

DSM-IV-TR[®]

Libro de casos

Robert L. Spitzer
Miriam Gibbon
Andrew E. Skodol
Janet B. W. Williams
Michael B. First





ELSEVIER
MASSON

Primera edición 2003
Reimpresión 2007



© 2003 Elsevier Doyma, S.L.
Es una publicación **MASSON**
Travessera de Gràcia, 17-21 - 08021 Barcelona (España)

Fotocopiar es un delito (Art. 270 C.P.)

Para que existan libros es necesario el trabajo de un importante colectivo (autores, traductores, dibujantes, correctores, impresores, editores...). El principal beneficiario de ese esfuerzo es el lector que aprovecha su contenido.

Quien fotocopia un libro, en las circunstancias previstas por la ley, delinque y contribuye a la «no» existencia de nuevas ediciones. Además, a corto plazo, encarece el precio de las ya existentes.

Este libro está legalmente protegido por los derechos de propiedad intelectual. Cualquier uso fuera de los límites establecidos por la legislación vigente, sin el consentimiento del editor, es ilegal. Esto se aplica en particular a la reproducción, fotocopia, traducción, grabación o cualquier otro sistema de recuperación de almacenaje de información.

ISBN: 978-84-458-1223-5

Depósito Legal: B. 24.206 - 2007

Composición y compaginación: A. Parras

Impreso en España por Liberdúplex, S.A.

Advertencia

La medicina es un área en constante evolución. Aunque deben seguirse unas precauciones de seguridad estándar, a medida que aumenten nuestros conocimientos gracias a la investigación básica y clínica habrá que introducir cambios en los tratamientos y en los fármacos. En consecuencia, se recomienda a los lectores que analicen los últimos datos aportados por los fabricantes sobre cada fármaco para comprobar la dosis recomendada, la vía y duración de la administración y las contraindicaciones. Es responsabilidad ineludible del médico determinar las dosis y el tratamiento más indicado para cada paciente, en función de su experiencia y del conocimiento de cada caso concreto. Ni los editores ni los directores asumen responsabilidad alguna por los daños que pudieran generarse a personas o propiedades como consecuencia del contenido de esta obra.

El editor

Capítulo 1

TRASTORNOS MENTALES EN ADULTOS

BRUJERÍA

Celia Vega es una mujer de 21 años de edad, nacida en Puerto Rico, conducida por la policía, esposada y con las piernas atadas, al servicio de urgencias de un hospital de ciudad. El personal médico de guardia solicita la presencia del psiquiatra, que entrevista a la paciente. La Sra. Vega es una mujer de complexión débil, atractiva y con cara de niña, lleva el pelo teñido de rojo y viste una bata de hospital. Su cara y brazos muestran contusiones y arañazos, producidos por los acontecimientos de la noche anterior. Se muestra sonriente y seductora, moviendo los ojos y cruzando las piernas una y otra vez.

La entrevista tiene lugar en una cabina pequeña y sin ventanas, en la cual se amontonan el psiquiatra, cinco residentes de psiquiatría y dos asistentes sociales. El entrevistador le pide que relate qué le ha sucedido, y la paciente contesta que, encontrándose en casa de su novio, donde vive actualmente, empezó a notar dolores en el pecho, mientras lavaba los platos. La madre del muchacho la convenció para que se echara en la cama, y a partir de ahí ya no recuerda nada hasta encontrarse atada en la sala de urgencias. Comenta que la familia le ha explicado que en ese momento empezó a comportarse de forma salvaje intentando morder a los que la rodeaban. Añade que esto ya le había sucedido en otras ocasiones desde que cumplió los 17 años. Su novio, que ya había presenciado muchos de estos episodios, avisó en esta ocasión a la policía porque, tal y como le ha contado a la muchacha, esta vez tenía un cuchillo en la mano y tuvo miedo de que ella pudiera matarle.

La paciente conoce por los testimonios de los demás que durante estos episodios suele chillar, morder y dar patadas; en algunas ocasiones incluso ha intentado hacerse con un cuchillo para herirse a sí misma. El entrevistador le pregunta,

«¿Cómo llama a estos ataques o posesiones que han venido sucediéndole?», a lo cual ella responde que no está dispuesta a hablar con tanta gente en la habitación. Podría hacerlo ante dos o tres personas, pero no ante ocho. El entrevistador trata de convencerla de que todos ellos pueden ayudarla, y que cuantos más, mejor. Pero ella continúa negándose. Luego él le pregunta si ha reflexionado sobre lo afortunada que es al encontrarse en un famoso hospital universitario. Pero ella nunca había oído hablar de esta institución y no va a cambiar de opinión. Él le explica que estas personas pueden ayudarla si ella hace el esfuerzo de explicarles qué es lo que le está pasando. No hay respuesta. Él dice, «Esconde usted muchos secretos». Más silencio.

El entrevistador cambia de táctica. «Sólo voy a formularle algunas preguntas; usted contésteme las que quiera».

Entrevistador: ¿Llora a menudo?

Paciente: Sí. (Sus ojos se inundan de lágrimas.)

Entrevistador (encorvándose): Le han sucedido cosas malas, ¿no? (Ella asiente con la cabeza.)

Entrevistador: ¿Alguna vez le ha contado a alguien estas cosas malas?

Paciente: No. Nunca se lo he contado a nadie.

Entrevistador: ¿Sueña con estas cosas?

Paciente: Sí, pero en el sueño afectan a mi hermana.

Entrevistador: ¿De qué se trata? (Silencio.) ¿Era usted muy joven cuando sucedió?

Paciente: Sí.

Entrevistador: ¿12, 13, 14?

Paciente: No.

Entrevistador: ¿15, 16?

Paciente: No. En el otro sentido.

Entrevistador: ¿10, 9?

Paciente: Sí. Cuando tenía 9 años. Alguien me hizo algo. Me cambió. Desde entonces soy una persona diferente. (No puede concretar en qué es diferente y sigue sin querer explicar qué es lo que le sucedió.)

Entrevistador: ¿Fue alguien de su familia?

Paciente: No. Alguien del vecindario.

Entrevistador: ¿Sucedió muchas veces?

Paciente: No, sólo unas pocas.

Entrevistador: ¿Se lo contó a alguien?

Paciente: No, pero mi hermana se lo explicó a mi madre. También le sucedió a mi hermana.

Entrevistador: ¿Y qué hizo entonces su madre?

Paciente: Nada.

Entrevistador: ¿Se siente usted culpable?

Paciente: No. Sueño que le sucede a mi hermana y me despierto chillando.

Entrevistador: ¿Cree que lo que sucedió entonces guarda alguna relación con lo que le ocurre ahora? ¿Cómo los llama usted... a estos ataques, estas posesiones?

La paciente manifiesta, turbada, que los llama *brujería*. Relata que se casó con un muchacho dominicano traficante de drogas, que acabó en la cárcel. La madre del muchacho la responsabilizó de lo ocurrido y le dijo que pagaría por ello. Después de esto, hace ahora 4 años, empezó a padecer estas posesiones. Añade que suelen prolongarse por espacio de 2 horas y que durante ellas acostumbra ver la cara de un hombre en la pared.

Entrevistador: ¿Quién es? (No hay respuesta.) ¿Es la misma persona que la hirió?

La muchacha empieza a llorar y se cubre la cara con el pelo. Está cada vez más tensa. Parece extremadamente trastornada, y todos los presentes en la cabina temen que vaya a padecer un ataque de un momento a otro. El entrevistador, dándose cuenta de lo imprudente que resultaría seguir preguntándole por este tema rodeados de tanta gente, sugiere que la entrevista prosiga a solas.

La Sra. Vega permaneció toda la noche en el servicio de urgencias y, durante las diversas entrevistas que mantuvo con el asistente social, reveló la siguiente información adicional. Cuando tenía 9 años de edad, ella y su hermana fueron repetidamente violadas por su tío, que solía recogerlas a la salida de la escuela. Su hermana se lo contó todo a la madre, que no se lo creyó y en consecuencia no hizo nada al respecto. Reconoce que la cara que veía durante los ataques correspondía a la de su tío.

