dolores musculares cuando dejaba la medicación. También empezó a «disfrutar del subidón» y tenía intensas ansias de consumir. Comenzó a frecuentar las salas de urgencias para que le dieran más opioides, mintiendo a menudo sobre la cronología y la naturaleza del dolor de la rodilla derecha, e incluso le robó pastillas a su madre en dos ocasiones. Empezaba a inquietarle la manera de conseguir más opioides, y ello repercutía en su vida laboral y personal. Reconoció que tenía el ánimo bajo, especialmente al contemplar la repercusión de los opioides en su vida, pero negó que tuviera ningún otro signo anímico o neurovegetativo. Finalmente recurrió a su médico de atención primaria y le reveló su consumo de opioides y su ánimo bajo, siendo este médico quien lo derivó a la consulta de psiquiatría.

El Sr. Winters tenía antecedentes de dos episodios depresivos mayores en su vida, ambos tratados con éxito por el médico de atención primaria con escitalopram. También había tenido un trastorno por consumo de alcohol a los veintitantos años. Logró dejar el alcohol por sus propios medios después de una interven-

ción familiar. Fumaba dos paquetes de cigarrillos al día. El padre tenía depresión y «casi todos» tenían «problemas de adicción» en la familia materna. Él llevaba casado 20 años y el matrimonio tenía dos hijos en edad escolar. Era pastor de su iglesia desde hacía 15 años. Los resultados de la exploración física y las analíticas recientemente realizadas por su médico de cabecera habían sido normales.

El Sr. Winters se mostró colaborador y no presentó anomalías psicomotoras durante el examen del estado mental. Contestó brevemente a casi todas las preguntas, a menudo con un simple «sí» o «no». La velocidad y el tono del discurso fueron normales, sin tangencialidad ni circunstancialidad. Refirió que tenía un estado de ánimo «asqueroso» y el afecto aparecía disfórico y constreñido. Negó tener síntomas de paranoia o alucinaciones. Negó tener pensamientos de dañarse o dañar a otros. La memoria, tanto la reciente como la remota, estaba en general intacta.

Diagnósticos

- Trastorno por consumo de opiáceos.
- Trastorno por consumo de tabaco.
- Trastorno por consumo de alcohol, en remisión.
- Trastorno depresivo mayor.

Explicación

Entre los trastornos por consumo de sustancias, el abuso no médico de medicamentos opioides es el segundo más prevalente, por detrás únicamente del uso indebido de cannabis. Los clínicos no suelen buscar en los individuos como el Sr. Winters los factores de riesgo adictivo antes de prescribir opioides. Este paciente no solo es miembro del clero, sino que tiene un motivo legítimo para tomar analgésicos. Sin embargo, el Sr. Winters tenía varios factores de riesgo de hacerse adicto a los medicamentos opioides, como antecedentes personales y familiares de adic-

ción, consumo activo de gran cantidad de tabaco y antecedentes de depresión. Sus conductas iniciales podrían clasificarse como «pseudoadicción»: conductas que parecen adictivas pero no reflejan una adicción real. Sin embargo, el uso sí llevó a un consumo sin control y compulsivo de opioides que ha repercutido negativamente en su vida. Según el DSM-5, el Sr. Winters merecería el diagnóstico de trastorno por consumo de opiáceos.

El trastorno por consumo de opiáceos sustituye a las categorías anteriores del DSM-IV de abuso de opiáceos y dependencia de opiáceos. Uno de los motivos por los que se hizo este cambio fue para mejorar la precisión diagnóstica al facilitar una forma de caracterizar a las personas que no encajaban en las categorías de abuso y dependencia y que, aun así, tenían problemas importantes por consumo de opioides. El trastorno por consumo de opioides puede diagnosticarse cuando existe un patrón desadaptativo de consumo que ocasiona deterioro o malestar clínico significativo durante un periodo de 12 meses, manifestado por al menos dos de 11 criterios. El Sr. Winters presenta al menos seis criterios del trastorno por consumo de opiáceos: consumo recurrente que impide cumplir con las principales obligaciones, tolerancia, abstinencia, ansia de consumo, consumo en cantidades y durante periodos mayores de lo previsto, e inversión de mucho en tiempo en actividades dirigidas a obtener, usar o recuperarse del efecto de los opioides. El ansia o deseo intenso de consumir resulta muy prevalente en el caso del Sr. Winters. El ansia se añadió a los criterios diagnósticos del DSM-5 porque suele ser el síntoma típico de la adicción.

Los síntomas anímicos del Sr. Winters han de explorarse más a fondo, aunque probablemente reflejen una exacerbación de su trastorno depresivo mayor de base. El trastorno depresivo inducido por opiáceos y el trastorno distímico también deben incluirse en el diagnóstico diferencial. Otros diagnósticos psi-

quiátricos que deben tenerse en cuenta en una persona con trastorno por consumo de opiáceos son el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno de estrés postraumático. El médico de atención primaria confirmó que el Sr. Winters está aparentemente sano, pero el VIH, la hepatitis C y las infecciones bacterianas también son frecuentes en las personas que consumen opiáceos inyectables, si bien son menos prevalentes en quienes tan solo consumen medicamentos opiáceos.

Aunque se necesitan más datos sobre su dolor de rodilla, en el caso del Sr. Winters también debería considerarse un posible trastorno de síntomas somáticos. En el DSM-IV, el Sr. Winters podría haber sido diagnosticado de trastorno de dolor asociado a factores psicológicos y una afección médica general (el esguince de rodilla). El DSM-5, sin embargo, contempla de otra forma a las personas que sufren dolor y rechaza la idea de que algunos dolores se asocian únicamente a factores psicológicos, factores somáticos o ambos. En cambio, el DSM-5 considera que al dolor contribuyen siempre factores psicológicos, somáticos y medioambientales. Es obvio que el dolor del Sr. Winters es multifactorial. Según el DSM-5, merecería posiblemente el diagnós-

tico de trastorno de síntomas somáticos, con dolor predominante. Este trastorno se caracteriza por uno o más síntomas somáticos que generan malestar y/o una ruptura importante de las actividades diarias, así como excesivos pensamientos, sentimientos y comportamientos en relación con dichos síntomas somáticos o exceso de preocupación por la salud.

Lecturas recomendadas

Boscarino JA, Rukstalis MR, Hoffman SN, et al: Prevalence of prescription opioid-use disorder among chronic pain patients: comparison of the DSM-5 vs. DSM-4 diagnostic criteria. *J Addict Dis* 30(3):185-194, 2011.

Cheney B, Galanter M, Dermatis H, Ross S: Medical versus spiritual orientations: differential patient views toward recovery. *Am J Drug Alcohol Abuse* 35(5):301-304, 2009.

Compton WM, Thomas YE, Stinson FS, Grant BF: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 64(5):566-576, 2007.

Wu JT, Woody GE, Yang C, et al: Differences in onset and abuse/dependence episodes between prescription opioids and heroin: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Subst Abuse Rehabil* 2011(2):77-88, 2011.

CASO 16.5

Espiral descendente

Charles H. Silberstein, M.D.

Raymond Xavier, un paisajista semiempleado y divorciado de 29 años de edad, acude a un psiquiatra privado refiriendo que su vida discurre por una espiral descendente. En el momento de la entrevista llevaba más de 6 meses sin un domicilio permanente. Había vivido en varios sitios, incluido su coche y las casas de sus amigos. Desde hacía 1 mes vivía en el bosque en una tienda de campaña. En su reciente cumpleaños había llamado a sus padres y estos le habían ofrecido pagarle el tratamiento de su drogadicción siempre que pudieran hacerlo directamente.

El Sr. Xavier refirió que su problema había empezado a los 24 años, cuando estaba recién casado, tuvo un hijo y se buscó dos trabajos para poder llegar a fin de mes (en una fábrica y como repartidor local). Entonces se lesionó la espalda y no podía trabajar por el dolor, pero un amigo le ofreció algunos comprimidos de paracetamol-oxicodona (Percocet). No solo desapareció el dolor, sino que mejoraron la energía y el estado de ánimo. Por primera vez en su vida se sentía «normal y feliz».

El Sr. Xavier siguió tomando de uno a cuatro comprimidos de Percocet al día durante año y medio. Nunca tomaba más de una pastilla al mismo tiempo. Entonces, a la edad de 26, esnifó media bolsita de heroína (unos 5 dólares en la calle). «Duró unos 10 minutos, pero me vi transportado a una euforia indescriptible. Como 10 veces aquel primer Percocet

que tomé... Buscas esa primera sensación el resto de tu vida, pero no se repite nunca». A los pocos meses de empezar a consumir heroína, comenzó a usarla por vía intravenosa, tratando de volver a sentir aquella euforia.

Tras la primera experiencia con la heroína, el consumo creció rápidamente. A los 6 meses, el Sr. Xavier estaba en paro, separado de la familia y sin hogar. «Dormía en el coche aparcado en la calle... y consumía hasta 30 bolsitas al día [300 dólares]».

El Sr. Xavier empezó a buscar ayuda. Se inscribió en un programa de rehabilitación ambulatorio para consumidores de opiáceos. El ansia de consumo, incluso estando en tratamiento, era muy intensa. El Sr. Xavier relató varias recaídas. Añadió cocaína a las inyecciones de heroína y las «bolas de nieve» se convirtieron en su droga preferida durante un tiempo, aunque luego volvió a consumir únicamente heroína. La primera de sus varias sobredosis accidentales se produjo en una casa deshabitada a los 27 años. Lo habían ingresado en «unas 10 desintoxicaciones y rehabilitaciones», pero siempre recaía entre horas y semanas después del alta. También había acudido a reuniones de Narcóticos Anónimos, de forma esporádica, durante años.

Para conseguir el dinero con que costearse el hábito, robó a su familia y firmó cheques falsos. «Cada céntimo iba a parar a las drogas.

Tengo suerte de no estar en la cárcel, pero no la suficiente para que no me odie todo el mundo».

Decidió irse a vivir a *Martha's Vineyard* 1 año antes de la consulta porque «sonaba a sitio tranquilo». Se llevó consigo algo de metadona, pero el síndrome de abstinencia acabó siendo «feroz».

Siguió consumiendo heroína y oxicodona si podía conseguir las fácilmente. Si no, bebía grandes cantidades de alcohol, aunque dijo: «Tengo que dejar de beber; eso es lo que de verdad me causa problemas». Tomaba también diazepam (Valium) esporádicamente; sin embargo, no lo consideraba un problema, sino más bien una manera de poder soportar el día.

Trabajaba en ocasiones de paisajista. Su jefe —alguien que había conocido en una reunión de Narcóticos Anónimos— le había dejado claro que lo llamaría cuando hubiera trabajo extra, pero que no esperaba que acudiera hasta que estuviera limpio. Había tenido otros varios trabajos dispares: vendedor de material de oficina, ayudante de veterinario y empleado de gasolinera. Llevaba 2 años sin ver a su hija.

El aspecto del Sr. Xavier parecía algo desaliñado durante la exploración. Se mostró en general colaborador, aunque parecía inquieto y, en determinado momento, salió urgentemente de la consulta; al regresar explicó que sufría crisis de diarrea. Tenía las pupilas dilatadas y la piel cubierta de sudor con piloerección. Bostezó varias veces y parecía irritable e infeliz. Con frecuencia aparecían contracciones en brazos y piernas. Se sonó la nariz varias veces y parecía tener lagrimeo. El discurso era rápido y parecía impaciente. Negó tener síntomas psicóticos o ideas de suicidio u homicidio. Dijo que si podía conseguir algo de Suboxone (buprenorfina y naloxona), sería capaz de conservar su empleo y quizá de convertirse en un verdadero padre.

Los análisis clínicos dieron negativo para el VIH y las hepatitis A, B y C.

Diagnósticos

- Abstinencia de opiáceos.
- Trastorno por consumo de opiáceos.
- Trastorno por consumo de alcohol.

Explicación

Como reacción a la falta de heroína o metadona, el Sr. Xavier presenta un cúmulo de síntomas que son típicos de la abstinencia opioide aguda. Estos son: diarrea, lagrimeo y rino-rrea, dilatación pupilar, sudoración, bostezos, inquietud y espasmos ocasionales en las piernas (de ahí deriva la expresión «patear el hábito»). Tiene ánimo disfórico y ansioso.

Los síntomas atribuibles a la abstinencia aguda de opioides se solapan con los de otros trastornos del DSM-5. Por ejemplo, la ansiedad y la depresión del Sr. Xavier son significativas, pero probablemente estén relacionadas con la experiencia de la abstinencia; en dicha situación, ninguna de las dos merece un diagnóstico aparte. Si los síntomas se extienden más allá del periodo de abstinencia inmediato (cuya duración varía en función de la semivida de cada opioide), el diagnóstico probable sería el de trastorno depresivo (o de ansiedad) inducido por sustancias. Si los síntomas persisten 1 mes después de haber dejado la sustancia, entonces podría diagnosticarse un trastorno autónomo (aunque esté desencadenado por el consumo).

El paciente refiere también un abuso significativo del alcohol, además del consumo esporádico de diazepam. Ambos pueden producir intensos síntomas de abstinencia y contribuir al cuadro clínico actual. Sin embargo, ninguno de ellos produce lagrimeo, bostezos y diarrea, síntomas bastante específicos de la abstinencia opioide. El Sr. Xavier no

cuantifica su consumo de alcohol, pero sí dice «Tengo que dejar de beber; eso es lo que de verdad me causa problemas». Incluso sin explicarlo, refiere que bebe más de lo previsto y que tiene problemas relacionados con el alcohol; esto lo hace merecedor del diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol.

El Sr. Xavier ha robado a familiares y extraños, ha abandonado a su esposa e hija, y parece ser un trabajador poco fiable. Esto podría llevar a pensar en el trastorno antisocial de la personalidad. Sin embargo, la heroína es ilegal y cara, y al consumidor medio le resulta prácticamente imposible adquirirla en cantidades suficientes mediante un empleo legal. Por este motivo, el DSM-5 sugiere concretamente que no se diagnostique el trastorno antisocial de la personalidad cuando la conducta derive directamente del esfuerzo por adquirir drogas. Sin embargo, si la conducta antisocial ya es evidente en la infancia o antes de empezar a consumir la sustancia, pueden hacerse los dos diagnósticos. Sin antecedentes de conducta antisocial sin relación con la compra de heroína, el Sr. Xavier no cumpliría probablemente los criterios del trastorno antisocial de la personalidad. Sin embargo, sí podría merecer el de conducta antisocial del adulto, que aparece en el capítulo «Otras afec-ciones que pueden ser foco de atención clínica». Como otros diagnósticos que aparecen en ese capítulo pero no en el texto principal del DSM-5, la conducta antisocial del adulto está vinculada a un código V de la CIE-9 y un código Z de la CIE-10.

Más claro, desde luego, es el grave trastorno por consumo de opioides que presenta el

Sr. Xavier, siendo este un diagnóstico que hace referencia a la autoadministración compulsiva y prolongada de opioides sin supervisión médica. El consumo del Sr. Xavier cumple los 11 criterios del DSM-5: tomar cantidades mayores de lo previsto, incapacidad de consumir menos, exceso de tiempo dedicado a obtener, consumir y recuperarse de los efectos del opioide, ansia de consumo, imposibilidad de cumplir con las obligaciones, problemas sociales e interpersonales persistentes, menos actividades, ponerse en situación de riesgo físico, seguir consumiendo a pesar de conocer las consecuencias, tolerancia y abstinencia.

En muchos aspectos, la presentación del Sr. Xavier es la clásica. El inicio se produce típicamente entre los diecimuchos y los veintipocos años. La experiencia de sentirse «normal y feliz» con la primera dosis es frecuente, igual que la «caza del subidón», la búsqueda incansable de esa sensación inicial de bienestar y euforia. Algunos consumidores de opioides conservan sus empleos y sus familias, pero muchos caen en esa espiral desesperada y negativa. El Sr. Xavier, sin embargo, presenta un rasgo atípico, ya que no está infectado por ninguno de los virus que habitualmente se encuentran en los consumidores de drogas intravenosas: el VIH y los virus de las hepatitis A, B y C.

Lecturas recomendadas

Borg L, Kravets I, Kreek MJ: The pharmacology of long-acting as contrasted with short-acting opioids, en *Principles of Addiction Medicine*, 4th Edition. Editado por Ries RK, Miller SC, Fiellin DA, Saitz R. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2009, pp 117-131.

CASO 16.6

Estrés y abuso de sustancias

Li Jin, D.O.

Daryl Shorter, M.D.

Coreen Domingo, Dr.P.H.

Thomas R. Kosten, M.D.

Shaun Yates, un estudiante universitario afroamericano de 34 años de edad, acude a la consulta para evaluar su inestabilidad crónica del estado de ánimo. Sus síntomas habían persistido y empeorado en la década siguiente a su regreso de un periodo de servicio militar de 12 meses en Irak. El Sr. Yates dijo que antes de su alistamiento nunca había tenido síntomas psiquiátricos de importancia. Durante el despliegue lo destinaron a transportes y, aunque no se vio directamente implicado en combates, sí perdió «muchos camaradas». Esta era su primera evaluación psiquiátrica. No le gustaba «hablar de estas cosas», pero su esposa había insistido.

En la consulta, el Sr. Yates refirió que tenía el ánimo «bajo». Era como si «anduviera dormido» casi siempre, y no disfrutaba ni de su esposa ni de sus dos hijos pequeños. Dijo que tenía inquietud y estaba injustificadamente alerta siempre que iba a lugares públicos. Evitaba conducir, especialmente cruzar puentes, y prefería «quedarse por el barrio». Lo despertaban periódicamente sueños relacionados con «bombas y minas terrestres». Después de varios años de subempleo, en parte achacables a estos síntomas, la esposa lo había convencido para que volviera a la univer-

sidad, para gozar de una mayor flexibilidad laboral en el futuro.

El Sr. Yates refirió que tenía problemas para concentrarse desde que había regresado del servicio militar. La cocaína lo había ayudado al principio, pero su capacidad de estudiar disminuía al ir aumentando el consumo de cocaína. Dijo sentirse algo culpable por sus conductas sexuales durante el consumo, pero negó tener sentimientos de desvalorización o desesperanza. Tenía antecedentes remotos de suicidalidad pasiva («ideas pasajeras»), pero dijo que no había ni ideas, ni intentos activos de suicidio. El apetito era bueno y negó que hubiera antecedentes de crisis de pánico, manía, psicosis o síntomas obsesivos-compulsivos. Negó también tener antecedentes de ingresos o tratamientos psiquiátricos de carácter ambulatorio. No había antecedentes familiares de tipo psiquiátrico, aparte de un padre con abuso de alcohol.

El Sr. Yates había empezado a consumir alcohol los fines de semana, a la edad de 14 años. Al principio lo toleraba muy bien y necesitaba 1 pinta de alcohol para «emborracharse». El Sr. Yates explicó que el consumo de alcohol había aumentado algo en las Fuerzas Armadas —«puede que un poco descontrolado»— y que tenía «apagones» periódicamente. Después de

licenciarse, solía beber 1 pinta cada 2-3 días, aunque a veces más. Durante los periodos de mucho consumo, a veces había tenido temblores matinales que se resolvían bebiendo. Negó tener otros síntomas de abstinencia, pero el hecho de beber por las mañanas le había recordado a su padre, que acabó muriendo de cirrosis a los 56 años de edad, por lo que empezó a limitar la bebida al fin de semana. Desde que había empezado a consumir cocaína asiduamente, utilizaba el alcohol para «bajar» el «subidón» de esta. Dijo que no tenía antecedentes de problemas legales ni detenciones.

Desde el instituto, el Sr. Yates fumaba cannabis de forma social, nunca más de dos veces al mes. Durante el año previo a la evaluación, había descubierto que la marihuana aliviaba el insomnio y había empezado a tener ansia de consumo todas las noches. Su esposa se opuso, alegando que al final lo cogería la policía o lo pillarían sus hijos. Él siguió consumiendo la marihuana, a pesar de las discusiones nocturnas, porque el cannabis era lo que mejor le iba para poder dormir sin pesadillas.

El Sr. Yates consideraba que la cocaína era su droga preferida. La había empezado a consumir pocos años después del servicio militar. La consumía principalmente «esnifándola», aunque había probado a fumar crack. Dijo que nunca había probado las drogas intravenosas. El año anterior, el gasto en cocaína había aumentado a 200 dólares semanales, por lo que había empezado a empeñar cosas y a faltar a clase y al trabajo, sobre todo cuando se sentía muy deprimido tras el consumo. Aunque la esposa no sabía lo de la cocaína ni conocía el efecto de esta sobre su rendimiento global, apenas avanzaba en sus estudios y había perdido al menos tres trabajos por el absentismo provocado por esta droga. El año anterior, el Sr. Yates había empezado a consumir fenciclidina (PCP) para reducir el gasto. Mojaba los porros (cigarrillos de marihuana) en PCP antes de fumarlos.

El Sr. Yates consumía otras sustancias cuando podía conseguirlas con facilidad, normalmente en las fiestas. Entre ellas estaban el éxtasis (unas 10 veces en toda su vida), las benzodiacepinas (unas 20 veces) y los medicamentos opiáceos (unas 5 veces). Además, también fumaba 3-5 cigarrillos al día desde los 16 años. Sus intentos de dejar de fumar habían fracasado por presentar ansia persistente de consumo y síntomas de abstinencia.

Diagnósticos

- Trastorno de estrés postraumático.
- Trastorno por consumo de cocaína, grave.
- Trastorno por consumo de alcohol, leve.
- Trastorno por consumo de cannabis, leve.
- Trastorno por consumo de tabaco, leve.

Explicación

El Sr. Yates acude para evaluar una «inestabilidad crónica del ánimo» que podría estar relacionada con sus experiencias traumáticas en Irak, el abuso crónico de sustancias o una dolencia psiquiátrica sin relación alguna con lo anterior. Quizá considere su consumo de sustancias como una forma de «automedicación», pero una o más de dichas sustancias podría estar induciendo o exacerbando un trastorno psiquiátrico. Esclarecer estos diagnósticos es esencial.

El Sr. Yates acude al psiquiatra por presentar ánimo inestable y un rendimiento en declive. Dado que estos síntomas parecen desarrollarse aparentemente a raíz del servicio militar, resulta razonable explorar la posibilidad de un trastorno de estrés postraumático (TEPT), diagnóstico capaz de unificar diversos síntomas aparentemente dispares. Aunque el Sr. Yates no combatió, dice que «perdió muchos camaradas». Además, su puesto en una unidad de transporte durante los primeros años de la guerra de Irak habrían sido especialmente peligrosos por la posibilidad de encontrar minas terrestres y sufrir ataques suicidas. Además de

algún tipo de trauma, el TEPT requiere síntomas de cuatro grupos distintos: intrusión (p. ej., pesadillas relacionadas con bombas), evitación (p. ej., de los puentes y de conducir), alteración negativa de la cognición y el ánimo (depresión, desapego), y activación vegetativa (hipervigilancia). En el Sr. Yates, estos síntomas persisten desde hace más de 1 mes e influyen en su vida. El único criterio que no está totalmente claro es si la alteración es o no atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia.

El Sr. Yates empezó su largo y variopinto abuso de sustancias con el alcohol a los 14 años de edad. El consumo fue avanzando, añadiéndose el cannabis, las benzodiacepinas, el éxtasis, los medicamentos opiáceos, la cocaína, la PCP y el tabaco. En conjunto, estas sustancias han contribuido a que presente peores notas, conductas físicamente arriesgadas (es decir, pérdidas de conciencia, prácticas sexuales de riesgo), problemas matrimoniales (discusiones por la marihuana) y, presumiblemente, un empeoramiento de los síntomas de su TEPT de base.

En el DSM-IV habría resultado bastante fácil diagnosticar al Sr. Yates de dependencia de varias sustancias. Sin embargo, un diagnóstico tan amplio puede obviar el interrogatorio sobre las sustancias que realmente suponen un problema y no ser especialmente útil de cara al tratamiento. Por estos motivos, en el DSM-5 se ha eliminado el término «varias sustancias». Ahora se debe evaluar por separado el consumo que realiza el Sr. Yates de cada sustancia y determinar si se ha alcanzado en cada caso el umbral clínicamente importante.

La sustancia preferida del Sr. Yates es la cocaína. También es la que ha producido más deterioro. El consumo de cocaína ha dado lugar a la pérdida de tres trabajos, el mal rendimiento académico, el empeño de objetos personales y la disforia recurrente que presenta después de la dosis. Aunque reconoce las consecuencias negativas y ha tratado de consumir menos, el consumo ha crecido. Dado que cum-

ple al menos siete de los 11 criterios, el Sr. Yates padece, conforme al DSM-5, un trastorno por consumo de cocaína grave.

En su peor momento, el consumo de alcohol del Sr. Yates ha producido «apagones», temblor de abstinencia y cierto «descontrol». El informe del caso no indica si el consumo de alcohol causó otros problemas, pero aun así cumple los criterios, como mínimo, del trastorno por consumo de alcohol leve a causa de lo que bebía durante su estancia en las Fuerzas Armadas. Si se observa de manera transversal, en el momento de la evaluación, el menor consumo no parece cumplir los dos de 11 criterios sintomáticos obligatorios. No obstante, el DSM-5 subraya que, una vez cumplidos los criterios de un trastorno por consumo de sustancias, la «remisión» no se alcanza hasta que el individuo deja de cumplir todos los criterios (aparte del ansia). Por tanto, el Sr. Yates seguiría cumpliendo los criterios del trastorno por consumo de alcohol.

La evaluación del consumo de cannabis del Sr. Yates es más complicada. Esta sustancia parece ayudarle a dormir y el paciente no refiere que le ocasione efectos adversos. Sin embargo, sí ansía consumir la sustancia y su consumo provoca problemas matrimoniales; por consiguiente, el Sr. Yates cumple los criterios del DSM-5 para el trastorno por consumo de cannabis leve. En cuanto al tabaco, solo fuma 3-5 cigarrillos al día, pero ansía la sustancia y, aunque ha tratado varias veces de dejar de fumar, no lo ha logrado a causa de la abstinencia. Estos síntomas lo hacen mercedor del diagnóstico de trastorno por consumo de tabaco leve. Aunque ha consumido éxtasis, benzodiacepinas y medicamentos opiáceos, el uso de estas sustancias no parece cumplir los criterios de ningún trastorno del DSM-5.

Los pacientes suelen abusar de más de una sustancia y los efectos de las drogas pueden interactuar de formas complejas con otros diagnósticos psiquiátricos como el TEPT. Es fundamental comprender de manera longitudinal todos los diagnósticos psiquiátricos del Sr. Yates, incluido el consumo de varias sustancias,

para poder entender al paciente y desarrollar un plan de tratamiento que pueda funcionar.

Lecturas recomendadas

Arnaout B, Petrakis IL: Diagnosing co-morbid drug use in patients with alcohol use disor-

ders. *Alcohol Res Health* 31(2):148-154, 2008.

Saunders JB, Schuckit MA, Sirovatka PJ, Regier DA: *Diagnostic Issues in Substance Use Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2007.

CASO 16.7

Juego

Silvia Bernardi, M.D.
Carlos Blanco, M.D., Ph.D.

Tomás Zambrano es un varón hispanoamericano de primera generación, casado y de 36 años de edad, que acude a la clínica de juego de un importante centro médico para evaluación y tratamiento.

El Sr. Zambrano, entrenador de fútbol de un instituto en una zona residencial, tenía un hijo de 5 años. Dijo que no tenía antecedentes ni psiquiátricos, ni de abuso de sustancias. Iba correctamente vestido y arreglado, se expresaba con fluidez en inglés y en español, hablaba con un tono y un volumen normales, y en la exploración se observó que la función cognitiva estaba intacta y que la inteligencia se situaba dentro de la media.

El Sr. Zambrano había realizado apuestas deportivas y jugado a las cartas desde niño, añadiendo en la evaluación que el juego «forma parte de nuestra cultura». La afición favo-

rita de su padre contra el estrés había consistido en jugar al póker con amigos por las noches, y el Sr. Zambrano recordaba con cariño los momentos compartidos entre padre e hijo. El póker se convirtió para él en una actividad que le era familiar y que cada vez utilizaba más para aliviar el estrés del trabajo. Le encantaba la excitación que producía, además del reto intelectual y la competición.

Sin embargo, los juegos de cartas no siguieron siendo un pasatiempo benigno. El Sr. Zambrano había empezado a perder más dinero del que podía permitirse. En los 2 últimos años había ido aumentando poco a poco la frecuencia y las apuestas de sus veladas de póker. Cuando perdía, apostaba incluso más, convencido de que la suerte le favorecería la vez siguiente. Cuando ganaba se sentía enormemente bien y seguía jugando, convencido

de que «estaba en racha». Aunque las pérdidas le hacían sentir despreciable, estúpido e irritable, pensaba que el éxito llegaría si podía perfeccionar su estrategia. Notaba un impulso poderoso y casi constante a jugar más y más y a recuperar el dinero perdido. Cuando trataba de jugar menos, se notaba irritable e inquieto, y entonces volvía rápidamente a sus noches de juego.

Al llegar a la clínica de juego, el Sr. Zambrano estaba desesperado. El póker nocturno había ocasionado fatiga diurna y mal rendimiento en su trabajo de entrenador, que antes adoraba. Tan solo pensaba en la siguiente partida de póker. Su esposa e hijo llevaban mucho tiempo quejándose del tiempo que pasaba lejos de la familia, pero la mujer acababa de averiguar que se había gastado los fondos para la universidad del chico y que tenía una deuda acumulada de 30.000 dólares en las tarjetas de crédito. Al amenazarlo con pedir el divorcio, él se entristeció y decidió buscar tratamiento.

Diagnóstico

- Trastorno de juego.

Explicación

El Sr. Zambrano está preocupadísimo por el juego, tiene un patrón recurrente de querer compensar sus pérdidas y se juega cada vez más dinero. Miente a su esposa y no le confiesa las pérdidas, y ha puesto en peligro su relación marital y su empleo. El Sr. Zambrano presenta al menos cinco de los nueve criterios que contiene el DSM-5 para el trastorno de juego (se necesitan cuatro de nueve para el diagnóstico).

Si jugar en exceso es síntoma de un episodio maniaco, no se diagnostica el trastorno de juego. Cuando el episodio maniaco es el diagnóstico principal, el paciente tiende a jugar

casí siempre en el contexto de una gran emoción acompañada de grandiosidad, mostrando además otros síntomas del trastorno bipolar, como exceso de energía y menor necesidad de dormir. Cuando el juego se utiliza como reacción de afrontamiento desadaptada, la persona tiende a jugar principalmente durante los estados de ánimo negativos, como la ansiedad y la depresión. El clínico también debe tener en cuenta que las pérdidas del juego pueden desencadenar episodios anímicos, normalmente trastornos de adaptación, aunque también puede darse la comorbilidad con el trastorno depresivo mayor y la manía o la hipomanía. La evaluación de la relación temporal entre síntomas y pérdidas ayuda a establecer el diagnóstico principal. En este caso, el Sr. Zambrano niega concretamente todos los síntomas maniacos.

El Sr. Zambrano es algo atípico en cuanto que niega tener comorbilidad psiquiátrica. Un gran porcentaje de las personas que tienen trastorno de juego presentan trastornos por abuso de sustancias, trastornos de la personalidad, trastornos del ánimo o trastornos de ansiedad. Como la evaluación exacta de la comorbilidad es esencial para la toma de decisiones terapéuticas, sería útil que el clínico explorara la posibilidad de que el Sr. Zambrano esté minimizando otros síntomas.

El Sr. Zambrano es más típico al tener un padre que también fue jugador. Muchas personas con trastorno de juego tienen familiares de primer grado que también juegan, aunque no está claro hasta qué punto este hecho obedece al aprendizaje o a la herencia genética.

Lecturas recomendadas

- Black DW, Monahan PO, Temkit M, Shaw M: A family study of pathological gambling. *Psychiatry Res* 141(3):295-303, 2006.
- Blanco C, Myers J, Kendler KS: Gambling, disordered gambling and their association with major

depression and substance use: a Web-based cohort and twin-sibling study. *Psychol Med* 42(3): 497-508, 2012.

Kessler RC, Hwang I, LaBrie R, et al: DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 38(9):1351-1360, 2008.

Petry NM, Stinson FS, Grant BF: Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epi-

demologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 66(5):564-574, 2005.

Petry NM, Blanco C, Stinchfield R, Volberg R: An empirical evaluation of proposed changes for gambling diagnosis in the DSM-5. *Addiction* 108(3):575-581, 2013.

Slutske WS, Zhu G, Meier MH, Martin NG: Genetic and environmental influences on disordered gambling in men and women. *Arch Gen Psychiatry* 67(6):624-630, 2010.

Trastornos neurocognitivos

INTRODUCCIÓN

John W. Barnhill, M.D.

Todos los trastornos neurocognitivos cursan con prominentes déficits cognitivos de carácter adquirido. Estos trastornos cognitivos pueden dividirse en dos grupos amplios—el delirium agudo y los trastornos neurocognitivos (TNC) más crónicos— que pueden a su vez subdividirse.

El delirium se caracteriza como una perturbación fluctuante de la atención, la consciencia y la cognición que aparece de forma aguda y en el seno de uno o más precipitantes fisiológicos identificables. El delirium puede caracterizarse aún más en función de factores tales como la duración, el nivel de actividad y la etiología. Hallado sobre todo entre los pacientes ingresados por causas físicas y entre los que abusan de sustancias, el delirium requiere buscar detenidamente su etiología, a menudo multifactorial. Si el delirium es fruto de la abstinencia o la intoxicación causada por una sustancia, el diagnósti-

co pertinente es el de delirium comórbido con posibles trastornos por consumo de sustancias. Por ejemplo, un caso se podría codificar como delirium por abstinencia alcohólica, agudo e hiperactivo, y trastorno por consumo de alcohol.

Además del delirium agudo, este capítulo del DSM-5 describe también los trastornos neurocognitivos crónicos. Hay dos aspectos de la nomenclatura que podrían resultar confusos. En primer lugar, la mayoría de los trastornos neurocognitivos crónicos se han descrito en general como demencias. Aunque se sigue usando, en el término *demencia* se perciben a veces connotaciones peyorativas. Además, este término encajaría en los trastornos progresivos que casi siempre afectan a los ancianos (p. ej., la enfermedad de Alzheimer) mejor que en el declive cognitivo brusco y estático que acompaña a problemas tales los traumatismos craneoencefálicos.

Un segundo problema es que el término *neurocognitivo* parece hacer énfasis en los déficits cognitivos. Sin embargo, todos los TNC cursan con varios déficits, y el DSM-5 recomienda que, al evaluar un TNC, se evalúen también las funciones ejecutivas del tipo de la atención compleja, el aprendizaje, la memoria, el lenguaje, la capacidad visoconstructiva y la cognición social. Además, todos los TNC pueden tener marcados componentes comportamentales y de personalidad, capaces de constituir el aspecto más visible y disfuncional de la presentación clínica.

Los trastornos neurocognitivos se dividen en mayores y leves en función del rendimiento cognitivo y el grado de independencia práctica de la persona.

El trastorno neurocognitivo mayor coincide con los criterios previamente usados por la psiquiatría, la medicina y la neurología, e identifica a grupos de individuos con déficits y necesidades de atención parecidas.

El trastorno neurocognitivo leve, que constituye una categoría nueva en el DSM-5, trata de identificar a aquellos grupos de pacientes con deterioro a la vez sutil y significativo. Como sucede en toda la psiquiatría, se requie-

re juicio clínico para evitar los excesos de patologización. Por ejemplo, los «despistes ocasionales» de la edad no constituyen un TNC leve. Por el contrario, el TNC leve pretende identificar a aquellas personas cuyos deterioros influyen en la calidad de vida hasta el punto de merecer atención clínica. Otro motivo para crear el diagnóstico de TNC leve es el hecho de que la mayoría de los trastornos neurocognitivos mayores avanzan inexorablemente, y para reducir sus efectos catastróficos habrá probablemente que diagnosticarlos y tratarlos en una fase inicial.

Lecturas recomendadas

Blazer D: Neurocognitive disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry* 170(6):585-587, 2013.

Ganguli M, Blacker D, Blazer DG, et al: Classification of neurocognitive disorders in DSM-V: a work in progress. *Am J Geriatr Psychiatry* 19(3):205-210, 2011.

Weiner MF, Lipton AM (eds): *Clinical Manual of Alzheimer Disease and Other Dementias*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2012.

Yudofsky SC, Hales RE: *Clinical Manual of Neuropsychiatry*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2012.

CASO 17.1

Disforia

John W. Barnhill, M.D.

Llaman a un psiquiatra consultor para evaluar la depresión de Víctor Álvarez, un hombre de 76 años de edad que presentó disforia el día después de que lo operasen para reparar una fractura de cadera. Ya era de noche y no quedaba nadie del equipo que lo había ingresado, pero una anotación del trabajador social en la historia clínica explicaba que la fractura parecía deberse a que había tropezado en su apartamento, en el que había mucho desorden. La nota decía también que el paciente no tenía ni hijos, ni familia conocida viva.

La vecina que había llevado al Sr. Álvarez al hospital había declarado que el paciente salía menos de casa desde hacía unos años y se cuidaba menos desde la muerte de su esposa hacía 6 meses. Sin embargo, hasta el día de la cirugía, había sido capaz de valerse por sí mismo en su apartamento. La vecina, que era enfermera, también mencionó que, mientras esperaban la ambulancia, su marido se había quedado con el Sr. Álvarez mientras ella buscaba frascos de pastillas por el apartamento. Dijo que solo había encontrado un frasco sin abrir de paracetamol y otro de antihipertensivos cubierto de polvo.

Los resultados de la analítica de ingreso indicaban que el Sr. Álvarez tenía el nitrógeno ureico en sangre elevado, la albúmina baja y el volumen corpuscular medio en el límite

superior del rango normal. La presión arterial era de 160/110. Además de los medicamentos relacionados con la cirugía, en la historia se señalaba que había recibido 2 mg de haloperidol a raíz de un episodio de agitación. Una nota de enfermería, escrita 1 hora después de la administración del haloperidol, indicaba que el paciente estaba «preocupado y rígido».

Al explorar su estado mental, el Sr. Álvarez yacía recostado en un ángulo de 45 grados sobre una cama desordenada. Estaba delgado y presentaba moderada emaciación temporal. El afecto era triste, preocupado y constreñido. Parecía rígido e incómodo. No respondió inmediatamente a las preguntas y comentarios del entrevistador. Tenía los ojos cerrados, aunque a veces los abría unos instantes, y la postura corporal indicaba que estaba despierto. Después de mucho esfuerzo, el psiquiatra logró que el paciente dijera «Estoy bien» y «Váyase». Al preguntarle por dónde estaba, el Sr. Álvarez dijo: «En mi apartamento». Cuando abrió los ojos, el hombre parecía confuso. No respondió a más preguntas y se negó a hacer la prueba del dibujo del reloj. Aquel mismo día, el equipo quirúrgico le había asignado una acompañante que comentó que el paciente siempre estaba dormido o tratando de salir de la cama, y que no había hecho nada sensato en todo el día.

Diagnóstico

- Delirium no especificado.

Explicación

Aunque la información resultada limitada, el Sr. Álvarez sí parece presentar alteraciones del nivel de consciencia y la atención, problemas que parecen agudos y directamente relacionados con la cirugía y la hospitalización. Una evaluación más amplia valoraría más exhaustivamente el nivel de consciencia y la capacidad de dirigir, enfocar, mantener y cambiar el foco de la atención. También documentaría más detenidamente los déficits específicos de la orientación, la habilidad ejecutiva, el lenguaje, la percepción visual, el aprendizaje y la memoria. Sin embargo, como suele ocurrir en los casos agudos, este psiquiatra debe hacer un diagnóstico inicial con información incompleta, y el Sr. Álvarez sí parece cumplir los criterios sintomáticos del DSM-5 para el delirium.

El delirium es frecuente en los pacientes ingresados y, muy especialmente, en varios subgrupos, entre ellos el de los ancianos sometidos a cirugía de cadera. Los médicos suelen considerarlo algo normal (p. ej., dirían: «¿Quién no estaría algo confuso en una unidad de cuidados intensivos?»), y en general lo pasan por alto a menos que la confusión vaya acompañada de agitación. Como ocurrió en el caso del Sr. Álvarez, el delirium suele confundirse con la depresión, pues los pacientes pueden parecer tristes y preocupados en ambos casos. Sin embargo, como ocurre en todos los trastornos neurocognitivos, el delirium puede afectar a otras esferas aparte de la cognición, y hacer el diagnóstico es importante para reducir los accidentes y los retrasos del tratamiento, así como para orientar el tratamiento psiquiátrico.

El diagnóstico de delirium es algo inusual en el DSM-5. Además de documentar el curso fluctuante y una serie de criterios sintomáticos, el diagnóstico de delirium conforme al DSM-5 requiere datos que vinculen directamente el trastorno con una agresión fisiológica. Este es un requisito nada habitual. Aunque los psiquiatras suelen buscar las posibles causas de muchos trastornos, los diagnósticos del DSM-5 no obligan a hacerlo. En el caso del Sr. Álvarez, la causa más probable del delirium es la fractura de cadera. Como tienden a producirse en los ancianos y a necesitar cirugía, anestesia y analgesia, las fracturas de cadera suelen producir delirium. El delirium del Sr. Álvarez es probablemente multifactorial, y el psiquiatra consultado debe buscar los desencadenantes en la historia clínica: medicamentos (p. ej., anticolinérgicos), anomalías de laboratorio (p. ej., anemia) y comorbilidad médica (p. ej., una infección).

Además de buscar lo más habitual, el clínico ha de buscar lo más peligroso. Quizá la mayor urgencia sea la posibilidad de un síndrome de abstinencia. Si la información de la vecina es correcta —que en el apartamento no había más frascos de medicinas—, es poco probable que el Sr. Álvarez presente abstinencia de medicamentos tales como las benzodiazepinas y los barbitúricos. Sin embargo, resulta posible que el delirium refleje una abstinencia alcohólica. El psiquiatra no tiene la historia completa, pero los análisis del Sr. Álvarez muestran un valor corpuscular medio en el límite superior normal —a menudo reflejo de un consumo crónico de alcohol— y su hipertensión arterial podría deberse a la abstinencia alcohólica más que a una hipertensión no tratada, como parece indicar el polvoriento frasco de antihipertensivos hallado por la vecina (a no ser que esas pastillas fueran de la difunta esposa). El paciente ha tenido agitación, un hecho frecuen-

te en la abstinencia alcohólica, aunque parece haber estado más bien hipoactivo, lo que es más típico del delirium postoperatorio. Esta ambigüedad debería llevar al psiquiatra a buscar más indicios (p. ej., el cociente aspartato-aminotransferasa/alanina-aminotransferasa, niveles bajos de magnesio, elevación de otras constantes vitales) y a hablar directamente con la vecina (p. ej., para averiguar si había encontrado botellas vacías de alcohol al buscar los frascos de medicinas). Esta información es crítica porque el delirium por abstinencia alcohólica es potencialmente catastrófico. Si resulta que el paciente tiene un trastorno por consumo de alcohol importante, el plan de tratamiento debe adaptarse en consecuencia, pues el principal tratamiento de la abstinencia alcohólica son las benzodiazepinas, normalmente contraindicadas en los pacientes con delirium debido a la edad y a una cirugía.

Aunque no se trate de posibles urgencias, en el caso del Sr. Álvarez se deben plantear otros dos diagnósticos. La vecina dice que se cuida menos desde que murió su esposa. Si bien la elevación del nitrógeno ureico en sangre apunta hacia una deshidratación aguda, la albúmina baja y la emaciación temporal indican desnutrición, frecuente acompañante de la apatía y el menor rendimiento. Es sin duda posible que el Sr. Álvarez tuviera propensión al delirium debido a un trastorno cognitivo leve o mayor (es decir, demencia) padecido en los años precedentes. Si tiene demencia, no está claro cuál es el tipo más probable. La enfermedad de Alzheimer es el tipo más habitual de demencia, pero la aparente hipertensión de este paciente también lleva a

pensar en el riesgo de una etiología vascular, ya sea primaria o concurrente con la enfermedad de Alzheimer. Se observa también que el paciente presenta rigidez después de haber recibido haloperidol a causa de la agitación, consecuencia especialmente frecuente en el declive cognitivo relacionado con la enfermedad por cuerpos de Lewy o la enfermedad de Parkinson. Es improbable que pueda esclarecerse exactamente si existe demencia en la noche de la evaluación, pero deberá incluirse en el diagnóstico diferencial.

Otro diagnóstico que debe sopesarse es la depresión. La esposa del paciente murió en ese mismo año y el Sr. Álvarez parece haberse aislado y no valerse bien. Aunque el declive crónico puede deberse, desde luego, a un trastorno neurocognitivo, vendría bien que el psiquiatra comprobara de manera más sistemática si existen síntomas depresivos conforme se resuelve el delirium.

Sin embargo, en la noche de la evaluación, este psiquiatra probablemente limitaría el diagnóstico al de delirium no especificado. La evaluación más detallada de las siguientes 12-24 horas debería servir para clarificar la posible comorbilidad: trastorno por consumo de alcohol, depresión y demencia.

Lecturas recomendadas

- Fricchione GL, Nejad SH, Esses JA, et al: Postoperative delirium. *Am J Psychiatry* 165(7):803-812, 2008.
- Trzepacz PT, Meagher DJ: Delirium, in *Clinical Manual of Neuropsychiatry*. Editado por Yudofsky SC, Hales RE. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2012, pp 61-118.

CASO 17.2

Agitado y confuso

José R. Maldonado, M.D.

Wesley Brown, un hombre de negocios de 63 años de edad, fue «encontrado» en la carretera por la policía y llevado a la sala de urgencias (SU) de un gran hospital universitario. Se pidió al servicio de psiquiatría que tratara la «conducta psicótica» del paciente en la SU. La familia del hombre explicó que este actuaba de «forma rara» desde hacía aproximadamente unas 2 semanas. Según la hermana, el Sr. Brown había estado corriendo por la cocina con cuchillos en la mano, enviando correos paranoides sobre el sistema de justicia a sus amigos, mostrando a los vecinos armas de fuego, viendo personas en las paredes, teniendo ideas paranoides de que la esposa tenía una aventura y sin dormir. La esposa del paciente había comunicado su desaparición 3 días antes del ingreso. El coche se había encontrado a unas manzanas de distancia y llevaba en el maletero una caja grande con muchos medicamentos y la amplia colección de armas de fuego del interesado.

Las constantes vitales del Sr. Brown estaban dentro de los límites normales. La historia clínica reveló que tenía antecedentes de enfermedad coronaria y llevaba un injerto de derivación coronaria desde 5 años antes del ingreso, además de que tenía dolor de espalda crónico y se había sometido a varias operaciones de columna, todo ello acompañado del consumo diario de medicación opioide. Carecía de antecedentes psiquiátricos, inclui-

da la depresión, y nunca había tomado anti-depresivos. La medicación ambulatoria constaba de metoprolol, ciclobenzaprina y morfina (en forma de MS-Contin: sulfato de morfina de liberación controlada).

La exploración física reveló la presencia de fuerte sedación, midriasis, ruidos abdominales hipoactivos, retención urinaria, epistaxis y reflejos deprimidos. La tomografía computarizada de cabeza fue negativa y la de columna cervical mostró cambios degenerativos. La alcoholemia fue negativa y los resultados del hemograma y la bioquímica se hallaron dentro de los límites normales, igual que el electrocardiograma y el examen del líquido cefalorraquídeo obtenido por punción lumbar. En cambio, el análisis toxicológico de la orina dio positivo a «benzodicepinas y tricíclicos».

El examen del estado mental del Sr. Brown mostró una alerta fluctuante, un aspecto descuidado, falta de colaboración con el personal médico y de enfermería, habla algo pastosa y signos de retraso psicomotor. El afecto oscilaba de la atenuación y la somnolencia a la inquietud y la agitación.

El paciente negó tener ideas suicidas u homicidas, pero sí refirió una importante ideación paranoide centrada en la sospecha de una aventura romántica de su esposa. El proceso de pensamiento era marcadamente tangencial. Negó tener alucinaciones auditivas y

visuales. El juicio y la introspección estaban deteriorados. En la evaluación inicial, el paciente obtuvo 16 de los 30 puntos posibles en el minexamen del estado mental. Perdió 7 de 10 puntos en la orientación, 3 en la atención y el cálculo, 2 en el recuerdo, 1 en la escritura de la frase y 1 en la copia del dibujo.

Diagnóstico

- Delirium.

Explicación

El Sr. Brown fue «encontrado» tras un episodio de conductas inusualmente extrañas e inicio aparentemente brusco de 2 semanas de duración. Según la esposa y la hermana, se había mostrado paranoide y amenazante, blandiendo cuchillos y dejando ver sus armas de fuego. Faltaba de casa desde hacía días antes de que lo llevaran a la SU. El examen del estado mental reveló una marcada alteración de la atención y la consciencia. El nivel de atención estuvo fluctuando durante horas. Había varios déficits cognitivos nuevos, aparentemente no relacionados con ningún otro trastorno cognitivo.

Aunque alguien de la SU calificó de «psicótica» esta conducta, el Sr. Brown presenta un delirium bastante clásico conforme al DSM-5. Hay un criterio del delirium que suele ser especialmente difícil de detectar: datos de la historia, la exploración o la analítica que indiquen que el episodio es consecuencia fisiológica directa de una afección orgánica, una intoxicación o un síndrome de abstinencia, o la exposición a alguna toxina (o una combinación de estos factores).

En las pruebas iniciales del Sr. Brown destaca el análisis toxicológico en orina, positivo para benzodicepinas y antidepresivos tricíclicos (ATC). La exploración física encuentra midriasis, ruidos abdominales hipoactivos, retención urinaria, reflejos deprimidos y nive-

les fluctuantes de sedación. Estos resultados apuntan hacia un delirium anticolinérgico. Entre las posibles causas del delirium anticolinérgico están las benzodicepinas y los ATC (igual que en el análisis toxicológico del Sr. Brown). Además, también pueden intervenir los opioides, sobre todo en vista de que tiene antecedentes de dolor y uso de analgésicos de este tipo de forma crónica. Aunque el análisis toxicológico del Sr. Brown dio negativo para los opioides, los opioides de acción corta podrían haber precipitado el delirium y haberse eliminado ya del organismo en el momento de la llegada a la SU. El paciente también tiene una historia de dolor de larga evolución, que per se también se asocia a la aparición y la gravedad del delirium.

La presencia de ATC en la orina del Sr. Brown es sorprendente. La familia insistía en que nunca había tomado antidepresivos y el historial médico parecía darles la razón. Sin embargo, uno de sus medicamentos era la ciclobenzaprina, un relajante muscular de acción central que se usa con mucha frecuencia. A menudo se utiliza como ayuda durante la retirada gradual de opioides. La ciclobenzaprina también tiene una estructura tricíclica y posee muchas de las características farmacológicas y los efectos psicoactivos de los ATC. Por tanto, el delirium del Sr. Brown estaba probablemente causado por una combinación de factores, entre ellos la ciclobenzaprina, los opioides y las benzodicepinas. La falta de sueño podría haberse debido al delirium y podría también haber contribuido a su perpetuación.

Lecturas recomendadas

- Khan RA, Kahn D, Bourgeois JA: Delirium: sifting through the confusion. *Curr Psychiatry Rep* 11(3):226-234, 2009.
- Maldonado JR: Delirium in the acute care setting: characteristics, diagnosis and treatment. *Crit Care Clin* 24(4):657-722, 2008.
- Maldonado JR: Pathoetiologic model of delirium: a comprehensive understanding of the

CASO 17.3

Deprimido y retraído

Peter V. Rabins, M.D., M.P.H.

Arthur Cullman, un varón de 71 años de edad, fue derivado a un psiquiatra por el médico de atención primaria para evaluar unos síntomas depresivos que no habían respondido a los ensayos de medicación. La esposa refirió que el Sr. Cullman había empezado a cambiar a los 68 años de edad, más o menos 1 año después de la jubilación. Poco a poco había dejado de jugar al golf y a las cartas, actividades con las que había disfrutado «durante décadas». Había dicho que ver a los amigos ya no le «divertía» y normalmente se negaba a hacer relaciones sociales. Pasaba todo el día sentado en el sofá, preocupado por la economía y el futuro. Sin embargo, decía que no estaba triste y tampoco tenía ideas ni de suicidio ni de homicidio. La esposa explicó que dormía 10-12 horas al día, en lugar de las 7 horas habituales, y que había engordado 4 kilos en menos de 1 año, lo que no era normal en él.

A la esposa le preocupaba que la jubilación hubiera deprimido al Sr. Cullman y se lo dijo

al médico de atención primaria. El médico estuvo de acuerdo y le recetó primero sertralina (ajustada en 100 mg/día durante 8 meses) y después venlafaxina de liberación sostenida (ajustada en 150 mg dos veces al día y mantenida en esa dosis durante más de 1 año). Los síntomas del Sr. Cullman empeoraron gradualmente durante estos ciclos de medicación y el médico de cabecera acabó derivándolo al psiquiatra.

Entre los antecedentes psiquiátricos del Sr. Cullman destacaba un episodio sufrido a los veintitantos años en el que, a raíz de problemas con el trabajo, presentó apatía, retraimiento y problemas de concentración. Estos síntomas persistieron varios meses y se resolvieron sin tratamiento al mejorar su situación laboral.

En los antecedentes familiares del Sr. Cullman destacaba un único episodio de depresión mayor en uno de sus hermanos más jóvenes; la depresión había respondido bien a la psicote-

rapía y a un antidepresivo. La madre había sufrido demencia a los setenta y pico años.

En los antecedentes personales del Sr. Cullman se podían observar un desarrollo y una infancia normales; después se había licenciado en administración de empresas, había tenido éxito profesional y se había jubilado a los 67 años. Él y su esposa llevaban 45 años casados, felizmente según dijo, y tenían tres hijos y cuatro nietos que gozaban de buena salud. Antes de caer enfermo había sido una persona extravertida, activa y muy organizada.

En la historia clínica del Sr. Cullman destacaba la presencia de hipertensión, hiperlipidemia y diabetes *mellitus* de tipo 2. Tomaba lisinopril, metformina, simvastatina y venlafaxina.

El examen del estado mental mostró un hombre despierto y colaborador que iba bien vestido y caminaba firme pero lentamente, sin movimientos anormales aparte del retraso psicomotor. El Sr. Cullman hablaba en voz baja pero a una velocidad y un ritmo normales, sin errores parafásicos. El rango de expresiones emocionales estaba reducido. Dijo que no se sentía ni triste ni culpable, aunque creía que se había jubilado demasiado pronto. Negó que se culpaba a sí mismo de nada y dijo que no carecía de esperanza y que no tenía pensamientos ni planes de suicidio. Era consciente de que su esposa estaba preocupada y reconoció que estaba menos energético y activo que antes. Achacaba estas alteraciones a la jubilación. Dijo sentirse en general satisfecho con su vida.

En el examen cognitivo, el Sr. Cullman se mostró bien orientado excepto en la fecha. Solo recordó uno de los tres objetos al cabo de 2 minutos, realizó correctamente tres de las cinco restas en serie, nombró correctamente cuatro objetos habituales y repitió exactamente una frase compleja. Pudo dibujar la esfera del reloj y colocar en ella los números correctamente, pero no pudo situar correctamente las manecillas a las 2 y 10. La presión arterial

era de 142/82 y el pulso era regular a razón de 84 pulsaciones por minuto. La exploración física fue normal. La exploración neurológica reveló que tenía pares craneales intactos y reflejos tendinosos profundos simétricos y de 1+.

Diagnóstico

- Trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer.

Explicación

Este varón de 71 años presenta antecedentes de retraimiento social gradual a lo largo de 3 años. El Sr. Cullman no ha respondido a dos ensayos prolongados de antidepresivos, uno de los cuales no alcanzó la dosis máxima (sertralina), mientras que el otro llegó a dosis moderadamente altas (venlafaxina). Su carrera profesional ha sido buena y tiene un matrimonio feliz, y la apatía que presenta es un cambio importante con respecto a su estado normal de siempre. Pudo haber tenido un episodio de depresión a los veintitantos años, pero no está del todo claro. Tiene antecedentes familiares de depresión en un hermano y de demencia senil en la madre. Los síntomas predominantes en la exploración son: lentitud, ausencia de ánimo triste o disfórico, despreocupación por su declive, más sueño y un examen cognitivo que detecta deterioros de la memoria, la concentración y el cálculo, además del fallo al dibujar el reloj.

En el caso del Sr. Cullman, el diagnóstico diferencial debe cubrir la demencia primaria (trastorno neurocognitivo) y la depresión mayor con apatía marcada. A favor de la depresión mayor están la falta de interés por las actividades que antes le gustaban, la hipersomnia y el descontento con la jubilación.

Sin embargo, el diagnóstico más probable es el de trastorno neurocognitivo mayor por enfermedad de Alzheimer, con apatía y alteración del estado de ánimo. Este diagnóstico

se ve respaldado por la presencia de anomalías en la memoria, la función ejecutiva y la función visoespacial (dibujo fallido del reloj) en la exploración. La historia muestra un inicio gradual y una progresión lenta, más compatibles con la demencia que con la depresión, además de ausencia de cambios anímicos según el propio paciente. Aunque la enfermedad de Alzheimer es la causa más probable del trastorno neurocognitivo, deben investigarse otras causas reversibles de demencia.

En el DSM-5 se ha mejorado de varias formas el abordaje diagnóstico de la demencia. En primer lugar, ya no se requiere el deterioro de la memoria, requisito correcto para la enfermedad de Alzheimer pero no para la demencia frontotemporal o la vascular. Al enumerar el conjunto de las alteraciones por dominios —atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, perceptivomotor y cognición social—, el DSM-5 amplía el conocimiento clínico de las cambiantes manifestaciones de los trastornos neurocognitivos. Desafortunadamente, sin embargo, el DSM-5 requiere deterioro en solo un dominio, cambio que no solo se refiere al DSM-IV, sino también a la mayoría de las conceptualizaciones de la demencia, que requieren deterioros múltiples. En el DSM-IV y la CIE, los deterioros de un solo dominio, ya sea el lenguaje, la percepción o la memoria, se definen como deterioros focales y se clasifican aparte porque su diagnóstico diferencial es distinto del de los deterioros múltiples.

Un segundo cambio importante es el uso del término *trastorno neurocognitivo* como eti-

queta general. Esto se hizo supuestamente para desestigmatizar el deterioro cognitivo, pues el término *demenciado* se considera peyorativo. El tiempo dirá si este cambio lo acepta la mayoría, si ayuda o no a pacientes y familias a aceptar el diagnóstico y si promueve una mejor asistencia al derribar las barreras del estigma. El término *demencia* se sigue incluyendo como alternativa. Yo estoy a favor del término tradicional, porque la palabra *neurocognitivo* implica que las manifestaciones son cognitivas y «neurológicas», mientras que las alteraciones del ánimo, la experiencia (alucinaciones y delirios) y la conducta (agitación, fugas errantes, apatía) también pueden ser síntomas de demencia.

Un tercer cambio general es la división de los trastornos neurocognitivos en mayor y menor. Este cambio refleja el descubrimiento reciente de que muchos trastornos neurodegenerativos aparecen tan poco a poco que se producen cambios sutiles antes de llegar a la disfunción. Esta demarcación tendrá relevancia clínica en el futuro, cuando haya estrategias preventivas que dependan del reconocimiento de trastornos muy leves.

Lecturas recomendadas

- Blazer D: Neurocognitive disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry* 170(6):585–587, 2013.
- Rabins PV, Lyketsos CG: A commentary on the proposed DSM revision regarding the classification of cognitive disorders. *Am J Geriatr Psychiatry* 9(3):201–204, 2011.
- Rosenberg PB, Onyike CU, Katz IR, et al: Clinical application of operationalized criteria for 'Depression of Alzheimer's Disease.' *Int J Geriatr Psychiatry* 20(2):119–127, 2005.

CASO 17.4

Desarreglada y exhausta

George S. Alexopoulos, M.D.

Betty Drucker, mujer blanca de 76 años de edad, presentaba ánimo triste, menor interés por las actividades placenteras, preocupación excesiva por su economía, sentimientos de inseguridad al relacionarse con otras personas y problemas para concentrarse y encontrar las palabras. Había reducido sus relaciones sociales, dejado de acudir a su hogar del pensionista y abandonado la partida de cartas semanal por no poder concentrarse ni memorizar los naipes. Había perdido 3 kilos en los 2 últimos meses y tenía el sueño interrumpido por periodos de insomnio con rumiaciones angustiosas. Era la primera vez que tenía síntomas psiquiátricos.

La Sra. Drucker tenía hipertensión, hiperlipidemia y antecedentes de obstrucción coronaria por los que la habían implantado un *stent*. Tomaba hidroclorotiazida, el inhibidor del receptor de angiotensina olmesartán, atorvastatina y aspirina en dosis bajas. Fumaba medio paquete de cigarrillos al día desde hacía unos 30 años.

Al hacer la exploración, la Sra. Drucker tenía aspecto desarreglado y parecía exhausta, sin energía. Tardaba mucho tiempo en responder a las preguntas. El ánimo estaba deprimido y ansioso, y el afecto era triste; estaba muy preocupada por su economía, pero se la podía tranquilizar temporalmente. Se quejó de sus olvidos; pudo recordar dos de cuatro

objetos al cabo de 3 minutos y reconoció un tercero al presentarle varias opciones. En 1 minuto pudo recordar 14 cosas a la venta en los supermercados. No logró agrupar las cosas por tipos. A la Sra. Drucker le costó hacer una lista de verduras alternando con prendas de vestir: obtuvo 12 respuestas correctas y cuatro fallos. Al dibujar un reloj, distribuyó las horas de forma desigual, aunque colocó las manecillas correctamente. Obtuvo 24 puntos en el minexamen del estado mental. Dio 22 respuestas correctas durante 1 minuto en la prueba de Stroop, que mide la «inhibición de las respuestas» al pedirle a la persona que nombre el color de la tinta con que se ha escrito una palabra incongruente (p. ej., la palabra «ROJO» escrita con tinta azul).

La exploración neurológica no aportó nada digno de reseñar. La TAC de cabeza mostró marcadas imágenes hiperintensas en la sustancia blanca periventricular y subcortical.

Diagnósticos

- Trastorno depresivo mayor.
- Trastorno neurocognitivo leve.

Explicación

Con el fin de poder caracterizar el síndrome de la Sra. Drucker es preciso responder a cuatro

preguntas: 1) ¿Son sus síntomas y signos depresivos una reacción al estrés crónico resultante de sus crecientes restricciones sociales y limitaciones funcionales (DSM-5: trastorno de adaptación con ánimo deprimido)? 2) ¿Es la disfunción cognitiva un aspecto transitorio de un síndrome depresivo (DSM-5: trastorno depresivo mayor, episodio único)? 3) ¿Es el deterioro cognitivo un trastorno neurocognitivo incipiente (DSM-5: trastorno neurocognitivo menor), posiblemente desenmascarado o acentuado por el síndrome depresivo (DSM-5: trastorno depresivo mayor, episodio único)? 4) ¿Se deben los síntomas depresivos y cognitivos a algún trastorno neurológico de base que afecte a las redes tanto de la cognición como del estado de ánimo y que no pueda evolucionar hacia la demencia (DSM-5: trastorno depresivo debido a otra enfermedad física)? Algunas de estas preguntas pueden responderse con una detenida evaluación clínica, mientras que otras solo podrán resolverse una vez que cedan los síntomas depresivos o al cabo de un seguimiento a largo plazo.

Las limitaciones funcionales crecientes y la necesidad de adaptarse a un modo de vida nuevo y desacostumbrado suelen producir síntomas de depresión y de ansiedad. La mayoría de las reacciones al estrés cursan con ánimo bajo, lágrimas y sentimientos de desesperanza. Sin embargo, las reacciones al estrés rara vez cursan con síntomas en los cinco dominios del síndrome depresivo (es decir, ánimo, actividad motora, funciones cíclicas, síntomas somáticos y trastornos ideativos). Cuando afectan a todos los dominios y producen disfunción y malestar féreos, los pacientes deben recibir el diagnóstico de depresión mayor, considerándose el estrés un factor desencadenante.

La disfunción cognitiva forma parte integral de la depresión mayor de los ancianos. A menos que haya algún problema neurológico coexistente, como un trastorno neurocognitivo, la disfunción cognitiva de la depresión mayor

del anciano es leve. Lo que más se afecta es la atención, las pruebas cronometradas y las funciones cognitivas que requieren un esfuerzo (p. ej., el recuerdo verbal libre). El deterioro de la función ejecutiva también es habitual en la depresión del anciano y cursa con rendimiento anómalo en las tareas de fluidez semántica, organización semántica, inhibición de respuestas, planificación y secuenciación. La disfunción ejecutiva aparece hasta en el 40 % de los pacientes deprimidos de edad avanzada y constituye un factor de riesgo de mala respuesta a los antidepresivos. Los pacientes con síndrome de depresión y disfunción ejecutiva no desarrollan demencia por regla general, pero la disfunción ejecutiva suele persistir incluso cuando la depresión cede.

La depresión del anciano, sin embargo, coexiste a menudo con un trastorno neurocognitivo. Más del 20 % de los pacientes con enfermedad de Alzheimer presentan depresión mayor durante la fase preclínica o durante los estadios inicial o medio de la demencia. La depresión es incluso más frecuente en los pacientes con trastorno neurocognitivo vascular o mixto, enfermedad por cuerpos de Lewy, degeneración del lóbulo frontotemporal o enfermedad de Parkinson. En las depresiones graves, unos pocos pacientes ancianos presentan síndrome demencial, cuyos signos y síntomas van cediendo al ir mejorando la depresión. Este síndrome se consideraba antes una «pseudodemencia» benigna. Sin embargo, la mejoría resulta normalmente transitoria, evolucionando en general la pseudodemencia depresiva del anciano hacia un trastorno neurocognitivo irreversible durante el seguimiento a largo plazo.

En este momento, la Sra. Drucker parece cumplir los criterios del DSM-5 para la depresión mayor y el trastorno neurocognitivo leve con alteraciones de memoria y función ejecutiva. Los factores de riesgo vascular (hipertensión, hiperlipidemia), los antecedentes de enfermedad coronaria y los hallazgos de la

TAC indican que los síntomas depresivos y cognitivos podrían tener un componente vascular.

Si se supone que el síndrome de la Sra. Drucker se ha identificado correctamente (depresión mayor y trastorno neurocognitivo menor), el diagnóstico diferencial debe centrarse en los factores etiológicos más probables del síndrome. El examen clínico debe centrarse en las causas más comunes de la depresión del anciano y el trastorno neurocognitivo leve, es decir, la enfermedad de Alzheimer incipiente, la demencia vascular, la demencia mixta, la demencia por cuerpos de Lewy, la enfermedad de Parkinson y la demencia frontotemporal. Los antecedentes de tabaquismo, hipertensión y enfermedad coronaria señalan la posible contribución vascular a la depresión mayor y los síntomas cognitivos. El retardo psicomotor y la disfunción ejecutiva respaldan aún más esta posibilidad, pues ambos síntomas pueden deberse a un compromiso de las estructuras frontales mediales y subcorticales a causa de patología de los vasos pequeños.

Otra posibilidad es que la Sra. Drucker sufra una demencia incipiente de tipo mixto (Alzheimer y vascular). La patología cerebrovascular acelera la expresión clínica de la en-

fermedad de Alzheimer. De hecho, los síndromes cognitivos de etiología mixta son más frecuentes que los exclusivamente vasculares. En el caso de la Sra. Drucker, los diagnósticos de demencia por cuerpos de Lewy y enfermedad de Parkinson son poco probables, pues la paciente carece de signos extrapiramidales e inestabilidad vegetativa. También es improbable el diagnóstico de demencia frontotemporal en una paciente con memoria alterada en ausencia de patología emergente de la personalidad y desinhibición conductual.

Lecturas recomendadas

- Alexopoulos GS: The vascular depression hypothesis: 10 years later. *Biol Psychiatry* 60(12):1304-1305, 2006.
- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al: The course of geriatric depression with «reversible dementia»: a controlled study. *Am J Psychiatry* 150(11):1693-1699, 1993.
- Alexopoulos GS, Raue PJ, Kiess DN, et al: Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction: effect on disability. *Arch Gen Psychiatry* 68(1):33-41, 2011.
- Morimoto SS, Cuning FM, Kanellopoulos D, et al: Semantic organizational strategy predicts verbal memory and remission rate of geriatric depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 27(5):506-512, 2012.

CASO 17.5

Rígido y olvidadizo

James E. Galvin, M.D., M.P.H.

Carl Estel, un varón diestro de 74 años de edad, fue sometido a una evaluación neuropsiquiátrica a raíz de un declive caracterizado por rigidez, olvidos y apatía de varios años de evolución. La esposa llevaba años tratando de que fuera al médico y al final, desesperada, acudió a sus hermanos para que la ayudaran a llevarlo entre todos.

La Sra. Estel refirió que los problemas de su marido habían comenzado al jubilarse a los 65 años de edad. Casi inmediatamente empezó a parecer «descentrado» y ella había pensado por entonces que podría estar cayendo en una depresión. Empezó a tener olvidos, a no saber dónde ponía las cosas y a descuidar el pago de facturas, todo lo cual no era normal en él. Tenía problemas con las citas, los medicamentos y los cálculos. Se había negado a ir al médico, como ella le insistía, hasta que tuvo un accidente de tráfico unos años antes de la evaluación presente. Mientras lo atendían por lesiones leves, uno de los médicos dijo que el accidente se había debido a falta de atención y percepción deficiente de la profundidad, que el Sr. Estel debía dejar de conducir y que era posible que tuviera una demencia incipiente.

El año previo, las cosas habían empeorado. El Sr. Estel con frecuencia no podía recordar el resultado de los partidos que acababa de ver en la televisión, aunque la memoria mejoraba si se le daban pistas. Se resistía a viajar y a

hacer relaciones sociales, actividades que antes le gustaban. A pesar de haber sido deportista, dejó de dar paseos por el barrio después de sufrir varias caídas. Dejó de jugar a las cartas con los vecinos porque las reglas se habían vuelto confusas. Parecía deprimido y se mostraba apático, pero decía que en general se encontraba bien. El juicio y la capacidad de resolver problemas se evaluaron como malos. El Sr. Estel, contratista jubilado de fontanería que había cursado 4 años de universidad, a veces parecía incapaz de manejar los electrodomésticos de la casa. Todos estos problemas cognitivos parecían fluctuar: según la esposa, a veces parecía que era «casi el mismo de antes», mientras que otras veces era «como vivir con un zombie, con un zombie deprimido». Refirió que tenía exceso de somnolencia diurna y que a menudo se quedaba como mirando al vacío. También dijo de sí misma que se sentía agotada.

Al preguntarle por el sueño, la Sra. Estel dijo que ninguno de los dos dormía bien. Según explicó, se debía sobre todo a que el marido «exteriorizaba los sueños». Lanzaba golpes y gritaba, y a veces se caía de la cama. A la mañana siguiente de estos episodios, ella amanecía con hematomas, por lo que había pensado que era más seguro dormir en el sofá. Estos episodios ocurrían varias veces al mes. Recordó que estos problemas de sueño habían empezado justo antes de jubilarse; re-

cordaba haber pensado por entonces si no tendría un trastorno de estrés postraumático, pero él no había sufrido ningún trauma especial, que ella supiera. Unos años antes, una amiga le había ofrecido una «pastilla para dormir» que le había ido bien a su propio marido con demencia. El Sr. Estel había reaccionado a ella con rigidez y confusión extremas, y la esposa había estado a punto de llevarlo a urgencias en plena noche.

La Sra. Estel dijo que el marido no había tenido nunca enfermedades mentales. Al preguntarle si tenía síntomas psicóticos, dijo que a menudo lanzaba al aire manotazos, como si espantara cosas invisibles. Esto sucedía unas dos veces al mes.

En el historial médico del Sr. Estel destacaba la presencia de hipercolesterolemia, patología cardiovascular con un *stent* y posibles episodios isquémicos transitorios. En los antecedentes familiares destacaba que la madre había presentado demencia a mediados de la setentena.

Al hacer la exploración, el aspecto del Sr. Estel era el de un hombre encorvado y rígido que arrastraba los pies al entrar en la sala. Mientras escuchaba el relato de su esposa, a menudo se quedaba mirando al vacío, aparentemente sin atender al contenido de la conversación. Tenía la mano derecha temblorosa. Parecía deprimido pero, al preguntarle, decía que estaba bien. La voz era tan queda que a menudo las palabras resultaban ininteligibles, incluso si el entrevistador se inclinaba para poder oírle. A veces babeaba y no se daba cuenta hasta que la esposa le limpiaba la barbilla.

Al pedirle que hiciera unas pruebas cognitivas, se encogió de hombros y dijo «No sé».

Diagnósticos

- Trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy.
- Trastorno del comportamiento del sueño REM.

Explicación

El Sr. Estel presenta un declive progresivo de la cognición, especialmente en las áreas de atención, capacidad ejecutiva y habilidades visoespaciales. Estos síntomas suponen un cambio importante con respecto al patrón basal e interfieren con su rendimiento. Por lo tanto, cumple los criterios del trastorno neurocognitivo mayor o demencia.

El excelente relato de la Sra. Estel permite comprender de manera más concreta el trastorno neurocognitivo de su marido. El primer síntoma del Sr. Estel parece haber sido una alteración del sueño caracterizada por la violenta exteriorización de los sueños. La memoria y la función ejecutiva han disminuido significativamente; sin embargo, años más tarde, el nivel de consciencia sigue fluctuando a lo largo del día. Al menos un par de años después del declive de la memoria empezó a padecer síntomas parkinsonianos. Empezó a tener aparentemente alucinaciones visuales que continúan. Respondió a una «pastilla para dormir» desconocida con un marcado empeoramiento de los síntomas parkinsonianos y aparente «confusión».

En consecuencia, el Sr. Estel tiene un trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy (TNCCL) según el DSM-5.

El TNCCL (también llamado demencia por cuerpos de Lewy) se diagnostica en las personas con trastorno neurocognitivo evaluando tres rasgos «esenciales» y dos rasgos «sugestivos» que son relativamente específicos de esta enfermedad. Se diagnostica como «probable» si el paciente tiene dos rasgos esenciales o un rasgo sugestivo más uno o más rasgos esenciales. Y se diagnostica como «posible» si el individuo presenta un rasgo esencial o uno o más rasgos sugestivos.

El primer rasgo esencial del TNCCL es la cognición fluctuante con variaciones pronunciadas de la atención y la alerta. Aunque se ob-

servan algunas variaciones en los demás trastornos neurocognitivos, la fluctuación es más pronunciada en el TNCCL que, por ejemplo, en la demencia de Alzheimer. Las fluctuaciones cognitivas no son simples variaciones de la memoria sino que representan alteraciones espontáneas de la consciencia, la atención o la concentración. Estas pueden ir y venir en el plazo de minutos, horas o días, con síntomas tales como somnolencia diurna excesiva, incluso con siestas de más de 2 horas; pensamiento o discurso ilógico o incoherente, y frecuentes episodios de mirada ausente.

La Sra. Estel también refiere que el Sr. Estel está a veces «casi como antes» y que en otras ocasiones parece un «zombie». Además de la cognición fluctuante, el Sr. Estel, como los demás pacientes con TNCCL, tiende a presentar déficits de memoria que mejoran con las pistas (por ejemplo, al tratar de recordar los resultados de los partidos). Esto contrasta con la enfermedad de Alzheimer, donde las pistas normalmente no ayudan a recordar.

El segundo rasgo esencial son las alucinaciones visuales. Aunque el Sr. Estel dice que no tiene, la esposa relata que da manotazos al aire repetidamente, como si viera algo. Las alucinaciones visuales (que los pacientes suelen describir como personas pequeñas, niños o animales) pueden acompañarse de alucinaciones de otros tipos.

El Sr. Estel cumple también con el tercer rasgo esencial: sus síntomas parkinsonianos aparecieron 2 años después que el deterioro cognitivo. Si estos síntomas hubieran aparecido en orden inverso, sería más probable una enfermedad de Parkinson. El Sr. Estel presenta algunos de los rasgos típicos del parkinsonismo espontáneo: bradicinesia, rigidez (con o sin signo de la rueda dentada), inestabilidad postural y temblor de reposo.

El Sr. Estel podría presentar los dos rasgos sugestivos que contempla el DSM-5 para el TNCCL. Parece cumplir los criterios del tras-

torno del comportamiento del sueño REM, que apareció justo antes de que la esposa notara los problemas cognitivos.

El trastorno del comportamiento del sueño REM resulta un síntoma prodromático frecuente de la enfermedad de Parkinson y el TNCCL.

El último criterio sugestivo es la sensibilidad a la medicación antipsicótica. El Sr. Estel desarrolló confusión y una exacerbación de sus síntomas parkinsonianos después de tomar la «pastilla para dormir» ofrecida por una amiga cuyo marido la tomaba para la demencia. Aunque es difícil estar seguros de qué pastilla era, es probable que fuera un antipsicótico. De serlo, el Sr. Estel cumpliría el criterio de «sensibilidad neuroléptica grave» del TNCCL.

La sensibilidad neuroléptica se caracteriza por rigidez excesiva al exponerse el paciente a los neurolépticos «clásicos» o a otros medicamentos antidopaminérgicos (p. ej., antieméticos). Los pacientes afectados tendrían también un mayor riesgo de síndrome neuroléptico maligno.

Aunque el TNCCL es el diagnóstico más probable, se deben considerar otras posibilidades. La enfermedad de Alzheimer es la demencia más frecuente, pero la presencia del trastorno del comportamiento del sueño REM apunta hacia una sinucleinopatía como el TNCCL, al igual que el hecho de que la memoria mejore con las pistas. El Sr. Estel tiene rasgos parkinsonianos y el trastorno del comportamiento del sueño REM también se asocia a la enfermedad de Parkinson, pero los síntomas cognitivos se iniciaron antes del trastorno de los movimientos, lo que hace improbable la enfermedad de Parkinson.

La patología cerebrovascular puede producir síntomas más o menos parecidos, pero debería acompañarse de signos neurológicos focales o anomalías en las imágenes cerebrales. El Sr. Estel no parece tener antecedentes

de patología psiquiátrica. Aunque los trastornos psiquiátricos primarios pueden surgir en la tercera edad, la constelación de síntomas—cognitivos, motores, del sueño y conductuales—coincide con el diagnóstico de trastorno neurocognitivo más que con el de un problema psiquiátrico primario, como sería un trastorno depresivo.

Lecturas recomendadas

Karantzoulis S, Galvin JE: Distinguishing Alzheimer's disease from other major forms of dementia. *Expert Rev Neurother* 11(11):1579-1591, 2011.

Mortimer AM, Likeman M, Lewis TT: Neuroimaging in dementia: a practical guide. *Pract Neurol* 13(2):92-103, 2013.

CASO 17.6

Paranoia y alucinaciones

Lorin M. Scher, M.D.

Barbara J. Kocsis, M.D.

Dorothy Franklin, una antigua camarera de 54 años de edad, fue llevada a la sala de urgencias (SU) de psiquiatría por su marido por presentar delirios y alucinaciones visuales cada vez mayores. El marido refirió que tenía episodios de agitación desde hacía 10 años, que llevaba anormalmente suspicaz unos 6 meses y que se quejaba de alucinaciones visuales a diario desde hacía semanas o meses. La paciente usó el término «mi pesadilla» para referirse a lo que le ocurría y explicó: «Veo un juez que está de pie frente a mí. Tan claro como el día. Es un buen juez pero yo le lanzo bombas y no puedo parar. ¡Estoy aterrorizada!». Ni la paciente ni el marido podían recordar ningún factor precipitante, y ambos dijeron que no tomaba medicamentos ni drogas que pudieran dar lugar a esas experiencias.

Cuatro semanas antes de esta evaluación, el marido había llevado a la Sra. Franklin a

urgencias porque los síntomas se habían «descontrolado» y las alucinaciones «eran una tortura». En aquella ocasión, la exploración física y los análisis habían sido normales. La ingresaron en psiquiatría, le diagnosticaron un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico no especificado y le recetaron risperidona en dosis bajas y clonazepam. Las vívidas alucinaciones disminuyeron claramente a los pocos días de iniciar la medicación y a los 4 días le dieron el alta. Durante un par de semanas no volvió a mencionar al juez. Sin embargo, a pesar de tomar la medicación, la misma alucinación visual reapareció de manera casi constante durante la semana previa a su actual visita a la SU.

La Sra. Franklin había estado «completamente bien» hasta los cuarenta y pocos años.

En esa década había acudido a varios psiquiatras por presentar agitación, paranoia y a veces agresividad. Le habían diagnosticado una «esquizofrenia» a los 45 años, pero la mayoría de los demás diagnósticos eran «inespecíficos». Ni ella ni el marido podían recordar los nombres de los muchos medicamentos psiquiátricos que le habían recetado durante años, pero entre ellos había antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos y estabilizadores del ánimo.

La Sra. Franklin había fumado medio paquete de cigarrillos al día durante muchos años, pero rara vez bebía alcohol y nunca había consumido drogas. Había trabajado de camarera durante 20 años, pero lo había dejado 10 años antes de la evaluación porque «se le caían demasiadas bandejas», recordaba mal las comandas de los clientes y estaba claramente irritable. Más o menos por entonces, la detuvieron por «pegar a alguien» en un centro comercial, y los dos, el marido y ella, decidieron que tenían que reducir su nivel de estrés.

La paciente tenía dos hijos sanos de veintimuchos años. Tenía una hermana con «depresión e irritabilidad». La madre de la paciente había muerto 10 años antes, a la edad de 70 años. Había estado en silla de ruedas durante años por presentar demencia grave, inestabilidad postural y movimientos involuntarios. El abuelo materno de la paciente había «enfermado» a los cincuenta y muchos años, y se había suicidado con un arma de fuego a los 62 años de edad.

Durante el examen del estado mental se observó que la paciente aparentaba la edad que tenía, era de hábito corporal delgado, iba bien arreglada y presentaba una buena higiene. Estaba sentada junto al marido, cogiéndole la mano y mirándolo a menudo cuando le hacían preguntas. Presentaba un retardo psicomotor moderado y movimientos involuntarios claros, como «de baile», en el tronco y los miembros superiores. El contacto ocular era intermitente pero intenso. La Sra. Franklin describió su estado de ánimo diciendo que

«no está nada bien», y el afecto se hallaba embotado y mínimamente reactivo. Hablaba en voz baja y despacio, con mínima espontaneidad. El proceso del pensamiento era lineal pero lento. Estaba angustiada por delirios paranoides y alucinaciones visuales. Dijo que allí mismo, durante la entrevista, estaba alucinando activamente. Negó tener pensamientos o planes de suicidio u homicidio. Durante el examen cognitivo se mostró alerta y orientada en cuanto a personas, lugar y tiempo. La atención y la concentración eran buenas, aunque tenía deterioros importantes de la memoria a corto y largo plazo. El minicexamen del estado mental y la prueba del dibujo del reloj mostraron un deterioro moderado de las tareas de planificación y visoespaciales.

En la SU, los resultados de las pruebas iniciales, incluidas las analíticas completas, fueron todos normales. La paciente fue ingresada en la planta de psiquiatría por motivos de seguridad y para hacerle más pruebas.

Diagnóstico inicial

- Trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico no especificado (la evaluación continúa después de la explicación inicial).

Explicación inicial

La Sra. Franklin presenta un trastorno psicótico con múltiples características que apuntan hacia una etiología orgánica o neuropsiquiátrica de base. El inicio es, por ejemplo, relativamente tardío para una psicosis y el cuadro contiene alucinaciones visuales, déficits cognitivos de inicio precoz y toda una serie de síntomas neurológicos inespecíficos (torpeza, movimientos coreiformes y bradicinesia).

Las causas orgánicas de psicosis son muchas, destacando las etiologías infecciosas, metabólicas, cerebrovasculares, epilépticas,

desmielinizantes y degenerativas, además de las inducidas por sustancias y los síndromes tóxicos. Dado que los medicamentos y las drogas parecen poco probables, la paciente debe someterse a una exploración exhaustiva. En el caso de la Sra. Franklin, se debe prestar especial atención a las causas neuropsiquiátricas, ya que presenta progresivos déficits neurológicos y cognitivos.

Entre las posibles etiologías neuropsiquiátricas de los síntomas de la Sra. Franklin se encuentran la enfermedad de Parkinson, la demencia con cuerpos de Lewy, la enfermedad de Huntington, la epilepsia y la esclerosis múltiple.

La enfermedad de Parkinson, que afecta al 1 % de la población de más de 50 años, cursa con temblor, bradicinesia, rigidez y, en algunos pacientes, demencia. La depresión es muy frecuente en los enfermos de Parkinson y la psicosis tampoco es rara. Además, se sabe que los fármacos anticolinérgicos y dopamínicos que se utilizan para tratar la enfermedad de Parkinson pueden desencadenar psicosis o empeorarlas. El trastorno neurocognitivo con cuerpos de Lewy es otra entidad a tener en cuenta, dado que su síntoma más típico son las alucinaciones visuales acompañadas de síntomas parkinsonianos. La enfermedad de Huntington es un trastorno letal autosómico dominante que habitualmente se manifiesta en la cuarta o quinta década de la vida y que cursa con marcado deterioro cognitivo, síntomas motores y alteraciones psiquiátricas. Los síntomas psiquiátricos afectan a todo el curso de la enfermedad y consisten en depresión, apatía, irritabilidad y psicosis. En los pacientes como la Sra. Franklin, siempre debe descartarse una epilepsia —sobre todo las crisis parciales complejas— mediante el electroencefalograma (EEG). Las crisis parciales complejas pueden manifestarse con síntomas parecidos a las

crisis de pánico y alucinaciones breves, aunque los pacientes con epilepsia de larga evolución pueden llegar a presentar síntomas psicóticos crónicos y constantes.