Se casó a los 14 años y tuvo dos hijos, pero manifiesta que nunca ha sido capaz de disfrutar con el sexo y que sólo puede practicarlo cuando ha tomado suficiente droga. Durante la actividad sexual suele ver la cara de su tío. Después de que su marido ingresara en prisión por tráfico de drogas, su madre política se hizo con la custodia de sus dos hijos, hecho que no alcanza a explicarse. Ahora admite que, aunque quiere a sus hijos, se pone «nerviosa» cuando tiene que pasar mucho tiempo con ellos.

No ha sido capaz de reconducir su vida ni de acabar sus estudios o conseguir un trabajo. Actualmente vive con la familia de su novio y dedica la mayor parte del tiempo a ver telenovelas. Admite que suele estar bastante irritable. Manifiesta frecuentes problemas de sueño y suele tener pesadillas que la despiertan. Desde que tuvo un aborto hace algunos meses, se encuentra deprimida y de vez en cuando verbaliza ideas de suicidio.

Discusión sobre «Brujería»

El hecho de que la paciente fuera conducida a urgencias atada de manos y pies, fuera de control y con un informe que la describía como paciente agresiva sugiere la presencia de un episodio psicótico o de una intoxicación. Durante la entrevista no parece que estemos delante de ninguna de estas dos posibilidades, y el punto clave lo constituye la naturaleza de los episodios recurrentes que la paciente ha venido presentando durante varios años. El hecho de que su conducta durante los episodios resulte tan diferente de su comportamiento habitual y no recuerde gran parte de los detalles sugiere que la paciente está experimentando episodios disociativos recurrentes o quizá una manifestación infrecuente de una epilepsia del lóbulo temporal. El hecho de que la cara vista durante los episodios corresponda a la de la persona que la violó repetidamente cuando sólo era una niña demuestra su naturaleza disociativa. (Reconocemos que sólo contamos con el testimonio de la muchacha como prueba de estas violaciones, pero no vemos ninguna razón para poner en duda su veracidad. No tiene nada que ganar contando esta historia, y el malestar que demuestra al hablar de ella parece totalmente genuino.)

Uno se pregunta si estos episodios disociativos pueden representar un cambio de identidad, como sucede en el *trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple)* (v. «La cara opuesta de Mary», pág. 58). No obstante, este diagnóstico requiere que las personalidades alternativas posean, de forma relativamente duradera, su propio patrón de percepción, relación y pensamiento sobre el entorno y sobre uno mismo, y no existen pruebas de que estas condiciones se cumplan en el caso de los episodios disociativos de la Sra. Vega.

No nos sorprende advertir posteriormente que esta paciente presenta muchos de los síntomas del *trastorno por estrés postraumático (TEP)*. Las violaciones reúnen el criterio de entrada para ser consideradas un acontecimiento traumático. Los episodios disociativos representan la reexperimentación del trauma (es decir, lucha para defenderse de los ataques sexuales de su tío), y también tienen el mismo significado los sueños y los recuerdos que le vienen a la cabeza con la actividad sexual. El TEP requiere a su vez tres síntomas de evitación de los estímulos asociados con el trauma, así como la presencia de enlentecimiento de la capacidad global de respuesta del individuo. La paciente evita claramente las relaciones sexuales, y su incapacidad para acabar los estudios o conseguir un puesto de trabajo sugiere una marcada disminución de los intereses y un sentimiento de futuro in-

cierto, lo cual demostraría la existencia de evitación o enlentecimiento. La irritabilidad y los problemas de sueño satisfacen los criterios de aumento de la activación (*arousal*).

El diagnóstico de TEP resulta fácil de efectuar cuando un único trauma parece dar lugar a un nivel de actividad marcadamente diferente. En este caso, el efecto del trauma es difícil de desligar del resto de estímulos ambientales negativos que han hecho acto de presencia durante la vida de la paciente. No sabemos si hubiese podido terminar sus estudios, encontrar un trabajo y mantener unas relaciones interpersonales satisfactorias de no haber pasado por la experiencia de las violaciones. Pero a pesar de esta incertidumbre, en nuestra opinión lo más probable es que los episodios disociativos, motivo por el cual fue admitida en el sistema de salud mental, constituyan síntomas de un trastorno más general, el *trastorno por estrés postraumático* (DSM-IV-TR, pág. 523).

Seguimiento

La Sra. Vega fue dada de alta de urgencias y se instaló en casa de su hermana, siendo visitada al día siguiente por un residente de psiquiatría y un asistente social de la unidad móvil de crisis. El residente concertó un encuentro familiar con la madre, de la cual la paciente se mantenía bastante alejada, y estableció una agenda de visitas con la unidad móvil de crisis para introducir a la paciente en un programa de psicoterapia. Por razones poco claras, el plan de seguimiento no tuvo éxito, y la paciente volvió a personarse en el servicio de urgencias 2 semanas después, llorosa, «nerviosa» y pidiendo hablar con el asistente social. Se concertó una nueva visita para iniciar un programa de psicoterapia, a la cual la paciente nunca acudió.

EL AGENTE JOHNSON

Un hombre afroamericano de 30 años de edad, alto y bien arreglado acudió al servicio de urgencias de un gran hospital de ciudad, se registró bajo el nombre de Harry Backman y solicitó ingresar en la sala tres del servicio de psiquiatría. Pre-

via cortó la relación que mantenían hace pocos días. Cuando el psiquiatra le pide que se extienda, Chris replica, «Es realmente difícil hablar de esto, doctor. No sé si seré capaz. Es demasiado embarazoso. Bueno, supongo que debería empezar contándole... después de todo, he venido al hospital por ello. Se trata de mi nariz». «¿Su nariz?», pregunta el psiquiatra. «Sí, estas enormes marcas de viruela que están en mi nariz. ¡Son grotescas! Parezco un monstruo. ¡Soy tan horroroso como el hombre elefante! Sólo puedo pensar en estas marcas. He estado pensando en ellas cada día durante los últimos 15 años. Incluso tengo pesadillas sobre ellas. Y creo que todo el mundo puede verlas y se ríe de mí por su causa. Por eso llevo esta gorra todo el tiempo. No podía hablar de ello con usted en una habitación iluminada... se daría cuenta de lo repugnante que soy.»

El psiquiatra no fue capaz de ver estas grandes marcas de viruela a las que Chris se refería, incluso cuando le examinó en una habitación iluminada. Chris es, de hecho, un hombre elegante con poros faciales de apariencia normal. El psiquiatra comenta, «No veo rastro de marcas de viruela. ¿Es posible que la visión que usted tenga de estas marcas esté distorsionada, y tal vez estas marcas de viruela sean sólo poros faciales normales?».

«Resulta una pregunta difícil de contestar», replica Chris. «He intentado mantener esta preocupación como un secreto, dado lo vergonzoso que me resulta. Tengo miedo de que la gente crea que soy un presumido. Pero se lo he contado a unas pocas personas, y han intentado convencerme de que las marcas no son realmente visibles. A veces me arrepiento de tener estas creencias y creo que probablemente estoy distorsionando la realidad y no son tan horribles. Pero entonces me vuelvo a mirar en el espejo y las veo grandes y horribles, y en ese momento estoy convencido de que la gente se ríe de mí. Ya pueden intentar convencerme que no servirá de nada. Y cuando lo intentan, creo que simplemente se compadecen de mí y sólo pretenden animarme. Eso me ha afectado en muchos aspectos, doctor», añade Chris. «Puede que realmente le cueste creerlo, pero este problema ha arruinado mi vida. Sólo puedo pensar en mi cara. Dedico horas al día mirándome las marcas en el espejo. No puedo resistir la tentación. Por ello empecé a faltar al trabajo cada vez más, y dejé de salir con mis amigos y mi novia. Me ponía tan nervioso, cuando la gente me miraba, que empecé a recluirme en mi casa la mayor parte del tiempo. A veces, cuando no tenía más remedio que salir a la calle, me pasaba los semáforos en rojo para no tener que detenerme y someterme a la experiencia de ver cómo era contemplado por todo el mundo. La gorra me ayudó al principio, pero no cubría todas las marcas. Intenté disimularlas con maquillaje durante un tiempo, pero pensé que la gente vería el maquillaje y no serviría de nada. La única vez que me sentí cómodo fue el día de Halloween en que me puse la máscara de sobrino de Batman. Nadie podía ver las marcas. Faltaba tanto al trabajo que me despidieron. Mi novia me aguantó mucho tiem-

po, pero al final ya no pudo más. Una de las cosas realmente dura para ella fue que empecé a preguntarle unas 50 veces diarias si realmente ella podía ver las marcas. Creo que ésa fue la gota que colmó el vaso. Si pudiera escoger preferiría padecer un cáncer. Seguro que sería menos doloroso. Esto que tengo es como una flecha que atraviesa mi corazón.»

Chris siguió contando que había acudido a un dermatólogo para pedirle un tratamiento de abrasión, pero el procedimiento fue rechazado porque «el dermatólogo dijo que no había nada que hubiera de someterse a abrasión». Al final, consiguió convencer a otro dermatólogo para que le efectuara la intervención, pero no quedó satisfecho con el resultado. Estaba tan desesperado por las supuestas marcas, que llevó a cabo dos intentos de suicidio. Su última tentativa ocurrió después de mirarse en el espejo y comprobar lo horrible que era. Explicó al psiquiatra, «Vi lo desagradable que era mi cara y pensé: no estoy seguro de que valga la pena vivir así si tengo que estar todo el tiempo pensando en ella». Su primer intento de suicidio había motivado un ingreso hospitalario; pero como Chris estaba tan avergonzado de su preocupación y pensó que no le iban a tomar en serio, se guardó el secreto y sólo comentó que estaba deprimido.

Discusión sobre «El hombre elefante»

La apariencia de Chris es normal; sin embargo, él está muy preocupado por un supuesto defecto de su cara. Esta preocupación le ha causado un claro malestar clínico y ha interferido significativamente en su actividad. Aunque se trata de un caso claro de *trastorno dismórfico corporal* (DSM-IV-TR, pág. 574), no es atípico; los intentos de suicidio no resultan infrecuentes en este trastorno, ya que puede haber un grave deterioro de las relaciones sociales, laborales o de otras áreas de actividad importantes. Sin embargo, los grados de malestar clínico y de disfunción asociados a este trastorno siguen un espectro de gravedad; algunas personas que padecen el trastorno —aunque sufren malestar y quizá su nivel de actividad no llegue al nivel esperado— lo llevan relativamente bien.

Los pacientes con *trastorno dismórfico corporal* suelen quejarse de defectos faciales —a menudo supuestas imperfecciones del cabello, nariz o piel. Sin embargo, cualquier parte del cuerpo puede verse afectada, y muchas personas con este trastorno están preocupadas por diversas partes del cuerpo a la vez. En algunos casos, como el de Chris, no se aprecia ninguna anomalía física. En otros casos hay una ligera imperfección,

UNA VOLUNTAD DE HIERRO

Sheila Joyner, una mujer afroamericana de 35 años de edad fue llevada al servicio de urgencias de psiquiatría a petición del pediatra que llevaba a su hijo de 14 meses, Rasheed. La señora Joyner, 2 semanas antes, había llevado a su hijo a la consulta del pediatra después de que su abuela observara que una dieta consistente en su mayor parte en leche materna no era apropiada para un niño de esa edad. El pediatra le prescribió hierro y concertó con ella un programa de seguimiento. Cuando la señora Joyner asistió a la siguiente visita y confesó que no le había dado hierro a su hijo, el pediatra, preocupado porque el niño había perdido 800 g más, arregló el ingreso del pequeño, aunque la madre no estaba de acuerdo, de modo que se necesitaron tres guardias de seguridad para arrebatárselo; y cuando empezó a amenazar al equipo médico con acciones judiciales, aduciendo que los médicos iban a «envenenar» a su hijo, la Sra. Joyner fue traída al servicio de urgencias de psiquiatría para adultos, donde pasó la noche.

A la mañana siguiente, durante la entrevista, la Sra. Joyner parecía calmada, pero guardaba las distancias. Rehuyó estrechar la mano del médico diciendo que se la acababa de lavar para ir a comer algo. Negó cualquier tipo de compulsión a lavarse u obsesiones con la limpieza. La Sra. Joyner explicó que se había graduado en el instituto y había dado clases de educación primaria en una escuela hasta que su único hijo nació; el padre del niño vivía en otra ciudad. Su embarazo no fue detectado hasta los 5 meses de gestación, y se complicó con una anemia grave. Ya había tenido anemia 10 años antes, y entonces ya rechazó el tratamiento médico. Explicó que se la había curado ella misma, aprendiendo a vivir de una «manera más natural», paseando por los parques en vez de cerca de los edificios y comiendo únicamente alimentos naturales y agua «purificada». Este estilo de vida, explicaba, le permitió dar a luz a un niño perfectamente sano a pesar de que su propio obstetra le había comunicado que en ese momento ella misma sufría una anemia grave.

La Sra. Joyner explicó su negativa a administrar hierro «no orgánico» a su hijo tal como le había indicado el pediatra, e insistía en darle sólo leche materna debido a que quería alimentarle con la misma dieta que le había ido tan bien a ella. No había vacunado a Rasheed, ya que esto era «no natural», y argumentaba este punto de vista refiriéndose a libros y panfletos de organizaciones que promovían la conservación «natural» de la salud, así como a conversaciones con amigos que compartían sus mismos puntos de vista. Sus argumentos, aunque basados en datos cuestionables, eran comprensibles y consistentes internamente. Nunca mostró evidencias de discurso tangencial o desorganizado, y parecía bastante inteligente.

El psiquiatra intentó explicarle que la anemia de Rasheed era seria y que corría peligro de una lesión neurológica permanente. La Sra. Joyner respondió diciendo que el mismo tratamiento que le había ido tan bien a ella iba a proteger a su pequeño. Cuando el doctor le explicó que las necesidades de un niño son diferentes de las de un adulto, ella replicó que tal y como los médicos se habían equivocado años antes tratando su propia anemia, el psiquiatra se equivocaba ahora respecto al niño. La Sra. Joyner se aferraba a su idea del peligro del hierro «no orgánico», citando como prueba las molestias estomacales que ella misma había experimentado al probarlo alguna vez. Si le dieran a elegir entre perder a su hijo o verse forzada a alimentarlo con hierro, preferiría perderlo, ya que no quería tomar parte en su «envenenamiento».

Debido a que la Sra. Joyner no reunía criterios de tratamiento psiquiátrico urgente, se le permitió abandonar la sala de urgencias, marchándose inmediatamente a la habitación de su hijo en el hospital infantil. Estuvo con Rasheed todo el tiempo, y no permitió que el equipo médico lo alimentara, aduciendo que esa comida servía para envenenarle, y que los tests médicos resultaban innecesarios. Cuando el psiquiatra que la había visto en el servicio de urgencias fue consultado de nuevo, los pediatras le describieron las pésimas condiciones de salud del niño. No sólo padecía una anemia grave, sino que además estaba gravemente malnutrido y presentaba un retraso del desarrollo, ya que sólo era capaz de realizar las tareas motoras y comunicativas del nivel de un niño de 7 a 9 meses de edad. Además, una radiografía de tórax puso de manifiesto una posible tuberculosis pulmonar, aunque de todas formas la Sra. Joyner no hubiera permitido que le trataran.

El psiquiatra volvió a reunirse con la Sra. Joyner y le explicó la extrema gravedad del estado de salud de su hijo. Ella replicó diciendo que los estándares utilizados para evaluar el estado físico de su hijo eran «occidentales», es decir, no apropiados para un niño con «genes africanos». Como el estado médico del niño se iba deteriorando, el equipo de pediatras solicitó el consejo del Departamento Jurídico y del Departamento de Salud Infantil; ambos sugirieron tratar al niño en contra de la voluntad de la madre.