La esclerosis múltiple, una enfermedad inflamatoria desmielinizante que afecta con más frecuencia a las mujeres, suele presentarse con depresión, irritabilidad y déficits cognitivos, si bien las alucinaciones y los delirios no son habituales.

Diagnóstico final

- Trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Huntington.

Explicación (continuación)

Después de ingresarla en la planta de psiquiatría con un trastorno psicótico no especificado, a la Sra. Franklin le hicieron una resonancia magnética cerebral para descartar la presencia de masas (p. ej., tumores o ictus) y procesos desmielinizantes (p. ej., la esclerosis múltiple). Los resultados fueron normales y se solicitó al servicio de neurología ayuda diagnóstica y un EEG para evaluar un posible trastorno comicial. El EEG de la Sra. Franklin no mostró actividad comicial.

A la vista de la naturaleza y el curso temporal de los síntomas de la Sra. Franklin, junto a sus antecedentes familiares de demencia y alteraciones psiquiátricas de inicio tardío, los equipos de psiquiatría y neurología se plantearon la posibilidad de que se tratara de la enfermedad de Huntington. Después de muchas conversaciones con la paciente y su esposo, ella aceptó someterse a las pruebas genéticas de la enfermedad de Huntington y el resultado fue positivo.

Después de programar la atención psicosocial y la medicación adecuada, la paciente y el marido fueron derivados a un centro ambula-

torio especializado en la enfermedad de Huntington.

Lecturas recomendadas

Beck BJ: Mental disorders due to a general medical condition (Chapter 21), en Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. Editado por Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, et al. Philadelphia, PA, Mosby/Elsevier, 2008.

Lancman M: Psychosis and peri-ictal confusional states. *Neurology* 53 (5 suppl 2):S33-S38, 1999.

Rosenblatt A, Leroy L: Neuropsychiatry of Huntington's disease and other basal ganglia disorders. *Psychosomatics* 41(1):24-30, 2000.

Scher LM, Kocsis BJ: How to target psychiatric symptoms of Huntington's disease. *Current Psychiatry* 11(9): 34-39, 2012.

Weintraub D, Hurtig HI: Presentation and management of psychosis in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies. *Am J Psychiatry* 164(10):1491-1498, 2007.

CASO 17.7

Rebelde de pronto

Stuart C. Yudofsky, M.D.
Robert E. Hales, M.D., M.B.A.

Únicamente a raíz de la reiterada y feriente insistencia de sus padres Emily, de 19 años de edad, aceptó a regañadientes acudir a un psiquiatra. «No es a mí a quien tiene que ver», proclamó Emily enfáticamente. «Son mis padres los que están locos y necesitan su ayuda». Emily no adujo ningún motivo para haber ido a la consulta, aparte de que sus padres la estaban «volviendo loca». Añadió: «Todo me va muy bien en la vida. Tengo muchos amigos, salgo casi todas las noches y siempre me divierto un montón».

Mientras Emily se tomaba unas vacaciones del «llamado mundo real», su hermana iba a la Universidad Duke, su hermano pequeño sacaba notas excelentes en un instituto priva-

do muy competitivo y sus dos padres parecían disfrutar de su profesión de radiólogos. Emily preguntó: «¿No cree que ya son demasiados luchadores para una sola familia?».

Emily aceptó que los padres se unieran a la sesión y estos dieron una versión distinta. Con lágrimas en los ojos explicaron que la hija se había vuelto irritable, holgazana y negativa. Bebía hasta emborracharse casi todas las noches y a menudo no volvía a casa en todo el fin de semana. Al registrar su habitación habían encontrado cantidades pequeñas de marihuana, alprazolam (Xanax), cocaína y medicamentos estimulantes. Los padres describieron los cambios ocurridos en la personalidad de Emily diciendo que era una «pesadi-

lla adolescente», y se refirieron a sus amigos como «perdedores que no hacen nada más que teñirse el pelo, hacerse tatuajes y odiarlo todo». Las actitudes y la conducta de Emily contrastaban claramente con las de sus padres y hermanos. «No nos importa que sea ella misma y que no sea conservadora como nosotros», dijo el padre, «pero es que se ha vuelto de una forma que ya ni la conocemos».

Según los padres, la «pesadilla adolescente» de Emily había comenzado 4 años antes. Aparentemente Emily era una chica estudiosa de 15 años con gran sentido del humor y un amplio círculo de «estupendas amistades». «Casi de la mañana a la noche», empezó a abandonar a los amigos de siempre y a ir con «marginados y descontentos», y a acumular multas de tráfico y sanciones en el instituto. En lugar de su anterior curiosidad, Emily mostraba desinterés por todas las asignaturas, y las notas pasaron de sobresalientes a simples aprobados. Los padres no tenían ni idea del porqué de aquel cambio repentino y drástico.

Al conocer el cambio brusco de rendimiento, el psiquiatra le pidió a Emily que realizara una batería de pruebas neuropsicológicas para comparar los resultados con los que había obtenido al solicitar su ingreso en el instituto privado varios años antes. En concreto, Emily volvió a hacer dos de las pruebas de ingreso en el instituto: el *System for Assessment and Group Evaluation* (SAGE), que mide una amplia serie de aptitudes académicas y perceptivas, y el *Differential Aptitude Tests* (DAT), que analiza la capacidad de razonamiento, ortográfica y perceptiva.

En el SAGE, las puntuaciones promedio habían descendido del 10 % superior correspondiente a la edad de 13 años al 10 % inferior de la edad adulta (el 20 % inferior a los 13 años). Cuando Emily cumplimentó el DAT a los 13 años de edad, obtuvo las máximas puntuaciones en casi todos los apartados. El peor resultado lo obtuvo en ortografía, donde

se situó en el segundo nivel más alto. Al repetir la prueba a los 19 años, las puntuaciones se situaron por debajo de la media del bachillerato en todos los apartados.

Ni el electroencefalograma, ni la tomografía axial computarizada cerebral, ni la resonancia magnética (RM) cerebral ponderada en T2 mostraron signos de daño cerebral estructural. Sin embargo, la RM ponderada en T2 con supresión de la señal de líquido (*fluid-attenuated inversion recovery*, FLAIR) mostró una imagen clara en la corteza frontal izquierda que parecía corresponder a un lesión previa en dicha región.

Al continuar el interrogatorio sobre el periodo crucial en que parecía haber cambiado, Emily admitió que había sufrido un accidente de tráfico con el que era entonces su novio, Mark. Aunque no recordaba mucho de aquel suceso, sí se acordaba de que se había golpeado la cabeza y de que, después, había tenido cefaleas muy intensas durante varias semanas. Como no había sangrado y el coche no había sufrido desperfectos, ni Mark ni Emily contaron el incidente a nadie. Con el permiso de Emily, el psiquiatra contactó con Mark, quien resultó un informador excelente: «Emily se dio un golpe muy, muy fuerte en la cabeza contra el tablero del coche. No perdió del todo la consciencia pero se quedó muy aturrida. Durante casi 3 horas estuvo hablando muy despacio; decía que le dolía mucho la cabeza y estaba confusa. Pasó cerca de 2 horas sin saber dónde estaba, ni qué día era, ni cuándo tenía que volver a casa. También vomitó dos veces. Yo estaba muy asustado, pero Emily no quería que preocupara a sus padres, que son muy sobreprotectores. Después rompió conmigo y apenas hemos hablado desde entonces».

Diagnósticos

- Trastorno neurocognitivo leve debido a traumatismo cerebral, con alteración del comportamiento.
- Trastorno por consumo de alcohol.

Explicación

Presionada por sus padres «sobreprotectores» para ir al psiquiatra, Emily trata de presentarse como una joven improductiva que disfruta de su juventud y se rebela contra las estrictas normas académicas y sociales de su familia. En cambio, los padres subrayan que ha cambiado «de la noche a la mañana», pasando de ser una chica agradable de 15 años que sacaba muy buenas notas a convertirse en una «pesadilla» grosera, mala estudiante y consumidora de sustancias. Aunque el diagnóstico diferencial de un cambio así de grande es muy amplio, se clarifica mediante la historia, la información colateral y la realización de pruebas cognitivas.

Para hacer un diagnóstico preciso fue esencial reconocer que el cambio parece algo distinto del que podría achacarse normalmente a la aparición de un trastorno del ánimo, de ansiedad o por consumo de sustancias. Este reconocimiento llevó a tomar la decisión de volver a comprobar el rendimiento de Emily en los exámenes de aptitudes y capacidades del instituto, que reveló un drástico descenso de sus puntuaciones. Al concretar más el interrogatorio se descubrió el accidente de tráfico que resultó ser la clave de la aparición de los síntomas de Emily.

En el accidente, Emily sufrió un traumatismo craneoencefálico (TCE). El relato obtenido del conductor del coche y de la propia Emily indica que entonces cumplió dos de los cuatro criterios que contempla el diagnóstico de TCE: estuvo desorientada y confusa durante horas y después no recordaba casi nada del accidente (amnesia postraumática). Solo uno es necesario para hacer el diagnóstico de TCE. Emily, aparentemente, no perdió la consciencia, y en el relato no aparecen signos neurológicos. Aunque las pruebas de imagen habituales resultaron normales, la RM ponderada en T2 con FLAIR mostró, al cabo de 4 años, una imagen patológica que «parecía corresponder» a una lesión traumática de la corteza frontal izquierda.

Para poder hacer, según el DSM-5, el diagnóstico de trastorno neurocognitivo debido a TCE, la persona debe además presentar signos de declive de la función cognitiva. Emily cumple la norma; el declive está documentado por la observación de los padres, las notas académicas y las pruebas de aptitudes y capacidades realizadas antes y después del instituto. Resulta menos claro si el trastorno neurocognitivo debe considerarse menor o mayor. La categoría más grave se reserva normalmente para aquellas personas con déficits que interfieren con las actividades del día a día, como pagar las facturas y gestionar los medicamentos. La categoría leve es para las personas con deterioros menores. Los resultados de las pruebas de Emily reflejan un declive drástico, del percentil 10 más alto al percentil 10 más bajo. Emily y su familia probablemente perciben este descenso como algo catastrófico. Sin embargo, el hecho de que pueda vestirse, conducir y entablar relaciones sociales parece indicar que el diagnóstico más apropiado es el de trastorno neurocognitivo leve debido a TCE. Aunque el DSM-5 incluye un especificador de alteración del comportamiento para el trastorno neurocognitivo mayor, también excluye expresamente el uso de ningún código como especificador de este tipo para el trastorno neurocognitivo leve; no obstante, la alteración comportamental sí debe indicarse.

El caso de Emily refleja dos problemas concretos del diagnóstico neuropsiquiátrico. En primer lugar, aunque algunos trastornos neuropsiquiátricos aparecen de manera brusca y dramática, muchos otros lo hacen de forma más insidiosa. En algunos casos, como el de Emily, aunque el insulto haya sido agudo, la conexión entre el trastorno neuropsiquiátrico de base y los síntomas de la presentación no está nada clara. Si bien el TCE fue un suceso agudo con repentinas secuelas académicas y sociales, Emily no estaba visiblemente herida y conservaba gran parte de su capacidad verbal. En lugar de reconocer los déficits de forma inmediata, el

instituto y la familia quedaron sorprendidos por la conducta disruptiva, el declive académico y el cambio de personalidad de Emily.

En segundo lugar, puede resultar difícil determinar si los síntomas de la presentación son efectos primarios o secundarios de la lesión cerebral, o ambas cosas. El daño sufrido por la corteza frontal de Emily tuvo una importante repercusión cognitiva, y la joven ya no puede rendir como solía. La lesión de la corteza prefrontal también podría haber influido directamente sobre el control de impulsos, la función ejecutiva, el juicio social y la capacidad de comprender y aplicar conceptos abstractos.

Los fallos académicos e interpersonales resultantes cambiaron en los padres, profesores y compañeros la forma de ver a Emily, y en ella la forma de verse a sí misma. No sabiendo que tenía un TCE, Emily fue incapaz de mantener su posición entre los «luchadores» de la familia y el grupo. En cambio, encontró una hermandad de «marginados y descontentos», un grupo que quizá la llevara a recuperar el sentido de pertenencia. Emily empezó a beber alcohol y consumir drogas más o menos al mismo tiempo, lo que lleva a hacerse otras preguntas: ¿Lo hizo para potenciar la cognición (p. ej., con estimulantes), para reducir la ansiedad (p. ej., el cannabis) o principalmente para «colocarse»? ¿Consumía drogas para convencerse de que los cambios cognitivos y de la personalidad estaban bajo control o para encajar mejor en una subcultura ajena donde el consumo de sustancias es casi obligado?

En otras palabras, ¿qué es fenómeno y qué epifenómeno? ¿Fueron los llamativos cambios de personalidad de Emily consecuencia directa del TCE o, por el contrario, respuestas disfuncionales al estrés psicosocial generado por su importante deterioro cognitivo? ¿O se

produjo quizá una compleja interacción entre estas alteraciones, sumado todo ello a las crecientes tensiones y oportunidades de la adolescencia?

Aunque quizá resultara difícil integrar todos los factores que podrían haber contribuido a la actual situación de Emily, es importante detectar si existen entidades comórbidas capaces de exacerbar sus déficits cognitivos y problemas de personalidad. Detectar los trastornos por consumo de sustancias es importante, así como también es esencial la búsqueda de trastornos en todo el espectro patológico del DSM-5, especialmente los trastornos del ánimo y de ansiedad. Esclarecer estos aspectos resultará probablemente muy útil a la hora de plantear un tratamiento ecléctico y flexible para esta joven y su preocupada familia.

Lecturas recomendadas

- Lee H, Wintermark M, Gean AD, et al: Focal lesions in acute mild traumatic brain injury and neurocognitive outcome: CT versus 3T MRI. *J Neurotrauma* 25(9): 1049–1056, 2008.
- McAllister TW: Mild brain injury, en *Textbook of Traumatic Brain Injury*, 2nd Edition. Editado por Silver JM, McAllister TW, Yudofsky SC. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2011, pp 239–264.
- Ruff RM, Iverson GL, Barth JT, et al: Recommendations for diagnosing a mild traumatic brain injury: a National Academy of Neuropsychology Education paper. *Arch Clin Neuropsychol* 24(1):3–10, 2009.
- Silver JM, McAllister TW, Arciniegas DB: Depression and cognitive complaints following mild traumatic brain injury. *Am J Psychiatry* 166(6):653–661, 2009.
- Yudofsky SC: Getting help, in *Fatal Flaws: Navigating Destructive Relationships With People With Disorders of Personality and Character*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2005, pp 461–474.
- Yudofsky SC, Hales RE: Neuropsychiatry: back to the future. *J Nerv Ment Dis* 200(3):193–196, 2012.

Trastornos de la personalidad

INTRODUCCIÓN

John W. Barnhill, M.D.

La personalidad es el patrón persistente de comportamiento y experiencia interna. Influye en cómo pensamos, sentimos y actuamos, y en la manera de vernos a nosotros mismos y a las personas que nos rodean. Cuando pensamos en quienes somos, a menudo pensamos en la personalidad como característica definitoria central.

Los psiquiatras y demás profesionales de la salud mental pasamos mucho tiempo pensando en la personalidad y en cómo causan angustia y disfunción las personalidades disfuncionales en quienes las padecen y las personas que los rodean. En cierto sentido, los trastornos de la personalidad son tan complejos como la propia humanidad, tan llena de idiosincrasias, conflictos semiarticulados y complejidades incognoscibles.

Sin embargo, como muchos otros sistemas complejos, las personalidades y los trastornos de la personalidad tienden a formar patrones, y los clínicos e investigadores de la personali-

dad desde diversos campos llevan generaciones buscando una suerte de santo grial: un sistema nosológico que sea a la vez fácil de usar y lo bastante sofisticado como para captar los matices y paradojas de la personalidad humana.

Tradicionalmente, el campo de la psiquiatría ha conceptualizado los trastornos de la personalidad en categorías, como si fueran síndromes clínicos distintos. En otro paradigma, los trastornos de la personalidad se conceptualizan de manera dimensional, como variantes disfuncionales de rasgos de personalidad humanos que existen en un gradiente entre lo desadaptativo y lo normal. Como parte del proceso de desarrollo del DSM-5, un equipo de investigadores de la personalidad exploró varias formas de incorporar ambos paradigmas, y finalmente creó un nuevo modelo híbrido categórico-dimensional.

Después de encendidos debates entre los miembros del equipo, el texto del DSM-5 in-

cluye el modelo categórico tradicional de los trastornos de la personalidad, además del nuevo modelo híbrido categórico-dimENSIONAL. Es la perspectiva categórica tradicional la que se ha incluido en el texto principal, mientras que el modelo alternativo de los trastornos de la personalidad se describe en la Sección III del DSM-5: «Medidas y modelos emergentes».

Esta decisión implica que los 10 trastornos de la personalidad del DSM-IV —junto con sus criterios— permanecen esencialmente igual. El principal cambio notable es que, al eliminar el sistema axial, los trastornos de la personalidad ya no aparecen separados de los demás diagnósticos del DSM-5.

Para comprender mejor las similitudes y las diferencias entre ambos modelos, podría ser útil explorar cómo recomiendan estos dos sistemas diagnósticos del DSM-5 que el clínico evalúe, por ejemplo, a un paciente con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP).

Desde el punto de vista categórico, la persona recibiría el diagnóstico de TOCP en caso de cumplir ciertos criterios. En primer lugar, el clínico debería detectar un patrón disfuncional persistente de, por ejemplo, perfeccionismo a expensas de la flexibilidad. Después tendría que detectar al menos cuatro de siete criterios sintomáticos específicos (preocupación por hacer listas, incapacidad de delegar tareas, tozudez, etc.) y buscar trastornos que pudieran cursar con los mismos síntomas (y llevar a codificar el otro diagnóstico, como cuando la esquizofrenia produce síntomas análogos a los del TOCP, o los dos diagnósticos, como cuando la persona cumple también los criterios de otro trastorno de la personalidad).

El nuevo modelo híbrido del DSM-5 reestructura las 10 categorías de trastornos de la personalidad del DSM-IV en una lista de seis categorías redefinidas (antisocial, evitativa,

límite, narcisista, obsesivo-compulsiva y esquizotípica). Por cada una de las seis, el modelo híbrido requiere dos evaluaciones. La primera consiste en determinar que la persona tenga deterioro significativo en al menos dos de cuatro áreas funcionales de la personalidad: identidad, autodirección, empatía e intimidad. Estos aspectos difieren en cada uno de los seis trastornos de la personalidad. Por ejemplo, para merecer el diagnóstico de TOCP, la persona debería presentar, por ejemplo, deterioro significativo debido a un sentido del yo excesivamente basado en el trabajo (identidad) y a la presencia de rigidez y tozudez que afectarían negativamente a las relaciones (intimidad).

El nuevo modelo híbrido requiere entonces evaluar los rasgos de personalidad, organizados en el seno de cinco dominios amplios.

Como se muestra en la Tabla 18-1, estos rasgos y dominios existen formando un espectro; por ejemplo, en uno de los cinco dominios, el antagonismo se sitúa en un extremo del espectro y la cordialidad en el otro. Estos cinco dominios amplios son nuevos para muchos psiquiatras, pero llevan varias décadas estudiándose de forma rigurosa en el seno de la psicología académica bajo la rúbrica del «modelo de los cinco factores», cuyas dimensiones de la personalidad son el neuroticismo, la extraversión, la cordialidad, la meticulosidad y la apertura. Por cada una de estas dimensiones existen grupos de rasgos de personalidad relacionados. Al aplicarse a una persona concreta, el modelo de los cinco factores puede asignar un percentil a cada rasgo. Por ejemplo, una persona con TOCP podría situarse en el percentil 95 de meticulosidad y el percentil 5 de apertura. En el DSM-5 se han adaptado estas dimensiones y rasgos de personalidad para atender de manera más específica a la problemática psiquiátrica.

TABLA 18-1. Modelo alternativo del DSM-5: dominios de rasgos de personalidad patológicos

Dominio de rasgos negativos		Dominio de rasgos positivos
Afectividad negativa	frente a	Estabilidad emocional
Desapego	frente a	Extraversión
Antagonismo	frente a	Cordialidad
Desinhibición ^a	frente a	Meticulosidad ^a
Psicoticismo	frente a	Lucidez

^a Los dos polos de este dominio se consideran patológicos.

Bajo el paraguas de estos cinco dominios de rasgos negativos se incluyen 25 rasgos de personalidad patológicos. Por cada uno de los trastornos de la personalidad, el DSM-5 requiere que la persona presente la mayoría de los rasgos de personalidad típicos. Por ejemplo, el paciente con TOCP debe presentar el rasgo de perfeccionismo rígido (aspecto del dominio de meticulosidad) y al menos dos de los tres rasgos siguientes: perseverancia (aspecto de la afectividad negativa), evitación de la intimidad (aspecto del desapego) y afectividad restringida (aspecto también del desapego).

El modelo híbrido del DSM-5 también señala que los rasgos específicos pueden anotarse en la codificación aunque no se hayan detectado formando parte de un trastorno diagnosticado de la personalidad (p. ej., la hostilidad, que es un rasgo asociado al dominio de la afectividad negativa, podría incluirse en cualquier diagnóstico del DSM-5 y no considerarse únicamente un rasgo asociado, por ejemplo, al trastorno antisocial de la personalidad).

Ambos modelos del DSM-5 tienen sus ventajas y desventajas. El nuevo modelo híbrido del DSM-5 podría servir para entender a los pacientes de forma más matizada, y se trata de un sistema que se basa en décadas de investigación de la personalidad. Sin embargo, su actual complejidad es abrumadora incluso para los clínicos fogueados, y el uso de un nuevo sistema podría reducir la utilidad de los actuales datos científicos con que cuenta la psiquiatría.

El paradigma categórico tradicional ha sido criticado por su excesiva comorbilidad y heterogeneidad dentro de cada trastorno, además de por el hecho de que uno de los diagnósticos más frecuentes de trastorno de la personalidad ha venido siendo el de «trastorno de la personalidad no especificado», clarificado tan solo de manera marginal por el «otro trastorno de la personalidad especificado» y el «trastorno de la personalidad no especificado» del DSM-5.

Por otro lado, el modelo categórico es relativamente fácil de usar, resulta familiar a raíz del DSM-IV y sigue la estructura categórica que se emplea en el resto del DSM-5. Es también el modelo incluido en el texto principal del DSM-5 y, por consiguiente, sigue siendo el modelo oficial con que la *American Psychiatric Association* aborda los trastornos de la personalidad.

Lecturas recomendadas

- MacKinnon RA, Michels R, Buckley PJ: The Psychiatric Interview in Clinical Practice, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006.
- Michels R: Diagnosing personality disorders. *Am J Psychiatry* 169(3):241-243, 2012.
- Shedler J, Beck A, Fonagy P, et al: Personality disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry* 167(9):1026-1028, 2010.
- Skodol AE, Bender DS, Oldham JM, et al: Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5, part II: clinical application. *Personal Disord* 2(1):23-30, 2011.

CASO 18.1

Conflictos de la personalidad

Larry J. Siever, M.D.
Lauren C. Zaluda, B.A.

Frazier Archer es un varón blanco, soltero, de 34 años de edad que acude a un programa de investigación de trastornos del ánimo y la personalidad porque una amiga le comentó en una ocasión que era «límite» y el Sr. Archer quería tener más datos sobre sus conflictos de personalidad.

Durante las entrevistas diagnósticas, el Sr. Archer refirió situaciones habituales, casi diarias, en las que estaba convencido de que le mentían o le engañaban. Desconfiaba especialmente de las personas en puestos de autoridad y de las que habían estudiado psicología y, por tanto, «tenían formación sobre la mente humana» que empleaban para manipular a los demás. A diferencia de quienes tenía alrededor, el Sr. Archer creía que él podía detectar la manipulación y el engaño: «No soy de los que se lo tragan todo».

El Sr. Archer era extremadamente detallista en el trabajo y tenía problemas para delegar y completar las tareas. Numerosos jefes le ha-

bían dicho que se fijaba demasiado en las normas, las listas y los detalles nimios, y que tenía que ser más amigable. Había tenido muchos trabajos a lo largo de los años, pero enseguida añadió: «Me fui yo las mismas veces que me despidieron». Durante la entrevista, defendió su comportamiento afirmando que, a diferencia de mucha gente, él comprendía el valor de la calidad sobre la productividad. El recelo del Sr. Archer había contribuido a su «mal carácter» y sus «altibajos» emocionales. Sus relaciones sociales eran meramente «superficiales» con un puñado de conocidos, y recordaba los momentos exactos en que «quienes se decían amigos y amantes» lo habían traicionado. Pasaba la mayor parte del tiempo a solas.

El Sr. Archer dijo que no había sufrido traumas importantes, que ni tenía ni había tenido problemas por consumir sustancias, y que jamás había padecido traumatismos cerebrales ni había perdido el conocimiento. Tampoco

había recibido diagnósticos ni tratamientos psiquiátricos, aunque dijo que creía que podía tener algún problema mental aún no diagnosticado.

Durante el examen del estado mental se constató que el Sr. Archer iba bien vestido y se mostraba colaborador y bien orientado. El habla era variable; a veces hacía pausas y se quedaba pensativo antes de responder a alguna pregunta, lo que ralentizaba de algún modo la velocidad del discurso. El tono también cambiaba significativamente al hablar de situaciones que lo habían enojado, y muchas de las respuestas eran largas, divagantes y vagas. Sin embargo, parecía en general coherente y no mostraba alteraciones perceptivas.

El afecto era a veces incongruente (p. ej., sonreía mientras lloraba), aunque normalmente constreñido. Refirió apatía ante la idea de estar vivo o muerto, pero no tenía ideación suicida ni homicida.

El Sr. Archer se irritó y se puso a discutir con el equipo investigador cuando le dijeron que, aunque podían comentarle verbalmente el resultado de las entrevistas, no podían darle copias de los cuestionarios e instrumentos diagnósticos que había cumplimentado. Comentó que anotaría en su documentación personal que el equipo investigador se había negado a entregarle los formularios.

Diagnósticos

- Trastorno de la personalidad paranoide.
- Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo.

Explicación

El Sr. Archer describe una forma inflexible y disfuncional de tratar con el mundo desde mucho tiempo atrás. Presenta un patrón persistente de desconfianza y suspicacia. Cree que los demás lo explotan o engañan, duda de la lealtad de los amigos, es rencoroso y desconfía reiteradamen-

te de la fidelidad de sus parejas sexuales. Este conjunto de síntomas le hace merecedor del diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad (TPP) según el DSM-5.

Hay un segundo grupo de rasgos de personalidad que se refiere a la preocupación del Sr. Archer por el perfeccionismo y el control. Se fija demasiado en las normas, las listas y los detalles. Es inflexible e incapaz de delegar. Además del TPP, tiene un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP) conforme a los criterios del DSM-5.

En todos los trastornos de la personalidad es importante excluir los efectos fisiológicos de alguna sustancia o enfermedad orgánica; ambas cosas parecen improbables en el caso del Sr. Archer, que dice que no toma drogas, no padece enfermedades y no ha sufrido traumatismos craneoencefálicos. Además, sus patrones de conducta parecen persistentes y no relacionados con ningún cambio biográfico importante u otro trastorno psiquiátrico.

No debe sorprender que, además de los diagnósticos de TPP y TOCP, el Sr. Archer cumpla parcialmente los criterios de otros trastornos de la personalidad, como el esquizotípico, el límite, el narcisista y el evitativo. Los trastornos de la personalidad son a menudo comórbidos y, si el paciente cumple los criterios de más de uno, todos ellos se deben anotar. El TPP es especialmente improbable que se diagnostique de forma aislada, ni en la clínica ni en el ámbito de la investigación. El TPP suele acompañarse del trastorno esquizotípico de la personalidad y de otros trastornos del espectro de la esquizofrenia, hecho atribuible a la superposición de los criterios relativos a la paranoia.

En el caso del Sr. Archer, su inestabilidad emocional, ansiedad, ira y arrogancia son síntomas que suelen encontrarse en el grupo de personalidades entre las que están el trastorno límite y el trastorno narcisista de la personalidad. Debido a la rareza relativa del TPP

como trastorno «aislado», las actuales investigaciones apuntan a la posibilidad de que algunos trastornos de la personalidad, entre ellos el TPP, puedan consolidarse para formar diagnósticos más globales. La paranoia se consideraría entonces como un especificador o modificador de otros trastornos. Sin embargo, esto no es así en el DSM-5, donde el TPP se considera una afección comórbida si los criterios se cumplen.

Otro interesante problema diagnóstico en relación con el TPP es que a muchos clínicos les preocupa que diagnosticarlo equivalga a detectar un estadio precoz de la esquizofrenia. Existen datos genéticos, neurobiológicos, epidemiológicos y sintomáticos que muestran que el TPP, como el trastorno esquizotípico de la personalidad, está relacionado con la esquizofrenia y se sitúa dentro del espectro de la esquizofrenia. Sin embargo, el TPP no es un precursor de la esquizofrenia y sus síntomas no suponen una fase prodrómica de la esquizofrenia.

La esquizofrenia prodrómica se caracteriza por síntomas psicóticos precoces tales como pensamientos y comportamientos desorganizados, mientras que los patrones de pensamiento del TPP son normalmente más parecidos a los del trastorno delirante y los trastornos del pensamiento con él relacionados.

Lecturas recomendadas

- Berman ME, Fallon AE, Coccaro EF: The relationship between personality psychopathology and aggressive behavior in research volunteers. *J Abnorm Psychol* 107(4):651-658, 1998.
- Bernstein D, Useda D, Siever L: Paranoid personality disorder, en *The DSM-IV Personality Disorders*. Editado por Livesley WJ. New York, Guilford, 1995, pp 45-57.
- Kendler KS: Diagnostic approaches to schizotypal personality disorder: a historical perspective. *Schizophr Bull* 11(4):538-553, 1985.
- Kendler KS, Neale MC, Walsh D: Evaluating the spectrum concept of schizophrenia in the Roscommon Family Study. *Am J Psychiatry* 152(5):749-754, 1995.
- Siever LJ, Davis KL: The pathophysiology of schizophrenia disorders: perspectives from the spectrum. *Am J Psychiatry* 161(3):398-413, 2004.
- Siever LJ, Koenigsberg HW, Harvey P, et al: Cognitive and brain function in schizotypal personality disorder. *Schizophr Res* 54(1-2):157-167, 2002.
- Thaker GK, Ross DE, Cassady SL, et al: Saccadic eye movement abnormalities in relatives of patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 45(3):235-244, 2000.
- Triebwasser J, Chemerinski E, Roussos P, Siever L: Paranoid personality disorder. *J Pers Disord* August 28, 2012 [Publicación electrónica previa a la imprenta].
- Zimmerman M, Chelminski I, Young D: The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *Psychiatr Clin North Am* 31(3):405-420, 2008.

CASO 18.2

Extrañamente aislado

Salman Akhtar, M.D.

Grzegorz Buchalski es un varón blanco de 87 años de edad al que los paramédicos llevan a la sala de urgencias (SU) de psiquiatría después de que los vecinos avisaran por percibir un olor extraño en su apartamento. Al parecer, su hermana de 90 años había muerto hacía unos días tras una larga enfermedad. El Sr. Buchalski no comunicó la muerte enseguida por varias razones. Se había desorganizado cada vez más según empeoraba la salud de la hermana y le preocupaba que el casero utilizase el estado del apartamento como pretexto para desahuciarlo. Había tratado de limpiarlo, pero sus intentos consistían principalmente en llevar las cosas de un sitio a otro. Dijo que estaba a punto de pedir ayuda cuando aparecieron la policía y los paramédicos.

En la SU, el Sr. Buchalski reconoció que sus actos eran extraños y que debería haber pedido ayuda antes. A veces lloraba al hablar de su situación y de la muerte de la hermana; otras veces parecía indiferente y hablaba del asunto con calma y objetividad. Quería también explicar que, aunque el apartamento estaba ciertamente hecho un desastre, este se debía en gran parte a su extensa colección de artículos sobre bioluminiscencia, tema que llevaba investigando desde hacía décadas.

Fontanero, electricista y cerrajero titulado, el Sr. Buchalski trabajó hasta los 65 años de

edad. Dijo de la hermana fallecida que siempre había sido «un poco rara». Nunca había trabajado y solo había estado casada una vez durante muy poco tiempo. Aparte del matrimonio de unos meses, ella y el Sr. Buchalski habían vivido en el apartamento familiar de Manhattan, de dos habitaciones, durante toda la vida. Ninguno de los dos había ido jamás al psiquiatra.

Al preguntarle, el Sr. Buchalski afirmó que nunca había tenido ninguna relación romántica ni sexual, ni tampoco muchos amigos o contactos sociales fuera de la familia. Refirió que era pobre y polaco, y había tenido que trabajar toda la vida. Había asistido a clases nocturnas para entender mejor «el mundo extraño en que vivimos», y dijo que sus intereses intelectuales eran para él lo más gratificante. Explicó que le había afectado darse cuenta de que su hermana se estaba muriendo, pero que, en su opinión, se había sentido más «aturdido» que deprimido. Dijo también que no tenía antecedentes de síntomas ni maníacos ni psicóticos. Después de 1 hora con el residente de psiquiatría, el Sr. Buchalski le confesó que esperaba que la facultad de Medicina se interesara por algunos de sus documentos después de su muerte. Explicó que, según creía, las tecnologías bioluminiscentes y genéticas estaban a punto de dar un gran paso que llevaría a que la piel de los animales y los seres humanos pudieran resplandecer en colo-

res sutiles, permitiendo a las personas reconocer de forma más directa las emociones. Había escrito las bases de esta tecnología, pero se habían convertido en «una novela de ciencia ficción demasiado larga y con montones de notas a pie de página».

El aspecto del Sr. Buchalski durante la exploración era el de un anciano delgado y bien vestido con pantalones caqui y una camisa. Era meticuloso y prefería claramente hablar de sus intereses científicos antes que de su propia historia. Miraba a los ojos y tenía modales educados y agradables. El discurso era coherente y pragmático. El ánimo estaba «bien» y el afecto era congruente, aunque quizá demasiado jovial dadas las circunstancias. No reconoció ningún síntoma de psicosis, depresión o manía. Aparte de sus comentarios sobre bioluminiscencia, no dijo nada que sonara delirante. Estaba cognitivamente intacto y la introspección y el juicio se consideraron en general buenos, aunque con deterioro previo al no haber avisado antes a la policía tras la muerte de la hermana.

Diagnóstico

- Trastorno de la personalidad esquizoide.

Explicación

El modo de vida indiferente, taciturno y asexual del Sr. Buchalski encaja ciertamente en los criterios diagnósticos del trastorno esquizoide de la personalidad; la explicación de que no había tenido amigos por ser polaco y pobre es una endeble racionalización de sus déficits psicosociales. La excentricidad de su interés por la bioluminiscencia, la exagerada estimación del valor de sus «documentos» y el que hubiera vivido prácticamente siempre en el hogar familiar con su hermana reflejan también su dedicación al mundo interior y su falta de inmersión social. La llamativa pobre-

za de su reacción emocional a la muerte de la hermana y la ausencia de gestiones funerarias de todo tipo confirman el aplanamiento de su vida afectiva y la debilidad de los recursos del yo. El hecho de que esté cognitivamente intacto descarta cualquier etiología demencial, te gradual en relación con el aislamiento y «confirma» el diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad.

Este diagnóstico cuenta con una larga historia en la psiquiatría y el psicoanálisis. En la psiquiatría, los orígenes se remontan a Eugen Bleuler, que acuñó el término *esquizoide* en 1908 para describir un componente natural de la personalidad que dirigía la atención hacia la vida interior, lejos del mundo exterior. Llamó «personalidad esquizoide» a la exageración morbosa de esta tendencia. A estas personas se las describía como calladas, suspicaces y «cómodamente sosas». La descripción de Bleuler se fue modificando a lo largo del siglo siguiente con la adición de muchos rasgos. Entre ellos están el modo de vida solitario, el amor por los libros, la falta de actividad deportiva, la tendencia al pensamiento autista, la sexualidad escasamente desarrollada y la intensa, aunque oculta, sensibilidad a las respuestas emotivas de los demás. Pero este último rasgo desapareció de las descripciones más recientes de la personalidad esquizoide, incluidas las del DSM-III y el DSM-IV. A pesar de las reservas de muchos investigadores (p. ej., Otto Kernberg, John Livesley y yo mismo), «la falta de deseo de relaciones íntimas» se convirtió en el criterio fundamental del diagnóstico esquizoide. Entre otros factores, se destacaron la asexualidad, la indiferencia al halago o la crítica, la anhedonia y la frialdad emocional. El criterio de la hipersensibilidad y la ostensible vinculación con la esquizofrenia se asignaron, respectivamente, a los trastornos «evitativo» y «esquizotípico» de la personalidad.

En el psicoanálisis, quienes mejor describieron lo esquizoide fueron W.R.D. Fairbairn

y Harry Guntrip. Según estos autores, en el corazón de la patología esquizoide se encuentran una intensa sensibilidad al amor y al rechazo, y la propensión a retirarse enseguida de las relaciones interpersonales. La persona afectada oscila, por tanto, entre el deseo de proximidad y el miedo a esta, teme el vigor de sus propias necesidades y su repercusión sobre los demás, y se siente atraído por las actividades literarias y artísticas porque permiten la autoexpresión sin contacto humano directo. La personalidad esquizoide evoluciona a partir de uno o más de los supuestos siguientes: 1) rechazo seductor de los primeros cuidadores que hace surgir cantidades pavorosas de hambre emocional; 2) rechazo parental crónico que ocasiona una sumisa apatía y falta de vida; y 3) desatención mantenida por parte de los padres, que provoca el retraimiento hacia un mundo de fantasía.

La ausencia de datos sobre la etapa de desarrollo y la infancia del Sr. Buchalski debilita la comprensión psicodinámica de su personalidad esquizoide. Sin embargo, dichos datos no constituyen un criterio obligado para el diagnóstico descriptivo; este criterio lo emplean principalmente los psiquiatras de orientación psicodinámica. En definitiva, el diagnóstico de trastorno esquizoide de la personalidad parece razonable en este caso, aunque hay quien podría argumentar a favor del diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad dado lo extraño de sus intereses. Si la exploración ulterior arrojava infor-

mación que hiciera a este paciente merecedor de ambos trastornos de la personalidad, ambos deberán registrarse.

En cuanto a la comorbilidad, el diagnóstico más probable parece el de trastorno de acumulación, entidad nueva en el DSM-5. El mismo Sr. Buchalski indica que tardó en llamar a la policía tras la muerte de su hermana porque le preocupaba que el casero utilizara el mal estado del apartamento como pretexto para desahuciarlo. Describe, por ejemplo, una gran colección de documentos sobre bioluminiscencia, frase que puede referirse a una pila de papeles de 60 centímetros de alto o a todo un apartamento atestado hasta el techo de periódicos, revistas y notas manuscritas, guardadas durante décadas por su posible utilidad. Clarificar la presencia de esta comorbilidad (o de cualquier otra) resultaría esencial a la hora de trazar un plan terapéutico que trate de maximizar las probabilidades que tiene este paciente de ser feliz de forma independiente.

Lecturas recomendadas

- Akhtar S: Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *Am J Psychother* 41(4):499-518, 1987.
- Livesley WJ, West M, Tanney A: A historical comment on DSM-III schizoid and avoidant personality disorders. *Am J Psychiatry* 142(11):1344-1347, 1985.
- Triebwasser J, Chmerinski E, Roussos P, Siever LJ: Schizoid personality disorder. *J Pers Disord* 26(6):919-926, 2012.

CASO 18.3

Preocupado y extrañamente absorto

Kristin Cadenhead, M.D.

Henry, un estudiante de segundo de carrera de 19 años de edad, fue derivado al centro de salud para estudiantes por un profesor adjunto que notó que estaba raro, preocupado y absorto, y que tenía el cuaderno de laboratorio plagado de extraños dibujos amenazantes.

Henry llegó puntualmente a la consulta psiquiátrica. Aunque suspicaz en relación con el motivo de la consulta, explicó que normalmente «seguía las órdenes» y hacía lo que le indicaban. Admitió que había sospechado de algunos compañeros, creyendo que estaban minando sus posibilidades. Refirió que les decían a los docentes que era «un tío raro» y que no lo querían de compañero en el laboratorio. Que lo hubieran enviado al psiquiatra, dijo, confirmaba sus impresiones.

Henry contó que había visto a dos alumnos «lanzar una moneda al aire» para saber si era homo o heterosexual. Las monedas, afirmó, podían muchas veces predecir el futuro. Una vez había lanzado una moneda y le había salido «cara», prediciendo la enfermedad de su madre. Creía que sus pensamientos se hacían a menudo realidad.

Henry se había trasladado a esta universidad lejos de casa después de cursar el primer año en su universidad local. Según dijo, el traslado había sido idea de los padres y formaba parte del plan que estos tenían para que él fuera como todo el mundo, acudiera a fiestas y

saliera con chicas. Refirió que todas esas cosas eran una pérdida de tiempo. Aunque habían tratado de forzarlo para que se mudara a la residencia de estudiantes, él se había negado y vivía solo en un apartamento fuera del campus.

Con el permiso de Henry, llamaron a la madre para obtener información colateral. Esta dijo que Henry había sido un chico callado, tímido y reservado desde la infancia. Nunca había tenido amigos íntimos, nunca había salido con chicas y había dicho que no deseaba tener amigos. A veces reconocía que se sentía deprimido y ansioso, pero que su estado no mejoraba estando con gente alrededor. Los demás niños se metían con él y él se enfadaba. La madre lloró al explicar que siempre había estado angustiada por él, porque nunca «encajaba» en ningún sitio, y que ella y el marido habían tratado de aconsejarle sin éxito durante años. Se preguntaba cómo era posible que alguien pudiera vivir sin vida social.

Añadió que los fantasmas, la telepatía y la brujería siempre habían fascinado a Henry desde el comienzo del instituto. Desde hacía mucho tiempo pensaba que podía cambiar el desenlace de sucesos tales como terremotos y huracanes usando solamente el pensamiento. Siempre había dicho que no tomaba drogas y le habían hecho dos pruebas toxicológicas que dieron negativo en los 2 últimos años. Mencionó que su abuelo, el de ella, había muerto en un

«manicomio» muchos años antes de que Henry naciera, pero que ella no sabía el diagnóstico.