Discusión sobre «Una voluntad de hierro»

Todos estamos de acuerdo en que Rasheed necesita tratamiento médico para sobrevivir. Sin embargo, no está tan claro cómo se debería interpretar la obstinada negativa de la madre a que le administrara medicación «no natu-

Durante el pasado mes el Sr. Wolfe había estado viviendo en el sótano de su edificio de apartamentos, comiendo en restaurantes y usando un club deportivo para ducharse. Comía y dormía poco. Su apartamento estaba lleno de periódicos, revistas y libros, y aunque ahora no era capaz de llegar ni siquiera a la puerta, no había sido capaz de desprenderse de tanto papel.

A la edad de 12 años, el Sr. Wolfe empezó a coleccionar cromos de béisbol y posteriormente libros y revistas. Sus padres eran inmigrantes pobres provenientes del este de Europa, y la idea de conservar las cosas por si pudieran servir algún día no les era ajena. Al final, sin embargo, su apartamento acabó tan lleno de cosas que tuvieron que tirar la mayor parte de su colección. Él consiguió recuperarla de la basura, y a partir de ese momento su afición a «coleccionar» se convirtió en un foco de conflictos con su familia y compañeros de trabajo.

El Sr. Wolfe no cambia de dirección para obtener los objetos que colecciona, pero una vez cae en sus manos un periódico, un libro o una revista no puede desprenderse de ellos porque «puede haber algo valioso escrito en sus páginas». La idea de tirar las cosas le pone extremadamente ansioso y, al final, se ve incapaz de hacerlo.

Durante muchos años, el Sr. Wolfe trabajó de portero en edificios de apartamentos elegantes, pero siempre acababan despidiéndole porque traía la «colección» a su lugar de trabajo, y a veces llegaba a pelearse con el personal de mantenimiento de estos edificios, que intentaba tirar sus papeles a la basura. Estuvo casado durante 10 años y tenía un hijo de 25 años de edad. Su mujer terminó por dejarle, incapaz de tolerar su comportamiento. Raramente ve a su hijo.

El Sr. Wolfe empezó a tratarse psiquiátricamente no por su hábito de coleccionar, sino porque a los 20 años «mi estado de ánimo empeoró. Me derrumbé». Empezó a dejar de hacer virtualmente todo: trabajar, comer, dormir. «Hasta mover la pierna representaba un gran esfuerzo para mí.» Empezó a acudir a un psiquiatra de forma ambulatoria, y a lo largo de estos años ha seguido tratamiento la mayor parte del tiempo, con diversos antidepresivos y ansiolíticos.

Después de divorciarse, hace ahora 10 años, llevó parte de su colección a su actual apartamento y depositó el resto en almacenes alquilados con este fin. Poco a poco, su nuevo apartamento se llenó de periódicos, revistas y libros, y se convirtió en una aventura el simple hecho de ir desde la puerta principal al dormitorio. Finalmente, el mes pasado, se hizo daño en la espalda al intentar mover las cosas, abandonando el apartamento por un cuartucho que había en el sótano del edificio. Él se da cuenta de que su incapacidad para tirar las cosas resulta irracional, pero la idea de empezar a desprenderse de todo le pone insoportablemente ansioso.

Discusión sobre «Cosas de valor»

El Sr. Wolfe presenta síntomas que sugieren una depresión: estado de ánimo deprimido, dificultad para comer y dormir, y cogniciones de que la vida no merece la pena. Si tuviéramos más información sobre la gravedad y la persistencia de estos síntomas, el diagnóstico de *trastorno depresivo mayor* (DSM-IV-TR, pág. 412) estaría asegurado. Sin embargo, lo más chocante es que existe un problema mantenido de incapacidad para tirar las cosas —acaparamiento— que ha desestructurado totalmente su vida.

Esta dificultad mantenida para desprenderse de las cosas que presenta el Sr. Wolfe no es nada fácil de diagnosticar. Muchas personas tienen problemas para tirar las cosas que creen que un día pueden llegar a ser de valor, pero si este hecho no produce un malestar clínico significativo o un deterioro personal, el diagnóstico de trastorno mental resulta totalmente inapropiado. Sin duda éste no es el caso del Sr. Wolfe. Una posibilidad es que el acaparamiento sea parte de un cuadro más amplio de *trastorno obsesivo-compulsivo* de la personalidad, toda vez que la conducta de acaparamiento forma parte de los criterios diagnósticos de este trastorno y se presenta aproximadamente en la mitad de los casos. Sin embargo, no parece haber ninguno de los otros criterios para el diagnóstico, como el perfeccionismo o la excesiva devoción al trabajo.

El acaparamiento se ve a veces como parte de las conductas desorganizadas o absurdas de las personas con *esquizofrenia*, pero en este caso no hay ninguno de los síntomas característicos de este trastorno. La ansiedad del Sr. Wolfe, asociada a la idea de llegar a deshacerse de su colección, sugiere la existencia de una obsesión. Sin embargo, en las obsesiones verdaderas estos pensamientos son egodistónicos, mientras que en el caso del Sr. Wolfe no lo son. ¿Constituye la conducta de acaparamiento una compulsión? Las compulsiones son conductas o pensamientos repetitivos que la persona realiza de forma estereotipada o como respuesta a una obsesión. En cambio, el acaparamiento que realiza el Sr. Wolfe es de hecho un fracaso en el intento de realizar una conducta apropiada (es decir, deshacerse de su colección). Además, no sigue ninguna regla estereotipada al coleccionar sus libros y periódicos, y su conducta de acaparamiento no constituye una respuesta a ninguna obsesión.

Los expertos en el *trastorno obsesivo-compulsivo* acostumbran considerar el acaparamiento excesivo como parte del espectro de síntomas del *trastorno obsesivo-compulsivo*. Destacan que muchos «acaparadores» exhiben conductas de verificación o rituales compulsivos que reúnen los criterios diagnósticos de compulsión, aunque la propia conducta de acaparamiento resulte

egosintónica. Destacan asimismo la extrema ansiedad que estos pacientes experimentan si se les coarta la conducta de acaparar.

Debido a que el Sr. Wolfe no parece tener obsesiones o compulsiones estrictamente definidas, en este caso utilizaríamos para el diagnóstico la categoría residual de *trastorno de ansiedad no especificado* (DSM-IV-TR, pág. 543). Otra manera de considerar estas conductas de acaparamiento es la de enjuiciarlas como síntoma de una personalidad desadaptada, que merecería el diagnóstico de *trastorno de la personalidad no especificado* (DSM-IV-TR, página 816).

Seguimiento

El Sr. Wolfe fue ingresado en el hospital psiquiátrico, diagnosticado de *trastorno depresivo mayor* y tratado con antidepresivos, a dosis crecientes. A las 4 semanas fue capaz de limpiar el recibidor de su apartamento gracias a la tenacidad de su terapeuta, logrando al menos llegar a la puerta. Su estado de ánimo mejoró, y empezó a comer y a dormir mejor. En los 6 meses siguientes, fue deshaciéndose lenta y metódicamente de cajas de papeles. Aunque actualmente es capaz de vivir en su apartamento, sigue lleno de papeles.

¿MELANCOLÍA O COMEDIA?

El Sr. Dennis O'Malley es un hombre de 63 años de edad, pequeño, encorvado, desarreglado y con un acento irlandés prácticamente imperceptible. Fue remitido para una exploración psiquiátrica después de acudir a una clínica médica para el seguimiento de su diabetes y de una colostomía que se le había practicado 5 años antes, a raíz de una colitis ulcerosa. Explicó a su médico que estaba enfadado porque venía oyendo voces, y fue rápidamente remitido a una clínica psiquiátrica para un examen completo.

El Sr. O'Malley es entrevistado por el psiquiatra, y empieza a contar el núcleo de sus quejas de la forma tradicionalmente irlandesa, es decir, a modo de historia. Hace algunas semanas —no está seguro de cuándo— se fue a la casa de un fiel de su parroquia y, sintiéndose cansado, se echó en la cama de su compañero para tomarse una siesta. Al despertarse, encontró a su amigo «encima» suyo, y corrió ha-

cia la puerta tan rápido como pudo. En este momento no está seguro de si aquello ocurrió realmente o se trató de un sueño o alucinación. En cualquier caso, algún tiempo después el Sr. O'Malley experimentó en la calle cómo alguien extraño le llamaba «porquería irlandesa». Esto le molestó sumamente, y ha estado pensando en ello desde entonces. Recuerda que, hace ahora un año, los propietarios de un negocio nuevo de lavado de coches de su vecindario también le llamaron lo mismo, y se pregunta si ambos hechos están relacionados. Hace 2 semanas empezó a oír voces llamándole porquería irlandesa y diciendo otras cosas ominosas de él, de modo que «su vida se vino abajo». Él sabe que no es homosexual, y entiende que hasta cierto nivel lo que está pasando tiene su causa «en mi cabeza». Sin embargo, siente que todo el mundo de su vecindario le considera homosexual. Desde entonces se ha sentido muy nervioso y avergonzado, y ha acudido a su sacerdote, que le ha dicho que todo es producto de su imaginación y que debe ignorarlo. Aparentemente, sigue escuchando las voces durante la entrevista.

El Sr. O'Malley describe su estado de ánimo como «deplorable» y se siente «nervioso y agitado». No se siente deprimido, pero dice que últimamente no tiene interés por ver a sus amigos o hacer cualquier actividad. Al mismo tiempo refiere tener menos apetito y haber perdido peso, pero niega cualquier cambio en su ritmo de sueño. Aunque no reconoce sentirse culpable por las cosas que ha hecho, admite sentirse mal por «las frases blasfemas» que pronuncian las voces. Cuando se le pregunta específicamente sobre el suicidio, advierte que él es católico y que no iría al cielo en caso de suicidarse, y que por lo tanto nunca se quitaría la vida; sin embargo, ha pensado que sería mejor para él si algo le pasará y su corazón se detuviese.

El Sr. O'Malley ya tuvo una experiencia similar hace 12 años, cuando oyó voces blasfemas y empezó a preocuparse por «escrúpulos» religiosos. Fue tratado de forma ambulatoria durante varios meses y tomó algún tipo de medicación, de la que no recuerda el nombre. Volvió a su trabajo de taxista, y siguió activo hasta que su estado físico ya no se lo permitió, teniendo que cursar la baja por incapacidad hace ahora 5 años. Vive con su mujer y tiene un hijo de 25 años; dedica una buena parte de su tiempo a actividades relacionadas con la iglesia y toca el saxofón en las fiestas comunitarias. Hace 30 años que no prueba una sola gota de alcohol.

Cuando se le pregunta sobre problemas de memoria, describe cómo una vez cambió de dirección incorrectamente en una autopista, así como otros ejemplos de olvidos en relación con si había cerrado el horno de gas de la cocina.

Al día siguiente, la mujer del Sr. O'Malley fue entrevistada por el psiquiatra en la sala donde su marido estaba ingresado. La mujer reveló que de siempre su marido tendía a exagerar hechos insignificantes y que rápidamente se ofendía o interpretaba como críticas las observaciones de los demás. Consideraba el malestar de las pasadas semanas como una simple exageración típicamente suya. Co-

puesto de trabajo, añadiendo que podría beneficiarse de más sesiones de psicoterapia.

Después de leer el informe de admisión, donde constaba que la paciente tenía síntomas extravagantes, los psiquiatras de guardia se sorprendieron al encontrarse con una mujer joven, atractiva, tranquila, relajada, vestida de forma elegante y con una apariencia perfectamente normal. Los saludó con una sonrisa educada y algo superficial, mostrando un respeto indiferente. Cuando le preguntaron el motivo de su presencia, movió tímidamente sus hombros y replicó: «¡Espero que ustedes me lo aclaren!».

La Srta. Fielding había trabajado siempre como secretaria, y atribuía su despido a la crisis económica. Negaba cualquier tipo de alteraciones recientes del estado de ánimo, y contestaba «no» a cualquier pregunta que intentara poner de manifiesto síntomas psicóticos, acompañando cada una de sus respuestas con una sonrisa educada, pero incrédula. Creyendo que quizá la valoración del equipo móvil de crisis correspondía a otra paciente, el entrevistador le preguntó, casi excusándose, si había pensado alguna vez que la gente podía leer su mente. Ella respondió, ¡«Oh, sí!, constantemente», y describió cómo, en una ocasión, encontrándose de pie en su cocina programando la cena en silencio, oyó voces de gente de la calle recitando el menú entero que ella acababa de decidir. Estaba convencida de la verosimilitud de esta experiencia, e incluso la había certificado mirando por la ventana y observando a la gente hablando en voz alta de sus pensamientos.

La paciente sentía malestar no porque las personas «accedieran» a sus pensamientos, sino por su incapacidad para controlar este fenómeno. Creía que la gente había desarrollado estos poderes telepáticos en la infancia, y que ella era una «alumna retrasada» que acababa de darse cuenta de esta capacidad, y se sentía realmente abrumada por este descubrimiento. Aunque ya había empezado a notar estas experiencias telepáticas 2 años antes, no se hicieron realmente constantes hasta el período de 3 meses posterior a su despido laboral. El malestar que sentía se debía casi exclusivamente a sus vecinos de arriba, que no sólo repetían sus pensamientos, sino que la bombardeaban con comentarios críticos y peyorativos, como «¡No eres buena!» y «Debes marcharte». Habían empezado a introducirse dentro de ella de forma despiadada, a todas horas, tanto de día como de noche.

Estaba convencida que la única solución era que sus vecinos se mudaran. Cuando le preguntaron si había pensado en otras posibilidades, admitió de forma reacia que había hablado con su novio de contratar los servicios de una persona especializada en «amenazar» o, si fuera necesario, «eliminar» al matrimonio de la planta superior. Confiaba en que sería posible ahorrarles este sufrimiento a los dos hijos de la pareja, ya que creía que no estaban implicados en la invasión de sus «fronteras mentales». Esta preocupación por los niños era la única muestra

de conciencia de la gravedad de sus síntomas. Reconocía, sin embargo, que debía ingresar en el hospital.

Discusión sobre «La alumna retrasada»

Resulta extremadamente inusual que los pacientes con ideas delirantes absurdas como la de la Srta. Fielding, según la cual sus pensamientos eran «transparentes» para los demás, tengan una apariencia perfectamente normal. Sin embargo, la presencia de ideas delirantes absurdas, alucinaciones y deterioro social y laboral de al menos un mes, pero de menos de 6 meses, en ausencia de un trastorno del estado de ánimo, de un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias o de una enfermedad médica que pudieran explicar esta alteración, justifican el diagnóstico de *trastorno esquizofreniforme* (DSM-IV-TR, pág. 334). Su buen nivel de actividad premórbida y la ausencia de afectividad embotada o aplanada indican la especificación adicional de *con rasgos de buen pronóstico*. Cuando se establece el diagnóstico antes de que se recupere, como en este caso, se califica además de provisional, aunque si persisten los signos de la alteración durante al menos 6 meses el diagnóstico debería cambiarse por el de *esquizofrenia*.

Seguimiento

Una vez ingresada en el hospital, la Srta. Fielding solicitó inmediatamente el alta voluntaria, negando o quitando importancia a sus síntomas previos. Su conducta, pensamiento y afecto parecían por otra parte normales. Después de 2 semanas en observación, la Srta. Fielding fue remitida a su médico. Al cabo de un mes, sin embargo, admitió haber pasado por la experiencia aterradora de oír voces y de leer el pensamiento de los demás, refiriendo asimismo una incapacidad absoluta para planificar la búsqueda de un puesto de trabajo, y aceptando finalmente tomar medicación.

Fue tratada con fármacos antipsicóticos, y sus alucinaciones aterradoras, así como su creencia de que tenía poderes de clarividencia, remitieron. Tres meses después del alta obtuvo trabajo mediante una agencia de colocación temporal. Poco después, sintiéndose completamente bien, decidió dejar de asistir a la clínica, y no fue posible proseguir el seguimiento.