Al hacer la exploración, el aspecto de Henry se registró como el de un chico alto, delgado, vestido con vaqueros y camiseta. Estaba alerta y receloso y, aunque no lo hiciera de forma espontánea, contestaba a las preguntas sin rodeos. Negó que se sintiera deprimido o confuso. También negó que tuviera planes o ideas suicidas, o que hubiera intentado quitarse la vida. Dijo que no tenía alucinaciones visuales o auditivas, ni crisis de pánico, ni obsesiones, ni compulsiones, ni fobias. Su capacidad intelectual parecía superior a la media y en el minexamen del estado mental obtuvo 30 puntos, la puntuación máxima.

Diagnósticos

- Trastorno de la personalidad esquizotípico.
- Trastorno de la personalidad paranoide.

Explicación

Henry presenta un patrón de déficits sociales e interpersonales que se acompaña de excéntricas y distorsiones cognitivas. Entre otros, presenta síntomas deliriosos (pensamiento mágico, suspicacia, ideas de referencia, grandiosidad), intereses excéntricos, signos de retraimiento (pocos amigos, evitación del contacto social) y afecto restringido (frialdad emocional). Por tanto, Henry parece cumplir los criterios del DSM-5 para el trastorno esquizotípico de la personalidad.

Henry también sospecha que los demás lo perjudican, ve significados ocultos en actividades benignas, es rencoroso y se muestra excesivamente sensible a los ataques que percibe en relación con su carácter. Además del trastorno esquizotípico de la personalidad, cumple los criterios del trastorno paranoide de la personalidad. Si una persona cumple los criterios de dos trastornos de la personalidad, como suele ocurrir, ambos deben anotarse.

Sin embargo, Henry solo tiene 19 años de edad y los trastornos de la personalidad solo deben diagnosticarse después de explorar otros diagnósticos capaces de producir síntomas parecidos. Por ejemplo, los déficits de Henry en términos de comunicación e interacción social podrían ser compatibles con un diagnóstico de trastorno del espectro autista (TEA) sin deterioro intelectual. Es posible que en el periodo de desarrollo temprano haya síntomas más allá de la «timidez» que no se hayan referido, pues, como se dice en este caso, los niños con TEA sufren cierto acoso escolar. Sin embargo, dado que ni él ni la madre describen los patrones limitados y repetitivos de conducta, intereses y actividades que también son distintivos del TEA, Henry no merecería un diagnóstico del espectro autista.

Henry también podría tener un trastorno psiquiátrico de desarrollo en la juventud, y tiene la edad justa a la que se inician la mayoría de los trastornos depresivos, bipolares y de ansiedad. Cualquiera de ellos puede exacerbar los rasgos basales de la personalidad y darles aspecto de trastorno, pero Henry no parece tener síntomas depresivos, maníacos, ni de ansiedad significativos.

Más probable en este caso sería un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia. Sin embargo, para poder tener una verdadera esquizofrenia, Henry tendría que presentar dos o más de los cinco criterios siguientes: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, conducta muy desorganizada o catatónica y síntomas negativos. Como niega tener alucinaciones, parece actuar con lógica y no presenta ni conductas raras ni síntomas negativos, no puede padecer esquizofrenia. Sin embargo, podría tener delirios —y resultaría útil clarificar hasta qué punto tiene creencias falsas y fijas sobre la predicción del futuro y su influencia en él—, aunque sus creencias parecen más estafalarias que las que se observan normalmente en el trastorno delirante.

Aunque, por el momento, los diagnósticos de los dos trastornos de la personalidad citados son los que mejor encajan en la historia, Henry podría acabar desarrollando un trastorno psicótico más explícito. Los clínicos e investigadores psiquiátricos están especialmente interesados en distinguir a los adolescentes con presentaciones inusuales que tienen probabilidades de acabar teniendo una esquizofrenia incapacitante de los adolescentes que, con presentaciones parecidas, no pasarán a tener ningún trastorno psiquiátrico mayor. Aunque la capacidad actual de predecir la esquizofrenia no es muy sólida, una intervención precoz podría reducir considerablemente el sufrimiento psicológico y las consecuencias funcionales a largo plazo. Con tal fin, en la Sección III del DSM-5 se incluye el síndrome de psicosis atenuado como uno de los cuadros merecedores de mayor estu-

dio. El síndrome de psicosis atenuado se fija en los síntomas subsindrómicos, como el deterioro de la introspección y la funcionalidad, al objeto de aclarar qué pacientes van camino de la esquizofrenia y cuáles presentan el comienzo de un trastorno de la personalidad más cristalizado.

Lecturas recomendadas

- Addington J, Cornblatt BA, Cadenhead KS, et al: At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters. *Am J Psychiatry* 168(8):800-805, 2011.
- Ahmed AO, Green BA, Goodrum NM, et al: Does a latent class underlie schizotypal personality disorder? Implications for schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 122(2):475-491, 2013.
- Fisher JE, Heller W, Miller GA: Neuropsychological differentiation of adaptive creativity and schizotypal cognition. *Pers Individ Dif* 54(1):70-75, 2013.

CASO 18.4

Injusticia

Charles L. Scott, M.D.

Ike Crocker es un varón de 32 años de edad, derivado a un servicio de salud mental por el departamento de recursos humanos de una gran empresa constructora en la que trabajaba desde hacía 2 semanas. En la primera entrevista de trabajo, el Sr. Crocker dio el aspecto de una persona muy motivada y presentó dos títulos profesionales de carpintería que indicaban un nivel alto de aptitud y for-

mación. Desde que empezó a trabajar, los supervisores habían observado frecuentes discusiones, absentismo, trabajos chapuceros y varios errores que podrían haber resultado peligrosos. Al hablar con él, respondió con formas displicentes, señalando que el problema era la «madera barata» y la «mala dirección», y añadiendo que si alguien resultaba herido «sería por su propia estupidez».

Cuando el jefe de recursos humanos se reunió con el Sr. Crocker para negociar su despido, este señaló enseguida que tenía un trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y un trastorno bipolar. Dijo que, si no le ofrecían un acuerdo de reconciliación en cumplimiento de la Ley de Americanos con Discapacidad, les demandaría. Exigió una evaluación psiquiátrica.

Durante la evaluación, el Sr. Crocker se centró en la injusticia de la empresa y en explicar que él era «mejor carpintero que cualquier otro que pudiera existir». Refirió que sus dos matrimonios habían finalizado debido a los celos. Dijo que sus esposas «siempre andaban pensando que yo estaba con otras mujeres», motivo por el que «ambas habían mentido a los jueces y obtenido órdenes de alejamiento diciendo que las había pegado». En «pago por el tiempo pasado en la cárcel», se negó a pasar la pensión por sus dos hijos. No le interesaba ver a ninguno de los dos chicos porque eran unos «embusteros», como sus madres.

El Sr. Crocker dijo que «debía ser listo» porque había sacado aprobados altos en el colegio a pesar de no haber asistido a clase más que la mitad de las veces. Pasó una temporada en el correccional a los 14 años por robar «cosas de críos, como zapatillas de tenis y billetes que estaban casi vacíos». Dejó el colegio a los 15 años después de que el director lo «acusara de robar un coche». El Sr. Crocker señalaba estos hechos históricos como pruebas de que había podido sobreponerse a la injusticia y la adversidad. En cuanto al consumo de drogas, el Sr. Crocker dijo que había fumado marihuana de adolescente y que había empezado a beber alcohol «habitualmente» tras su primer matrimonio a los 22 años. Negó que el consumo de estas sustancias supusiera ningún problema.

El Sr. Crocker concluyó la entrevista exigiendo una nota al entrevistador en la que dijera que tenía TDAH y trastorno bipolar.

Dijo que era «bipolar» porque tenía «altibajos» y se «cabreaba muy deprisa». El Sr. Crocker negó tener otros síntomas de manía. Dijo que se venía abajo cuando se desilusionaba, pero que tenía «la memoria corta» y podía «salir del bajón a toda prisa». El Sr. Crocker no refirió problemas de sueño, ánimo o apetito. Sabía lo del TDAH porque «mis dos chicos lo tienen». Concluyó la entrevista solicitando medicamentos y diciendo que los únicos que funcionaban eran los estimulantes («cualquiera de ellos») y una determinada benzodiazepina de corta duración.

Durante el examen mental, el Sr. Crocker resultó ser un varón blanco con vestimenta informal, contacto ocular muy bueno y ausencia de movimientos anormales. Hablaba con coherencia y pragmatismo y a velocidad normal. No había signos de trastorno del pensamiento, ni de alucinaciones. Estaba empeñado en culpar a los demás, pero los comentarios parecían ideas sobrevaloradas más que delirios. Estaba cognitivamente intacto. La conciencia de su propia situación era mala.

El director de recursos humanos comprobó sus antecedentes mientras se producía la evaluación psiquiátrica. Con unas llamadas telefónicas descubrió que el Sr. Crocker había sido expulsado de dos programas de formación de carpintería y que sus dos títulos eran falsificaciones. Lo habían despedido de una empresa de construcción local por liarse a puñetazos con el supervisor y de otra empresa por marcharse bruscamente del lugar de trabajo. El repaso rápido de su historial mostró que también les había entregado la misma documentación falsa.

Diagnóstico

- Trastorno de la personalidad antisocial.

Explicación

El Sr. Crocker presenta un patrón generalizado de desconsideración y violación de los dere-

CASO 18.5

Frágil y enojada

Frank Yeomans, M.D., Ph.D.

Otto Kernberg, M.D.

Juanita Delgado, una mujer hispanoamericana en paro, busca tratamiento a los 33 años de edad por presentar ánimo deprimido, pensamientos crónicos de suicidio, aislamiento social y mala higiene personal. Había pasado los 6 meses previos aislada en su apartamento, echada en la cama, tomando comida basura, viendo la televisión y comprando por Internet más cosas de las que podía permitirse. Varios tratamientos habían tenido poco efecto.

La Sra. Delgado era la mediana de tres hijos de una familia inmigrante de clase media alta en la que, al parecer, el padre valoraba los logros profesionales por encima de todo lo demás. Se había sentido aislada en sus años escolares y había tenido periodos de ánimo deprimido. En la familia se la conocía por sus estallidos de cólera. Le había ido académicamente bien en el instituto, pero había dejado la universidad por frustraciones relacionadas con una compañera de cuarto y un profesor. Había intentado una serie de trabajos en prácticas y como becaria con la esperanza de volver a la universidad, pero siempre los dejaba porque «los jefes son idiotas. Dan la impresión de ser estupendos y todos acaban siendo unos reforcidos». Estos «traumas» siempre la hacían sentirse muy mal consigo misma («¿Es que ni siquiera puedo tener éxito como administrati-

va?») y enojada con sus jefes («Yo podría dirigir esto y probablemente lo haré»). Había salido con hombres cuando era más joven, pero nunca los había dejado acercarse físicamente porque la intimididad le provocaba ansiedad.

En los antecedentes de la Sra. Delgado destacaba que se había ocasionado cortes superficiales varias veces, con pensamientos persistentes de que más le valdría estar muerta. Dijo que estaba normalmente «decaída y deprimida», pero que había tenido decenas de veces «manías» de 1 o 2 días en las que se notaba llena de energía y tensa y pasaba las noches en vela. Tendía a «derrumbarse» al día siguiente y entonces dormía 12 horas.

Llevaba en tratamiento psiquiátrico desde los 17 años de edad y la habían ingresado tres veces por sobredosis. Los tratamientos habían consistido principalmente en medicación: estabilizadores del ánimo, neurolépticos en dosis bajas y antidepresivos que le habían recetado en distintas combinaciones en el seno de una psicoterapia de apoyo.

Durante la entrevista se la describió como una mujer de atuendo informal y algo desahogada que se mostraba colaboradora, coherente y pragmática. Estuvo en general disfórica y con el afecto constreñido, aunque sonrió apropiadamente varias veces. Dijo sentirse avergonzada de su escaso rendimiento, pero

el TDAH podría ser comórbido y explicar parte de su impulsividad, no explicaría sus conductas antisociales de largo alcance.

El diagnóstico de TAP también requiere que la conducta no ocurra solo durante el curso de un trastorno bipolar o una esquizofrenia. Aunque el Sr. Crocker dice que padece un trastorno bipolar, no aporta datos que prueben que ha estado alguna vez maniaco (o esquizofrénico).

El estilo interpersonal del Sr. Crocker está marcado por una cruel desconsideración de los sentimientos de los demás y una autovaloración arrogante. Estas cualidades pueden encontrarse en otros trastornos de la personalidad, como el trastorno narcisista de la personalidad, pero también son frecuentes en el TAP. Aunque la comorbilidad no es rara, las personas con trastorno narcisista de la personalidad no presentan los mismos niveles de impulsividad, agresividad y engaño que están presentes en el TAP. Las personas con trastorno histriónico de la personalidad o trastorno límite de la personalidad pueden ser manipuladoras o impulsivas, pero sus conductas no son típicamente antisociales. Las personas con trastorno paranoide de la personalidad pueden presentar conductas antisociales, pero sus acciones tienden a derivar del deseo paranoide de venganza, más que del deseo de obtener una ganancia personal. Finalmente, las personas con trastorno explosivo intermitente también se enzarzan en peleas, pero carecen de muchos de los rasgos explotadores que se observan de manera generalizada en el TAP.

Lecturas recomendadas

Edwards DW, Scott CL, Yarvis RM, et al: Impulsiveness, impulsive aggression, personality disorder, and spousal violence. *Violence Vict* 18(1):3-14, 2003.

Wygant DB, Sellbom M: Viewing psychopathy from the perspective of the Personality Psychopathology Five model: implications for DSM-5. *J Pers Disord* 26(5):717-726, 2012.

chos de los demás, como indican muchas de sus acciones. Ha sido detenido dos veces por violencia doméstica —una vez por matrimonio— y ha pasado tiempo en la cárcel. El Sr. Crocker ha falsificado sus títulos de carpintería y tiene muchos datos que indican peleas repetidas e irritabilidad, tanto en el trabajo como en sus relaciones. Le trae prácticamente sin cuidado el efecto de sus actos sobre la seguridad de sus compañeros de trabajo. Se niega a ver a sus hijos y a pagar su manutención porque son «embusteros». No tiene remordimiento sobre el efecto negativo que sus actos tienen en sus familiares, compañeros y empresas. Deja habitualmente sus trabajos y no planifica cuál será su siguiente empleo. Cumple los siete criterios sintomáticos del DSM-5 para el trastorno antisocial de la personalidad (TAP).

El diagnóstico de TAP no puede hacerse antes de los 18 años de edad, aunque requiere datos de trastorno de conducta antes de los 15. En los antecedentes del Sr. Crocker destacan el absentismo escolar, robos a los 14 años y expulsión del colegio a los 15 años por robar un coche.

Al final de la evaluación, el Sr. Crocker solicita dos medicamentos potencialmente adictivos. Había fumado marihuana en el bachillerato y había empezado a beber mucho alcohol a los veintipocos años. Aunque podría ser difícil obtener un relato honesto de las drogas consumidas, el Sr. Crocker podría tener, desde luego, un trastorno por consumo de sustancias concurrente. Este diagnóstico, no obstante, no afectaría al diagnóstico de TAP, pues la conducta antisocial es anterior al consumo de sustancias. Además, sus actitudes y conductas antisociales se manifiestan en varios contextos y no solamente a raíz del consumo (p. ej., robar para pagarse las drogas).

La reivindicación del Sr. Crocker de que tiene un TDAH requeriría datos de que hubiera presentado síntomas hiperactivos-impulsivos o de inatención que le hubieran causado deterioro antes de los 12 años. Aunque

también creía que estaba «en la Tierra para hacer algo grande». Refirió que su padre había tenido un éxito espectacular, pero que era también «un perdedor maquiavélico que siempre andaba tratando de manipular a alguien». Dijo que se iba de los trabajos porque la gente era irrespetuosa. Por ejemplo, refirió que cuando había trabajado de administrativa en unos grandes almacenes, la gente solía ser grosera o ingrata («y yo estaba allí preparándome para pasar a ser compradora; era ridículo»). Hacia el final de la sesión inicial se enfadó con el entrevistador porque este miró el reloj («¿Ya está aburrido?»). Explicó que conocía gente en el barrio, pero que la mayoría se habían «convertido en fraudes o perdedores». Había unos pocos compañeros del colegio que eran «amigos de Facebook» y hacían cosas increíbles por todo el mundo. Aunque no los había visto en años, tenía intención de «quedar con ellos si alguna vez vuelven a la ciudad».

Diagnóstico

- Trastorno de la personalidad límite.

Explicación

La Sra. Delgado presenta inestabilidad afectiva, dificultad para controlar su mal genio, relaciones interpersonales inestables, un trastorno de la identidad, conductas autolesivas, sentimientos de vacío y paranoia transitoria relacionada con el estrés. Por tanto, cumple los criterios del DSM-5 para el trastorno límite de la personalidad (TLP).

Las personas con TLP suelen presentar síntomas depresivos o bipolares, y la Sra. Delgado no es ninguna excepción. Sus síntomas de presentación son: ánimo predominantemente depresivo, intereses reducidos, hiperfagia, anergia e ideación suicida crónica. Los diferentes síntomas de la Sra. Delgado, incapacitantes, persistentes durante 6 meses y presentes en ausencia

de sustancias consumidas y enfermedades físicas, también cumplen los criterios del DSM-5 para la depresión mayor. La comorbilidad entre el TLP y la depresión es frecuente. Resulta interesante observar que las preocupaciones de la Sra. Delgado son acusatorias, mientras que las de un deprimido sin trastorno de la personalidad son de culpa y autoacusatorias. Merecería la pena explorar la posibilidad de que los síntomas depresivos de la Sra. Delgado fueran más episódicos y reactivos de lo que en principio refiere. También parece posible que cumpla los criterios de la depresión de por vida, lo que indicaría un trastorno distímico y también apuntaría hacia un trastorno de la personalidad.

La Sra. Delgado refiere «manías» que no son típicas de alguien con trastorno bipolar. Por ejemplo, dice que ha tenido decenas de episodios de 1 a 2 días de duración en los que se nota llena de energía y tensa, seguidos de un «derrumbe» y 12 horas de sueño. Esto no concuerda con los criterios del trastorno bipolar I, ni con los del bipolar II, ni en cuanto a síntomas ni en cuanto a duración. La inestabilidad emocional y las tormentas afectivas del TLP pueden parecerse mucho a un episodio maniaco o hipomaniaco, y puede conducir a infra-diagnosticar el TLP. Incluso en presencia de un episodio maniaco importante, el clínico debe explorar variables históricas tales como la estabilidad afectiva, la madurez de las relaciones interpersonales y la estabilidad en el trabajo, las relaciones y la autovaloración. Si se hallan problemas, el diagnóstico de TLP es probable.

Los criterios de los trastornos de la personalidad del DSM-5 no presentan cambios con respecto a la clasificación anterior. Sin embargo, el modelo alternativo de los trastornos de la personalidad que aparece en la Sección III del DSM-5 propone un abordaje más dimensional, uno en el que el entrevistador tendría explícitamente en cuenta el funcionamiento de la personalidad. El apéndice describe cinco dominios de rasgos distintos que configu-

ran un continuo. «Estabilidad emocional» se sitúa frente a «Afectividad negativa», por ejemplo, mientras que «Antagonismo» es el polo opuesto de «Cordialidad» (véase la tabla 18-1 en la introducción de este capítulo).

Esta visión dimensional de la personalidad es compatible con el viejo modelo de Kernberg sobre la organización de la personalidad límite (OPL). Además de cumplir los criterios del DSM-5 para el TLP, la Sra. Delgado encaja en los criterios de la OPL —una estructura psicológica que se concibe caracterizada por: 1) falta de sentido claro y coherente del yo y los otros (difusión de la identidad), 2) uso frecuente de mecanismos de defensa primitivos basados en la escisión, y 3) función de realidad frágil pero intacta. Cuanto más integradas y realistas son las representaciones del yo y los otros, mayor capacidad tiene la persona de modular y controlar sus estados emocionales y de interactuar eficazmente con los demás.

La Sra. Delgado demuestra tener difusión de la identidad en sus percepciones contradictorias de sí misma (superior y deficiente) y los demás (su padre es espectacular y un «perdedor maquiavélico»). Su estilo defensivo se caracteriza por la proyección sistemática de sus sentimientos de hostilidad y la percepción de la hostilidad como procedente de otros. La fragilidad de su función de realidad, que se observa en los desaires que percibió en el trabajo, ha conducido a una disfunción laboral crónica.

Como las personas con trastornos de la personalidad no suelen presentar relatos interpersonales que coincidan con lo que dirían los demás, es importante prestar atención a la conducta del paciente con respecto al terapeuta. En el caso de la Sra. Delgado, la fragilidad se observa en su sensación de que la mirada al reloj del terapeuta significa que no le ha caído bien y trata de librarse de ella.

Las tendencias suicidas forman parte de la depresión y el TLP. En general, las conductas parasuicidas agudas o crónicas son típicas de los trastornos graves de la personalidad. Además, la suicidalidad puede aparecer de pronto durante las crisis en una gran variedad de pacientes, pero es especialmente prevalente en las personas que, como la Sra. Delgado, tienen un sentido frágil tanto del mundo como de sí mismas.

Lecturas recomendadas

- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF: *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006.
- Kernberg OF, Yeomans FE: *Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: practical differential diagnosis*. *Bull Menninger Clin* 77(1):1-22, 2013.
- Oldham JM, Skodol AE, Bender DS (eds): *American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing (en prensa).
- Tusiani B, Tusiani PA, Tusiani-Eng P: *Remnants of a Life on Paper*. New York, Baroque Press, 2013.

CASO 18.6

Suicidalidad dolorosa

Elizabeth L. Auchincloss, M.D.

Karmen Fuentes es una mujer hispanoamericana, casada, de 50 años de edad, que acude a la sala de urgencias (SU) de psiquiatría a petición de su psiquiatra ambulatorio después de haberle comentado que pensaba tomarse una sobredosis de ibuprofeno.

En la SU, la Sra. Fuentes explicó que la espalda la estaba «matando» desde la caída que había sufrido días atrás en el supermercado familiar donde trabajaba desde hacía muchos años. La caída la había dejado triste y deprimida, aunque negó tener otros síntomas depresivos aparte del ánimo bajo. Habló largo y tendido de la caída y de cómo le recordaba a otra caída que había sufrido años antes. En aquella ocasión había acudido a un neurocirujano que le había recetado reposo y antiinflamatorios no esteroideos. Refirió que se había sentido «abandonada y desatendida» por él. El dolor había disminuido su capacidad de hacer ejercicio físico y estaba molesta porque había engordado. Mientras contaba los pormenores de las caídas, la Sra. Fuentes se puso a llorar.

Al preguntarle por sus comentarios de carácter suicida, dijo que «no tenían importancia». Refirió que habían sido «simplemente una amenaza» para su marido, para «darle una lección» porque «no tiene compasión» y

nó había estado cariñoso desde la caída. Insistió en que sus comentarios acerca de tomarse una sobredosis no tenían ningún otro significado. Cuando el médico de la SU le expresó su preocupación por la posibilidad de que se quitara la vida, ella exclamó con una sonrisa: «¡Vaya! No sabía que era tan grave. Creo que no lo volveré a hacer». Después se encogió de hombros y se echó a reír. A continuación se puso a hablar de lo «bonito y agradable» que era que tantísimos médicos y trabajadores sociales quisieran oír su historia, refiriéndose a muchos de ellos por el nombre de pila. Se mostró también algo coqueta con el residente que la atendía, que había comentado que era «la mujer mejor vestida de la SU».

Según su psiquiatra ambulatorio desde hacía 3 años, nunca había expresado ideas de suicidio hasta esa misma semana y él no iba a poder controlarla, pues se iba de vacaciones al día siguiente. El marido de la Sra. Fuentes explicó que su esposa hablaba del suicidio «igual que otras personas se quejan del clima. Solo intenta preocuparme, pero ya no le funciona». Dijo que él no la habría enviado a la SU y que pensaba que el psiquiatra había exagerado.

La Sra. Fuentes había realizado una psicoterapia ambulatoria a los 47 años por sentirse

deprimida e incomprendida por el marido. Durante los 3 años de tratamiento ambulatorio, la Sra. Fuentes había recibido ciclos suficientes de sertralina, escitalopram, fluoxetina y paroxetina. Ninguno sirvió de nada.

La Sra. Fuentes refirió que había sido «una persona precoz». Empezó a tener relaciones sexuales con hombres mayores en el instituto. Dijo que los amoríos eran lo más divertido que había hecho en toda su vida y que echaba de menos que los hombres «se arrastraran» para acostarse con ella. Vivía con su marido de 73 años de edad. El hijo de 25 años vivía cerca con su mujer y su hijo pequeño. Dijo que el marido había sido un músico «muy famoso». Nunca había ayudado en casa ni a criar al hijo, y no agradecía el esfuerzo que ella dedicaba a cuidar del hijo y el nieto.

Diagnóstico

- Trastorno de la personalidad histriónica.

Explicación

La Sra. Fuentes acude a la SU con depresión e ideas de suicidio, pero ninguno de estos síntomas es tan prominente como el patrón constante de emotividad excesiva y búsqueda de atención. Su conducta con el equipo de la SU, puede que incluso la propia caída, parece responder a una necesidad de atención y cariño, y tanto la Sra. Fuentes como el marido refieren que sus crónicas amenazas de suicidio son intentos de castigar y despertar interés. Por ejemplo, la visita a la SU se produjo porque la Sra. Fuentes amenazó con suicidarse, por primera vez durante el tratamiento, justo cuando su médico se iba de vacaciones, lo que indica que podría haberse sentido dejada y abandonada.

Las emociones de la Sra. Fuentes pasan rápidamente de las lágrimas a las sonrisas, pero niega sistemáticamente que la amenaza de

suicidio fuera real. En cambio, la Sra. Fuentes se centra en su dramática caída y en su percepción de que ni el marido ni el neurocirujano parecen interesarse por su sufrimiento. En la visita a la SU se muestra seductora con el entrevistador y desacostumbradamente amigable con el equipo, llamando a muchos de ellos por el nombre de pila. Incluso en una SU atestada, llena de enfermos, heridos y, presuntamente, personas desaliñadas, la Sra. Fuentes conserva la preocupación por su aspecto físico. Ello indica que la vestimenta, el arreglo personal y el peso tienen para su autoestima una importancia esencial, y que sigue pendiente de ellos.

Estas observaciones indican que la suicidalidad no forma parte de un trastorno afectivo mayor. En cambio, la paciente cumple al menos seis de los ocho criterios sintomáticos del diagnóstico de trastorno histriónico de la personalidad (THP) del DSM-5: malestar si no es el centro de atención; conducta seductora; emotividad intensa pero cambiante y superficial; uso del aspecto físico para llamar la atención; dramatismo y teatralidad, y tendencia a considerar las relaciones más íntimas de lo que son. Aunque la Sra. Fuentes no presenta signos claros que indiquen la presencia de los otros criterios del THP, el discurso impresionista y la sugestionabilidad, puede que, sencillamente, estos no se hayan incluido en el informe del caso.

Como los pacientes con THP suelen presentar comorbilidad debida a trastornos de síntomas somáticos, debe prestarse especial atención a la evaluación de estos trastornos en la paciente. La Sra. Fuentes ha estado periódicamente afectada por molestias físicas, y la evaluación podría descubrir un patrón de síntomas o problemas físicos más generalizado e incapacitante. Los pacientes con THP también tienen tasas muy altas de trastorno depresivo ma-

CASO 18.7

Insatisfacción

Robert Michels, M.D.

Larry Goranov es un varón blanco de 57 años, soltero y en paro, que solicita revisar su tratamiento en la consulta de psiquiatría. Llevaba 7 años acudiendo a sesiones semanales de psicoterapia y diagnosticado de trastorno distímico. Se quejaba de que el tratamiento le había servido de poco y quería asegurarse de que los médicos estuvieran en lo cierto.

El Sr. Goranov tenía un largo historial de ánimo depresivo de baja intensidad y falta de energía. Tenía que «salir a rastras» de la cama por las mañanas y rara vez tenía algo que hacer. Había perdido el último trabajo 3 años antes, había roto con su novia algo después y dudaba de que pudiera volver a trabajar o salir con alguien. Se sentía avergonzado por vivir con su madre, que tenía ochenta y muchos años. Negó que tuviera intenciones o planes inmediatos de quitarse la vida, pero creía que su vida no tendría ningún aliciente si no había mejorado para cuando la madre muriera.

El historial clínico indicó que el Sr. Goranov había tomado ciclos suficientes de fluoxetina, escitalopram, sertralina, duloxetine, venlafaxina y bupropión, incluso potenciados con quetiapina, aripiprazol, litio y levotiroxina. Su ánimo mejoró algo con el escitalopram, pero sin que los síntomas re-

mitieran. También había recibido un ciclo de terapia cognitivo-conductual al principio del tratamiento; había acogido con desdén al terapeuta y la terapia, no hacía los deberes para casa y parecía no hacer ningún esfuerzo por aplicar la terapia entre las sesiones. Nunca había probado la terapia psicodinámica.

El Sr. Goranov expresó su descontento por la falta de mejoría, la naturaleza del tratamiento y su tratamiento en sí. Le parecía «humillante» que le obligaran a ver a personas en formación que rotaban y dejaban su caso al cabo de 1 o 2 años. A menudo le parecía que los residentes de psiquiatría no eran ni muy educados, ni muy cultos, ni sofisticados, y que sabían de psicoterapia menos que él. Prefería colaborar con terapeutas femeninas porque los hombres eran «demasiado competitivos y envidiosos».

El Sr. Goranov había trabajado de agente de seguros. «Es ridículo», dijo, «Yo era el mejor agente de seguros que habían tenido nunca y no quieren volver a contratarme. Creo que el problema está en que la profesión está llena de grandes egos y no puedo callarme al respecto». Después de ser rechazado por las empresas de seguros, el Sr. Goranov no trabajó durante 5 años, hasta que lo contrató un concesionario de automóviles. Dijo que, aun-

ejemplo, podrían llevar a pensar en un posible trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, la Sra. Fuentes no presenta la acusada inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autodestructividad extrema, los estallidos de cólera en las relaciones y la sensación crónica de vacío que aparecen con frecuencia en el trastorno límite de la personalidad. Aunque se queja de no recibir toda la atención que le gustaría, la Sra. Fuentes carece de miedo a la separación y tampoco presenta el tipo de comportamiento sumiso y ñoño que caracteriza al trastorno dependiente de la personalidad. Asimismo, aunque parece tener una necesidad excesiva de admiración, no presenta la falta de empatía que es el rasgo cardinal del trastorno narcisista de la personalidad. Finalmente, aunque presenta algunas conductas manipuladoras, como las personas con trastorno antisocial de la personalidad, las suyas están motivadas por el deseo de atención más que por obtener algún tipo de beneficio.

Lecturas recomendadas

Gabbard GO: Cluster B personality disorders: hysterical and histrionic, in *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2005, pp 541-570.

Hales RE, Yudofsky SC, Roberts LW (eds): *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*, 6th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2014.

MacKinnon RA, Michels R, Buckley PJ: The histrionic patient, in *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006, pp 137-176.

yor. Ciertamente, la Sra. Fuentes presenta muchos signos de ánimo deprimido. Además, la Sra. Fuentes fue derivada a la SU por presentar suicidalidad. Aunque ella y el marido minimizan la gravedad de estas amenazas, el THP sí parece estar relacionado con un mayor riesgo de intentos de suicidio. Muchos de estos intentos no serán letales, pero los diversos «gestos» suicidas pueden producir daños graves e incluso la muerte de forma accidental. En el abordaje clínico de la Sra. Fuentes se deberá equilibrar el reconocimiento de que la ideación suicida se debe a la necesidad de atención con el hecho de que también puede acabar siendo autolesiva.

Como en todas las evaluaciones psiquiátricas, los clínicos deben plantearse si los síntomas de la personalidad suponen realmente un problema antes de hacer el diagnóstico. La normas relativas a la expresividad emocional, la conducta interpersonal y el vestido varían mucho entre las diferentes culturas, géneros y grupos etarios, y es importante no patologizar las variaciones que no se acompañen de disfunción y angustia. Ejemplo de posibles sesgos sería el hecho de que el diagnóstico de THP se aplica más a las mujeres a pesar de que los estudios poblacionales indican que su frecuencia es la misma en ambos sexos.

El THP suele concurrir con otros trastornos de la personalidad. Aunque la Sra. Fuentes tiene rasgos en común con otros trastornos de la personalidad, no parece merecer un segundo diagnóstico. Las amenazas suicidas y la dramática presentación de la Sra. Fuentes, por

que vender coches le quedaba pequeño, había tenido éxito y «en nada de tiempo era yo quien llevaba el negocio». Se fue a los pocos meses tras discutir con el dueño. A pesar de que lo habían animado varios terapeutas, el Sr. Goranov no había buscado empleo, ni se había apuntado a cursos de reciclado, ni había ejercido de voluntario; todas estas opciones le parecían muy poca cosa para él.

El Sr. Goranov se había «dado por vencido con las mujeres». Había tenido muchas parejas de joven pero, en general, le habían parecido desagradecidas y que «solo buscaban comer gratis». Las notas de los residentes indicaban que respondía con suspicacia a las demostraciones de interés. Esta tendencia era cierta con respecto a las mujeres que habían tratado de acercarse a él y con respecto a los residentes que se habían interesado por su tratamiento. El Sr. Goranov se describió a sí mismo como una persona que tenía mucho amor que dar, pero añadió que el mundo estaba lleno de manipuladores. Dijo que tenía algunos amiguetes, pero que la madre era la única persona que a él le importaba de verdad. Le gustaban los buenos restaurantes y los «hoteles de cinco estrellas», pero explicó que ya no podía permitírselos. Hacía ejercicio a diario y le preocupaba su físico. La mayor parte del tiempo lo pasaba en casa viendo la televisión o leyendo novelas y biografías.

Durante la exploración, el paciente iba muy arreglado, con el pelo engominado y con ropa que parecía de uno de esos diseñadores *hip-hop* que suelen gustar a los jóvenes de 20 años. Se mostró coherente, pragmático y normalmente colaborador. Dijo que estaba triste y enfadado. El afecto era constreñido y displicente. Dijo que no tenía intención de matarse, pero no tenía esperanza y pensaba a menudo en la muerte. Estaba cognitivamente intacto.

Diagnóstico

- Trastorno de la personalidad narcisista.

Explicación

Cuando un paciente acude al psiquiatra, los síntomas son normalmente los aspectos de la psicopatología más fáciles de reconocer y diagnosticar. La ansiedad, la depresión, las obsesiones y las fobias las ven de forma parecida pacientes y médicos, y son cruciales para definir las características de muchos trastornos. Los pacientes con trastornos de la personalidad son diferentes. Sus problemas suelen afectar más a los demás que al propio paciente, y los síntomas suelen ser vagos y aparentemente secundarios a un problema central. Lo que determina el diagnóstico o define el foco del tratamiento no es, por ejemplo, ni la ansiedad ni la depresión, sino quién es el paciente, la vida que ha elegido vivir y el patrón de sus relaciones humanas.

Un corolario es que las quejas del paciente pueden ser menos reveladoras que la manera de plantearlas. En la mayoría de los casos, la consulta se dedica a recoger información y realizar observaciones. La atención de casi todos los pacientes con trastornos de la personalidad requiere crear una relación y que el médico viva y comprenda esa relación. Las respuestas a la contra-transferencia pueden ser instrumentos diagnósticos importantes, y la forma de relacionarse el paciente con el clínico refleja la plantilla con que estructura sus relaciones con los demás. Por ejemplo, el motivo de consulta principal del Sr. Goranov es el ánimo triste. Aunque podría tener un trastorno depresivo, parece carecer de la mayoría de los criterios pertinentes del DSM-5 para cualquiera de los trastornos depresivos. En cambio, el ánimo bajo parece responder al descontento crónico. A pesar de considerarse inteligente y atractivo, se encuentra desempleado, infravalorado y solo. La desmoralización vacía acompaña con frecuencia al

trastorno de la personalidad y, como ocurre con el Sr. Goranov, a menudo no responde a la farmacoterapia.

Por otro lado, cosa atípica en la mayoría de los pacientes con depresión grave, le preocupa su aspecto y resultar atractivo a los demás. Su arreglo personal, sus ropas y sus modales son reflejo de su grandiosidad de base, de su convicción de que es especial y merece el aprecio que no ha conseguido.

Esta historia del Sr. Goranov refleja un típico trastorno narcisista de la personalidad de leve a moderado. Son rasgos clásicos la grandiosidad, la convicción de que merece un tratamiento especial, el alejamiento de los demás, la capacidad de empatía muy escasa y la actitud arrogante de desdén. El afecto deprimido es obvio, pero secundario a su psicopatología esencial de la personalidad.

Estos pacientes son difíciles de tratar. Crean que sus problemas derivan de que el mundo no reconoce su verdadero valor, y a menudo van cayendo en un retraimiento social depresivo y solitario según avanza la vida. La alianza terapéutica requiere contactar con ellos en torno a su dolor, soledad y aislamiento, y procurar potenciar el placer en lugar de que renuncien a sus exigencias respecto de los demás.

El Sr. Goranov es un paciente. No es solo alguien con cierta identidad social y perso-

nal que pasa por ser paciente; ser paciente se ha convertido en un elemento central de su identidad. Además, se trata de un paciente insatisfecho y el psiquiatra no le da lo que quiere o cree que tiene derecho a obtener. De hecho, al desgranarse la historia, queda claro que este es un problema habitual del Sr. Goranov. Está insatisfecho con sus amigos, sus trabajos y sus seres queridos. Al igual que los terapeutas, no han sido lo bastante buenos, no han reconocido su valor y le han fallado.

Lecturas recomendadas

- Akhtar S: The shy narcissist, en *Changing Ideas in a Changing World: The Revolution in Psychoanalysis. Essays in Honour of Arnold Cooper*. Editado por Sandler J, Michels R, Fonagy P. London, Karnac, 2000, pp 111-119.
- Cooper AM: Further developments of the diagnosis of narcissistic personality disorder, en *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Editado por Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp 53-74.
- Ronningstam EF (ed): *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998.
- Ronningstam EF, Weinberg I: Narcissistic personality disorder: progress in recognition and treatment. *Focus* 11(2):167-177, 2013.

CASO 18.8

Timidez

J. Christopher Perry, M.P.H., M.D.

Mathilda Herbert, mujer de 23 años de edad, es derivada a la consulta de psiquiatría para que la ayuden a «salir del caparazón». Se había mudado hacía poco a una ciudad nueva para cursar los estudios de técnico de laboratorio industrial y vivía con una prima mayor que además era psicoterapeuta y pensaba que debía «salir y disfrutar de la juventud».

Aunque ya le habían recetado anteriormente ansiolíticos, la Sra. Herbert dijo que su verdadero problema era la «timidez». Los estudios eran difíciles porque todo el mundo estaba siempre «criticando». Evitaba hablar en clase porque sabía que diría «alguna tontería» y se pondría colorada y todos se reirían de ella. Evitaba también hablar en persona y por teléfono, preocupada por cómo sonaría, y le aterraba hablar en público.

También era reticente con los amigos. Dijo que siempre había tratado de agradar a los demás y que prefería ocultar sus sentimientos comportándose de forma alegre, dócil y atenta. Tenía algunas amistades, de las que dijo que eran gente «cariñosa y de toda la vida». Se sentía sola desde la mudanza y aún no conocía a nadie, ni en la escuela superior ni fuera de ella.

Dijo que había roto con su primer novio serio 2 años antes. Al principio había sido «amable y paciente» y ella había tenido

vida social a través de él, pero al poco de irse a vivir con él, se había convertido en un «alcohólico rabioso». No había vuelto a salir con nadie desde aquella experiencia.

La Sra. Herbert había crecido en un área metropolitana con sus padres y tres hermanos mayores. El chico era «hiperactivo y antisocial» y acaparaba la atención de todos, mientras que las dos chicas eran «hipercompetitivas y perfectas». La madre era recatadamente dócil, «como yo». El padre de la Sra. Herbert era un asesor financiero de éxito que siempre andaba señalando todo aquello en que sus hijos no habían cumplido sus expectativas. Podía ser cariñoso, pero tendía a despreciar la incertidumbre emocional a favor de un «optimismo duro». Las provocaciones y la competencia «saturaban» la casa y «tampoco ayudó mucho que me obligaran a ir al mismo colegio para chicas donde mis hermanas habían sido estrellas y donde todas eran ricas y maliciosas». Había desarrollado una marcada sensibilidad a las críticas y los fracasos.

Los padres se habían divorciado durante su último año de instituto. El padre se casó con otra mujer poco después. Aunque ella había planeado asistir a la misma universidad de elite que sus dos hermanas, al final eligió una universidad pública local. Explicó que le venía bien alejarse de tanta competencia y que la madre necesitaba el dinero.

Entre los puntos fuertes de la Sra. Herbert destacaba su trabajo excelente en la carrera de Químicas, especialmente a raíz de que un profesor se interesara especialmente por ella. Los viajes familiares de acampada le habían llevado a dominar la vida al aire libre y le gustaba estar en el monte y hacer gala de su independencia. También le gustaba hacer de canguro y acudir de voluntaria a los refugios de animales, porque los niños y los animales «agradecen todo lo que haces y no son malos».

En la evaluación, el aspecto de la Sra. Herbert era el de una joven bien vestida, de baja estatura, que se mostraba atenta, coherente y pragmática. Sonreía mucho, sobre todo al hablar de cosas que habrían enojado a la mayoría de la gente. Cuando el psiquiatra hizo un comentario de prueba, relacionando la ansiedad actual de la Sra. Herbert con las experiencias vividas con su padre, la paciente pareció afectada sin decir nada. Después de que esto ocurriera varias veces, el psiquiatra pensó que quizá la paciente se tomaba los comentarios interpretativos como críticas y que tenía que comprobar su tendencia a evitar los asuntos delicados. Al plantear explícitamente esta preocupación, ambos, paciente y psiquiatra, se relajaron y la conversación pudo continuar de manera más productiva.

Diagnósticos

- Trastorno evitativo de la personalidad.
- Trastorno de ansiedad social.

Explicación

La timidez de la Sra. Herbert llega a constituir una evitación social que reduce su capacidad de divertirse. Rinde deficientemente en la escuela y parece haber elegido su universidad (una pública local) y su profesión (técnico de laboratorio) en gran parte para reducir los riesgos percibidos y evitar la ansiedad. Se siente sola pero es incapaz de contactar con los amigos. No es ca-

paz de salir con hombres. Parece tener dos diagnósticos del DSM-5 que son comórbidos tan a menudo que quizá sean conceptualizaciones distintas de procesos muy parecidos: el trastorno evitativo de la personalidad (TEvP) y el trastorno de ansiedad social (fobia social).