Aunque la duración total de su enfermedad se acerca a los 6 meses, creemos conveniente concederle el beneficio de la duda, conservando el diagnóstico de *trastorno esquizofreniforme*.

LAS MONTAÑAS RUSAS

Cuando finalmente la desesperada esposa de Ernest Eaton consiguió convencerle para que ingresara y se sometiese a un examen, él tenía 37 años y estaba en paro. Durante varios años no había llevado a cabo ninguna actividad. Después de una semana en que se había pasado todas las noches saliendo y todos los días de compras, la Sra. Eaton le amenazó con abandonarle si no accedía a visitarse en un hospital psiquiátrico. El psiquiatra de guardia le encontró verborreico, jovial, seductor y sin evidencias de ideas delirantes o alucinaciones.

Los problemas del Sr. Eaton habían empezado 7 años antes cuando trabajaba como inspector de seguros y experimentó durante algunos meses y de forma leve e intermitente síntomas depresivos, ansiedad, fatiga, insomnio y pérdida de apetito. En ese momento atribuyó estos síntomas al estrés del trabajo, y en pocos meses pudo volver a ser el de siempre.

Pocos años después, durante un examen médico de rutina, se le descubrió una masa tiroidea asintomática. Un mes después de que le fuese extirpada (se trataba de un quiste tiroideo papilar), el Sr. Eaton notó cambios drásticos de humor. En concreto fueron 25 días de energía acusada, hiperactividad y euforia, que se siguieron de 5 días de depresión, durante los cuales dormía mucho y sentía que apenas podía moverse. Este patrón de períodos alternativos de expansividad y depresión, aparentemente interrumpidos por sólo unos pocos días de «normalidad», fue repitiéndose sucesivamente durante los siguientes años.

Durante los períodos de euforia, el Sr. Eaton se mostraba optimista y con gran autoconfianza, pero temperamental y fácilmente irritable. Su juicio y su actividad eran irregulares, gastaba grandes sumas de dinero en compras innecesarias y para él poco comunes, como una cadena de alta fidelidad de elevado precio y varias crías de Doberman. Confesaba asimismo haber tenido conductas sexuales de tipo impulsivo. Durante los períodos de depresión solía quedarse en la cama todo el día debido a fatiga, falta de motivación y estado de ánimo deprimido. Se sentía culpable por los excesos e imprudencias de las semanas previas. Dejaba de comer,

de lavarse y de afeitarse. Después de varios días en este estado, el Sr. Eaton solía levantarse de la cama una buena mañana sintiéndose mejor, y en 2 días volvía a su actividad laboral, con frecuencia desarrollando una labor frenética, aunque inefectiva, que le permitiese recuperar el trabajo que había dejado de hacer durante los períodos de depresión.

Aunque tanto su mujer como él mismo negaban consumo alguno de drogas, aparte de las ingestas de alcohol que realizaba durante los períodos de hiperactividad, el Sr. Eaton había sido despedido de su trabajo 5 años antes debido a que su supervisor estaba convencido que su hiperactividad debía estar motivada por el consumo de drogas. Su mujer lo había apoyado económicamente desde entonces.

Cuando finalmente aceptó ser evaluado psiquiátricamente hace 2 años, el Sr. Eaton se comportó de forma muy poco colaboradora, abandonando una y otra vez los diversos tratamientos que le eran prescritos, como el litio, neurolépticos y antidepressivos. Sus cambios de estado de ánimo habían continuado con pocas interrupciones hasta el momento del ingreso actual.

En el hospital, los resultados de la exploración física, analítica, hemograma, tomografía computarizada y examen cognoscitivo fueron totalmente anodinos. Las pruebas tiroideas revelaron evidencias de laboratorio de un cierto grado de hipofunción tiroidea, aunque no presentaba signos clínicos de enfermedad tiroidea. Después de una semana hizo el cambio a su estado depresivo característico.

Discusión sobre «Las montañas rusas»

En este caso no resulta difícil efectuar el diagnóstico de *trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco* (DSM-IV-TR, pág. 435). En sus períodos hiperactivos, el Sr. Eaton mostraba los síntomas característicos de un episodio maníaco: disminución de la necesidad de dormir, hiperactividad, verborrea e implicación excesiva en actividades placenteras sin reflexionar en sus consecuencias. Durante los períodos de depresión, reunía los criterios sintomáticos, pero no de duración, de un episodio depresivo mayor. Como había presentado más de cuatro episodios de manía en un período de un año, separados por períodos de depresión, se añadió al diagnóstico de *trastorno bipolar I* la categoría de *con ciclos rápidos* (DSM-IV-TR, pág. 476).

A diferencia del Sr. Eaton, no todos los pacientes *con ciclos rápidos* experimentan cambios predecibles de manía a depresión sin que medien períodos de eutimia. Los *ciclos rápidos* suelen implicar uno o más episodios

maníacos o hipomaníacos, como en este caso, pero también se diagnostica si todos los episodios son depresivos, maníacos o hipomaníacos, siempre y cuando estén separados por períodos de remisión (o cambios al polo opuesto).

Como hemos comentado anteriormente, la conducta inusual del Sr. Eaton era atribuida por sus colegas de trabajo al consumo de drogas. No resulta infrecuente el identificar erróneamente estos patrones cambiantes de humor como una prueba de consumo abusivo de drogas, lo cual a su vez debería constar en el diagnóstico diferencial siempre que estemos delante de un posible caso de *ciclos rápidos*. El Sr. Eaton constituye un ejemplo algo atípico entre los pacientes con *ciclos rápidos*, ya que suele tratarse de mujeres. El inicio de los síntomas se siguió rápidamente de la tiroidectomía parcial, y se detectaron evidencias de hipofunción tiroidea leve. Algunos estudios han puesto de manifiesto que la enfermedad tiroidea constituye un factor de riesgo para los *ciclos rápidos*. Otro factor de riesgo, de significación poco clara en este caso, es la utilización de medicación antidepresiva. Debido a las altas tasas de falta de respuesta al litio, los casos con *ciclos rápidos* suelen ser tratados con fármacos anticomiciales.

Seguimiento

Después de 3 semanas en el hospital, el estado de ánimo del Sr. Eaton era estable gracias al tratamiento con litio y tiroxina, esta última añadida más para estabilizar el humor que para tratar la hipofunción tiroidea detectada mediante test de laboratorio. Después del alta hospitalaria, encontró un trabajo rápidamente y estuvo bien durante el año siguiente. Al encontrarse mejor decidió que no necesitaba la medicación y abandonó el tratamiento con litio. En pocas semanas volvió a presentar un episodio maníaco y tuvo que ser ingresado de nuevo.

LA GORDITA

Andrea Simpson pesaba 90 kg cuando acudió de nuevo a su primer terapeuta solicitando ayuda por sus problemas de alimentación y de peso que tanto la ha-

mujer de unos 20 años, mientras que la edad media del paciente con *trastorno por atracón* ronda los 40 años de edad. La bulimia nerviosa es extremadamente infrecuente en varones, mientras que en el *trastorno por atracón*, la proporción mujer-hombre es aproximadamente 3:2. El paciente típico con *bulimia nerviosa* tiene un peso normal o casi normal, pero está preocupado por llegar a ser un poco más delgado, mientras que la mayoría de enfermos con *trastorno por atracón* tienen sobrepeso y les encantaría tener un peso normal. Finalmente, los pacientes con *trastorno por atracón* tienen menos posibilidades que los que padecen *bulimia nerviosa* (pero más que las personas normales) de presentar una historia de trastornos del estado de ánimo, ansiedad o trastornos inducidos por sustancias.

Seguimiento

El terapeuta de Andrea le recomendó mantener reuniones con los Comilones Anónimos (CA), un grupo de autoayuda similar al de los Alcohólicos Anónimos. Andrea encontró la combinación de CA y psicoterapia de mucha ayuda. Perdió aproximadamente 30 kg, con dietas rígidas o restrictivas, y sólo recuperó 8 kg durante los siguientes 5 años. Está contenta porque no siente constantemente la preocupación por el alimento o la urgencia por ingerirlo entre las comidas, aunque continúa teniendo problemas para controlar la cantidad que ingiere. Está bastante segura de que nunca se sentirá completamente libre de su problema con la alimentación y de que en cualquier momento impredecible pueden volver a aparecer los atracones. Por esta razón, continúa asistiendo a las reuniones de los CA.