El TEvP supone un patrón persistente de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a las evaluaciones negativas. Requiere también cuatro o más criterios de un total de siete, que la Sra. Herbert parece cumplir con facilidad. Evita las actividades laborales que implican contactos interpersonales. Durante la mayor parte de la vida se ha mostrado reacia a hablar en voz alta, temiendo la crítica y el ridículo incluso ante su familia. Evita ser el centro de atención, duda de sí misma y se ruboriza fácilmente. Evita las situaciones nuevas. No quiere relacionarse con otras personas a no ser que tenga la seguridad de que va gustarles. Todo esto ha tenido un efecto debilitante sobre todos los aspectos de su vida.

Como la mayoría de las personas con TEvP, la Sra. Herbert también merece el diagnóstico de trastorno de ansiedad social (fobia social) del DSM-5. Tiene miedo al escrutinio social y a que la evalúen negativamente. Soporta las situaciones sociales, aunque a duras penas, y casi siempre tiene ansiedad. Parece tímida, elige un trabajo con pocas interacciones sociales y prefiere vivir con familiares.

La Sra. Herbert dice que tiene estos síntomas desde pequeña. Aunque la timidez es frecuente en las personas con TEvP y trastorno de ansiedad social, la mayoría de los niños tímidos no acaban presentando los problemas que son prevalentes entre las personas con estos trastornos: menor rendimiento escolar, empleo, productividad, estado socioeconómico, calidad de vida y bienestar general.

Durante la entrevista, el psiquiatra nota el malestar de la Sra. Herbert y se siente inusualmente limitado en cuanto a las preguntas que puede hacer. En otras palabras, perci-

be una reacción de contratransferencia en la que teme herir los sentimientos de la paciente. Tras expresar su preocupación por que ella pudiera sentirse criticada por sus comentarios, psiquiatra y paciente pudieron explorar con más comodidad la historia clínica y profundizar en la alianza terapéutica. Una alianza fuerte ayuda a mitigar el malestar y la vergüenza, y aumenta las probabilidades de poder explorar más a fondo la comorbilidad habitual y pasar de forma más suave al tratamiento.

Lecturas recomendadas

Perry JC: Cluster C personality disorders: avoidant, obsessive-compulsive, and dependent, en *Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders*, 5th Edition. Editado por Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Publishing (en prensa).

Sanislow CA, Bartolini EE, Zoloth EC: Avoidant personality disorder, en *Encyclopedia of Human Behavior*, 2nd Edition. Editado por Ramachandran VS. San Diego, CA, Academic Press, 2012, pp 257-266.

CASO 18.9

Falta de confianza en sí mismo

Raymond Raad, M.D., M.P.H.
Paul S. Appelbaum, M.D.

Nate Irvin es un varón blanco de 31 años de edad que acude a los servicios ambulatorios de psiquiatría por «falta de confianza en sí mismo». Habló de sus problemas de asertividad de siempre y se mostró especialmente afectado por llevar «estancado» 2 años en su actual trabajo, un «callejón sin salida», como auxiliar administrativo. Quería que alguien le dijera qué paso debía dar, para no tener que soportar la «carga» de la decisión. En el trabajo le resultaba fácil seguir las instrucciones del jefe, pero difícil tomar incluso las más nimias decisiones por su cuenta y riesgo. La situación era «deprimente», según dijo, pero nada nueva.

El Sr. Irvin refirió también que estaba descontento de sus relaciones con las mujeres. Describió una serie de relaciones en los 10 años previos que habían durado meses a pesar de haber hecho «todo lo que podía». Su relación más reciente había sido con una cantante de ópera. Refirió que había ido a varias óperas y tomado clases de canto para impresionarla, aunque no le gustaba mucho la música. Esa relación había concluido hacía poco por motivos que no estaban claros. Dijo que su estado de ánimo y la confianza en sí mismo estaban unidos a sus citas amorosas. Estar soltero le hacía sentirse desesperado, pero la desespera-

ción hacía que fuera aún más difícil encontrar novia. Dijo que se sentía atrapado en aquella espiral. Desde la última ruptura se había encontrado muy triste, con frecuentes crisis de llanto. Esta depresión era lo que lo había empujado a buscar tratamiento. No reconoció ninguno de los demás síntomas depresivos, como los problemas de sueño, apetito, energía, suicidalidad y capacidad de disfrutar.

El Sr. Irvin dijo al principio que no tomaba ningún medicamento, aunque al final confesó que, 1 año antes, el médico de cabecera le había prescrito alprazolam, 0,5 mg/día, para la ansiedad. La dosis había aumentado y, en el momento de la evaluación, el Sr. Irvin tomaba 5 mg/día, obteniendo las recetas de tres médicos diferentes. Los intentos de tomar menos dosis producían ansiedad y «temblores».

El Sr. Irvin dijo que no tenía antecedentes psiquiátricos de ningún tipo, ni personales ni familiares.

Después de escuchar este relato, a la psiquiatra le preocuparon el creciente consumo de alprazolam del Sr. Irvin y sus problemas crónicos de independencia. Pensó que el diagnóstico más exacto era el de trastorno por consumo de benzodiacepinas junto a un trastorno de la personalidad. Sin embargo, le inquietaban los efectos negativos no buscados que estos diagnósticos podrían tener en el paciente, incluso en el empleo y la cobertura del seguro, y la forma en que lo tratarían otros médicos en el futuro. Tecleó en la historia clínica electrónica el diagnóstico de «trastorno de adaptación con ánimo deprimido».

Dos semanas después, la aseguradora del Sr. Irvin preguntó por su diagnóstico y ella le comunicó el mismo que había anotado en la historia clínica.

Diagnósticos

- Trastorno de la personalidad dependiente.
- Trastorno por consumo de benzodiacepinas.

Explicación

El Sr. Irvin tiene una necesidad excesiva de que alguien cuide de él y tome las decisiones por él. Le cuesta tomar decisiones independientes y desea que los demás las tomen por él. Le falta confianza para empezar proyectos o hacer cosas por sí mismo, se siente normalmente incómodo estando solo y tiende a no mostrar su desacuerdo incluso en asuntos pequeños. Hace lo imposible por buscar y mantener relaciones y por conseguir el apoyo y el cariño de los demás.

Por tanto, el Sr. Irvin cumple al menos seis de los ocho criterios del DSM-5 para el trastorno de la personalidad dependiente (solo se necesitan cinco). Para que se cumplen los criterios diagnósticos, estos patrones deben también concordar con los criterios generales de los trastornos de la personalidad (es decir, los síntomas deben diferir de las expectativas culturales y ser persistentes, inflexibles y generalizados, además de acompañarse de angustia o deterioro funcional). Los síntomas del Sr. Irvin cumplen esta norma. Además, son persistentes y debilitantes, y ajenos a lo que se espera normalmente de un adulto sano de su misma edad.

Muchos diagnósticos psiquiátricos pueden intensificar los rasgos de la personalidad dependiente o ser concurrentes con el trastorno de la personalidad dependiente. En este caso, es especialmente importante pensar en un trastorno del ánimo, ya que acude a la consulta con una «depresión» que había empeorado hacía poco tiempo. Algunos pacientes con trastornos del ánimo pueden presentar síntomas que emulan a los trastornos de la personalidad; así pues, si este paciente está en pleno episodio depresivo mayor, sus síntomas de dependencia podrían estar limitados a dicho episodio. Sin embargo, el Sr. Irvin no reconoce los demás síntomas depresivos y no cumple los criterios de ningún trastorno depresivo.

Hay que destacar que el Sr. Irvin toma alprazolam. Lleva más tiempo del previsto tomando el medicamento en dosis cada vez mayores. Para conseguirlo en cantidades suficientes, obtiene recetas de tres médicos distintos. Ha desarrollado tolerancia (que lleva a subir la dosis) y síndrome de abstinencia (como demuestran la ansiedad y el temblor). Suponiendo que la exploración descubriera una angustia o un deterioro clínicamente importante, el Sr. Irvin cumple los criterios del trastorno por consumo de benzodiazepinas. Dados sus antecedentes de consumo y su tendencia a no ser transparente del todo, sería especialmente importante que se explorara con tacto la posibilidad de que esté consumiendo otras sustancias, como alcohol, tabaco, drogas y medicamentos del tipo de los opioides.

En este caso, la psiquiatra se enfrenta a un conflicto frecuente en la clínica. La documentación de los diagnósticos de los pacientes en la historia clínica —y su divulgación a terceros— puede a veces tener efectos negativos en la cobertura del seguro sanitario o la discapacidad, y conducir a la estigmatización, tanto dentro como fuera del sistema sanitario. En vista de esto, los psiquiatras se pueden ver tentados a anotar tan solo el más leve de los diagnósticos posibles, o a veces incluso a comunicar trastornos supuestamente menos peyorativos aunque inexactos. En este caso, la psiquiatra hace ambas cosas. Aunque el paciente tiene ánimo deprimido, no cumple los criterios del trastorno de adaptación que la psiquiatra anota. Sin embargo, sí parece cumplir los criterios del trastorno de la personalidad dependiente y del trastorno por consumo de benzodiazepinas, y ninguno de estos diagnósticos, más graves y en principio más estigmatizantes, se anota en la historia ni se comunica a la aseguradora.

Cuando en las historias clínicas se anotan diagnósticos inexactos con el propósito os-

tensible de proteger a los pacientes, se puede acabar produciendo un daño mayor. Los médicos que posteriormente vean la historia carecerán de información esencial sobre el cuadro del paciente y su tratamiento. Por ejemplo, si el Sr. Irvin tuviera que llamar urgentemente para pedir una receta de benzodiazepinas, el psiquiatra de guardia no tendría forma de saber, a partir de la historia clínica, ni el patrón de abuso benzodiazepínico ni que el paciente tiene dependencia fisiológica. Como médica que busca «no dañar», la psiquiatra del Sr. Irvin ha tratado de librarlo del estigma, pero lo ha expuesto a determinados riesgos médicos.

El médico tiene otras responsabilidades aparte de las que tiene hacia el paciente. Si el médico y el paciente aceptan el pago de una aseguradora, el primero podría estar obligado a aportar a dicha aseguradora y ciertos organismos públicos información clínica honesta de extensión razonable. No darla equivale a cometer un fraude y podría estar penado. Además, aunque pertenecer a la profesión médica otorga muchos privilegios, también exige responsabilidades. El engaño diagnóstico quizá parezca un intento inofensivo de proteger al paciente, pero la falta de honestidad afecta negativamente a la reputación de toda la profesión, una reputación que es esencial para poder tratar a los futuros pacientes.

Lecturas recomendadas

- Appelbaum PS: Privacy in psychiatric treatment: threats and responses. *Am J Psychiatry* 159(11):1809-1818, 2002.
- Howe E: Core ethical questions: what do you do when your obligations as a psychiatrist conflict with ethics? *Psychiatry* 7(5):19-26, 2010.
- Mullins-Sweatt SN, Bernstein DP, Widiger TA: Retention or deletion of personality disorder diagnoses for DSM-5: an expert consensus approach. *J Pers Disord* 26(5):689-703, 2012.

CASO 18.10

Controlar la relación

Michael F. Walton, M.D.

Ogden Judd y su novio, Peter Kleinman, acuden a una terapia de pareja para solucionar los conflictos que genera cada vez más su intención de empezar a vivir juntos. El Sr. Kleinman describió que llevaban varios meses buscando apartamento y que había sido «insostenible» por la rígida agenda laboral del Sr. Judd y su «inagotable» lista de requisitos. No pudieron llegar a ninguna decisión y al final decidieron compartir el apartamento del Sr. Judd. Según la conclusión del Sr. Kleinman, «Ogden ganó».

El Sr. Judd se negó a contratar una empresa de mudanzas para las pertenencias de su novio, insistiendo en que debían empaquetarlo todo personalmente y llevar un inventario de cada objeto presente en la casa. Lo que pudo haber tardado 2 días tardó 1 semana. Una vez transportadas todas las cosas al apartamento del Sr. Judd, el Sr. Kleinman empezó a quejarse de las «normas absurdas» del Sr. Judd sobre el lugar donde podían ponerse cosas en la biblioteca, la dirección de las perchas en el armario y si podían o no mezclarse las prendas de cada uno. Más aún, el Sr. Kleinman se quejó de que apenas había espacio para sus pertenencias porque el Sr. Judd nunca tiraba nada. «Me aterra perder algo importante», añadió el Sr. Judd.

En las semanas siguientes acabaron discutiendo todas las noches al desempaquear las cajas y colocar las cosas. Para empeorar las

cosas, el Sr. Judd solía llegar a casa después de las 21:00 o las 22:00 de la noche porque tenía la costumbre de hacer al final del día una lista de cosas «pendientes». El Sr. Kleinman se despertaba a menudo temprano y encontraba al Sr. Judd organizando, con semblante serio, las estanterías o los armarios, o clasificando los libros por orden alfabético y de autor. Durante todo el proceso, el Sr. Judd daba la impresión de que trabajaba denodadamente y disfrutaba y hacía cada vez menos. Cuanto más tiempo llevaban viviendo juntos, más alejado se sentía el Sr. Kleinman de su novio.

El Sr. Judd negó tener síntomas de depresión y ansiedad flotante. Dijo que nunca había probado los cigarrillos ni el alcohol, añadiendo: «No me gustaría sentir que he perdido el control». Dijo que no tenía antecedentes familiares de problemas mentales. Había crecido en un hogar con sus dos padres y había sido un estudiante por encima de la media en el colegio y la universidad. Era hijo único y la primera vez que compartió habitación fue en el primer año de universidad. Describió que la experiencia había sido difícil a causa de sus «modos de vida contrapuestos: él era un desorden y yo sabía que cada cosa tiene su sitio». A mitad de curso se había mudado a una habitación para él solo y no había vuelto a vivir con nadie hasta la llegada del Sr. Kleinman. El Sr. Judd era muy apreciado por su jefe y le habían nom-

brado «empleado del mes» tres veces en 2 años. Los comentarios de los compañeros y subordinados eran menos entusiastas y señalaban que era excesivamente rígido, perfeccionista y crítico.

En la exploración, el aspecto del Sr. Judd era el de un hombre delgado con gafas y pelo engominado, sentado en un sofá junto a su novio. Iba meticulosamente vestido. Se mostraba colaborador con la entrevista y permanecía sentado en silencio mientras el novio hablaba, interrumpiéndole en algunas ocasiones para contradecirlo. La velocidad y el tono eran normales. El afecto era irritable. No había signos de depresión. Dijo que no tenía ninguna fobia específica y que creía que nunca había sufrido una crisis de pánico. Al final de la consulta, el Sr. Judd observó: «Sé que soy difícil, pero quiero de verdad que esto funcione».

Diagnóstico

- Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo.

Explicación

La terapia de pareja se centraría probablemente en la relación y no en ninguno de los dos hombres, pero el caso clínico se centra claramente en la contribución del Sr. Judd a los problemas de la relación. El Sr. Judd se describe como un adicto al trabajo controlador, perfeccionista e inflexible. Se aferra excesivamente a sus pertenencias y le cuesta integrar cosas nuevas en su apartamento, pasando horas él solo organizando libros que bien podrían colocarse sin más en la biblioteca. Está motivado y es incapaz de delegar, y aunque esas cualidades pueden ser adaptativas en ciertas circunstancias, le están causando angustia y disfunción en la situación que vive con su novio y sus compañeros de

trabajo. El Sr. Judd, por tanto, parece cumplir los criterios del DSM-5 para el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP).

El TOCP y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) pueden ser comórbidos, pero ambas entidades se dan normalmente por separado. El factor distintivo más importante es que, mientras que el TOCP se considera un patrón de conducta desadaptativo, marcado por exceso de control e inflexibilidad, el TOC se caracteriza por la presencia de verdaderas obsesiones y compulsiones.

Sin embargo, puede haber un importante solapamiento comportamental entre el TOC y el TOCP. Por ejemplo, las conductas de acumulación pueden ser frecuentes en ambos diagnósticos. En el TOCP, la causa del trastorno de acumulación es la necesidad de orden y totalidad, y el Sr. Judd refiere que le aterra perder algo importante. Para compensar el hecho de que ahora comparte el apartamento con su novio —y está atestado—, el Sr. Judd pasa parte de la noche trabajando, con semblante serio, para que sus estantes y armarios conserven su excesiva organización habitual. En el TOC, la causa de la acumulación tiende a ser la evitación de onerosos rituales compulsivos o el temor obsesivo y a menudo irracional a la imperfección, el daño y la contaminación. Las conductas son típicamente indeseadas y angustiosas, y es probable que conduzcan a la acumulación de restos extraños tales como recortes de uñas o comida podrida. En el trastorno de acumulación, diagnóstico nuevo del DSM-5, el centro de atención es solamente la dificultad persistente para tirar o separarse de cosas, más que la necesidad de orden o las obsesiones y compulsiones.

Con respecto al Sr. Judd, sería útil explorar concretamente si la conducta de acumulación atenúa algún pensamiento concreto particularmente angustioso o intrusivo, y conocer el

grado de acumulación. Su afición por las listas puede ser compulsiva y cumplir los criterios del TOC si se observa que no solo se acompaña de tensión y dificultad para relajarse, sino que también lleva tiempo, es angustiosa, excesivamente repetitiva y ritualista. Aunque el DSM-5 anima a distinguir el TOCP del TOC y el trastorno de acumulación, estos tres trastornos pueden ser comórbidos entre sí.

Como se comenta en la introducción de este capítulo, la Sección III del DSM-5 describe un modelo alternativo que comprende cinco dominios de rasgos de trastornos de la personalidad (véase la tabla 18-1 en la introducción a este capítulo): afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición (frente a meticulosidad) y psicoticismo. Varios de estos factores son pertinentes para el diagnóstico de TOCP. Por ejemplo, el estilo interpersonal del Sr. Judd con su novio y sus compañeros de trabajo parece marcado por un desapego

rígido y niveles de intimidad limitados. Manifiesta cantidades importantes de afectividad negativa, como demuestra su seria persistencia a proseguir con tareas más allá del punto en que dejan de ser útiles. Finalmente, la compulsividad del Sr. Judd impregna toda la historia, como hacen patente la extrema meticulosidad y el rígido perfeccionismo.

Lecturas recomendadas

- Hays P: Determination of the obsessional personality. *Am J Psychiatry* 129(2):217-219, 1972.
- Lochner C, Serebro P, van der Merwe L, et al: Comorbid obsessive-compulsive personality disorder in obsessive-compulsive disorder (OCD): a marker of severity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 35(4):1087-1092, 2011.
- Pinto MA, Eisen J, Mancebo M, et al: Obsessive-compulsive personality disorder, en *Obsessive-Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum Conditions*. Editado por Abramowitz J, McKay D, Taylor S. Oxford, UK, Oxford University Press, 2008, pp 246-270.

Trastornos parafílicos

INTRODUCCIÓN

John W. Barnhill, M.D.

Las parafilias se definen como intereses sexuales intensos y persistentes que se sitúan fuera del ámbito de los tocamientos y la estimulación genital que se producen entre adultos fenotípicamente normales y capaces de consentir. El trastorno parafílico requiere tanto la presencia de impulsos parafílicos como la existencia de angustia, disfunción y/o conductas parafílicas irrefrenables (como se describirá más adelante en esta introducción). La definición de *parafilia* es lo bastante amplia como para que haya decenas, incluso cientos de parafilias y trastornos parafílicos identificados, todos ellos plagados de ambigüedades y controversias, si bien el DSM-5 solo identifica ocho: los trastornos de voyeurismo, exhibicionismo, frotteurismo, masoquismo sexual, sadismo sexual, pedofilia, fetichismo y travestismo.

Las parafilias pueden dividirse en dos tipos: las que cursan con actividades anómalas (p. ej., el masoquismo sexual) y las que cursan con objetos anómalos (p. ej., fetiches). Pueden dividirse también en parafilias sin víctimas (p. ej., travestismo) y parafilias que, si se llevan a cabo, conducen inevitablemente a la victimización (p. ej., el trastorno de sadismo sexual y el trastorno pedófilo).

Por ejemplo, una persona podría señalar que se excita intensa y repetidamente con objetos inertes (p. ej., zapatos) o con partes del cuerpo no genitales (p. ej., los pies). Si las fantasías, ansias y conductas trascienden los intereses y comportamientos sexuales «normofílicos», podría decirse que tiene determinada parafilia, es decir, un fetiche. Si, por el contrario, el fetiche no es intenso o persistente, sino que se usa como parte ocasional de un reperto-

rio sexual más amplio en pos de la estimulación genital, la persona no cumpliría los criterios de ninguna parafilia. Si el fetiche ocasiona disfunción (es decir, problemas sexuales clínicamente importantes con una pareja) o angustia (es decir, vergüenza clínicamente importante) en la persona, el individuo —las personas con fetiches son casi siempre varones— merecería el diagnóstico de trastorno fetichista.

Algunas de las parafilias incluidas en el DSM-5 se eligieron porque su exteriorización conduce inevitablemente a la victimización. El voyeurismo es la más frecuente de estas parafilias. En el DSM-5, el voyeurismo no hace referencia a las personas que, informalmente, miran de arriba abajo a un transeúnte o se excitan sexualmente «espionando» a terceros en una playa nudista. En el DSM-5, el trastorno de voyeurismo afecta a personas que no consienten y, como tal, es una actividad delictiva. El trastorno se diagnostica cuando del ansia irrefrenable de mirar se pasa a los actos una y otra vez, ocasionando angustia o deterioro importante en lo social, lo laboral y otros ámbitos importantes. Como ocurre con todas las parafilias que se acompañan de actividad delictiva, el trastorno también se diagnostica aunque la persona diga que no tiene angustia ni disfunción, siempre que exista un patrón de conductas parafilicas importante desde la perspectiva legal. Como las demás parafilias potencialmente delictivas, el trastorno voyeurista también puede diagnosticarse en una persona que no dé rienda suelta a sus deseos pero cuyas ansias o fantasías le produzcan angustia clínicamente significativa o deterioro funcional social, ocupacional o de cualquier otro tipo.

Algunas de estas parafilias se asocian a delitos especialmente odiosos. Desde el punto de vista forense, el trastorno de pedofilia identifica a personas —casi siempre hombres— que actúan conforme a un interés sexual persistente por los niños prepúberes. Desde esta perspectiva forense, el diagnóstico no se aplica a los hom-

bres que, entre sus diversas fantasías sexuales, consideran atractivos a los adolescentes pero sin quebrantar la ley, ni generar problemas interpersonales, ni estar preocupados por sus fantasías. El DSM-5 también aclara que el menor debe tener menos de 13 años de edad y que el infractor debe tener como mínimo 16 años de edad y ser 5 años mayor que la víctima. El principal interés forense son las conductas que trascienden lo que normalmente se considera sexualidad y pasan al terreno de la depredación y la sociopatía. El DSM-5, sin embargo, permite hacer el diagnóstico de trastorno de pedofilia en situaciones en que el interés sexual por los niños prepúberes no se lleva a efecto pero los deseos o fantasías ocasionan angustia o problemas interpersonales serios.

Asimismo, el diagnóstico de trastorno de sadismo sexual parece identificar a dos poblaciones clínicas distintas. En ambos grupos, la persona se excita intensa y repetidamente con el sufrimiento de otro, lo que se manifiesta en forma de fantasías, deseos irrefrenables o conductas. El principal interés forense recae en las personas que obligan a menores y adultos sin su consentimiento a experimentar sufrimientos físicos y psíquicos con el fin de excitarse sexualmente. En tales contextos, el trastorno de sadismo sexual se aplica sobre todo a varones con trastorno antisocial de la personalidad que están a la espera de juicio. El diagnóstico de trastorno de sadismo sexual también puede usarse para describir a personas que no ponen en efecto sus deseos sádicos y no actúan sobre víctimas no consentidoras pero presentan angustia o disfunción. El trastorno de sadismo sexual no puede diagnosticarse en la inmensa mayoría de las personas cuyas conductas y fantasías sexuales se encuentran bajo el amplio paraguas del BDSM (*bondage, domination/discipline, sadism/submission, and masochism* = esclavitud, dominación/disciplina, sadismo/sumisión y masoquismo). En la mayoría de las personas que

realizan actos de BDSM, el acuerdo mutuo y el consentimiento son la base. Aunque la fantasía y la conducta en sí puedan contener elementos de control, dolor y humillación, las personas implicadas son adultos que consienten y la mayoría no parecen sufrir angustia ni disfunción.

Los criterios de los diagnósticos de parafilias son inusuales en el DSM-5. Por ejemplo, el voyeurismo, la pedofilia y el sadismo sexual pueden diagnosticarse aunque la persona no reconozca tener angustia, disfunción ni excitación sexual, y ni siquiera haya intervenido en la actividad, siempre que haya signos de implicación que indiquen la probabilidad de una excitación sexual persistente en relación con la parafilia. Esta definición es válida para todas las parafilias que tienden a inducir conductas delictivas, como el frotteurismo (tocar o rozarse contra alguien sin su consentimiento) y el exhibicionismo (enseñar los genitales a alguien sin su consentimiento). La idea de que pueden sacarse conclusiones basándose en datos externos con independencia de la evaluación psiquiátrica (con una combinación de anamnesis, observación clínica y examen del estado mental) es típica del sistema legal pero atípica de la psiquiatría. La inclusión de datos externos tampoco forma parte de la definición de las parafilias en las que no interviene el código penal.

Las parafilias plantean preguntas interesantes. La primera es si la nomenclatura psiquiátrica debe verse implicada en conductas sexuales que estén muy influidas por las normas culturales y apenas puedan producir, si la producen, angustia o disfunción en el individuo. Por ejemplo, un diagnóstico que identifique a las personas que abusan sexualmente de los niños prepúberes (pedofilia) podría resultar útil para el sistema legal y para los clínicos que crean programas de tratamiento. Si se amplía hasta incluir el interés sexual en los adolescentes (la llamada

hebefilia, cuya inclusión se planteó en el DSM-5 pero al final no se debatió), la parafilia choca con las grandes variaciones existentes respecto a la maduración humana y con lo que es o no legal y culturalmente aceptable en los distintos estados, países y épocas.

La nosología de las parafilias plantea la pregunta importante de cuál es, exactamente, el factor clave que convierte una conducta en un trastorno. ¿Es la atipicidad? ¿Es la angustia de la persona (p. ej., la culpabilidad si alguien resultó herido)? En el caso de las parafilias que necesitan víctimas, ¿es el efecto de los actos (p. ej., la persona herida), con independencia de las reacciones o intenciones del infractor? ¿Es la naturaleza compulsiva e impulsiva de la conducta? Históricamente, el campo de la psiquiatría confiaba bastante en las señales y conductas que podían considerarse parte del desarrollo sexual normal del ser humano. En el siglo XXI, las definiciones de normalidad sexual están muy discutidas. Entre las parafilias del DSM, por ejemplo, ya no se incluye la homosexualidad, pero sí otras conductas sexuales que carecen de víctima y de disfunción o angustia inevitable (p. ej., los fetiches y el travestismo). Las fronteras de los comportamientos parafilicos están cambiando y aún está por ver si se llegará a aceptar la idea de que muchos de los patrones atípicos de desarrollo y conducta sexual se consideren cada vez más variaciones normales dentro de la profesión y en la cultura en que esta se inscribe.

A pesar de que el debate continúa, el abordaje diagnóstico actual de los trastornos parafilicos está bastante claro y puede contemplarse desde dos ángulos distintos. Un ángulo es predominantemente legal. Si una víctima resulta dañada por el patrón sexual atípico de otra persona, lo probable es que se trate de un trastorno parafilico (además de un probable trastorno antisocial de la personalidad). El segundo ángulo no afecta al sistema legal. Si

una persona refiere un patrón persistente y atípico de conductas, deseos o fantasías sexuales, se tratará probablemente de una parafilia. Si la parafilia produce directamente angustia o disfunción, podrá diagnosticarse como trastorno. Y además de toda esta complejidad, si este diagnóstico merece o no atención clínica, sigue dependiendo del juicio clínico.

Lecturas recomendadas

Balon R: Controversies in the diagnosis and treatment of paraphilias. *J Sex Marital Ther* 39(1):7-20, 2013.

De Block A, Adriaens PR: Pathologizing sexual deviance: a history. *J Sex Res* 50(3-4):276-298, 2013.

Malón A: Pedophilia: a diagnosis in search of a disorder. *Arch Sex Behav* 41(5):1083-1097, 2012.

CASO 19.1

Sadismo

J. Paul Fedoroff, M.D.

Raven Lundquist llegó media hora tarde a su evaluación psiquiátrica. Estudiante de posgrado de Filosofía de 24 años de edad, iba vestida de negro, parecía taciturna y no miraba a los ojos. Se había mudado recientemente a casa de sus padres.

Después de insistirle un poco, la Sra. Lundquist explicó que la cita era idea de su madre. Hasta 2 semanas antes, la Sra. Lundquist había vivido con Sandy Morrison, con quien mantenía una relación lesbiana. La relación terminó cuando la Sra. Morrison descubrió a la Sra. Lundquist besando a su hermano. Furiosa, envió el diario que llevaba la Sra. Lundquist a la madre de esta, no sin antes escribir

la palabra «SÁDICA» en la portada. El diario estaba lleno de descripciones explícitas de juegos sexuales basadas en ataduras, dominación y azotes. Una gran parte describía las sensaciones de la Sra. Lundquist al castigar a la Sra. Morrison, pero otras entradas hablaban de «fiestas sexuales de BDSM [esclavitud, dominación/disciplina, sadismo/sumisión y masoquismo] en las que la Sra. Lundquist parecía disfrutar de que la contrataran para infligir dolor y humillar a hombres mayores.

La Sra. Lundquist dijo que la consulta era «absurda». «No hay ningún problema, excepto que, si no voy al psiquiatra, me echarán a la calle. Soy una dómina [pareja sexual domi-

nante]. ¿Y qué?» La Sra. Lundquist aceptó volver a una segunda sesión con la condición de que el psiquiatra «oiga mi versión de los hechos y decida si tratarme es buena idea».

En la segunda sesión, la Sra. Lundquist dijo que había decidido estudiar filosofía después de leer la obra del marqués de Sade *Justine*. «No es tan bueno como *Lolita*, pero me tocó la fibra sensible». Dijo que pretendía especializarse en la ética de los tratamientos médicos. «Sí, claro que hay un elemento de control en todo esto, pero también me agrada la idea de que los demás tengan derechos. Nunca he maniatado a nadie que no lo pidiera». La Sra. Lundquist admitió que bebía más de lo debido, llegando a menudo a emborracharse cuando solo tenía intención de beber una o dos copas. La mayoría de las riñas con la madre y la novia se habían producido estando ella «muy bebida», y con frecuencia faltaba a clase a primera hora a causa de la resaca. No tomaba drogas («No me gusta perder el control y el alcohol ya es lo bastante malo»). Carecía de antecedentes penales. Sí le pagaban por asistir a fiestas de BDSM, pero «lo único que hago es poner caras siniestras, ir ligera de ropa y dar unos azotes a esos vejatorios. Les gusta y son patéticos. Atar a mi chica era mucho más divertido».

En su infancia destacaba que había vivido en casas de acogida antes de ser adoptada por la mujer que ahora llamaba «mi entrometida pero bienintencionada madre». Tenía lagunas de memoria en relación con la infancia y creía posible que hubiera sido objeto de abusos sexuales. «Eso tendría sentido, ¿no? Pero la verdad es que no me acuerdo».

La Sra. Lundquist refirió que le atraían sexualmente los hombres y las mujeres, pero que prefería a las mujeres porque «normalmente son más sumisas». Para masturbarse tenía fantasías de «poder y control», pero no podía ser más específica. Se había sentido atraída por el hermano de su novia y proba-

blemente saldría con él «aunque no sea un sumiso». (El «sumiso» es normalmente la persona que asume el papel pasivo y obediente en la relación, aunque las apariencias pueden ser engañosas.)

Entre los antecedentes médicos de la Sra. Lundquist destacaba que había tenido escoliosis y que de niña la habían tratado con una barra de Harrington, pasando mucho tiempo en el hospital.

Durante la exploración, la Sra. Lundquist se mostró reservada a la hora de describir sus emociones. Dijo que había estado «fastidiada» desde la ruptura con su novia, pero no reconoció ningún otro síntoma de depresión. Añadió que tener que volver a casa de la madre le había afectado más que perder a la novia. Tendía a trasnochar y a dormir de día. El apetito era fluctuante y a veces hacía dietas de choque para «demostrar que controlo mis impulsos». Nunca había pensado en el suicidio. Sí había tenido ganas de matar a otros y admitió que la idea le «excitaba», pero no tenía planes ni objetivos al respecto. No tenía delirios ni alucinaciones, ni síntomas de ansiedad. Era inteligente y estaba cognitivamente intacta.

Diagnóstico

- Trastorno por consumo de alcohol.

Explicación

La Sra. Lundquist acude a una evaluación psiquiátrica porque a la madre le preocupa que sea una sádica. Según la Sra. Lundquist, a ella le gusta ser «dómina» o pareja sexual dominante. Le pagan por azotar a hombres en fiestas de BDSM, pero no queda claro que esta actividad le resulte especialmente excitante. Describe un fuerte interés por mantener el control, tanto en lo sexual (p. ej., atar a la no-

via) como en la vida cotidiana (no toma drogas porque no quiere perder el control, y volver a casa de la madre —donde cabe suponer que tendrá menos control— le fue más doloroso que perder a la novia).

En español, la palabra *sadismo* significa crueldad, insensibilidad y otros rasgos desagradables no necesariamente sexuales. En el DSM-5, el sadismo sexual se define como «excitación sexual intensa y recurrente derivada del sufrimiento físico o psíquico de otra persona». No está claro si la Sra. Lundquist encaja o no en esta definición. El caso expuesto no contiene muchos detalles sobre sus fantasías y comportamientos sexuales, y tampoco está claro que se excite sexualmente al producir sufrimiento.

El diagnóstico de trastorno de sadismo sexual también requiere que la persona se haya dejado llevar por estos impulsos sexuales sin el consentimiento de la pareja sexual o que los impulsos o fantasías sexuales sean causa de angustia o deterioro importante. No hay datos de que la Sra. Lundquist haya puesto en práctica alguna vez fantasías sexuales agresivas con una víctima involuntaria. Ciertamente, coincide con la comunidad del BDSM, que siempre insiste en el consentimiento. Las actividades se explican claramente de antemano, incluyendo una fórmula automática para ponerles fin (p. ej., contraseñas de seguridad).

La elaboración que hace la Sra. Lundquist de sus fantasías es vaga y no aporta información, no quedando claro que la humillación y el dolor sean componentes importantes. Además, y esto es lo más importante, niega cualquier malestar o deterioro en relación con su conducta sexual. Aunque la exnovia está enfadada con la Sra. Lundquist, lo está porque besó a su hermano, no por sus comportamientos sexuales. La lectura del diario angustió a la madre, pero a la Sra. Lundquist no le angustian ni sus fantasías, ni sus impulsos, ni sus conductas sádicas.

Así pues, es posible que la Sra. Lundquist tenga sadismo sexual (excitación derivada del sufrimiento de otros) sin tener el trastorno de sadismo sexual (infligir sufrimiento a una persona sin su consentimiento o presentar angustia o deterioro a causa de impulsos y fantasías).

Dicho de otro modo, la Sra. Lundquist puede que tenga una parafilia sin tener ningún trastorno parafilico del DSM-5.

Aunque la Sra. Lundquist quizá prefiera centrarse en sus actividades sexuales (manteniendo de este modo el control de la entrevista), el psiquiatra podría querer explorar otros aspectos. Por ejemplo, la Sra. Lundquist cree que podría haber sido víctima de abusos sexuales estando en acogida, y hay muchos fragmentos de su infancia que no recuerda. Esto plantea la posibilidad de un trastorno disociativo o de un trastorno de estrés post-traumático. Menciona de pasada una barra de Harrington, pero sería importante explorar la relación que guardan el dolor recurrente y las hospitalizaciones con el interés que siente por el dolor, el control y la ética médica. Conveniría esclarecer en mayor profundidad sus síntomas depresivos y de ansiedad.

La paciente dice que no abusa de drogas duras pero que sí bebe más de lo debido. Refiere que a menudo llega a emborracharse, es incapaz de controlar la ingesta de alcohol, falta a clase por las mañanas a causa de la resaca y tiene conflictos interpersonales que parecen estar directamente relacionados con las borracheras.

Por tanto, el único diagnóstico del DSM-5 que parece indudable es el de trastorno por consumo de alcohol.

Aunque la madre empujó a la Sra. Lundquist a la evaluación, la paciente acude una segunda vez para contar su versión de los hechos y decidir si precisa tratamiento. Puede o no que la Sra. Lundquist necesite tratamiento para ayudarla con su sexualidad, pero hay

otros aspectos de su vida en los que una terapia podría ser esencial.

Lecturas recomendadas

Fedoroff JP: Sadism, sadomasochism, sex, and violence. *Can J Psychiatry* 53(10):637–646, 2008.

Fedoroff JP: Forensic and diagnostic concerns arising from the proposed DSM-5 criteria for sexual paraphilic disorder. *J Am Acad Psychiatry Law* 39(2):238–241, 2011.

Money J: *Vandalized Lovemaps*. Buffalo, NY, Prometheus, 1989.

CASO 19.2

Problemas de relación

Richard Balon, M.D.

Terry Najarian, de 65 años de edad, vendedor de una gran empresa, acude a la consulta de psiquiatría porque su esposa ha amenazado con abandonarlo. Aunque al principio dijo que le daba apuro contar sus problemas a un desconocido, describió su interés sexual por la ropa interior femenina con mucha naturalidad. Este interés había surgido varios años antes y no había supuesto ningún problema hasta que la mujer lo halló masturbándose hacía ya 6 semanas. Al verlo vestido con sujetador y bragas, al principio «se puso como loca» pensando que tenía una aventura. Después de aclarar que no tenía ninguna, no quiso escucharlo y apenas le hablaba. Al discutir le llamaba «pervertido» y le había dejado claro que estaba pensando en divorciarse a menos que «buscara ayuda».

El hábito del Sr. Najarian había empezado a raíz de la grave artritis y posible depresión de

su esposa, que habían disminuido considerablemente su nivel de actividad y su interés por el sexo. Su «fetiche» era lo único positivo que tenían sus frecuentes viajes de trabajo, por lo demás tan aburridos. También se masturbaba en casa pero, normalmente, esperaba a que la esposa hubiera salido. El patrón consistía en masturbarse unas dos veces por semanas poniéndose bragas y sostenes que había ido coleccionando durante años. Refirió que las relaciones sexuales con su mujer habían descendido a «una vez al mes o cada 2 meses», aunque eran mutuamente satisfactorias.

El paciente llevaba casado más de 30 años y el matrimonio tenía dos hijos ya mayores. El Sr. Najarian había previsto jubilarse tranquilamente a fin de año, pero no si las únicas dos opciones eran «dividir los gananciales o estar todo el día aguantando que me llamen pervertido». Se puso visiblemente angustiado al

hablar de sus problemas maritales. Refirió que últimamente le costaba dormirse y que estaba «preocupado a todas horas» por su matrimonio, aunque negó tener otros problemas psiquiátricos. Había tirado media docena de prendas íntimas en una pantomima que tranquilizó a la esposa: en realidad, se guardó las «favoritas» y, según dijo, «siempre puedo comprar más». Explicó que no tenía las ideas claras. No quería poner fin a su matrimonio, pero no veía nada malo en su nueva forma de masturbarse. «No estoy siendo infiel, ni haciendo nada malo», dijo. «Es solo que me excita y, además, mi esposa no está dispuesta a que tengamos relaciones sexuales unas cuantas veces por semana».

El Sr. Najarian dijo que no tenía ningún problema con la función sexual, añadiendo que podía mantener las erecciones y tener orgasmos sin ropa interior de mujer. Recordaba que, de adolescente, le excitaba tocar ropa interior femenina y se había masturbado reiteradamente al hacerlo. La fantasía desapareció al iniciar la vida sexual activa con su mujer. Dijo que no tenía antecedentes personales ni familiares de problemas mentales.

Diagnóstico

- Trastorno de fetichismo.

Explicación

El Sr. Najarian refiere que se excita sexualmente con la ropa interior femenina desde hace varios años. Esta conducta coincide con la definición de fetiche: excitación sexual intensa y persistente derivada del uso de objetos inanimados (p. ej., ropa interior de mujer) o de una parte del cuerpo muy concreta de naturaleza no genital (p. ej., el pie). Las parafilias se dividen normalmente en función de la actividad o el objeto de esta, de forma que el fetichismo se consideraría ejemplo de con-

ducta con «objeto anómalo», al igual que otras parafilias como la pedofilia y el travestismo.

Las parafilias, sin embargo, no son trastornos parafilicos del DSM-5 mientras no causen angustia, conlleven riesgos o puedan dañar a terceros. En el caso del Sr. Najarian, la conducta parece ser egosintónica y no causar problemas hasta que la esposa lo descubre llevando puesta ropa interior de mujer. En ese momento, el Sr. Najarian comienza a sentir angustia, motivo por el que va al psiquiatra y merece probablemente el diagnóstico de trastorno de fetichismo del DSM-5. Si la esposa aceptara el fetiche y la angustia cediera, se dejaría de considerar que padece un trastorno.

Resultaría útil explorar más aspectos de la situación del Sr. Najarian. En primer lugar, parece que acude al psiquiatra no porque busque ayuda, sino porque no quiere divorciarse. Es posible, por tanto, que esté minimizando el problema. Dice que su interés de adolescente por la ropa interior de mujer reaparece con ocasión de la enfermedad de su esposa, pero las parafilias —que habitualmente sí empiezan en la adolescencia, como en el caso del Sr. Najarian— tienden a persistir; puede que haya habido una interrupción de décadas, pero también puede que quiera amañar la historia de forma que tenga sentido para su mujer. Además, muchas personas parafilicas tienen más de una parafilia. ¿Escoge ropa interior de determinada edad (p. ej., de adolescentes o mujeres mayores)? No solo le excitan las prendas íntimas, sino que se las pone. ¿Se viste de mujer o deriva su excitación sexual de ponerse ropa interior femenina fuera del contexto de la masturbación? En tal caso, su conducta encajaría en el travestismo. También sería útil saber algo más de sus fantasías masturbatorias cuando se pone la ropa interior de mujer. Por ejemplo, quizá imagine que tiene relaciones sexuales con otro hombre. En tal caso, quizá se resista a hablar de

sus sentimientos (o conductas) homosexuales. Aunque la homosexualidad no es una parafilia, el Sr. Najarian podría vacilar por vergüenza o porque su esposa no conoce (aún) este otro aspecto de su sexualidad.

No está del todo claro que la conducta del Sr. Najarian cumpla el criterio de excitación sexual intensa y recurrente que exige el DSM-5. Refiere que tiene buenas relaciones sexuales con la esposa y que, si se interesó por la ropa interior de mujer, fue por el debilitamiento físico de esta. Podría ser útil explorar si su interés por la ropa íntima femenina es mayor que su interés por las conductas sexuales «normofilicas».

El Sr. Najarian refiere que su rendimiento siempre ha sido bueno y que carece de problemas psiquiátricos aparte de la ansiedad y la preocupación que genera su actual situación. Esto implica que tendría solamente esta

parafilia, sin ninguna comorbilidad. Aunque el Sr. Najarian quiera presentar su historia de esta manera, convendría explorar otras posibilidades. Por ejemplo, ¿tiene algún trastorno de ansiedad, depresivo o de abuso de sustancias que no haya mencionado espontáneamente? ¿Cómo se siente al haber cumplido los 65 años, estar a punto de jubilarse y tener una esposa con una enfermedad crónica? El estrés de la edad puede hacer aflorar varios problemas psiquiátricos, y la parafilia podría ser simplemente el más obvio de ellos.

Lecturas recomendadas

Balon R, Segraves RT (eds): *Clinical Manual of Sexual Disorders*. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009.
Laws DR, O'Donohue WT: *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*, 2nd Edition. New York, Guilford, 2008.

CASO 19.3

Delitos sexuales

Nancy J. Needell, M.D.

Vance Orren es un varón de 28 años al que detienen después de empujar a un desconocido a las vías del metro cuando el tren llegaba a la estación. Dijo a la policía que creía que aquel hombre iba a «decir a todo el mundo que soy maricón» y que él, el Sr. Orren,

solo trataba de protegerse de la «conspiración homosexual». El Sr. Orren tenía antecedentes de trastorno psicótico, trastorno por consumo de cocaína e incumplimiento de la farmacoterapia y la psicoterapia en el momento del incidente. El Sr. Orren se declaró inocente por

motivos de enfermedad psiquiátrica («enajenación mental») y se sometió a una evaluación psiquiátrica completa, incluida una valoración de sus antecedentes y deseos sexuales.

Como parte del procedimiento legal, al Sr. Orren se le efectuó una evaluación estructurada para agresores sexuales. Refirió que mantenía relaciones sexuales con menores desde hacía mucho tiempo. Su primer contacto sexual —con su tío y un primo de 18 años de edad— lo tuvo a los 12 años. Cuando tenía 14 o 15 mantenía relaciones sexuales de forma habitual con varones y mujeres de edades comprendidas entre «más o menos diez y treinta y pico años».

No supo contestar si los contactos sexuales eran siempre consentidos, añadiendo «Nadie llamó nunca a los polis». Ya de adulto, dijo que prefería el sexo con «niñas porque no se resisten mucho». Dijo que solo tenía relaciones sexuales con adultos cuando iba con prostitutas o se prostituía él mismo a cambio de dinero o drogas, aunque, según refirió, a veces, estando colocado, «Puede que haya hecho cosas que, la verdad, no recuerdo».

Dentro de la evaluación estructurada para agresores sexuales estaban incluidas una pletismografía peneana, una evaluación del tiempo de reacción visual midiendo el tiempo de observación (el tiempo que la persona mira una foto u otra representación visual de una situación sexualmente estimulante) y una entrevista detallada sobre prácticas sexuales; se determinó que la mayor atracción sexual la ejercían sobre él las niñas de entre 8 y 13 años.

En los antecedentes del Sr. Orren destacaban diversos problemas infantiles que acabaron llevándolo al sistema de acogidas temporales a los 7 años. A los 9 años, la primera madre adoptiva lo pilló robando juguetes y acosando a otros niños reiteradamente. Al regañarlo, la golpeó con un ladrillo, dejándola inconsciente. El incidente lo llevó a un segundo hogar de acogida. Empezó a consumir

drogas y alcohol a los 11 años. A los 13 lo encarcelaron por primera vez por robar en una tienda de electrónica para conseguir dinero para marihuana. Fue entonces cuando volvió a casa de su abuela materna, que desde entonces ha sido ocasionalmente su hogar. Durante los 15 años siguientes fue detenido al menos una docena de veces, casi siempre por posesión de drogas.

El Sr. Orren dejó de ir al colegio en octavo grado, al mismo tiempo, más o menos, que tenía su primer ingreso psiquiátrico. El ingreso de produjo a raíz de que se golpeara la cabeza contra la pared para «parar las voces». Le diagnosticaron una psicosis sin especificar, lo trataron con risperidona y le dieron de alta al cabo de 1 semana. Poco después del alta dejó de tomar la medicación antipsicótica.

Entre los 15 y los 28 años, el Sr. Orren abusó habitualmente de la cocaína y del alcohol, aunque también consumía cualquier droga que tuviera a mano. En el momento de la detención había pasado al menos por siete ingresos psiquiátricos, siempre a causa de alucinaciones auditivas y delirios de persecución (a menudo de naturaleza sexual). No quedó claro qué sustancias consumía antes de estos episodios de psicosis o durante ellos, ni si era probable que dichas sustancias estuvieran implicadas en la aparición de sus síntomas psiquiátricos. También lo habían ingresado un par de veces para desintoxicación alcohólica al presentar síndrome de abstinencia por no poder conseguir alcohol enseguida. Jamás cumplía ningún tipo de tratamiento ambulatorio. Sus únicos periodos de sobriedad los había pasado estando hospitalizado o encarcelado. Al ponerse el psiquiatra en contacto con ella, la abuela señaló que el Sr. Orren siempre había sido «irresponsable, falso y colérico. Creo que jamás le he oído pedir disculpas. Le quiero, aunque su sitio esté probablemente en la cárcel por muchos motivos».

Diagnósticos

- Trastorno psicótico no especificado.
- Trastorno por consumo de cocaína.
- Trastorno por consumo de alcohol.
- Trastorno de la personalidad antisocial.
- Trastorno de pedofilia, tipo no exclusivo, atracción sexual por ambos sexos.

Explicación

Aunque el breve informe de este caso no explora totalmente el abultado historial de alteraciones psiquiátricas del Sr. Orren, este parece cumplir los criterios de varios trastornos del DSM-5. Abusa, por ejemplo, de múltiples sustancias y casi con toda certeza cumple los criterios de los trastornos por consumo de alcohol y cocaína. Tiene antecedentes de psicosis, al parecer documentada como «trastorno esquizoafectivo» por varios de los psiquiatras previos. Los delirios y alucinaciones auditivas parecen lo más destacado y no se mencionan síntomas de depresión o manía. No queda claro que cumpliera los criterios del DSM-IV para el trastorno esquizoafectivo, y mucho menos los criterios más estrictos del DSM-5. Tampoco queda claro si sus alucinaciones y delirios pueden o no deberse, al menos parcialmente, al consumo de sustancias. Mientras no haya más información, el trastorno psicótico sin especificar sería probablemente la mejor etiqueta para los síntomas psicóticos del Sr. Orren.

El Sr. Orren también cumple los criterios del trastorno antisocial de la personalidad (TAP). Por lo que refieren él mismo y su abuela, presenta un patrón crónico de falsedad, ira, irresponsabilidad y ausencia de remordimiento. También parece infringir la ley reiteradamente en cuestión de conductas sexuales con menores, prostitución y drogas, por lo que cumple con facilidad los tres criterios necesarios del TAP entre el total de siete. El diagnóstico del TAP en el DSM-5 precisa también datos de un trastorno de conducta aparecido antes de los 15 años de edad, requisito que el Sr. Orren cumple fácilmente. Finalmente, el DSM-5 obli-

ga a que el comportamiento antisocial no tenga lugar solo en el transcurso de una esquizofrenia o un trastorno bipolar. Al Sr. Orren le habían diagnosticado previamente un trastorno esquizoafectivo, pero el diagnóstico es dudoso y gran parte de sus conductas antisociales parecen no estar relacionadas ni con la manía ni con la psicosis. El DSM-5 también recomienda no hacer el diagnóstico de TAP si la conducta sociopática está relacionada con la adquisición de drogas. Aunque algunas de las conductas antisociales del Sr. Orren puedan achacarse a la adquisición de drogas a menudo caras, sigue cumpliendo los criterios del TAP.

Sin embargo, durante la evaluación forense quedó claro que, además de los otros diagnósticos psiquiátricos, al Sr. Orren le interesan mucho los niños desde el punto de vista sexual. Como suele ocurrir en el trastorno de pedofilia, el Sr. Orren nunca había pensado que su interés sexual persistente hacia los menores fuera un problema hasta que lo detuvieron, nunca había buscado tratamiento y presenta una variada comorbilidad.

La evaluación de su conducta sexual con los menores tiene en el DSM-5 varios componentes. Lo primero que es necesario es determinar si tiene una parafilia pedófila, que se define como aquel patrón de fantasías, impulsos o conductas sexualmente excitantes en que intervienen niños prepúberes. Como esta información no suele confesarse voluntariamente —sobre todo si la persona está encarcelada—, al Sr. Orren los sometieron a una evaluación estructurada para agresores sexuales. El objetivo de esta evaluación es determinar el objeto de las fantasías de la persona. Entre los instrumentos para efectuar esta evaluación están la pletismografía peneana, técnica que mide los cambios de activación del pene al exponer a la persona a determinados estímulos visuales, auditivos o emocionales, y el tiempo de reacción visual, que mide el tiempo que la persona observa distintas imágenes sexualmente excitantes. En el caso del Sr. Orren, estas pruebas

motivos de enfermedad psiquiátrica («enajenación mental») y se sometió a una evaluación psiquiátrica completa, incluida una valoración de sus antecedentes y deseos sexuales.

Como parte del procedimiento legal, al Sr. Orren se le efectuó una evaluación estructurada para agresores sexuales. Refirió que mantenía relaciones sexuales con menores desde hacía mucho tiempo. Su primer contacto sexual —con su tío y un primo de 18 años de edad— lo tuvo a los 12 años. Cuando tenía 14 o 15 mantenía relaciones sexuales de forma habitual con varones y mujeres de edades comprendidas entre «más o menos diez y treinta y pico años».

No supo contestar si los contactos sexuales eran siempre consentidos, añadiendo «Nadie llamó nunca a los polis». Ya de adulto, dijo que prefería el sexo con «niñas porque no se resisten mucho». Dijo que solo tenía relaciones sexuales con adultos cuando iba con prostitutas o se prostituía él mismo a cambio de dinero o drogas, aunque, según refirió, a veces, estando colocado, «Puede que haya hecho cosas que, la verdad, no recuerdo».

Dentro de la evaluación estructurada para agresores sexuales estaban incluidas una pletismografía peneana, una evaluación del tiempo de reacción visual midiendo el tiempo de observación (el tiempo que la persona mira una foto u otra representación visual de una situación sexualmente estimulante) y una entrevista detallada sobre prácticas sexuales; se determinó que la mayor atracción sexual la ejercían sobre él las niñas de entre 8 y 13 años.

En los antecedentes del Sr. Orren destacaban diversos problemas infantiles que acabaron llevándolo al sistema de acogidas temporales a los 7 años. A los 9 años, la primera madre adoptiva lo pilló robando juguetes y acosando a otros niños reiteradamente. Al regañarlo, la golpeó con un ladrillo, dejándola inconsciente. El incidente lo llevó a un segundo hogar de acogida. Empezó a consumir

drogas y alcohol a los 11 años. A los 13 lo encarcelaron por primera vez por robar en una tienda de electrónica para conseguir dinero para marihuana. Fue entonces cuando volvió a casa de su abuela materna, que desde entonces ha sido ocasionalmente su hogar. Durante los 15 años siguientes fue detenido al menos una docena de veces, casi siempre por posesión de drogas.

El Sr. Orren dejó de ir al colegio en octavo grado, al mismo tiempo, más o menos, que tenía su primer ingreso psiquiátrico. El ingreso de produjo a raíz de que se golpeara la cabeza contra la pared para «parar las voces». Le diagnosticaron una psicosis sin especificar, lo trataron con risperidona y le dieron de alta al cabo de 1 semana. Poco después del alta dejó de tomar la medicación antipsicótica.

Entre los 15 y los 28 años, el Sr. Orren abusó habitualmente de la cocaína y del alcohol, aunque también consumía cualquier droga que tuviera a mano. En el momento de la detención había pasado al menos por siete ingresos psiquiátricos, siempre a causa de alucinaciones auditivas y delirios de persecución (a menudo de naturaleza sexual). No quedó claro qué sustancias consumía antes de estos episodios de psicosis o durante ellos, ni si era probable que dichas sustancias estuvieran implicadas en la aparición de sus síntomas psiquiátricos. También lo habían ingresado un par de veces para desintoxicación alcohólica al presentar síndrome de abstinencia por no poder conseguir alcohol enseguida. Jamás cumplía ningún tipo de tratamiento ambulatorio. Sus únicos periodos de sobriedad los había pasado estando hospitalizado o encarcelado. Al ponerse el psiquiatra en contacto con ella, la abuela señaló que el Sr. Orren siempre había sido «irresponsable, falso y colérico. Creo que jamás le he oído pedir disculpas. Le quiero, aunque su sitio esté probablemente en la cárcel por muchos motivos».

Diagnósticos

- Trastorno psicótico no especificado.
- Trastorno por consumo de cocaína.
- Trastorno por consumo de alcohol.
- Trastorno de la personalidad antisocial.
- Trastorno de pedofilia, tipo no exclusivo, atracción sexual por ambos sexos.

Explicación

Aunque el breve informe de este caso no explora totalmente el abultado historial de alteraciones psiquiátricas del Sr. Orren, este parece cumplir los criterios de varios trastornos del DSM-5. Abusa, por ejemplo, de múltiples sustancias y casi con toda certeza cumple los criterios de los trastornos por consumo de alcohol y cocaína. Tiene antecedentes de psicosis, al parecer documentada como «trastorno esquizoafectivo» por varios de los psiquiatras previos. Los delirios y alucinaciones auditivas parecen lo más destacado y no se mencionan síntomas de depresión o manía. No queda claro que cumpliera los criterios del DSM-IV para el trastorno esquizoafectivo, y mucho menos los criterios más estrictos del DSM-5. Tampoco queda claro si sus alucinaciones y delirios pueden o no deberse, al menos parcialmente, al consumo de sustancias. Mientras no haya más información, el trastorno psicótico sin especificar sería probablemente la mejor etiqueta para los síntomas psicóticos del Sr. Orren.

El Sr. Orren también cumple los criterios del trastorno antisocial de la personalidad (TAP). Por lo que refieren él mismo y su abuela, presenta un patrón crónico de falsedad, ira, irresponsabilidad y ausencia de remordimiento. También parece infringir la ley reiteradamente en cuestión de conductas sexuales con menores, prostitución y drogas, por lo que cumple con facilidad los tres criterios necesarios del TAP entre el total de siete. El diagnóstico del TAP en el DSM-5 precisa también datos de un trastorno de conducta aparecido antes de los 15 años de edad, requisito que el Sr. Orren cumple fácilmente. Finalmente, el DSM-5 obli-

ga a que el comportamiento antisocial no tenga lugar solo en el transcurso de una esquizofrenia o un trastorno bipolar. Al Sr. Orren le habían diagnosticado previamente un trastorno esquizoafectivo, pero el diagnóstico es dudoso y gran parte de sus conductas antisociales parecen no estar relacionadas ni con la manía ni con la psicosis. El DSM-5 también recomienda no hacer el diagnóstico de TAP si la conducta sociopática está relacionada con la adquisición de drogas. Aunque algunas de las conductas antisociales del Sr. Orren puedan achacarse a la adquisición de drogas a menudo caras, sigue cumpliendo los criterios del TAP.

Sin embargo, durante la evaluación forense quedó claro que, además de los otros diagnósticos psiquiátricos, al Sr. Orren le interesan mucho los niños desde el punto de vista sexual. Como suele ocurrir en el trastorno de pedofilia, el Sr. Orren nunca había pensado que su interés sexual persistente hacia los menores fuera un problema hasta que lo detuvieron, nunca había buscado tratamiento y presenta una variada comorbilidad.

La evaluación de su conducta sexual con los menores tiene en el DSM-5 varios componentes. Lo primero que es necesario es determinar si tiene una parafilia pedófila, que se define como aquel patrón de fantasías, impulsos o conductas sexualmente excitantes en que intervienen niños prepúberes. Como esta información no suele confesarse voluntariamente —sobre todo si la persona está encarcelada—, al Sr. Orren los sometieron a una evaluación estructurada para agresores sexuales. El objetivo de esta evaluación es determinar el objeto de las fantasías de la persona. Entre los instrumentos para efectuar esta evaluación están la pletismografía peneana, técnica que mide los cambios de activación del pene al exponer a la persona a determinados estímulos visuales, auditivos o emocionales, y el tiempo de reacción visual, que mide el tiempo que la persona observa distintas imágenes sexualmente excitantes. En el caso del Sr. Orren, estas pruebas

demonstraron que el máximo estímulo sexual procedía de la exposición a imágenes de niñas de entre 8 y 13 años.

El segundo grupo de criterios del DSM-5 se centra en si la parafilia pedófila del Sr. Orren cumple o no los criterios del trastorno parafílico: debe haber puesto en práctica sus impulsos sexuales o haber sufrido angustia o problemas interpersonales a causa de dichos impulsos o fantasías. Aunque el Sr. Orren no parece tener ni angustia ni culpabilidad en relación con su conducta sexual, sí parece haber tenido relaciones sexuales con chicos y chicas menores de edad desde que él mismo era un menor. Como dijo al hablar de su conducta de adulto, prefiere el sexo «con niñas porque no se resisten mucho». El informe no deja claro si estas «niñas» son prepúberes o no, aunque parece sobreentenderse. Los hombres que se dejan llevar por sus impulsos y no tienen remordimientos ni malestar psíquico al respecto tienden a ser extremadamente difíciles de tratar porque, por regla general, la única cosa que les preocupa es si van a meterse o no en algún lío.

El tercer grupo de criterios explica que el diagnóstico de trastorno de pedofilia no debe aplicarse a nadie menor de 16 años de edad o menos de 5 años mayor que el niño o los niños prepúberes implicados. Esta excepción ayuda a reducir la probabilidad de patologizar conductas relativamente frecuentes que suelen considerarse normales en muchas partes del mundo. El Sr. Orren parece que empe-

zó a mantener relaciones sexuales con niños de 10 años cuando tenía 14 o 15. Aunque problemática, su conducta de entonces no habría cumplido los criterios del trastorno parafílico. Suponiendo que siguiera teniendo relaciones sexuales con niños prepúberes después de los 16 años de edad, para entonces sí habría cumplido dichos criterios.

A veces se argumenta que el trastorno de pedofilia debería quedar fuera del ámbito de la psiquiatría y que es el sistema penal quien debería encargarse de los agresores sexuales. Preocupa que el recurso al diagnóstico psiquiátrico suponga una explicación exculpatoria para aquellos que violan a niños, llevando a la defensa a alegar con éxito la «enajenación mental» (lo que no es así). Como con los demás diagnósticos a menudo marcados por conductas dañinas, el trastorno de pedofilia pretende sistematizar el diagnóstico de un grupo reconocible de personas psíquicamente afectadas o disfuncionales que presentan conductas, impulsos, pensamientos y sentimientos parecidos. No es al DSM-5 a quien toca decidir cuál ha de ser la respuesta de la sociedad a las personas con trastorno de pedofilia, incluidos sus posibles tratamientos y castigos.

Lecturas recomendadas

Coric V, Feurerstein S, Fortunati F, et al: Assessing sex offenders. *Psychiatry* 2(11): 26-29, 2005.

Krueger RB, Kaplan MS: Paraphilic diagnoses in DSM-5. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 49:248-254, 2012.

CASO 19.4

Algunas perversiones

John W. Barnhill, M.D.

Wallace Pickering, varón de 29 años, acude a una consulta ambulatoria de psiquiatría diciendo: «Nunca había ido a ningún loquero, pero acabo de leer el DSM-5 y tengo diez diagnósticos, entre ellos seis parafilias, dos trastornos de la personalidad, un trastorno por consumo de sustancias y puede que algo del apéndice». El paciente se describió a sí mismo como un abogado que «resulta que es gay y tiene algunas perversiones». Había estado saliendo con un antiguo compañero de universidad durante los 2 años anteriores. Nacido en una ciudad de tamaño medio del Medio Oeste, el Sr. Pickering había crecido en un hogar política y religiosamente conservador con sus padres y dos hermanos menores. El padre y el abuelo del Sr. Pickering dirigían un próspero negocio y la familia era muy activa en la comunidad. El Sr. Pickering había ido a la facultad de Derecho de una universidad de elite. Llevaba trabajando en un gran bufete desde la graduación. Añadió que había estado siguiendo las controversias generadas por el DSM-5, al menos parcialmente, a causa de su novio, que estaba en el último año de formación como psiquiatra.

El Sr. Pickering describió que sus problemas tenían que ver con «el sexo y las drogas; nunca me ha ido mucho el *rock and roll*». Desde el bachillerato le habían interesado los encuentros sexuales aleatorios. «No es por ser narcisista —aunque ese es uno de mis diag-

nósticos— pero soy bastante salido» —dijo— «y ejerzo como tal, por si sirve de algo». Esto hacía que fuera con frecuencia a saunas y bares donde poder contactar con parejas atractivas y anónimas. Refirió que le excitaba ver a otras personas realizando actos sexuales y añadió que, aunque había dejado de hacerlo al ingresar en la facultad de Derecho, anteriormente había disfrutado de que lo miraran a él. Dijo que, desde los 20 años, se «enrollaba con alguien» más o menos una vez al mes. Refirió que jamás había practicado el sexo sin protección con nadie, aparte de con el novio, lo que le llevó a comentar otro de sus «diagnósticos»: su interés fetichista por la goma. Dijo que los preservativos eran un gran invento: protegían de los virus, retrasaban la eyaculación y tenían un olor estupendo. Su interés por los preservativos le había llevado a comprarse un atuendo completo de látex. Explicó que había sido la envidia del club de sadomasoquismo, pero que le daba tanto calor que solo se lo había puesto una vez y que luego lo había tirado cuando el novio lo descubrió. Dijo que también le gustaba atar a su novio durante los encuentros sexuales y sentirse al mando. Además de ser un «dominante sádico», también le gustaba ser «sumiso» y otras veces no tenía ningunas ganas de sexo.

El Sr. Pickering dijo que, en sus aventuras sexuales anónimas y ocasionales, tenía un par

de «hábitos tóxicos». Cada noche que salía consumía unas rayas de cocaína y se tomaba unas seis cervezas. Dijo que siempre hacía cosas «viajes al inframundo» cuando el novio estaba de viaje por trabajo, era improbable que su empresa lo llamara de repente con alguna urgencia y contaba con un día de descanso para recuperarse («la resaca de la cocaína no mola nada»). Añadió que la planificación se había complicado y que, probablemente, solo había ido dos veces al club el pasado año. En general, «la vida social es bastante aburrida, la verdad. Tenemos muchos amigos, pero somos como una de esas parejas que llevan mucho tiempo casadas. Mi único vicio real es el tabaco. Lo he intentado durante años, pero no he podido bajar del medio paquete al día. Un rollo, vamos».

Al pedirle que dijera algo más sobre sí mismo, el Sr. Pickering respondió: «Bien... Casi me olvido. Estoy obsesionado con mis horas de trabajo. Llevo la cuenta exacta para ser de los que más dinero ganan en la empresa todos los meses y siempre acabo mis proyectos a tiempo, aunque para ello me quede sin dormir. Mi propia teoría es que forma parte de mi necesidad de sentirme invulnerable y perfecto a pesar de ser un desastre por dentro». El Sr. Pickering hizo una pausa, sonrió y prosiguió: «Eso me hizo preguntarme si no seré obsesivo-compulsivo o narcisista, además de tener todas esas parafilias. Ah, y si la hipersexualidad acaba estando en el apéndice, entonces sí que la hemos jodido».

Hacia el final de la primera entrevista, el psiquiatra dijo: «No sé yo si alguna de estas conductas llegará a merecer un diagnóstico, pero me interesa mucho saber cómo se siente». Al oír esto, al Sr. Pickering se le llenaron los ojos de lágrimas; dijo que se había sentido triste y solo toda la vida. Añadió que su familia no sabía casi nada de él y que únicamente una prima lesbiana —que también se había mudado a Nueva York— sabía que él era gay.

En la exploración, el aspecto del Sr. Pickering era el de un joven bien arreglado y atractivo que se mostraba coherente y pragmático. Sonreía con facilidad, siendo el rango afectivo apropiado. Negó tener ideas de suicidio, confusión y psicosis. La cognición era brillante. La introspección y el juicio se consideraron intactos.

Diagnóstico

- Trastorno por consumo de tabaco, leve.

Explicación

El cuadro del Sr. Pickering plantea tantas preguntas como respuestas. Acude a su primera consulta psiquiátrica porque «ha leído el DSM-5». ¿Por qué habría de llevarlo esto a pedir cita en este preciso momento? De forma espontánea y divertida comenta sus intereses sexuales, su consumo de sustancias y su personalidad, y quiere que se tilden de trastornos a pesar de que, en realidad, no le molestan. ¿Por qué busca diagnósticos cuando dice que no tiene angustia ni disfunción? Varias afirmaciones del Sr. Pickering son reveladoras, pero se presenta sin un cuadro claro y sin antecedentes claros.

El Sr. Pickering sí tiene ciertas teorías para explicar por qué necesita ver a un terapeuta. Se pregunta si tiene una «parafilia», que se define en el DSM-5 como «cualquier interés sexual mayor o igual que el interés sexual normofílico». Sí presenta intereses eróticos ligados a parafilias (látex, sadomasoquismo, voyeurismo, exhibicionismo), y una anamnesis más completa podría llevar a concluir que quizá tenga una o dos. Sin embargo, la parafilia no es un trastorno. Como suele ocurrir en todos los trastornos del DSM-5, el trastorno parafilico requiere la presencia de angustia o disfunción en el

individuo, o la de algún daño a un tercero. El DSM-5 mantiene intacta la diferencia entre la conducta sexual normativa y la no normativa, pero subraya que la no normativa no es por necesidad patológica. Aunque los clínicos se sientan quizá tentados a insertar sus propios sesgos en la evaluación, el DSM-5 deja bien claro que, si no es problemática, la parafilia no constituye ningún trastorno.

El Sr. Pickering sí consume una droga, la cocaína, y posiblemente beba a veces demasiado alcohol. Dice que consume ambas cosas una vez al mes sin efectos patológicos de importancia; al reflexionar, reduce la frecuencia de su consumo y sus aventuras sexuales. Sin disfunción, el consumo no merece el calificativo de trastorno. No obstante, antes de descartar el consumo de sustancias por intrascendente, el clínico debe explorar si el Sr. Pickering es capaz de separar sus «hábitos tóxicos» del resto de su vida. El consumo de sustancias puede minimizarse, por lo que se debe continuar el interrogatorio para esclarecer el nivel de consumo de cocaína y alcohol, y explorar un posible trastorno del ánimo inducido por sustancias («la resaca de la cocaína no mola nada»). Si el Sr. Pickering consume cocaína en los clubs, no sería raro que tomara otras drogas recreativas como MDMA (éxtasis), metanfetamina (meta cristalina), ketamina (*special K*) y nitrito de amilo (*popper*). Podría consumir alcohol —o benzodiacepinas u opiáceos— para bajar los efectos de un estimulante. Las anfetaminas podrían mejorar la falta de energía, de ánimo y de atención que puede acompañar a la resaca de la cocaína, sobre todo en alguien con fuertes demandas laborales. Fuma tabaco y, a pesar de haberlo intentado, no ha podido dejarlo. Aunque faltan detalles y el tabaco no preocupa mucho al Sr. Pickering, este sí cumple los criterios del trastorno por consumo de tabaco.

El Sr. Pickering también se pregunta si tiene un trastorno narcisista u obsesivo-compulsivo de la personalidad. En prueba, comenta su gran interés por ser productivo y controlar su nivel de ingresos en el bufete. La valoración de la psicopatología requiere prestar atención a las normas culturales y subculturales. El Sr. Pickering forma parte de varias subculturas, una de las cuales es su profesión. Aunque quizá se dedique excesivamente al trabajo si se compara con la media, sería un abogado atípico si no estuviera algo «obsesionado» con sus horas facturables todos los meses. Si bien se precisaría más información para poder diagnosticar un trastorno de la personalidad, el Sr. Pickering no parece cumplir los criterios de ninguno de los que recoge el DSM-5.

Otra consideración sería si el Sr. Pickering padece o no una depresión mayor. Refiere disforia, pero no menciona síntomas vegetativos. El Sr. Pickering habla de que pasa noches en vela, que podrían reflejar hipomanía, abuso de sustancias o un trastorno del sueño, pero las largas horas de trabajo son la norma en su ámbito laboral. Sin más información, ninguno de estos diagnósticos parece probable.

A pesar de no haber ningún diagnóstico claro, aparte del trastorno por consumo de tabaco, el Sr. Pickering se considera una persona defectuosa, aislada y triste. Una posible pista sobre esta curiosa situación es que el Sr. Pickering tan solo le ha confesado su homosexualidad a una prima lesbiana, lo que implica que no se sentiría cómodo diciéndoselo a su «conservadora» familia de origen. Esto podría suscitar algunos interrogantes: ¿cuál es su propia forma de ver la homosexualidad, hasta qué punto ha salido del armario, no habrá adoptado en cierto modo los puntos de vista negativos de la sociedad con respecto a los homosexuales? Se pregunta si padece un «trastorno de hipersexualidad», cuya inclu-

sión se planteó en el apéndice del DSM-5, pero no menciona conductas sexuales especialmente frecuentes, compulsivas o dañinas. Puede que considere que todas las conductas homosexuales son hipersexuales y anormales. En tal caso, podría sentirse siempre como una persona deficiente a pesar de sus muchos logros.

Ni el ánimo triste, ni las conductas sexuales, ni casi todo el consumo de sustancias del Sr. Pickering parecen llegar al umbral diagnóstico. Su posible ambivalencia con respecto a su orientación sexual no constituye ningún diagnóstico del DSM-5. El Sr. Pickering podría estar haciendo una defensa dramática de estos diagnósticos para provocar la crítica o para distraer la atención del entrevistador sobre su tristeza solitaria de siempre. Sería útil

explorar estas cuestiones en sesiones futuras. Aunque el único diagnóstico conforme al DSM-5 sea el de trastorno leve por consumo de tabaco, el Sr. Pickering sería un excelente candidato para una psicoterapia.

Lecturas recomendadas

Friedman RC, Downey JL: Sexual Orientation and Psychodynamic Psychotherapy: Sexual Science and Clinical Practice. New York, Columbia University Press, 2012.

Goldsmith SJ: Oedipus or Orestes? Homosexual men, their mothers, and other women revisited. J Am Psychoanal Assoc 49(4):1269-1287, 2001

Isay RA: Becoming Gay: The Journey to Self-Acceptance. New York, Vintage, 2010.

Levounis P, Drescher J, Barber ME: The LGBT Casebook. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2012.

Índice analítico

Las entradas de las principales categorías diagnósticas y de las listas completas de casos clínicos se muestran en **negrita**. Las de los casos clínicos ilustrativos aparecen en cursiva. Todas las explicaciones de los distintos diagnósticos se encuentran bajo las entradas principales de los mismos y aparecen con tipografía normal.

Abstinencia. <i>Véase</i> Abstinencia de alcohol; Cocaína; Trastorno por consumo de cocaína	- - y trastorno de hipersomnolencia y, 222
- de alcohol	- - y trastorno de la personalidad antisocial y, 309, 310
- - caso clínico, 255-257	- - y trastorno dismórfico corporal y, 133
- - y alteraciones de la percepción, 251	- - y trastorno del interés/la excitación sexual femenino y, 232
- - y delirium, 252, 276-277	- - y trastorno depresivo persistente y, 88
- de opiáceos, 263-265	- - y trastornos parafilicos y, 334
Abuso(s)	Acarisia y síndrome de las piernas inquietas, 227
- de alcohol	- y trastorno de ansiedad social y, 115, 116
- - y manía bipolar, 44, 49	- y trastorno de conducta y, 246
- - y trastorno de la personalidad antisocial, 309	- y trastorno del espectro autista y, 8, 9
- - y trastorno del interés/la excitación sexual femenino, 230, 232	Acoso. <i>Véase también</i> Burlas
- - y trastorno depresivo mayor inducido por sustancias, 92	Activación. <i>Véase también</i> Hiperactivación
- - y trastorno esquizofreniforme, 27-28	- y trastorno de estrés agudo y, 147
- - y trastorno por consumo de cocaína, 92, 259	- y trastorno de estrés postraumático y, 141, 152
- - y trastorno por consumo de tabaco, parafilia, 342-343	Actividades y dianas anómalas, y trastornos parafilicos, 329
- de múltiples sustancias, 268	AD. <i>Véase</i> Amnesia disociativa
- de sustancias. <i>Véase también</i> Abuso de alcohol; Cocaína; Marihuana y trastorno por consumo de marihuana; Automedicación; Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos ; Trastornos por consumo de sustancias	Adelgazamiento
- - y amnesia disociativa y, 163, 164, 165	- y trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y, 199
- - y trastorno bipolar II, trastorno de ansiedad no especificado y, 51	- y trastorno depresivo debido a otra afección médica y, 94
- - y trastorno bipolar o trastorno relacionado debido a la infección por el VIH y, 59-61	- y trastorno depresivo mayor y, 84, 85
- - y trastorno bipolar y, 42	Adicción(es). <i>Véase</i> Adicciones conductuales; Trastornos por consumo de sustancias
- - y trastorno de adaptación y, 154	- y comportamentales, 252
- - y trastorno de estrés postraumático y, 151	Adolescentes. <i>Véase también</i> Edad
	- y disforia de género y, 241
	- suicidio como causa de muerte en, 160
	- trastorno ciclotímico y síntomas inespecíficos en, 57
	- trastorno de estrés agudo en, 149, 150
	- y trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y, 199

Adolescentes. *Véase también* Edad (Cont.)

- y trastornos parafilicos y, 336

- umbrales diagnósticos del TEPT en, 142

Adquisición excesiva y trastorno de acumulación, 136, 137

Adultos. *Véase también* Edad

- criterios sintomáticos del TDAH en, 2

- disforia de género y, 241

- trastorno de ansiedad generalizada y estilos de apego en, 120

- trastorno de ansiedad por separación en, 108, 111

- trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta en, 244

Afecciones médicas. *Véase también* Asma; Cáncer; Enfermedad cerebrovascular; Epilepsia; Arteriopatía coronaria; enfermedad de Crohn; Alteraciones gastrointestinales; Hipertensión; Enfermedades del hígado; Enfermedad de Huntington; Migrañas; Esclerosis múltiple; Dolor; Enfermedad de Parkinson

- bulimia nerviosa y, 205

- catatonía y, 64

- causas de psicosis y, 290-291

- delirium en pacientes hospitalizados, 276

- disfunciones sexuales y, 229, 230

- factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas y negación de, 191

- inexplicada y trastorno de conversión, 185

- síndrome premenstrual como, 91

- trastorno bipolar o relacionado debido a la infección por el VIH, 59-61

- trastorno de adaptación y, 156-158

- trastorno de síntomas somáticos y, 180

- trastorno del espectro autista y, 1

- trastorno depresivo debido a otra afección médica y, 94-96

- trastorno esquizofreniforme y, 28

- trastorno psicótico secundario a, 27

- trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta y, 243

- tricotilomanía y trastorno de excoriación, 139

Afecto negativo. *Véase también* Emociones; Síntomas anímicos

- amnesia disociativa y, 165

- trastorno de estrés agudo y, 147

- trastorno de estrés postraumático y, 141, 152

- trastorno de la personalidad límite y, 313

- trastorno de la personalidad obsesiva-compulsiva y, 299, 327

- trastorno de pánico y, 113

Afroamericanos

- diagnóstico de esquizofrenia en, 46

- estigmatización de la atención psiquiátrica y, 85

- prevalencia de la depresión mayor en, 86

- roles de género y, 155

Agitación

- delirium y, 277

- trastorno bipolar I y, 44

- trastorno bipolar inducido por esteroides y, 63-64

Agonistas de los receptores adrenérgicos beta, 217, 218

Agorafobia

- caso clínico de, 114-116

- en el DSM-5, 108

- trastorno de ansiedad generalizada y, 120

- trastorno de pánico y, 114

Agresividad

- trastorno de conducta y, 246-247

- trastorno de estrés postraumático y, 151

- trastorno de la personalidad antisocial y, 310

- trastorno explosivo intermitente y, 249, 250

- trastorno obsesivo-compulsivo y, 128

AHOS. *Véase* Apnea-hipopnea obstructiva del sueño

Alcalosis metabólica y bulimia nerviosa, 205

Alcohólicos Anónimos, 33

Alianza terapéutica. *Véase también* Contratransferencia

- trastorno de la personalidad evitativa y, 322

- trastorno de la personalidad narcisista y, 318

Alprazolam, 68, 121, 124, 158, 159, 292, 323, 324

Alteraciones

- de la identidad

- - trastorno de la personalidad límite y, 313

- - trastornos disociativos y, 162

- digestivas

- - anorexia nerviosa y, 201

- - medicamentos y, 210

- - pica y, 197

- - tricotilomanía y, 139

Alucinaciones

- auditivas. *Véase también* Alucinaciones

- - esquizofrenia y, 22

- - trastorno de pedofilia y, 338, 339

- - trastorno esquizoafectivo y, 33

- - trastorno esquizofreniforme y, 27

- cenestésicas y trastorno esquizofreniforme, 28

- criterios sintomáticos de la esquizofrenia y, 20, 28

- hipnopómpicas, 221, 222

- táctiles y trastorno de excoriación, 139

- trastorno de pedofilia y, 339

- trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno relacionado no especificado y, 289, 290

- trastorno esquizoafectivo y, 33, 34

- trastorno esquizofreniforme y, 28, 29

- trastorno psicótico inducido por cannabis y, 36

- visuales, 288, 290

Amenorrea y anorexia nerviosa, 202

Americans with Disabilities Act, 309

Amnesia

- disociativa (AD), 162

- - generalizada (ADG), 165

- - localizada, 164

- - selectiva, 164-165

- postraumática, 294

- y otro trastorno disociativo especificado, 169, 170.