EN BUSCA DE UN HOGAR

Tony Taylor es un hombre afroamericano de 39 años de edad, divorciado, que fue admitido en un programa psiquiátrico de día en el centro de acogida donde residía, al referir impulsos súbitos de acuchillar a otros residentes. La plantilla del centro lo describía como «manipulador» y «encantador». Tenía como antecedentes una larga historia de consumo abusivo de alcohol, heroína y cocaína, pero ad-

vertía que desde hacía 3 semanas estaba «limpio». Confesó varios arrestos por delitos, incluyendo secuestros y robos a mano armada, para los cuales siempre parecía tener una explicación que minimizaba su propia responsabilidad.

El Sr. Taylor entró en la red de centros de acogida de la ciudad hace ahora 2 años, cuando la mujer con la que vivía lo echó de casa porque ya no podía tolerar más su temperamento y su consumo abusivo de sustancias. Durante su matrimonio con otra mujer, hace ahora 20 años, cuando no estaba en prisiones o en hospitales era capaz de trabajar en empleos temporales poco cualificados. No ha vuelto a trabajar en los últimos 7 años, y nunca ha pagado la manutención de sus hijos a su mujer.

La vida no empezó fácil para el Sr. Taylor. Su padre abandonó el hogar antes de que naciera, dejando atrás un escándalo familiar; al parecer había dejado embarazada a la hermana de su mujer, lo que hizo que el resto de la familia tratara a Tony como a un marginado. Su madre tuvo nueve hijos, cada uno de padre diferente. Ella padecía una depresión crónica y había recibido tratamiento psiquiátrico continuado. Todos sus hijos padecían problemas psiquiátricos o por abuso de sustancias.

Cuando el Sr. Taylor tenía 3 años, su madre lo entregó a una sucesión de cuidadores de ambas ramas de la familia. Fue objeto de abusos físicos por algunos de los novios de su madre, siendo castigado varias veces con el cinturón o con cables eléctricos. Cuando hacía el séptimo curso fue expulsado de la escuela porque «un profesor me dejó en ridículo». A la edad de 16 años, cuando entró en los Cuerpos de Trabajo, empezó a beber. Durante los años siguientes consumió cocaína y heroína por vía nasal, y luego heroína intravenosa durante aproximadamente un año. A los 20 y pocos años dejó de consumir drogas, pero siguió abusando del alcohol.

Cuando tenía 19 años, después de una discusión con su mujer, se cortó las venas del antebrazo y estuvo ingresado en un hospital durante 6 meses, donde le prescribieron un antidepresivo, un ansiolítico que no recuerda y psicoterapia después del alta médica, pero abandonó el tratamiento cuando empezó a sentirse mejor. Durante los siguientes 20 años constan múltiples hospitalizaciones motivadas por tentativas de suicidio o impulsos violentos. En un momento dado llegó a tirarse de un puente, sufriendo múltiples fracturas. Nunca ha presentado síntomas maníacos, ni ideas delirantes o alucinaciones.

El único informe psiquiátrico disponible destaca un amplio registro de actividades delictivas y otorga al paciente el diagnóstico de *trastorno antisocial de la personalidad*. Su historia delictiva incluye cargos por múltiples robos a mano armada, abandono y negligencia de menores, y secuestro de un hombre de 20 años. En relación con este último delito, refiere que mantuvo acorralado a un hombre intimidándole con un cuchillo mientras sus amigos le robaban el coche.

Discusión sobre «En busca de un hogar»

Como muchos hombres solos que se encuentran en centros de acogida por falta de hogar, el Sr. Taylor posee una larga historia de encuentros con la justicia, así como problemas con el alcohol y las drogas. También resulta típica la historia de relaciones familiares inestables y de abusos durante la infancia. El Sr. Taylor, como la mayor parte de residentes en estos centros de acogida, nunca ha padecido un trastorno psicótico.

No resulta difícil hacer el diagnóstico pasado de *abuso de alcohol* (DSM-IV-TR, pág. 242), *cocaína* (DSM-IV-TR, pág. 282) y *heroína* (DSM-IV-TR, página 312). Si dispusiéramos de más información, es probable que, en algún momento, el Sr. Taylor hubiese podido ser diagnosticado de dependencia de algunas de estas sustancias. Sus antecedentes de conducta violenta, de falta de remordimiento, de fracaso para mantener un puesto de trabajo, de actos ilegales y de conductas irresponsables hacia su esposa e hijos sugieren el diagnóstico provisional de *trastorno antisocial de la personalidad* (DSM-IV-TR, pág. 789). (Este diagnóstico es provisional porque sus criterios diagnósticos exigen una historia de *trastorno de la conducta* durante la infancia, el cual probablemente se dio, pero no pudo confirmarse en el Sr. Taylor.)

Este caso demuestra que algunas de las mismas conductas que sugieren el diagnóstico de *trastorno antisocial de la personalidad* pueden verse como evidencias de un *trastorno límite de la personalidad* (DSM-IV-TR, pág. 794); por ejemplo, sus relaciones interpersonales inestables, impulsividad e ira incontrolada. Su historia de conductas suicidas e inestabilidad emocional también constituyen síntomas de *trastorno límite de la personalidad*. Debido a que no todos los pacientes con *trastorno antisocial de la personalidad* presentan asimismo estos rasgos límite, diagnosticaríamos ambos trastornos.

Los síntomas de depresión, incluyendo las tentativas de suicidio, han estado presentes en la vida del Sr. Taylor, como suelen estarlo en los residentes de los centros de acogida cuyas vidas resultan tan penosas; pero en este caso está poco clara la presencia en algún momento de un *episodio depresivo mayor* completo.

Seguimiento

Durante un período de tratamiento de 10 meses, el Sr. Taylor exhibió un intenso apego a su terapeuta femenina. Solía demandar atención inmediata.

Cuando se le frustraba, a veces se embriagaba y se mostraba agresivo verbalmente. Esto sucedió sobre todo cuando su terapeuta dejó el programa por otro trabajo. Sin embargo, se abstuvo de conductas violentas, y se enroló en un grupo de adictos a drogas que presentaban asimismo otros problemas psiquiátricos. Un fármaco anticomicial le ayudó a controlar sus impulsos agresivos. También recibió consejos y entrenamiento de habilidades sociales de forma individual y en grupo, y tomó parte en un programa de trabajo y de administración del dinero.

El Sr. Taylor fue aceptado en una residencia de la comunidad, siendo capaz de mantener su casa y asistir regularmente a un programa de día durante un período de 9 meses. Su terapeuta del centro de acogida le monitoriza de cerca e interviene cuando surge algún problema.

EL TOXICÓMANO

Joe Havel, de 54 años, administrador de una universidad del medio oeste americano, fue requerido para contar la historia de su lucha para dejar el tabaco. No había vuelto a fumar un solo cigarrillo durante los últimos 2 años, después de someterse a un tratamiento de 6 semanas con un parche de nicotina prescrito por un colega suyo que dirige un programa de investigación para el abandono del tabaco.

El Sr. Havel empezó a fumar cuando tenía 18 años, habitualmente uno o dos paquetes al día. Cuando se acercaba a los 40 años, empezó a prometerse cada mañana que iba a dejarlo, aunque hacia las 9,30 horas, «ya no aguantaba más y encendía mi primer cigarrillo del día». A los 45 años de edad, sometido a una intensa presión por parte de su familia, amigos y cardiólogo, pidió a su colega que le prescribiera un antidepresivo que se había utilizado para ayudar a los fumadores a dejar su hábito. Durante 4 días la dosis del fármaco antidepresivo fue incrementándose gradualmente, durante los cuales consiguió no fumar un solo cigarrillo. Al cuarto día empezó a sentir como «si estuviera en un viaje de LSD». Su entorno parecía irreal, y «la gente abría y cerraba su boca, aunque sin pronunciar palabra». Aterrorizado por lo que le estaba sucediendo, dejó de tomar el fármaco bruscamente. Durante el siguiente par de semanas continuó sintiéndose drogado, si bien seguía sin fumar. De vuelta a la normalidad, empezó a fumar de nuevo y pronto llegó a los dos paquetes diarios.