Véase también Amnesia disociativa; Microamnesia; Amnesia postraumática

AN. *Véase* Anorexia nerviosa

Análisis toxicológico y delirium, 279

Anfetaminas, 60

Angustia. *Véase también* Umbral diagnóstico;

Deterioro

- disforia de género y, 238, 241

- enuresis y, 212

- obsesiones, trastorno obsesivo-compulsivo y, 128, 129

- trastorno bipolar II, trastorno de ansiedad no especificado y, 51

- trastorno de adaptación y, 159

- trastorno de conversión y, 184

- trastorno de estrés agudo y, 149

- trastorno dismórfico corporal y, 133

- trastorno explosivo intermitente y, 249

- trastorno por consumo de cocaína y, 258

- trastornos parafilicos y, 329, 330, 331, 332, 334, 340

- tricotilomanía y, 139

Anhedonia y trastorno depresivo debido a otra afección médica, 95, 96

Anorexia nerviosa (AN)

- caso clínico de, 200-203

- en el DSM-5, 193-194

- sin fobia a la grasa, 202

- trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y, 199

Ansia y trastorno por consumo de opiáceos, 261

Ansiedad. *Véase también* Trastornos de ansiedad

- abstinencia de opiáceos y, 264

- catatonía y, 64

- como rasgo prominente en todos los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados, 126

- en el trastorno de estrés agudo, 141, 157

- en el trastorno por estrés postraumático, 141, 152

- enuresis y, 211, 212

- factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas y, 189

- falta de atención en el colegio y, 17

- otro trastorno bipolar especificado u otro trastorno relacionado y, 69

- síntomas somáticos y, 107

- trastorno de despersonalización/desrealización y, 166

- trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y, 198

- trastorno de hipersomnolencia y, 220

- trastorno de insomnio y, 217

- trastorno de la personalidad dependiente y, 323

- trastorno depresivo mayor y trastorno neurocognitivo leve y, 284

- trastorno dismórfico corporal y, 133

- trastorno esquizoafectivo y, 33, 34

- trastorno facticio y, 186

Antagonismo y rasgos de la personalidad, 298, 299, 313, 327

Antecedentes familiares de los casos clínicos. *Véase también* Genética

- discapacidad intelectual y trastorno del espectro autista, 4

- esquizofrenia, 25

- trastorno bipolar I, 45, 66

- trastorno bipolar II, 54

- trastorno bipolar inducido por esteroides, 63

- trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a la infección por el VIH, 60

- trastorno bipolar, 47, 49

- trastorno ciclotímico, 56

- trastorno de adaptación, 156, 159

- trastorno de ansiedad por separación, 109-111

- trastorno de déficit de atención/hiperactividad y trastorno específico del aprendizaje, 10, 11

Antecedentes familiares de los *casos clínicos*. Véase también *Genética (Cont.)*

- trastorno de despersonalización/desrealización, 167, 168
- trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y trastorno de déficit de atención/hiperactividad, 75
- trastorno de la conducta, 247
- trastorno de la personalidad esquizotípica y trastorno de la personalidad paranoide, 306–307
- trastorno de pánico, 112
- trastorno de síntomas somáticos, 179
- trastorno depresivo debido a otra afección médica, 95
- trastorno depresivo mayor, 77, 81, 98
- trastorno dismórfico corporal, 133, 134
- trastorno explosivo intermitente, 249
- trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Huntington, 290
- trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy, 287
- trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer, 280–281
- trastorno por consumo de opiáceos, 261
- trastorno psicótico inducido por cannabis y trastorno bipolar, 36, 37

Antidepresivos. Véase también *Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina*; *Antidepresivos tricíclicos*

- apnea o hipopnea obstructiva del sueño y, 223
- otro trastorno depresivo especificado y, 101
- trastorno bipolar II y, 54
- trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a la infección por el VIH y, 59, 60
- trastorno bipolar y, 48
- trastorno de la personalidad límite y, 311
- trastorno esquizoafectivo y, 33, 34
- tricíclicos (ATC), 279

Apatía

- delirium no especificado y, 277
- otro trastorno depresivo especificado y, 100
- trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer y, 281

Apego. Véase también *Trastorno de apego reactivo*

- selectivo en los niños, 144
- trastorno de ansiedad generalizada y, 120
- trastorno de relación social desinhibida y, 144

Apertura y rasgos de personalidad, 298, 299

Apetito. Véase también *Desnutrición*

- anorexia nerviosa y, 201

- trastorno depresivo mayor y, 82

Apnea del sueño, 215, 222

Apnea-hipopnea obstructiva del sueño (AHOS), 215–216, 223–225

Aripiprazol, 317

Armas de fuego y delirium, 278, 279

Arrancarse el pelo. Véase *Tricotilomanía*

Arteriopatía coronaria y delirium, 278

Asistencia psicológica para adicciones, y consumo de alcohol, 121, 122

Asma y trastorno de insomnio, 217, 218

Aspectos culturales. Véase también *Afroamericanos*; *Religión*; *Síndrome cultural*

- anorexia nerviosa y, 202

- conducta sexual y, 229, 331

- otro trastorno depresivo especificado y, 104

- otro trastorno disociativo especificado y, 171

- trastorno bipolar I y, 46

- trastorno de adaptación y, 155

- trastorno de identidad disociativo y, 162

Ataque

- de nervios, 171

- de pánico

- - en el DSM-5, 107–108

- - trastorno bipolar II y trastorno de ansiedad no especificado y, 51, 52

- - trastorno de ansiedad por enfermedad y, 181, 182

- - trastorno de ansiedad por separación y, 109, 110

- - trastorno de despersonalización/desrealización y, 167, 168

- - trastorno de estrés agudo y, 146

- - trastorno esquizoafectivo y, 32, 34

Atracones y bulimia nerviosa, 204

Ausencia de introspección/Creencias delirantes como especificador del trastorno obsesivo-compulsivo, 20, 129, 131

Automedicación

- trastorno bipolar y, 49

- trastorno dismórfico corporal y, 133

- trastornos por consumo de sustancias y trastorno de estrés posttraumático, 267

BDSM (bondage, dominación/disciplina, sadismo/sumisión y masoquismo), 330–331, 332–333, 334

Benzodiazepinas, 123, 222, 267, 268, 277, 279

Bisexualidad, 240, 241

BN. Véase *Bulimia nerviosa*

Bulimia nerviosa (BN)

- caso clínico de, 204–205

- en el DSM-5, 194

- trastorno de atracones y, 207

Buprenorfina, 264

Bupropion, 206, 317

Burlas. Véase también *Acoso*

- enuresis y, 211, 212

- trastorno de la personalidad esquizotípica y, 306, 307

Búsqueda de atención y trastorno de la personalidad histriónica, 315

Calidad de vida y apnea-hipopnea obstructiva del sueño, 225

Cáncer y trastorno bipolar inducido por esteroides, 62, 63

Cannabis. Véase *Trastorno por consumo de cannabis*; *Marihuana* y *trastorno por consumo de marihuana*

Casos clínicos. Véase también *Comorbilidad*; *Diagnóstico diferencial*; *Diagnósticos dobles*

- de **disforia de género**, 237–242

- de **disfunciones sexuales**, 229–235

- - disfunción sexual inducida por medicamentos y trastorno depresivo mayor, 233–235

- - trastorno del interés/la excitación sexual femenino, 230–233

- de trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, 125–140

- - trastorno de acumulación y trastorno depresivo no especificado, 135–137

- - trastorno de tics provisional y trastorno de ansiedad por separación, 15–17

- - trastorno dismórfico corporal, 132–134

- - trastorno obsesivo-compulsivo relacionado con tics con ausencia de introspección, 130–132

- - trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno depresivo mayor, 127–129

- - tricotilomanía y trastorno de excoiación, 137–139

- de trastornos bipolares y relacionados, 41–71

- - otro trastorno bipolar o trastorno relacionado especificado, 68–70

- - trastorno bipolar con ciclos rápidos, 47–49

- - trastorno bipolar I, 44–47, 65–67

- - trastorno bipolar II y trastorno de ansiedad no especificado, 50–52

- - trastorno bipolar II, 50–52, 53–55

- - trastorno bipolar inducido por esteroides, 62–64

- - trastorno bipolar o relacionado debido a infección por el VIH, 59–61

- - trastorno ciclotímico, 56–58

- - trastorno psicótico inducido por cannabis y trastorno bipolar, 35–37

- de **trastornos de ansiedad**, 107–124

- - amnesia disociativa, trastorno depresivo mayor y trastorno de estrés posttraumático, 163–165

- - fobia específica, 117–118

- - trastorno bipolar II y trastorno de ansiedad no especificado, 50–52

- - trastorno de ansiedad generalizada, 12–14, 119–121

- - trastorno de ansiedad por separación, 15–17, 109–111

- - trastorno de ansiedad social, trastorno de estrés posttraumático y agorafobia, 114–116

- - trastorno de la personalidad evitativa y trastorno de ansiedad social, 320–322

- - trastorno de pánico, 111–114

- - trastorno de tics provisional y trastorno de ansiedad por separación, 15–17

- - trastorno específico del aprendizaje y trastorno de ansiedad generalizada, 12–14

- - trastorno por consumo de alcohol y trastorno de ansiedad inducido por medicamentos, 122–124

- de **trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos**, 193–208

- - anorexia nerviosa, 200–203

- - bulimia nerviosa y trastorno depresivo mayor, 204–205

- - pica y discapacidad intelectual, 195–197

- - trastorno de atracones y trastorno depresivo mayor, 206–208

- - trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, 198–200

- de **trastornos de la excreción**, 210–213

- - enuresis, 210–213

- de **trastornos de la personalidad**, 297–327

- - trastorno de la personalidad antisocial, 308–310

- - trastorno de la personalidad dependiente y trastorno por consumo de benzodiazepinas, 322–324

- - trastorno de la personalidad esquizoide, 303–305

- - trastorno de la personalidad esquizotípica y trastorno de la personalidad paranoide, 306–308

- - trastorno de la personalidad evitativa y trastorno de ansiedad social, 320–322

Casos clínicos. Véase también Comorbilidad;

Diagnóstico diferencial; Diagnósticos dobles (*Cont.*)

- - trastorno de la personalidad histriónica, 314-316
- - trastorno de la personalidad límite, 311-313
- - trastorno de la personalidad narcisista, 317-319
- - trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, 300-302, 325-327
- - trastorno de la personalidad paranoide y trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, 300-302
- de **trastornos de síntomas somáticos y relacionados**, 173-191
- - trastorno de ansiedad por enfermedad, 180-183
- - trastorno de conversión, 183-185
- - trastorno de síntomas somáticos, 178-180
- - trastorno de síntomas somáticos, trastorno por consumo de cannabis y depresión mayor, 175-177
- - trastorno facticio, 186-188
- de **trastornos del desarrollo neurológico**, 3-17
- - discapacidad intelectual y trastorno del espectro autista, 3-6
- - pica y discapacidad intelectual, 195-197
- - trastorno de déficit de atención/hiperactividad y trastorno específico del aprendizaje, 9-12
- - trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y trastorno de déficit de atención/hiperactividad, 73-75
- - trastorno de la conducta y trastorno de déficit de atención/hiperactividad, 245-247
- - trastorno de rics provisional y trastorno de ansiedad por separación, 15-17
- - trastorno del espectro autista, 7-9
- - trastorno específico del aprendizaje y trastorno de ansiedad generalizada, 12-14
- de **trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**, 19-40
- - esquizofrenia, 21-23, 24-26
- - trastorno delirante, 30-32
- - trastorno esquizoafectivo, trastorno por consumo de alcohol y trastorno por consumo de marihuana, 32-34
- - trastorno esquizofreniforme, 26-29
- - trastorno psicótico breve, 38-40
- - trastorno psicótico inducido por cannabis y trastorno bipolar, 35-37
- de **trastornos del sueño-vigilia**, 217-227
- - apnea-hipopnea obstructiva del sueño, 223-225

- - fobia social y trastorno de hipersomnolencia, 220-222
- - síndrome de las piernas inquietas, 225-227
- - trastorno de insomnio, 217-219
- - trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy y trastorno del comportamiento del sueño REM, 286-289
- de **trastornos depresivos**, 71-105
- - amnesia disociativa, trastorno depresivo mayor y trastorno de estrés postraumático, 163-165
- - bulimia nerviosa y trastorno depresivo mayor, 204-205
- - disfunción sexual inducida por medicamentos y trastorno depresivo mayor, 233-235
- - otro trastorno depresivo especificado, 100-102, 103-104
- - trastorno de acumulación y trastorno depresivo no especificado, 135-137
- - trastorno de atracones y trastorno depresivo mayor, 206-208
- - trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y trastorno de déficit de atención/hiperactividad, 73-75
- - trastorno de síntomas somáticos, trastorno por consumo de cannabis y depresión mayor, 175-177
- - trastorno depresivo debido a otra afección médica, 94-96
- - trastorno depresivo mayor y trastorno neurocognitivo leve, 283-285
- - trastorno depresivo mayor, 76-86, 91-93, 97-100, 127-129, 163-165, 175-177, 204-208, 233-235, 260-262, 283-285
- - trastorno depresivo persistente, 87-89
- - trastorno disfórico premenstrual, 89-91
- - trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno depresivo mayor, 127-129
- - trastorno por consumo de alcohol y trastorno depresivo inducido por alcohol, 253-254
- - trastorno por consumo de cocaína y trastorno depresivo mayor inducido por sustancias, 91-93
- - trastorno por consumo de opiáceos, trastorno por consumo de tabaco, trastorno por consumo de alcohol y trastorno depresivo mayor, 260-262
- de **trastornos disociativos**, 161-171
- - amnesia disociativa, trastorno depresivo mayor y trastorno de estrés postraumático, 163-165
- - otro trastorno disociativo especificado, 169-171

- - trastorno de despersonalización/desrealización, 166-168
- de **trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta**, 243-250
- - trastorno de la conducta y trastorno de déficit de atención/hiperactividad, 245-247
- - trastorno explosivo intermitente, 248-250
- de **trastornos neurocognitivos**, 275-277
- - delirium, 278-279
- - no especificado, 275-277
- - trastorno depresivo mayor y trastorno neurocognitivo leve, 283-285
- - trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Huntington, 289-291
- - trastorno neurocognitivo leve debido a traumatismo cerebral y trastorno por consumo de alcohol, 292-295
- - trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy y trastorno del comportamiento del sueño REM, 286-289
- - trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer, 280-282
- de **trastornos parafilicos**, 329-344
- - trastorno de fetichismo, 335-337
- - trastorno por consumo de alcohol y parafilia, 332-334
- - trastorno por consumo de tabaco y parafilia, 341-344
- de **trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos**, 251-271
- - abstinencia de alcohol y trastorno por consumo de alcohol, 255-257
- - abstinencia de opiáceos, trastorno por consumo de opiáceos y trastorno por consumo de alcohol, 263-265
- - trastorno bipolar inducido por esteroides, 62-64
- - trastorno de estrés postraumático, trastorno por consumo de cocaína, trastorno por consumo de alcohol, trastorno por consumo de cannabis y trastorno por consumo de tabaco, 266-269
- - trastorno de juego, 269-270
- - trastorno de la personalidad dependiente y trastorno por consumo de benzodiazepinas, 322-324
- - trastorno de síntomas somáticos, trastorno por consumo de cannabis y depresión mayor, 175-177
- - trastorno esquizoafectivo, trastorno por consumo de alcohol y trastorno por consumo de marihuana, 32-34

- - trastorno neurocognitivo leve debido a traumatismo cerebral y trastorno por consumo de alcohol, 292-295
- - trastorno por consumo de alcohol y parafilia, 341-344
- - trastorno por consumo de alcohol y trastorno de ansiedad inducido por medicamentos, 122-124
- - trastorno por consumo de alcohol y trastorno depresivo inducido por alcohol, 253-254
- - trastorno por consumo de cocaína y trastorno depresivo mayor inducido por sustancias, 91-93
- - trastorno por consumo de cocaína, 257-259
- - trastorno por consumo de opiáceos, trastorno por consumo de tabaco, trastorno por consumo de alcohol y trastorno depresivo mayor, 260-262
- - trastorno por consumo de tabaco y parafilia, 341-344
- - trastorno psicótico inducido por cannabis y trastorno bipolar, 35-37
- de **trastornos relacionados con traumas y factores de estrés**, 141-160
- - amnesia disociativa, trastorno depresivo mayor y trastorno de estrés postraumático, 163-165
- - trastorno de adaptación y trastorno de comportamiento suicida, 158-160
- - trastorno de adaptación, 153-155, 156-158
- - trastorno de estrés agudo, 146-148, 148-150
- - trastorno de estrés postraumático, 150-153
- - trastorno de estrés postraumático, trastorno por consumo de cocaína, trastorno por consumo de alcohol, trastorno por consumo de cannabis y trastorno por consumo de tabaco, 266-269
- - trastorno de relación social desinhibida, 143-145
- - trastorno neurocognitivo leve debido a traumatismo cerebral y trastorno por consumo de alcohol, 292-295
- Catalepsia y trastorno bipolar inducido por esteroides, 63
- Cataplejía y narcolepsia, 216, 222
- Caratonia
- esquizofrenia y, 19-20
- maligna, 64
- no especificada, 20
- trastorno bipolar inducido por esteroides y, 63-64
- Cefaleas y trastorno esquizofreniforme, 28
- Ciclos rápidos como subtipo de trastorno bipolar, 47-49
- CIE-10 y códigos Z, 265

Cirrosis y dependencia de alcohol, 121, 122

Cirugía de reasignación de sexo y disforia de género, 238, 239

Citalopram, 88

Clomipramina, 235

Clonazepam, 47, 49, 103, 158, 159, 220, 222, 289

Clozapina, 22, 23, 33

Cocaína. *Véase también* Trastorno por consumo de cocaína

- síntomas depresivos y abstinencia de, 252, 259
- trastorno de excoiación y, 139
- trastorno esquizofreniforme y, 27
- trastorno neurocognitivo leve debido a traumatismo cerebral y, 292
- trastorno por consumo de tabaco y parafilia, 342, 343

Códigos Z y CIE-10, 265

Comorbilidad. *Véase también* Diagnóstico diferencial; Diagnóstico doble

- de la bulimia nerviosa, 205
- de la enuresis, 212
- de la esquizofrenia, los trastornos del ánimo y los trastornos psicóticos, 34
- de la fobia específica con los trastornos de ansiedad y de otros tipos, 118
- de la pica, 196
- de la tricotilomanía y el trastorno de excoiación, 138
- de los trastornos de ansiedad
- - fobia específica con ansiedad y otros trastornos, 118
- - otros trastornos de ansiedad, 107, 108
- - trastorno bipolar, 51, 70, 113
- - trastorno de pánico con trastornos depresivos y bipolares, 113
- - trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, 126
- de los trastornos de la conducta alimentaria, 194
- de los trastornos de la personalidad, 301, 316
- de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta con el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, el consumo de sustancias y los trastornos de la personalidad, 243
- de los trastornos parafilicos, 331-332, 337, 339, 343-344
- de los trastornos por consumo de sustancias
- - trastorno bipolar, 37
- - trastorno de síntomas somáticos y trastorno del estado de ánimo, 177

- - trastorno dismórfico corporal y trastorno depresivo mayor, 134
- - trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, y trastorno de déficit de atención/hiperactividad y trastornos de la personalidad, 243
- del otro trastorno bipolar o trastorno relacionado especificado y el trastorno de la personalidad límite, 69
- del otro trastorno bipolar o trastorno relacionado especificado y los trastornos de ansiedad, 70
- del trastorno bipolar
- - trastorno de la personalidad límite, 52, 69
- - trastorno de pánico, 113
- - trastornos de ansiedad, 51-, 70, 113
- - trastornos depresivos, 113
- - trastornos por consumo de sustancias, 37
- - trastornos relacionados con la infección por el VIH, 60
- del trastorno bipolar II, 55
- del trastorno ciclotímico con el trastorno de la personalidad límite, 58
- del trastorno de comportamiento del sueño REM y el síndrome de las piernas inquietas, 216
- del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, 75
- del trastorno de juego, 270
- del trastorno de la personalidad antisocial, 310
- del trastorno de la personalidad dependiente, 323
- del trastorno de la personalidad esquizoide, 305
- del trastorno de la personalidad histriónica, 315, 316
- del trastorno de la personalidad límite, 312
- del trastorno de pánico con los trastornos depresivos y bipolares, 113
- del trastorno de relación social desinhibida con el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, 145
- del trastorno de síntomas somáticos con los trastornos del estado de ánimo y el consumo de sustancias, 177
- del trastorno dismórfico corporal con el trastorno depresivo mayor y los trastornos por consumo de sustancias, 134
- del trastorno esquizofreniforme, 28-29
- del trastorno explosivo intermitente, 249-250
- del trastorno neurocognitivo leve debido a traumatismo cerebral, 295
- del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados y la ansiedad, 126

- trastorno de estrés postraumático y tasas elevadas de, 152
- continuo de control del, 244
- trastorno neurocognitivo leve debido a traumatismo cerebral y, 294
- trastornos neurocognitivos y, 274

Comportamiento. *Véase también* Agresividad; Agitación; Búsqueda de atención; Evitación; Adicciones comportamentales; Conducta delictiva; Desinhibición; Impulsividad; Conductas repetitivas; Conducta autolesiva; Ideación y conducta suicida

Comprobación de la realidad, prueba de realidad

- trastorno de despersonalización/desrealización y, 166
- trastorno de la personalidad límite y, 313

Compulsiones. *Véase también* Obsesiones

- trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva y, 327
- trastorno obsesivo-compulsivo y, 128-129, 130

Conducta antisocial del adulto, 265

- trastorno de la conducta y, 246
- trastorno de la personalidad antisocial y, 309, 310
- trastorno por consumo de opiáceos y, 263-264, 265
- trastornos parafilicos y, 330, 331, 338, 339

Conducta delictiva

Conducta sexual. *Véase también* Hipersexualidad

- atípica, cambios sociales y debate sobre la, 237-238
- contexto biopsicosocial de la, 229
- de riesgo y trastorno por consumo de cocaína, 258, 259
- inapropiada y trastorno bipolar I, 46
- normas culturales y, 229, 331
- trastorno por consumo de tabaco y parafilia, 344

Conductas repetitivas

- trastorno del espectro autista y, 8
- trastorno dismórfico corporal y, 133, 134
- trastorno obsesivo-compulsivo y, 128, 129

Consciencia y otro trastorno disociativo especificado, 170-171

- amnesia disociativa y, 163, 164
- otro trastorno disociativo especificado y, 169
- trastorno bipolar II y trastorno de ansiedad no especificado y, 51, 52
- trastorno de adaptación y, 160
- trastorno de la personalidad límite y, 311
- trastorno disfórico premenstrual y, 89, 90, 91
- tricotilomanía y trastorno de excoiación, 139

Conducta autolesiva. *Véase también* Ideación y conducta suicida

Contenciones y trastorno bipolar I, 45

Contexto biopsicosocial de la conducta sexual, 229

Contratransferencia. *Véase también* Alianza terapéutica

- trastorno de la personalidad evitativa y, 322
- trastorno de la personalidad narcisista y, 318
- trastorno facticio y, 188

Cordialidad y rasgos de personalidad, 298, 299, 313

Corteza frontal y trastorno neurocognitivo leve debido a traumatismo cerebral, 295

Crisis

- comiciales. *Véase también* Epilepsia
- - abstinencia de alcohol y, 256
- - trastorno de conversión y, 183-184
- no epilépticas (CNE), 185

Criterio de miedo expresado en la anorexia nerviosa, 193

Cuatro eses y síntomas cardinales de la abstinencia alcohólica, 256

Culpa

- trastorno depresivo mayor y, 85
- trastorno esquizofreniforme y, 27

Curvas de crecimiento y trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, 198

Déficit de hipocretina y narcolepsia, 216, 222

Delirio(s). *Véase también* Delirios extravagantes; Trastorno delirante; Alucinaciones; Delirios persecutorios

- criterios sintomáticos de la esquizofrenia y, 20, 25
- extravagantes y trastorno delirante, 20, 31
- persecutorios
- - trastorno de pedofilia y, 338
- - trastorno delirante y, 31
- - trastorno esquizoafectivo y, 33
- trastorno bipolar I y, 45, 66
- trastorno de ansiedad por enfermedad y, 182
- trastorno de la personalidad esquizotípica y, 307
- trastorno de pedofilia y, 339
- trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico no especificado y, 290
- trastorno delirante y, 31
- trastorno depresivo mayor y, 83
- trastorno dismórfico corporal y, 134
- trastorno esquizoafectivo y, 33, 34
- trastorno obsesivo-compulsivo y, 129
- trastorno psicótico breve y, 39
- trastorno psicótico inducido por cannabis y, 34, 36, 37
- tricotilomanía, trastorno de excoiación y, 139

Delirium

- abstinencia de alcohol y, 252, 256
 - anticolinérgico, 279
 - *casos clínicos de*, 275–277, 278–279
 - en el DSM-5, 273
 - no especificado, 275–277
 - trastorno psicótico breve y, 39
 - delirium y, 277
 - frontotemporal, 282, 285
 - primaria y trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer, 281
 - uso del término, 273, 282
 - vascular, 282
- Demencia
- abstinencia de cocaína y, 252
 - abstinencia de opiáceos y, 264
 - amnesia disociativa y, 163
 - apnea-hipopnea obstructiva del sueño y, 224
 - breve recurrente, 102
 - comorbilidad con el trastorno de pánico, 113
 - delirium y, 276, 277
 - diagnóstico en pacientes con procesos orgánicos, 122
 - doble, 88
 - en el DSM-5, 71–73
 - estreñimiento y, 210
 - posparto, 179, 180
 - psicótica y síndrome de las piernas inquietas, 225, 226, 227
 - síndrome de las piernas inquietas y, 226
 - trastorno bipolar II y, 50, 51, 53, 54, 55
 - trastorno bipolar o relacionado debido a la infección por el VIH y, 60
 - trastorno bipolar y, 42, 48, 49
 - trastorno de adaptación y, 95, 154, 157, 323
 - trastorno de déficit de atención/hiperactividad y síntomas de, 11
 - trastorno de hipersomnolencia y, 222
 - trastorno de la personalidad dependiente y, 323
 - trastorno de la personalidad límite y, 312
 - trastorno de la personalidad narcisista y, 318
 - trastorno de síntomas somáticos y, 178, 179, 180
 - trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico no especificado y, 291
 - trastorno depresivo mayor y trastorno neurocognitivo leve, 284
 - trastorno esquizoafectivo y, 33, 34

- trastorno facticio y, 186, 188
- Depresión. Véase también **Trastornos depresivos**;
- Depresión doble; Trastorno depresivo mayor;
 - Depresión posparto; Depresión psicótica
- Desapego y trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, 327
- Desarrollo
- trastorno de ansiedad por separación y, 110
 - trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y, 198
 - trastorno de la personalidad esquizoide y, 305
- Desinhibición y trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, 327
- Desintoxicación alcohólica, 338
- Desnutrición y delirium no especificado, 277. Véase también **Apetito**
- Despersonalización
- otro trastorno disociativo especificado y, 170, 171
 - trastorno bipolar II, trastorno de ansiedad no especificado y, 51, 52
 - trastornos disociativos y, 162
- Despistes de la edad y trastorno neurocognitivo leve, 274
- Desrealización y trastornos disociativos, 162, 170, 171. Véase también **Trastorno de despersonalización/desrealización**
- Deterioro. Véase también **Umbral diagnóstico**; **Angustia**;
- Deterioro intelectual; Deterioros del lenguaje
 - de las funciones ejecutivas en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, 243–244
 - diagnóstico de trastorno bipolar y, 42
 - intelectual y trastorno del espectro autista, 1
 - trastorno bipolar II y, 51, 54
 - trastorno de conversión y, 184
 - trastorno de estrés agudo y, 149
 - trastorno dismórfico corporal y, 133
 - trastorno disruptivo de desregulación del estado de ánimo y, 75
 - trastorno explosivo intermitente y, 249
 - trastorno obsesivo-compulsivo y, 129
 - trastorno por consumo de cocaína y, 258
 - trastornos parafilicos y, 330
 - tricotilomanía y, 139
- Diabetes y síndrome de las piernas inquietas, 226
- Diagnóstico diferencial. Véase también **Comorbilidad**;
- Diagnóstico doble; diagnósticos específicos

- del delirium, 277
 - del trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer, 281
 - del trastorno por consumo de opiáceos, 261–262
 - del trastorno psicótico breve, 39
 - de la esquizofrenia, 26
 - de los trastornos de tics, 16
 - de los trastornos del ciclo sueño-vigilia, 219
 - de los trastornos del desarrollo neurológico, 3
 - de otro trastorno bipolar o trastorno relacionado especificado, 69
 - del trastorno ciclotímico, 58
 - del trastorno de conversión, 185
 - del trastorno esquizofreniforme, 27–29
 - del trastorno facticio, 188
 - del trastorno neurocognitivo leve, 285, 294
- Diagnóstico doble, *casos clínicos de*
- abstinencia de alcohol y trastorno por consumo de alcohol, 255–257
 - abstinencia de opiáceos, trastorno por consumo de opiáceos y trastorno por consumo de alcohol, 263–265
 - trastorno de estrés postraumático, trastorno por consumo de cocaína, trastorno por consumo de alcohol, trastorno por consumo de cannabis y trastorno por consumo de tabaco, 266–269
 - trastorno de la personalidad dependiente y trastorno por consumo de benzodiazepinas, 322–324
 - trastorno de síntomas somáticos, trastorno por consumo de cannabis y depresión mayor, 175–177
 - trastorno esquizoafectivo, trastorno por consumo de alcohol y trastorno por consumo de marihuana, 32–34
 - trastorno neurocognitivo leve debido a lesión traumática cerebral y trastorno por consumo de alcohol, 292–295
 - trastorno por consumo de alcohol y trastorno de ansiedad inducido por medicamentos, 122–124
 - trastorno por consumo de alcohol y trastorno depresivo inducido por alcohol, 253–254
 - trastorno por consumo de cocaína y trastorno depresivo mayor inducido por sustancias, 91–93
 - trastorno por consumo de opiáceos, trastorno por consumo de tabaco, trastorno por consumo de alcohol y trastorno depresivo mayor, 260–262

- trastorno psicótico inducido por cannabis y trastorno bipolar, 35–37
- Diagnóstico. Véase **Casos clínicos**; **Información colateral**;
- Comorbilidad; Factores complicantes; Entrevista diagnóstica; Umbral diagnóstico; Diagnóstico diferencial; Diagnóstico doble; Especificadores; diagnósticos específicos
- Diario
- de gravedad de los problemas, 91
 - de sueño-vigilia, 218
- Diazepam, 264
- Difenhidramina, 44
- Discapacidad
- de aprendizaje, 10
 - intelectual, 2, 3–6, 195–197
- Discriminación y uso del término «disforia de género», 238
- Disforia**
- **de género**
 - - *caso clínico de*, 239–242
 - - de inicio en la infancia, 241
 - - en el DSM-5, 237–239
 - trastorno bipolar y, 42
 - trastorno ciclotímico y, 56, 57
 - trastorno depresivo mayor y, 80
 - trastorno por consumo de tabaco y parafilia, 343
- Disforia
- Disfunción(es)
- ocupacional y trastorno de la personalidad límite, 313
 - sexual(es)
 - - inducida por sustancias/medicamentos, 230, 233–235
 - - *casos clínicos de*, 230–235
 - - en el DSM-5, 229–230
- Dismorfia muscular, 134
- Disociación y síntomas disociativos, y trastorno de estrés agudo, 147
- Dispareunia, 230
- Dispositivo de presión aérea positiva de dos niveles (BiPAP), 189
- Diuréticos y bulimia nerviosa, 205
- Documentación de los diagnósticos de los pacientes en las historias clínicas, 324
- Delor
- abstinencia de opiáceos y, 263
 - delirium y, 279
 - especificadores del, 174

Dolor (Cont.)

- otro trastorno depresivo especificado y, 103, 104
- predominante, especificador de, 177
- trastorno de síntomas somáticos y, 176, 177, 178
- trastorno facticio y, 186
- trastorno histriónico de la personalidad y, 314
- trastorno por consumo de opiáceos y, 260, 261, 262, 263
- Duloxetina, 317
- Duración de los síntomas
- disfunciones sexuales, 230
- inducidas por medicamentos y, 234
- manía e hipomanía en el trastorno bipolar y, 42
- trastorno bipolar II y, 54-55
- trastorno ciclotímico y, 43
- trastorno de conversión y, 185
- trastorno de despersonalización/desrealización y, 167, 168
- trastorno de estrés agudo y, 142
- trastorno de estrés postraumático y, 142
- trastorno delirante y, 31
- trastorno depresivo mayor y, 81, 83
- trastorno esquizofreniforme y, 28
- trastornos del espectro de la esquizofrenia y, 37
- Edad. Véase también Adolescentes; Adultos; Edad de inicio; Niños
- criterios sintomáticos del trastorno por déficit de atención/hiperactividad y, 2
- de inicio
- de la bulimia nerviosa, 205
- de la esquizofrenia, 22
- de los trastornos de tics, 16-17
- del trastorno bipolar, 51
- del trastorno de conducta, 246-247
- del trastorno dismórfico corporal, 133
- del trastorno explosivo intermitente, 249
- del trastorno por consumo de opiáceos, 265
- diagnóstico del trastorno de la personalidad límite y, 160
- diagnóstico del trastorno de pedofilia y, 340
- diagnóstico diferencial de los trastornos del desarrollo neurológico y, 3
- disfunciones sexuales y efectos del envejecimiento, 229
- remisión parcial del trastorno por déficit de atención/hiperactividad con la, 11
- trastornos de la excreción y desarrollo, 209, 211-212

Ejercicio

- anorexia nerviosa y, 201
- trastorno de atracones y, 206, 207, 208
- Electroencefalograma (EEG) y trastorno de conversión, 184, 185
- Embarazo. Véase también Lactancia natural
- depresión posparto, 179, 180
- psicosis posparto, 66-67
- trastorno depresivo mayor y, 76-78
- Emociones. Véase también Miedo; Culpa; Afecto negativo
- continuo control de las, 244
- prosociales limitadas como especificador del trastorno de la conducta, 244, 247
- trastorno ciclotímico y labilidad de las, 57
- trastorno de estrés agudo y reacciones, 147
- trastorno de la personalidad histriónica y, 314
- trastorno de la personalidad límite e inestabilidad de las, 312-313
- trastorno de relación social desinhibida y regulación de las, 145
- Empatía
- trastorno de la conducta y, 247
- trastorno de la personalidad narcisista y, 318
- Encefalopatía hepática, 123-124
- Encopresis, 209-210
- Encuesta epidemiológica nacional sobre alcoholismo y trastornos relacionados, 81
- Enfermedad(es)
- cerebrovascular y trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy, 288
- de Alzheimer
- delirium y, 277
- depresión y trastornos neurocognitivos al final de la vida, 284
- trastorno neurocognitivo leve y, 285
- trastorno neurocognitivo mayor y, 280-284, 287-288
- de Crohn, 186, 187, 188
- de Huntington, trastorno neurocognitivo debido a la, 289-291
- de Parkinson
- delirium y, 277
- trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico no especificado y, 291
- trastorno depresivo debido a otra afección médica y, 94-96

- trastorno neurocognitivo leve y, 285
- del hígado y encefalopatía hepática, 123
- por cuerpos de Lewy
- delirium y, 277
- trastorno neurocognitivo leve y, 285
- trastorno neurocognitivo mayor y, 286-289
- Enfoque multidimensional del tratamiento de los trastornos del sueño-vigilia, 219
- Entrevista diagnóstica y amnesia disociativa, 165
- Enuresis, 209, 210-213
- nocturna primaria, 212
- secundaria, 212
- Epilepsia
- trastorno de conversión y, 185
- trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Huntington y, 291
- Episodio bipolar y trastorno psicótico breve, 39
- Escala
- de 7 apartados para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG-7), 218
- de Coma de Glasgow, 158
- de depresión de 9 apartados *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), 218
- de depresión de Hamilton, 102
- de Evaluación de las Creencias de Brown, 132
- obsesivo-compulsiva de Yale-Brown, 132
- Escitalopram, 98, 260, 315, 317
- Esclerosis múltiple, 291
- Escrupulosidad y trastorno obsesivo-compulsivo, 128
- Especificador(es)
- de curso clínico
- de la esquizofrenia, 25
- de los trastornos por consumo de sustancias, 251
- de la esquizofrenia, 19, 25
- de la fobia específica, 118
- de las disfunciones sexuales, 230
- de los trastornos depresivos, 71-72
- de los trastornos por consumo de sustancias, 251
- del dolor, 174, 176
- del inicio en el periparto, 67, 78
- del síndrome de psicosis atenuada, 21
- del trastorno de acumulación, 131, 136
- del trastorno de adaptación, 142
- del trastorno de conversión, 174
- del trastorno de déficit de atención/hiperactividad, 2
- del trastorno de la conducta, 244, 246-247

- del trastorno delirante, 31
- del trastorno dismórfico corporal, 20, 126, 131, 134
- del trastorno obsesivo-compulsivo, 20, 125, 129, 131
- situacional de la fobia específica, 118
- Esquizofrenia. Véase también Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- casos clínicos de, 21-23, 24-26
- de inicio en la infancia, 22-23
- diferencias con el trastorno esquizofreniforme y, 28
- en el DSM-5, 19-20
- pica y, 196
- prodrómica, 302
- síntomas catatónicos y, 63
- trastorno bipolar I y, 46
- trastorno de despersonalización/desrealización y, 168
- trastorno de la personalidad esquizotípica y, 307, 308
- trastorno de la personalidad paranoide como estadio precoz, 302
- Estados de fuga y trastornos disociativos, 162
- Esterotipias y trastornos bipolar inducido por esteroides, 63
- Esteroides. Véase también Prednisona; Trastorno bipolar inducido por esteroides
- trastorno bipolar inducido por medicamentos y, 42
- trastorno de ansiedad inducido por medicamentos y, 122-124
- trastorno dismórfico corporal y, 134
- Estilo parental
- trastorno de ansiedad por separación y, 110-111
- trastorno de la personalidad esquizoide y, 305
- trastorno por consumo de tabaco y parafilia, 341-344
- trastorno psicótico no especificado, trastorno por consumo de cocaína, trastorno por consumo de alcohol, trastorno de la personalidad antisocial y trastorno de pedofilia y, 338-340
- Estreñimiento
- depresión y, 210
- pica y, 196
- Estrés. Véase también Trastorno de estrés agudo
- pica y, 197
- reacciones disociativas agudas ante el, 162
- trastorno de adaptación y, 154, 159
- trastorno de ansiedad generalizada y, 120
- trastorno de ansiedad por enfermedad y, 181
- trastorno de insomnio y, 217
- trastorno depresivo mayor y, 77, 284

Estrés. *Véase también* Trastorno de estrés agudo (*Cont.*)

- trastorno neurocognitivo leve y, 284
- trastorno por consumo de cocaína y trastorno depresivo mayor inducido por sustancias, 92
- trastorno psicótico breve y, 38, 39
- trastornos parafilicos y, 337
- Euforia y trastorno bipolar, 41, 42, 66
- Evaluación
 - cognitiva de Montreal (*Montreal Cognitive Assessment*, MCA), 95, 96, 156
 - de agresores sexuales y trastorno de pedofilia, 338, 339–340
 - del sueño y trastornos del ciclo sueño-vigilia, 216
 - psicoeducativa en el trastorno de déficit de atención/hiperactividad y el trastorno específico del aprendizaje, 10, 11
- Evitación. *Véase también* Trastorno de la personalidad evitativa
 - amnesia disociativa y, 165
 - trastorno de estrés agudo y, 147, 150
 - trastorno de estrés posttraumático y, 29, 141, 152
 - trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y, 199
 - trastorno dismórfico corporal y, 134
 - trastorno obsesivo-compulsivo y, 128
- Exhibicionismo, 331
- Explotación y trastorno de la personalidad antisocial, 310
- Exposición al plomo y pica, 196, 197
- Éxtasis (droga), 267, 268
- Extroversión y rasgos de personalidad, 298, 299
- Eyacuulación retardada y disfunción sexual inducida por medicamentos, 234
- Factores
 - complicantes, en el diagnóstico del trastorno bipolar, 41
 - - caso clínico de, 189–191
 - psicológicos que afectan a otras afecciones médicas (FPAOAM)
 - - en el DSM-5, 174
 - - trastorno de ajuste y, 158
- Fármacos antipsicóticos
 - síndrome de las piernas inquietas y, 226, 227
 - trastorno de la personalidad límite y, 311
 - trastorno esquizoafectivo y, 33, 34
 - trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy y, 288
 - trastorno psicótico breve y, 39

Fatiga

- apnea-hipopnea obstructiva del sueño y, 224
- otro trastorno depresivo especificado y, 103, 104
- síndrome de las piernas inquietas y, 226
- trastorno de ansiedad por enfermedad y, 182
- trastorno depresivo mayor y, 84
- trastorno por consumo de alcohol y trastorno de ansiedad inducido por medicamentos, 122
- Fibromialgia, 182
- Fibrosis quística (FQ), 189
- Fluoxetina, 47, 84, 86, 178, 206, 315, 317
- Fobia
 - de contaminación
 - - trastorno obsesivo-compulsivo y, 128, 130, 131, 132
 - - trastorno psicótico breve y, 38
 - específica, 117–118, 199
 - social y caso clínico de trastorno de hipersomnolencia, 220–222
- Forma inhibida del trastorno de apego reactivo, 144
- Fosfenitoína, 183–184
- FPAOAM. *Véase* Factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas
- Fractura de cadera y delirium, 275, 276
- Frotteurismo, 331
- Fuga disociativa, 162
- Función(es)
 - cognitiva
 - - delirium y, 279
 - - encefalopatía hepática y, 123–124
 - - esquizofrenia y, 23
 - - major depressive disorder and mild neurocognitive disorder, 284
 - - otro trastorno depresivo especificado y, 104
 - - trastorno bipolar o relacionado debido a infección por el VIH y, 61
 - - trastorno de estrés agudo y, 147
 - - trastorno depresivo debido a otra afección médica y, 95
 - - trastorno neurocognitivo leve debido a traumatismo cerebral y, 294
 - ejecutivas. *Véase también* Memoria
 - - deterioro en los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, 243–244
 - - evaluación de trastornos cognitivos y, 274
 - - trastorno depresivo mayor y trastorno neurocognitivo leve, 284

Gabapentina, 178

Género

- disfunciones sexuales en el DSM-5 y, 229–230
- identidad de género y, 238
- influencias culturales en los roles de género, 155
- trastorno de la personalidad histriónica y, 316
- Genética. *Véase también* Antecedentes familiares
 - enuresis y, 212
 - otro trastorno depresivo especificado y, 102
 - pruebas y diagnóstico de la discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista, 4, 5–6
- Grandiosidad
 - trastorno bipolar I y, 45, 46
 - trastorno bipolar o trastorno relacionado debido a la infección por el VIH y, 60
 - trastorno de la personalidad narcisista y, 319
 - trastorno delirante y, 31
- Gravedad. *Véase también* Especificadores
 - de la apnea-hipopnea obstructiva del sueño, 224
 - de la discapacidad intelectual, 2
 - de la esquizofrenia, 23, 25–26
 - de los síntomas del trastorno de la conducta, 247
 - de los trastornos depresivos, 71–72
 - de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, 244
 - de los trastornos por consumo de sustancias, 251
 - del trastorno del espectro autista, 1
 - del trastorno obsesivo-compulsivo, 131
- Habilidades de afrontamiento
 - trastorno de adaptación y, 159
 - trastorno depresivo debido a otra afección médica y, 96
- Haloperidol, 44, 62, 64, 275, 277
- Hebefilia, 331
- Hemodiálisis y síndrome de las piernas inquietas, 225, 226
- Heroína, 263, 264, 265
- Heterogeneidad
 - de la esquizofrenia, 23, 25
 - de la respuesta posttraumática aguda, 141
 - de los factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas, 191
 - de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, 243
 - del otro trastorno disociativo especificado, 171
- Hidrocodona-paracetamol, 260
- Hiperactivación

- vegetativa y trastornos de ansiedad, 107
- y amnesia disociativa, 165.
- Hiperactividad y dimensiones sintomáticas del TDAH, 2, 11
- Hipersensibilidad y trastorno de la personalidad esquizoide, 304, 305
- Hipersexualidad
 - parafilias y, 342, 343–344
 - trastorno bipolar II y, 53–54
 - trastorno bipolar o trastorno relacionado debido a la infección por el VIH y, 60
 - trastorno depresivo mayor y, 99
- Hipertensión
 - delirio no especificado y, 277
 - disfunción sexual y, 235
- Hipervigilancia y TEPT, 152
- Hipocloremia y bulimia nerviosa, 205
- Hipocondría, 174, 181–182
- Hipomanía
 - otro trastorno bipolar o trastorno relacionado y, 69
 - trastorno bipolar de ciclos rápidos y, 49
 - trastorno bipolar II y, 51, 54–55
 - trastorno bipolar y trastornos relacionados y, 41, 42, 43
 - trastorno ciclotímico y, 57
 - trastorno de atracones y, 208
 - trastorno depresivo mayor y, 98, 99
- Hipoxemia y trastorno de adaptación, 157
- Homeopatía y otro trastorno bipolar o trastorno relacionado especificado, 68
- Homosexualidad
 - en el DSM-5, 238
 - parafilias y, 336–337, 341, 342, 343, 344
 - trastorno por consumo de cocaína y, 259
- Hostilidad y trastorno de la personalidad límite, 313
- Ideación y conducta suicida
 - amnesia disociativa y, 163
 - depresión breve recurrente y, 102
 - otro trastorno bipolar o trastorno relacionado especificado, 68
 - otro trastorno disociativo especificado y, 169
 - trastorno bipolar II y, 50, 51, 52, 55
 - trastorno de adaptación y, 158, 159–160
 - trastorno de la personalidad histriónica y, 314, 315, 316
 - trastorno de la personalidad límite y, 313

Ideación y conducta suicida (*Cont.*)

- trastorno de pánico y, 112, 113
- trastorno de síntomas somáticos y, 179, 180
- trastorno depresivo mayor y, 78, 79, 82, 97–98, 100
- trastorno dismórfico corporal y, 133–134
- trastorno esquizoafectivo y, 33, 34
- trastorno por consumo de cocaína y trastorno depresivo mayor inducido por sustancias, 92
- trastornos por consumo de sustancias y trastorno de estrés postraumático, 266
- Impulsividad. *Véase también* Impulso
- trastorno de déficit de atención/hiperactividad y, 14
- trastorno de la conducta y, 246
- trastorno de la personalidad antisocial y, 310
- trastorno de relación social desinhibida y, 145
- trastorno depresivo mayor y, 99
- trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta y, 243
- Impulso; uso del término “impulso” en el DSM-5, 128. *Véase también* Impulsividad
- Inapropiado y uso del término “no deseado” en el DSM-5, 128
- Inatención y dimensiones sintomáticas del trastorno de déficit de atención/hiperactividad, 2, 11, 14
- Índice
- de apnea-hipopnea (IAH), 223, 224
- de calidad del sueño de Pittsburgh (*Pittsburgh Sleep Quality Index*, PSQI), 218
- de gravedad del insomnio (*Insomnia Severity Index*, ISI), 218
- de masa corporal (IMC) y anorexia nerviosa, 200, 202
- Inestabilidad afectiva y trastorno de la personalidad límite, 312. *Véase también* Afecto negativo
- Información colateral para el diagnóstico
- trastorno bipolar y, 41
- trastorno de la personalidad esquizotípica y trastorno de la personalidad paranoide, 306
- trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta y, 244
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). *Véase también* Antidepresivos
- Insomnio. *Véase también* Trastorno de insomnio; Sueño y alteraciones del sueño
- otro trastorno depresivo especificado y, 103, 104
- trastorno depresivo debido a otra afección médica y, 94, 96

- trastorno depresivo mayor y, 84
- trastorno por consumo de cocaína y trastorno depresivo mayor inducido por sustancias, 93
- Intensidad de los síntomas en los trastornos bipolares y relacionados, 43. *Véase también* Gravedad
- Interacción social. *Véase también* Relaciones interpersonales
- trastorno ciclotímico e, 56
- trastorno de acumulación e, 136
- trastorno de la personalidad narcisista y, 318
- trastorno del espectro autista e, 5, 8
- trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer y, 281
- Intoxicación
- por alcohol, 251
- por cocaína o alcohol, 93
- por cocaína, 259
- Introspección
- como especificador del trastorno dismórfico corporal, 20, 126, 134
- como especificador del trastorno obsesivo-compulsivo, 20, 125, 129, 131
- trastorno bipolar y, 41, 42, 48
- Inventario de ansiedad de Beck, 120
- Inversión-recuperación con atenuación de líquidos (FLAIR), 293, 294
- Ira
- trastorno de conversión y, 185
- trastorno explosivo intermitente y, 248, 249
- Irritabilidad
- trastorno bipolar y, 48
- trastorno ciclotímico y, 56, 57
- trastorno depresivo mayor y, 85
- trastorno disruptivo de desregulación del estado de ánimo y, 75
- ISRS. *Véase* Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- Juego imaginativo y trastorno de identidad disociativo, 162
- Lactancia natural y trastorno depresivo mayor, 76, 78. *Véase también* Embarazo
- Laxantes y bulimia nerviosa, 205
- Lenguaje expresivo, retraso del desarrollo del, 145
- Litio, 36, 50, 317
- Lorazepam, 44, 62, 63, 64, 183, 184
- Lupus neuropsiquiátrico, 42

Luto

- trastorno de adaptación y, 154
- trastornos depresivos y, 72, 79–81
- Maltrato físico y amnesia disociativa, 165. *Véase también* Violencia doméstica; Abusos sexuales
- Manía
- esquizofrenia y, 25
- inducida por estimulantes, 61
- trastorno bipolar I y, 46
- trastorno bipolar II y, 54–55
- trastorno bipolar o relacionado debido a la infección por el VIH y, 60, 61
- trastorno bipolar y, 41, 42, 43, 48, 49
- trastorno de juego y, 270
- trastorno de la personalidad límite y, 312
- trastorno delirante y, 31
- trastorno depresivo mayor y, 98
- trastorno psicótico inducido por cannabis y, 36
- Marihuana y trastorno por consumo de marihuana. *Véase también* Trastorno por consumo de cannabis; Abuso de sustancias; Trastornos por consumo de sustancias
- trastorno de síntomas somáticos y, 176, 177
- trastorno delirante y, 30, 31–32
- trastorno esquizoafectivo y, 32–34
- trastorno esquizofreniforme y, 27, 28
- MCA. *Véase* Evaluación cognitiva de Montreal (*Montreal Cognitive Assessment*)
- Medicaciones. *Véase también* Antidepresivos; Antipsicóticos; Quimioterapia; Automedicación; Esteroides
- como causa de ansiedad y depresión, 157
- función sexual y, 229, 233–235
- problemas gastrointestinales y, 210
- tratamiento farmacológico de la abstinencia de alcohol y, 256
- Memoria
- amnesia disociativa y, 164, 165
- trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer y, 282
- Metadona, 264
- Metanfetamina, 59, 60, 245, 258
- Meticulosidad y trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, 299, 327
- Metilfenidato, 56, 74

- Microamnesia y otro trastorno disociativo especificado, 170, 171
- Micropsicosis y trastornos de la personalidad, 39
- Miedo
- trastorno de ansiedad por separación y, 109
- trastorno de estrés postraumático y, 152
- trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, 198, 199
- trastorno de pánico y, 112
- trastornos de ansiedad y, 107
- Migrañas
- trastorno de síntomas somáticos y, 178
- trastorno esquizofreniforme y, 27
- Minexamen cognoscitivo (*Mini-Mental State Examination*, MMSE), 122, 279, 290, 307
- MMSR. *Véase* Minexamen cognoscitivo
- Modelo
- categóricos y categórico-dimensionales de los trastornos de la personalidad, 298–299
- de cinco factores para los rasgos de personalidad, 298
- Motivación y trastorno facticio, 187–188
- MSLT. *Véase* Prueba de latencias múltiples del sueño (*Multiple Sleep Latency Test*)
- Múltiples síndromes dentro del espectro bipolar, 42
- Mutismo y trastorno bipolar inducido por esteroides, 62, 64
- Naloxona, 264
- Narcolepsia, 216, 222
- Narcóticos Anónimos, 33, 59, 263, 264
- Nefropatía terminal (NT) y síndrome de las piernas inquietas, 226
- Negación de enfermedad física y diagnóstico de factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas, 191
- Neurolépticos. *Véase* Antipsicóticos
- Neuropatía periférica y síndrome de piernas inquietas, 227
- Niños. *Véase también* Edad
- diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada en, 14
- diagnóstico diferencial de los trastornos del desarrollo neurológico y, 3
- distinción entre trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en, 14
- síntomas de psicosis de inicio precoz en, 22–23
- trastorno de apego reactivo en, 142

Niños. Véase también *Edad (Cont.)*

- trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y, 72
- trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos y, 199
- trastorno de identidad disociativo y, 162
- trastorno de relación social desinhibida en, 142, 144
- trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta en, 244
- umbral diagnóstico del trastorno de estrés postraumático en, 142
- Normalidad, definiciones y variaciones de la, 237, 331
- Obesidad
 - fobia a la grasa y, 202
 - trastorno de atracones y, 207
 - trastorno de hipersomnolencia y, 220
- Obsesiones. Véase también *Compulsiones*
- trastorno dismórfico corporal y, 134
- trastorno obsesivo-compulsivo y, 128, 129, 130
- Olanzapina, 44, 45, 46
- Opción de "Otros(s)" en el DSM-5, 20
- Opiáceos, 177, 267, 268, 279
- Organización
 - de la personalidad límite (OPL), 313
 - Mundial de la Salud, 202
- Orientación sexual en el DSM-5, 238. Véase también *Bisexualidad; Homosexualidad; Transexualidad*
- Otra catatonía especificada, 19
- Otro(s) trastorno(s)
 - bipolares y relacionados, 68–70
 - de la personalidad especificados, 299
 - del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico, 20
 - depresivo especificado, 100–102, 103–104
 - disociativo especificado, 167, 169–171
- Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica, 221
- Oxicodona, 158, 263, 264
- Parafilia, definición de, 329, 342–343
- Paranoia. Véase también *Trastorno de la personalidad paranoide*
 - delirium y, 278, 279
 - trastorno bipolar II y trastorno de ansiedad no especificado y, 50, 51
 - trastorno psicótico inducido por cannabis y, 35, 36
 - trastorno de la personalidad paranoide y, 302
 - trastorno esquizoafectivo y, 33

- trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Huntington y, 290
- Paroxetina, 315
- Pellizcarse la piel y trastorno dismórfico corporal, 132, 133. Véase también *Trastorno de excoriación*
- Pensamientos recurrentes y trastorno obsesivo-compulsivo, 129
- Perfeccionismo rígido y trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, 299, 327
- Perseveración y trastorno de la personalidad obsesiva-compulsiva, 299
- Pesadillas
 - amnesia disociativa y, 164, 165
 - trastorno de estrés agudo y, 146
 - trastorno de estrés postraumático y, 151
- Pica, 194, 195–197
- Piromanía, 126
- Pletismografía penéana, 338, 339
- Polisomnografía y trastornos del sueño, 96, 216, 221, 222, 223–224
- Preocupación por la simetría
 - trastorno dismórfico corporal y, 134
 - trastorno obsesivo-compulsivo y, 128
- Problemas escolares
 - trastorno de ansiedad generalizada y, 12–14
 - trastorno de ansiedad por separación y, 15, 16, 17, 113
 - trastorno de déficit de atención/hiperactividad y, 9, 12
 - trastorno del espectro autista y, 7, 8
 - trastorno específico del aprendizaje y, 9–12, 12–14
- Programa de asistencia a empleados (PAE), 87
- Propranolol, 235
- Prueba(s)
 - de aptitudes diferenciales (*Differential Aptitude Tests*, DAT), 293
 - de inteligencia (CI), 4
 - de latencias múltiples del sueño (MSLT), 221, 222
 - de los trazos (*Trail Making Test*), 95, 122
 - de *Stroop*, 283
 - del dibujo del reloj, 290
- Pseudoadicción, 261
- Pseudociencia, 175
- Pseudocrisis comiciales, 175
- Pseudodemencia, 284
- Psicosis
 - congruentes e incongruentes con el estado de ánimo, 83

- inducida por sustancias, 27
- posparto, 66–67
- y síntomas psicóticos. Véase también *Micropsicosis*
 - Trastornos psicóticos
 - delirium y, 278, 279
 - periodo posparto y, 66
 - síntomas depresivos y, 72
 - trastorno bipolar I y, 46
 - trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva y, 327
 - trastorno de pedofilia y, 338, 339
 - trastorno depresivo mayor y, 83
- Psicoterapia. Véase también *Psicoterapia breve; Terapia cognitivo-conductual; Terapia dialéctica conductual; Psicoterapia psicodinámica; Psicoterapia de apoyo*
 - breve y otro trastorno depresivo especificado, 101
 - de apoyo
 - trastorno de la personalidad límite y, 311
 - trastorno depresivo persistente y, 88
 - trastorno psicótico breve y, 39
 - psicodinámica para el trastorno de insomnio, 217
 - trastorno bipolar II y, 54
 - trastorno bipolar o trastorno relacionado debido a la infección por el VIH y, 59
 - trastorno de ansiedad por separación y, 109–110
 - trastorno depresivo mayor y, 98
- Puntos desencadenantes del trastorno explosivo intermitente, 249
- Quetiapina, 98, 245, 317
- Quimioterapia y trastorno bipolar inducido por esteroides, 63
- Rabietas
- Rasgos de personalidad
 - factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas y, 190
 - formas negativas y positivas de los, 298–299
 - modelo cognitivo-dimensional y evaluación de, 298–299
 - negativos, 298–299
 - trastorno depresivo persistente y, 88–89
 - trastorno neurocognitivo leve debido a traumatismo cerebral y, 295
 - trastornos neurocognitivos y, 274
 - positivos, 298–299
 - melancólicos en el trastorno depresivo mayor, 85
 - mixtos

- - - trastorno bipolar de ciclos rápidos y, 49
- - - trastorno depresivo mayor y, 98–99
- Reacción(es)
 - de estrés normales en el DSM-5, 147
 - de sobresalto
 - - amnesia disociativa y, 164
 - - trastorno de estrés agudo y, 150
 - físicas y trastorno de estrés agudo, 147. Véase también *Síntomas somáticos*
- Reexperimentación de síntomas y TEPT, 152
- Referencia, delirios de, 31
- Refugiados y otro trastorno depresivo especificado, 103
- Relaciones
 - entre iguales. Véase *Relaciones interpersonales*
 - interpersonales. Véase también *Interacción social*
 - - trastorno de estrés agudo y, 147
 - - trastorno de la conducta y, 246
 - - trastorno de la personalidad esquizoide y, 305
- Religión e inquietudes religiosas
 - anorexia nerviosa y, 201
 - conducta sexual y, 229
 - trastorno bipolar I y, 65, 66
 - trastorno esquizofreniforme y, 27, 28, 29
- Resonancia magnética (RM), 60, 61
- Respuesta de lucha o huida y trastorno de estrés postraumático, 152
- Retraso(s)
 - del desarrollo y discapacidad intelectual, 4
 - mental. Véase *Discapacidad intelectual*
 - motores y discapacidad intelectual, 4
 - psicomotor y trastorno de síntomas somáticos, 179
- Rigidez y trastorno bipolar inducido por esteroides, 62, 63, 64
- Risperidona, 36, 289, 338
- Roncar y trastornos del sueño, 221, 223
- Sala de urgencias, presentaciones incompletas y diagnósticos en la, 20
- Sales de baño, 258
- Sedantes e hipnóticos, 217
- Seguridad
 - trastorno de estrés postraumático y preocupación por la, 152
 - tratamiento del trastorno bipolar I y, 45
- Seguro médico
 - diagnóstico de disforia de género y, 238

Seguro médico. (Cont.)

- documentación de los diagnósticos de los pacientes en la historia clínica y, 324

Sensibilidad neuroléptica y trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy, 288

Serrralina, 32, 50, 63, 64, 68, 281, 315, 317

Sesgo de atribución hostil en el trastorno explosivo intermitente, 249

Simulación

- trastorno facticio y, 188

- trastorno psicótico breve y, 39

- trastorno de conversión y, 185

Simvastatina, 281

Síndrome(s)

- cognitivos de etiología mixta y trastornos neurocognitivos, 285

- cultural compartido y trastorno esquizofreniforme, 28

- de disfunción inmunológica, 182

- de Kleefstra, 3, 4, 5-6

- de la fase de sueño avanzada, 219

- de las piernas inquietas

- - caso clínico de, 225-227

- - en el DSM-5, 216

- - trastorno de síntomas somáticos y, 180

- neuroléptico maligno (SNM), 63, 64

- premenstrual (SPM), 91

- psicótico atenuado, 20-21, 308

- serotoninico, 64

Síntomas. Véase Valoraciones dimensionales; Duración;

Intensidad; Síntomas de intrusión; Síntomas del estado de ánimo; Síntomas negativos; Síntomas positivos; Psicosis y síntomas psicóticos; Gravedad; Síntomas somáticos

- anímicos. Véase también Cordialidad; Ira;

Antagonismo; Apatía; Hostilidad; Irritabilidad;

Afecto negativo; Rabieta

- - criterios del trastorno esquizoafectivo y, 20

- - trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer y, 281

- de intrusión

- - amnesia disociativa y, 165

- - TEPT y, 141, 151, 152

- - trastorno de estrés agudo y, 147

- negativos de la esquizofrenia, 23, 25, 28

- parkinsonianos y trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy, 287, 288

- positivos

- - de la esquizofrenia, 20

- - del trastorno de síntomas somáticos, 173

- schneiderianos del trastorno esquizofreniforme, 28

- somáticos y trastornos de ansiedad, 107. Véase también

Reacciones físicas

Sistema

- de valoración y evaluación grupal (System for Assessment and Group Evaluation, SAGE), 293

- legal. Véase también Conducta delictiva

- - diagnóstico de disforia de género y, 238, 239, 241

- - trastornos parafilicos y 331-332, 338, 340

SNM. Véase Síndrome neuroléptico maligno

Subcultura de "fiesta y juego" y consumo de estimulantes, 258, 259

Subtipo(s)

- de anorexia nerviosa, 202

- de enuresis, 212

- de esquizofrenia, 19, 23

- de manía bipolar, 48

- de trastorno de apego reactivo, 144

- indiscriminado del trastorno de apego reactivo, 144

- restrictivo de anorexia nerviosa, 202

Sueño REM. Véase Trastorno del comportamiento del sueño REM

- delirium y, 279

- trastorno bipolar y, 48

- trastorno de ansiedad generalizada y, 13, 14

- trastorno de estrés agudo y, 149, 150

- trastorno de estrés posttraumático y abuso de múltiples sustancias, 268

- trastorno delirante y, 30

- trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy y, 286-287

- trastorno por consumo de cocaína y trastorno depresivo mayor inducido por sustancias, 91

Supresión inmunológica y trastorno bipolar o trastorno relacionado debido a la infección por el VIH, 61

TA. Véase Trastorno de atracones

TAE. Véase Trastorno de ansiedad por enfermedad

TAG. Véase Trastorno de ansiedad generalizada

TAR. Véase Trastorno de apego reactivo

TDH. Véase Trastorno por déficit de atención/hiperactividad

TDC. Véase Trastorno dismórfico corporal

TDIDA. Véase Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

TDM. Véase Trastorno depresivo mayor

TEA. Véase Trastorno de estrés agudo; Trastorno del espectro autista

TEPT. Véase Trastorno de estrés posttraumático

Terapia

- cognitivo-conductual

- - amnesia disociativa y, 163

- - trastorno de acumulación y, 135

- - trastorno de adaptación y, 159

- - trastorno de la personalidad narcisista y, 317

- - trastorno facticio y, 186

- - trastorno obsesivo-compulsivo y, 130

- dialéctica conductual y amnesia disociativa, 163

- electroconvulsiva y amnesia disociativa, 163

TERIA. Véase Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

Tics. Véase también Tics motores; Trastorno de tics provisional; Trastornos de tics; Tics vocales

- definición de, 2, 16

- edad de inicio de los, 16-17

- especificadores del trastorno obsesivo-compulsivo y, 125, 130-132

- motores, 2, 16

- vocales, 2, 16

TID. Véase Trastorno de identidad disociativo

Tiempo

- de reacción visual y evaluación de agresores sexuales, 338, 339

- el trastorno obsesivo-compulsivo como trastorno que lleva mucho tiempo, 129

Timidez

- trastorno de ansiedad social y, 114, 320, 321

- trastorno de la personalidad esquizotípica y, 307

- trastorno de la personalidad evitativa y, 320, 321

TNC. Véase Trastornos neurocognitivos

TNCCL. Véase Trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy

TOC. Véase Trastorno obsesivo-compulsivo

TPA. Véase Trastorno de la personalidad antisocial

TPE. Véase Trastorno de la personalidad evitativa

TPH. Véase Trastorno de la personalidad histriónica

TPL. Véase Trastorno de la personalidad límite

TPOC. Véase Trastorno de la personalidad obsesiva-compulsiva

TPP. Véase Trastorno de la personalidad paranoide

Transexualidad, 238, 240, 241

Trastorno bipolar

- comorbilidad con

- - trastorno de la personalidad límite, 52, 69

- - trastorno de pánico, 113

- - trastornos asociados a la infección por el VIH, 60

- - trastornos de ansiedad, 51-52

- - trastornos depresivos, 113

- debido a otra afección médica, 190

- diagnóstico diferencial

- - con el trastorno de síntomas somáticos, 180

- - con el trastorno delirante, 31

- - con la esquizofrenia, 26

- edad de inicio del, 51

- en el DSM-5, 41-43

- inducido por esteroides, 62-64

- inducido por medicamentos, 42

- o relacionado no especificado, 43

- solapamiento con trastornos depresivos, 71

- tipo I

- - casos clínicos de, 44-47, 65-67

- - manía y diagnóstico del, 55

- - trastorno de la personalidad límite y, 312

- tipo II

- - casos clínicos de, 50-52, 53-55

- - hipomanía y, 42, 54-55, 99

- - trastorno de atracones y, 208

- - trastorno de estrés posttraumático y, 152

- - trastorno de la personalidad límite y, 312

- trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y, 75

- trastorno de juego y, 270

- trastorno de la personalidad antisocial y, 309, 310

- trastorno depresivo mayor y, 77-78, 83

- trastorno esquizoafectivo y síntomas del, 20

Trastorno ciclotímico, 43, 56-58

Trastorno de acumulación

- caso clínico de, 135-137

- en el DSM-5, 126

- especificadores del, 131

- trastorno de la personalidad esquizoide y, 305

- trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva y, 326

Trastorno de adaptación

- casos clínicos de, 153-155, 156-158, 158-160

- con estado de ánimo deprimido, 323

Trastorno de adaptación (Cont.)

- como especificador, 77
 - en el DSM-5, 142
 - pica y, 197
 - trastorno de estrés agudo y, 148
 - trastorno de juego y, 270
 - trastorno depresivo debido a otra afección médica y, 95
 - trastorno por consumo de alcohol y trastorno de ansiedad inducido por medicamentos y, 123
- Trastorno de ansiedad**
- debido a otra afección médica, 190
 - generalizada (TAG)
 - casos clínicos de, 12-14, 119-121
 - trastorno de ansiedad por separación y, 110
 - trastorno obsesivo-compulsivo y, 131
 - trastorno por consumo de alcohol, trastorno de ansiedad inducido por medicamentos y, 123
 - inducido por medicamentos, 122-124
 - no especificado, 50-52, 120, 168
 - por enfermedad (TAE)
 - caso clínico de, 180-183
 - en el DSM-5, 174, 175
 - factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas y, 190
 - obsesiones y, 131
 - trastorno de ansiedad por separación y, 110
 - por separación
 - casos clínicos de, 15-17, 109-111
 - en el DSM-5, 108
 - trastorno de ansiedad generalizada y, 14
 - social
 - casos clínicos de, 114-116, 320-322
 - en el DSM-5, 108
 - trastorno de ansiedad generalizada y, 14
 - trastorno de ansiedad por separación y, 110
 - trastorno de la personalidad evitativa y, 320-322
 - trastorno dismórfico corporal y, 134
- Trastorno de apego reactivo (TAR), 142, 144
- Trastorno de Asperger, 1, 5, 9
- Trastorno de atracones (TA), 193, 194, 206-208
- Trastorno de comportamiento suicida, 158-160
- Trastorno de conversión, 174, 175, 183-185
- Trastorno de desco sexual hipactivo del varón, 229
- Trastorno de despersonalización/desrealización, 166-168
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDA)

- caso clínico de, 73-75
 - en el DSM-5, 72
 - enuresis y, 212
 - trastorno de déficit de atención/hiperactividad y, 73-75
- Trastorno de dolor génito-pélvico/a la penetración, 230, 232
- Trastorno de estrés agudo
- casos clínicos de, 146-148, 148-150
 - en el DSM-5, 141-142
 - enfermedad o tratamiento médico y, 123
 - trastorno de adaptación y, 157
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- casos clínicos de, 114-116, 150-153, 266-269
 - diagnóstico diferencial de la amnesia disociativa y, 165
 - diagnóstico diferencial del trastorno esquizofreniforme y, 28-29
 - en el DSM-5, 108, 141, 142
 - otro trastorno disociativo especificado e inicio tardío del, 171
 - parafilia y, 334
 - trastorno de adaptación y, 158
 - trastorno de estrés agudo y, 148, 149
 - trastorno de pánico y, 113
 - trastorno por consumo de alcohol, trastorno de ansiedad inducido por medicamentos y, 123
 - trastorno por consumo de cocaína, trastorno por consumo de alcohol, trastorno por consumo de cannabis y trastorno por consumo de tabaco y, 266-269
 - trastorno por consumo de opiáceos y, 262
- Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos (TERIA)
- anorexia nerviosa y, 201
 - casos clínicos de, 198-200
 - en el DSM-5, 194
- Trastorno de exoriación, 126, 137-139. Véase también
- Rascarse la piel
- Trastorno de fetichismo, 329-330, 335-337
- Trastorno de Gilles de la Tourette, 2-3, 16
- Trastorno de hipersomnolencia, 220-222
- Trastorno de identidad disociativo (TID), 161-162, 165
- Trastorno de insomnio, 215, 217-219. Véase también
- Insomnio
- Trastorno de juego, 251, 252, 269-270
- Trastorno de la comunicación social (pragmático), 2, 8
- Trastorno de la conducta
- alimentaria no especificado (TCANE), 193, 194

- enuresis y, 212
 - trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y, 75
 - trastorno de pedofilia y, 339
- Trastorno de la coordinación del desarrollo, 2
- Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo), 2, 8
- Trastorno de la identidad de género, 238
- Trastorno de la personalidad antisocial
- casos clínicos de, 308-310, 338-340
 - trastorno de la conducta y edad adulta, 247
 - trastorno de la personalidad histriónica y, 316
 - trastorno explosivo intermitente y, 249
 - trastorno por consumo de opiáceos y, 262, 265
 - trastorno psicótico no especificado, trastorno por consumo de cocaína, trastorno por consumo de alcohol y trastorno de pedofilia y, 338-340
 - trastornos parafilicos y, 330
- Trastorno de la personalidad dependiente, 316, 322-324
- Trastorno de la personalidad esquizoide, 303-305
- Trastorno de la personalidad esquizotípica, 301, 305, 306-308
- Trastorno de la personalidad evitativa, 89, 320-322
- Trastorno de la personalidad histriónica, 310, 314-316
- Trastorno de la personalidad límite (TPL)
- caso clínico de, 311-313
 - comorbilidad con
 - otro trastorno bipolar o trastorno relacionado especificado, 69
 - trastorno bipolar, 52
 - trastorno ciclotímico, 58
 - trastorno de la personalidad paranoide, 301
 - trastorno explosivo intermitente, 249
 - diagnóstico erróneo de trastorno depresivo mayor y, 99-100
 - edad y diagnóstico del, 160
 - trastorno de atracones y, 208
 - trastorno de la personalidad antisocial y, 310
 - trastorno de la personalidad histriónica y, 316
 - trastorno de la personalidad narcisista, 301, 310, 316, 317-319
 - trastorno de la personalidad no especificado, 299
 - trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva (TPOC), 298, 299, 300-302, 325-327
 - trastorno de la personalidad paranoide, 300-302, 306-308, 310

- Trastorno de movimientos estereotipados, 2
- Trastorno de pánico
- caso clínico de, 111-114
 - trastorno esquizoafectivo y diagnóstico precoz de, 33
 - trastorno por consumo de alcohol y trastorno de ansiedad inducido por medicamentos y, 123
- Trastorno de pedofilia, 330, 331, 338-340
- Trastorno de relación social desinhibida (TRSD), 142, 143-145
- Trastorno de Rett, 1
- Trastorno de rumiación, 194
- Trastorno de sadismo sexual, 330-331
- Trastorno de síntomas somáticos (TSS). Véase también
- Trastornos de síntomas somáticos y relacionados**
- casos clínicos de, 175-177, 178-180
 - en el DSM-5, 173, 182
 - factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas y, 190
 - trastorno de la personalidad histriónica y, 315
 - trastorno por consumo de opiáceos y, 262
- Trastorno de tics provisional, 15-17
- Trastorno del comportamiento del sueño REM (de movimientos oculares rápidos: *Rapid Eye Movement*, REM)
- en el DSM-5, 216
 - enfermedad de Parkinson y, 96
 - trastorno neurocognitivo mayor con cuerpos de Lewy y, 286-289
- Trastorno del control de los impulsos, como
- tricotilomanía, 139
- Trastorno del espectro autista (TEA)
- casos clínicos de, 3-6, 7-9
 - en el DSM-5, 1
 - pica y, 196
 - trastorno de ansiedad generalizada y, 14
 - trastorno de la personalidad esquizotípica y, 307
- Trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.** Para más información Véase
- Trastornos psicóticos; Esquizofrenia; diagnósticos
- específicos, 20, 44, 45, 290
 - casos clínicos de, 21-40
 - en el DSM-5, 19-21
- Trastorno del estado de ánimo
- inducido por sustancias, 343
 - otro trastorno depresivo especificado y, 102
 - trastorno ciclotímico y, 57

Trastorno del estado de ánimo (Cont.)

- trastorno de déficit de atención/hiperactividad y, 11
- trastorno de la personalidad dependiente y, 323
- trastorno esquizoafectivo y, 34
- Trastorno del interés/la excitación sexual femenino, 230-233
- Trastorno del lenguaje, 2, 8
- Trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia, 219
- Trastorno delirante. *Véase también* Delirio(s)
 - caso clínico de, 30-32
 - en el DSM-5, 20
- trastorno de ansiedad por enfermedad y, 182
- trastorno de la personalidad esquizotípica y, 307
- trastorno obsesivo-compulsivo y, 131
- trastorno psicótico breve y, 39
- trastorno psicótico inducido por cannabis y, 37
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica, 94-96
- Trastorno depresivo inducido por alcohol, 83, 253-254
- Trastorno depresivo inducido por cocaína, 252
- Trastorno depresivo inducido por opiáceos, 261
- Trastorno depresivo mayor (TDM). *Véase también* Depresión; Trastorno depresivo mayor inducido por sustancias
 - anorexia nerviosa y, 201
 - bulimia nerviosa y, 204-205
 - casos clínicos de, 76-86, 97-100, 127-129, 175-177, 204-208, 233-235, 260-262, 283-285
 - comorbilidad con el trastorno dismórfico corporal, 134
 - diagnóstico diferencial con
 - otro trastorno bipolar o trastorno relacionado, 69
 - trastorno de adaptación, 157
 - trastorno de ansiedad por enfermedad, 182
 - trastorno de síntomas somáticos, 180
 - trastorno delirante, 31
 - trastorno esquizoafectivo, 20
 - disfunción sexual inducida por medicamentos y, 233-235
 - en el DSM-5, 71-72
 - inducido por sustancias, 91-93
 - trastorno bipolar I y, 65
 - trastorno bipolar II y, 54
 - trastorno de acumulación y, 137
 - trastorno de atracones y, 206-208
 - trastorno de juego y, 270
 - trastorno de la personalidad histriónica y, 315-316

- trastorno depresivo debido a otra afección médica y, 95, 96
- trastorno depresivo inducido por cocaína y, 252
- trastorno neurocognitivo leve y, 283-285
- trastorno neurocognitivo mayor debido a la enfermedad de Alzheimer y, 281
- trastorno obsesivo-compulsivo y, 127-129
- trastorno por consumo de alcohol y trastorno de ansiedad inducido por medicamentos, 122
- trastorno por consumo de alcohol y trastorno depresivo inducido por alcohol, 253
- trastorno por consumo de opiáceos y, 260-262
- trastorno por consumo de tabaco y parafilia, 343
- Trastorno depresivo no especificado, 135-137
- Trastorno depresivo persistente, 43, 87-89. *Véase también* Trastorno distímico
- Trastorno desintegrador de la infancia, 1
- Trastorno disfórico premenstrual (TDPM), 72, 89-91
- Trastorno dismórfico corporal (TDC)
 - caso clínico de, 132-134
 - delirios y, 20
 - en el DSM-5, 125-126
 - especificadores del, 126, 131
 - tricotilomanía y trastorno de excoriación, 139
- Trastorno distímico. *Véase también* Trastorno depresivo persistente
 - trastorno bipolar y, 48
 - trastorno de la personalidad
 - límite y, 312
 - narcisista y, 317
 - trastorno por consumo de opiáceos y, 261
- Trastorno eréctil, 234
- Trastorno específico del aprendizaje, 2, 9-12, 12-14
- Trastorno esquizoafectivo
 - caso clínico de, 32-34
 - diagnóstico diferencial con la esquizofrenia, 26
 - en el DSM-5, 20
 - trastorno bipolar I y diagnóstico previo de, 44, 46
 - trastorno de pedofilia y, 339
- Trastorno esquizofreniforme, 26-29, 31
- Trastorno explosivo intermitente
 - caso clínico de, 248-250
 - en el DSM-5, 126
 - trastorno de la personalidad antisocial y, 310
 - trastorno disruptivo de desregulación del estado de ánimo y, 75

Trastorno facticio

- caso clínico de, 186-188
- en el DSM-5, 174
- factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas y, 190
- trastorno de ansiedad por enfermedad y, 183
- trastorno de conversión y, 185
- trastorno psicótico breve y, 39
- Trastorno fonológico, 2, 8
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado, 1
- Trastornos motores y trastornos del desarrollo neurológico, 2
 - enuresis y, 212
 - gravedad, 244
 - trastorno de ansiedad generalizada y, 14
 - trastorno de la conducta y, 247
 - trastorno disruptivo de desregulación del estado de ánimo y, 75
- Trastorno negativista desafiante
- Trastorno neurocognitivo
 - asociado al VIH, 61
 - leve, 274, 282, 283-285, 292-295
 - mayor, 274, 280-282, 286-289
- Trastorno neuropsiquiátrico, como la esquizofrenia, 19
- Trastorno obsesivo-compulsivo
 - amnesia disociativa y, 165
 - asociación con los trastornos de ansiedad y de tics, 17
 - casos clínicos de, 127-129, 130-132
 - comorbilidad con el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, 326-327
 - delirios y, 20
 - en el DSM-5, 20, 108, 125, 141
 - pica y, 196
 - trastorno de acumulación y, 137
 - trastorno de ansiedad por enfermedad y, 182
 - trastorno de pánico y, 113
- Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.** Para más detalles *Véase* Trastorno obsesivo-compulsivo
 - casos clínicos con el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos relacionados
 - como objetivo de análisis principal, 127-140
 - en otro contexto, 15-17
 - en el DSM-5, 125-126
- Trastorno orgásmico femenino, 232
- abstinencia de opiáceos y, 263-265

- casos clínicos de, 253-254, 255-257, 266-269, 338-340
- delirium y, 277
- parafilias y, 332-334
- trastorno de ansiedad inducido por medicamentos y, 122-124
- trastorno esquizoafectivo y, 32-34
- trastorno neurocognitivo leve debido a un traumatismo cerebral y, 292-295
- trastorno por consumo de cocaína, trastorno por consumo de alcohol, trastorno por consumo de cannabis, trastorno por consumo de tabaco y, 266-269
- trastorno por consumo de opiáceos y, 260-262, 263-265
- trastorno psicótico no especificado, trastorno por consumo de cocaína, trastorno de la personalidad antisocial y trastorno de pedofilia y, 338-340
- Trastorno por consumo
 - de benzodiazepinas, 322-324
 - de cannabis, 175-177, 266-269. *Véase también* Marihuana y trastorno por consumo de marihuana
 - de cocaína, 91-93, 257-259, 266-269, 338-340
 - de opiáceos, 260-262, 263-265
 - de tabaco, 260-262, 266-269, 341-344
- Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)
 - casos clínicos de, 9-12, 73-75, 245-247
 - comorbilidad con el trastorno de relación social desinhibida, 145
 - comorbilidad con los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, 243
 - en el DSM-5, 1-2, 11
 - trastorno ciclotímico y evaluación previa del, 56
 - trastorno de ansiedad generalizada y diagnóstico previo de, 12, 14
 - trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y, 73-75
 - trastorno de la conducta y, 245-247
 - trastorno de la personalidad antisocial y, 309, 310
- Trastorno psicótico breve
 - en el DSM-5, 20
 - trastorno delirante y, 31
 - trastorno psicótico inducido por cannabis y, 37
- Trastorno psicótico inducido
 - por cannabis, 35-37

Trastorno psicótico inducido (*Cont.*)

- por sustancias, 31-32

Trastorno psicótico no especificado, 38, 39, 338-340

Trastorno psicótico secundario a una afección médica general, 27

Trastornos bipolares y relacionados. Para más información, *Véase* Trastorno bipolar; diagnósticos específicos

- *casos clínicos* con diagnóstico de trastorno bipolar o relacionado en otro contexto, 35-37

- *casos clínicos* con trastornos bipolares y relacionados como tema principal, 41-71

- en el DSM-5, 41-43

- *casos clínicos* con diagnóstico de trastorno de ansiedad en otro contexto, 12-17, 50-52, 163-165, 320-322

- *casos clínicos* con trastorno de ansiedad como objeto de análisis principal, 107-124

- comorbilidad

- de la fobia específica, 118

- de un trastorno de ansiedad con otros trastornos de ansiedad, 107, 108

- del trastorno bipolar, 51-52, 70, 113

- del trastorno depresivo con el trastorno de pánico, 113

- del **trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados**, 126

- diagnóstico diferencial del trastorno de despersonalización/desrealización, 168

- en el DSM-5, 107-108

- trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y, 75

- trastornos del estado de ánimo en los niños y, 14

Trastornos de conductas repetitivas centradas en el cuerpo, 126

Trastornos de la comunicación, 2, 8

Trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos. Para más detalles: *Véase* Trastornos de la conducta alimentaria; diagnósticos específicos

- *casos clínicos* de, 195-208

- en el DSM-5, 193-194

Trastornos de la conducta alimentaria y trastorno

dismórfico corporal, 134. *Véase también* Trastornos de la conducta alimentaria y la ingesta de alimentos

Trastornos de la excreción. Para más información: *Véase* diagnósticos específicos

- *casos clínicos* de, 210-213

- en el DSM-5, 209-210

Trastornos de la personalidad no especificados, 299

Trastornos de la personalidad. Para más detalles *Véase* diagnósticos específicos

- *casos clínicos* de, 297-327

- comorbilidad con los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, 243

- diagnóstico diferencial del otro trastorno bipolar o trastorno relacionado especificado y, 69

- diagnóstico diferencial del trastorno psicótico breve y, 39

- modelos en el DSM-5, 297-299

- trastorno bipolar II, trastorno de ansiedad no especificado y, 52

- trastorno explosivo intermitente y, 249

- trastorno por consumo de tabaco y parafilia, 343

Trastornos de síntomas somáticos y relacionados.

Para más detalles *Véase* diagnósticos específicos de trastornos de síntomas somáticos

- *casos clínicos* de, 175-191

- en el DSM-5, 173-175

Trastornos de tics

- diagnóstico diferencial, 16

- en el DSM-5, 2-3

- trastorno obsesivo-compulsivo y, 129

Trastornos del ciclo sueño-vigilia. Para más detalles *Véase* Sueño y trastornos del sueño; diagnósticos específicos

- *casos clínicos* de, 217-227

- en el DSM-5, 215-216

Trastornos del control de los impulsos no clasificados, 126

Trastornos del desarrollo neurológico. Para más detalle *Véase* diagnósticos específicos

- *casos clínicos* con diagnóstico de trastorno del desarrollo neurológico en otro contexto, 73-75, 195-197, 245-247

- *casos clínicos* con trastornos del desarrollo neurológico como objeto de análisis principal, 3-17

- en el DSM-5, 1-3

Trastornos del lenguaje en el trastorno del espectro autista, 8-9

Trastornos depresivos. Para más información: *Véase* Depresión; diagnósticos específicos

- *casos clínicos* con diagnóstico de trastorno depresivo en otro contexto, 127-129, 135-137, 163-165, 175-177, 204-208, 233-235, 253-254, 260-262, 283-285

- *casos clínicos* con trastorno depresivo como principal objeto de análisis, 73-105

- en el DSM-5, 71-73

Trastornos disociativos. Para más información: *Véase* diagnósticos específicos

- *casos clínicos* de, 163-171

- en el DSM-5, 161-162

- trastorno esquizofreniforme y, 28

- trastorno por consumo de alcohol y parafilia, 334

Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. Para más detalles: *Véase* diagnósticos específicos

- *casos clínicos* de, 245-250

- en el DSM-5, 243-244

Trastornos neurocognitivos. Para más detalles, *Véase* Delirium; Trastorno neurocognitivo asociado al VIH; diagnósticos específicos

- *casos clínicos* de, 275-295

- en el DSM-5, 273-274

Trastornos parafilicos. Para más detalle *Véase* diagnósticos específicos

- *casos clínicos* de, 332-344

- en el DSM-5, 329-332

Trastornos por consumo de sustancias. *Véase también* Trastorno por consumo de alcohol; Trastorno por consumo de cocaína; Marihuana y trastorno por consumo de marihuana; Abuso de sustancias; **143**

- comorbilidad con los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, 243

- trastorno bipolar y, 49

- trastorno de estrés postraumático y, 152

- trastorno dismórfico corporal y, 134

- trastorno esquizofreniforme y, 28

Trastornos psicóticos. *Véase también* Psicosis y

síntomas psicóticos; **Trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**

- trastorno de despersonalización/desrealización y, 168

- trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico no especificado y, 290

- trastorno dismórfico corporal y, 134

- trastorno esquizofreniforme y, 27

- trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Huntington y, 291

Trastornos relacionados con sustancias y adictivos. Para más detalles *Véase* Abuso de sustancias;

Trastornos por consumo de sustancias; diagnósticos específicos

- *casos clínicos* con trastorno relacionado con sustancias o adictivo como objeto de análisis principal, 253-271

- *casos clínicos* con trastorno relacionado con sustancias o adictivo en otro contexto, 32-34, 35-37, 62-64, 91-93, 122-124, 175-177, 292-295, 322-324, 341-344

- en el DSM-5, 251-252

- *casos clínicos* con diagnóstico de trastorno relacionado con traumas o con factores de estrés en otro contexto, 163-165, 266-269, 292-295

- *casos clínicos* con trastorno relacionado con traumas o con factores de estrés como objeto de análisis principal, 143-160

- en el DSM-5, 141-142

Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Para más detalles *Véase* diagnósticos específicos

Traumatismo cerebral (TC)

- trastorno por consumo de alcohol y trastorno neurocognitivo leve debido a, 292-295

- trastorno de estrés agudo y, 148

Travestismo, 336

Tricotilomanía, 126, 137-139

TSS. *Véase* Trastorno de síntomas somáticos

Umbral diagnóstico. *Véase también* Angustia; Deterioro; "Otros" diagnósticos

- debate sobre la conducta sexual y, 237-238

- definición de normalidad y, 237

- del trastorno de estrés postraumático en los niños, 142

- disforia de género en el DSM-5 y, 238, 241

- parafilias y el problema del, 329-332, 334, 336-337, 340, 342-343, 344

Uso

- de estimulantes, 259

- del término "necesidad apremiante" en el DSM-5, 128

- del término "no deseado" en el DSM-5, 128

- erróneo del término "psicosomático", 227

Vaginismo, 230

Valoraciones dimensionales de los síntomas de la esquizofrenia, 25-26

Variación diurna y otro trastorno depresivo especificado, 101, 102

Venlafaxina, 280, 281, 317

Veteranos de guerra y trastorno de estrés postraumático, 26, 28-29, 150-153

Víctimas y trastornos parafilicos, 329, 331	- doméstica
Vigilancia con vídeo-EEG (vEEG) y trastorno de conversión, 184	- - trastorno de la personalidad antisocial y, 310
- trastorno bipolar o trastorno relacionado debido a la infección por, 59–61	- - trastorno explosivo intermitente y, 250
- trastorno por consumo de cocaína y, 258	- trastorno explosivo intermitente y, 248
VIH	- trastornos parafilicos y, 337–338
Vilazodona, 98, 99	Visitas domiciliarias y trastorno de acumulación, 136
Violencia. <i>Véase también</i> Conductas delictivas; Violencia doméstica	Voyeurismo, 330, 331
	Yo y trastorno de despersonalización/desrealización, 166, 167