Durante los siguientes 5 años continuaron las presiones externas para que dejara de fumar. El cigarrillo estaba prohibido en su edificio de oficinas, y su mujer y su médico eran implacables en sus recomendaciones. Al mismo tiempo empezó a darse cuenta de que le faltaba la respiración después de subir un par de pisos por las escaleras. De nuevo pidió ayuda a su colega, que en ese momento le prescribió un parche de nicotina. «Siempre había pensado que fumar era un aspecto más de mi forma de ser, pero cuando me vi con el parche y comprobé que no fumaba, me di cuenta de que era un toxicómano».

Durante las 6 semanas en que llevó el parche la vida era «bonita». Estaba contento, productivo y centrado, y no tenía ninguna urgencia por el cigarrillo. Dejó el parche después de las 6 semanas tal como le habían indicado, y desde entonces y durante varios meses se sintió «irritable» y sin su habitual *joie de vivre*. «Un día estaba leyendo un anuncio de un antidepresivo, ¡y comprobé que tenía todos los síntomas que mencionaba!». Además, empezó a tener infecciones virales leves pero frecuentes, algo que no le había sucedido antes.

Dos años después sigue sin fumar, y no ha vuelto a tener síntomas de depresión, aunque cree que le falta algo: «El punto final, la coma y el punto de exclamación han desaparecido de mi vida».

Discusión sobre «El toxicómano»

Dado que entre los efectos agudos de la nicotina no se incluyen las conductas desadaptativas características de la intoxicación por otras drogas de abuso frecuente, como el alcohol o la cocaína, no ha sido hasta hace poco que se han reconocido las similitudes entre la dependencia a la nicotina y a otras drogas de abuso. El Sr. Havel se refería a sí mismo como a un «toxicómano» porque reconoció su dependencia de la nicotina como cualquier heroinómano lo hace de la heroína. De forma repetida se mostró incapaz para abandonar o controlar su hábito tabáquico: fumaba todo el día, y fumaba a pesar del conocimiento de que esa conducta le estaba provocando problemas físicos. Por lo tanto, durante muchos años, el Sr. Havel padeció *dependencia de nicotina* (DSM-IV-TR, pág. 305).

Durante un tiempo, el Sr. Havel, decidido a conseguir el abandono del hábito tabáquico, intentó evitar los síntomas de retirada utilizando un fármaco antidepresivo o un parche de nicotina que libera, de forma lenta, una dosis baja al torrente sanguíneo.

dos de los tres siguientes síntomas: incoherencia o marcada pérdida de la capacidad de asociación, conducta catatónica o afecto aplanado o claramente inapropiado. Hubiera sido difícil diagnosticar este caso de *esquizofrenia* sin la mayor cobertura clínica que supusieron estos criterios. El discurso de Louise resulta a veces incoherente, pero su afecto, aunque descrito como superficial, no puede calificarse de aplanado o claramente inapropiado, y no presenta síntomas catatónicos. Los criterios diagnósticos que definen los síntomas característicos de esquizofrenia en el DSM-IV (y DSM-IV-TR) incluyen síntomas negativos adicionales: alogia (pobreza en la cantidad o el contenido de la conversación) y abulia (incapacidad permanente para realizar de forma mantenida actividades dirigidas a un objetivo). Debido a que su discurso resulta en ocasiones incoherente y que ella es incapaz de trabajar o de realizar tareas que vayan más allá del mínimo autocuidado (abulia), el diagnóstico, a la luz del DSM-IV-TR, sería el de *esquizofrenia* (DSM-IV-TR, pág. 349).

Seguimiento

Louise fue tratada con un fármaco antipsicótico en el hospital, y se le prescribió asimismo un antidepresivo que se considera efectivo en el *trastorno obsesivo-compulsivo* (parte del equipo médico sostenía que sus extrañas conductas culinarias podrían ser síntomas de un *trastorno obsesivo-compulsivo*). Mejoró significativamente durante los 3 meses de hospitalización y luego volvió a casa de su madre, enrolándose en un programa de día, y continuando el tratamiento ambulatorio con el mismo terapeuta que la había atendido en el hospital. Su psiquiatra dejó de prescribirle el fármaco antidepresivo puesto que pensó que «la conducta obsesivo-compulsiva» de Louise era de hecho un síntoma más de *esquizofrenia*. Louise trabajó en un grupo de cocina, y resultó ser tan eficiente que llegó a plantearse la posibilidad de trabajar en una panadería. Sin embargo, al cabo de unos meses, dejó de tomar la medicación. Al poco tiempo empezó a sentirse preocupada por detalles irrelevantes del grupo de cocina. Su discurso se volvió tangencial, y finalmente abandonó el programa y se recluyó en su casa, comiendo muy poco. Su autocuidado se deterioró, y cuando ya había perdido unos 10 kg de peso, fue reingresada.

Esta vez recibió un fármaco antipsicótico diferente y se le dio el alta 6 semanas después. Al cabo de 2 años de su primer ingreso, Louise asiste a un programa de día menos exigente, cuida correctamente de su apariencia física y demuestra muy poca tangencialidad en su discurso.

EL TESTIGO OCULAR

Karen Davis, una reportera de televisión de 39 años de edad, acude al psiquiatra que le proporciona el programa de asistencia del canal televisivo en el que trabajaba pocas semanas después de asistir personalmente a la ejecución de un asesino. Durante varios años había venido siguiendo la historia del preso a medida que se aproximaba el cumplimiento de la sentencia. La ejecución fue objeto de muchos aplazamientos y resultó francamente horrorosa; acompañada de sus colegas, Karen presenció todo el acto, que se dilató varias horas a medida que iban planteándose los indultos de último minuto, siendo el reo en varias ocasiones retirado por los agentes judiciales hasta conocerse la decisión. En un momento dado, cuando ya lo habían atado a la silla, una llamada de teléfono del juez federal, literalmente en el último minuto, le concedió un último aplazamiento, y el preso fue sacado de la cámara de gas vivo. Cuando finalmente fue ejecutado, Karen y sus colegas lo presenciaron todo desde una distancia de aproximadamente 3 m y a través de las ventanas de la cámara de gas. Los ojos del reo se pusieron en blanco y éste empezó a sufrir convulsiones de forma involuntaria, boqueando y salivando mientras su cuerpo se retorció por las convulsiones. Después de aproximadamente 5 min, su cuerpo yacía quieto, siendo declarado muerto por las autoridades carcelarias.

Karen comentó a su psiquiatra, «Una vez que has visto ejecutar a alguien, ya no vuelves a olvidar su rostro en el momento de morir». Pensaba que su rol profesional como narradora objetiva de los hechos le había sido de ayuda en un primer momento, especialmente para aislarla de cualquier reacción emocional. Recordaba, por ejemplo, la sensación de ver cómo su boca se secaba justo en el momento de la ejecución, aunque esto no se acompañó de respuesta emocional alguna. Durante algunos días siguió notando un sentimiento de desapego, que ella describía como «irreal y macabro». Durante la semana posterior a la ejecución continuó desapegada de sus sentimientos, encontrándose «aturdida, no como suelo ser yo».

Durante las últimas semanas se ha mostrado desmotivada en el trabajo. Está sorprendida, por ejemplo, de su falta de interés por la cobertura informativa de un motín que había tenido lugar poco después de la ejecución, historia que en condiciones normales la hubiera entusiasmado. Además, describe cómo se ha vuelto irritable hacia su marido, presentando frecuentes ataques de ira, lo cual ha motivado que éste se apresurara a sugerir la asistencia mutua a un consejero matrimonial. Karen tiene problemas para mantenerse dormida y refiere frecuentes pesadillas. Confiesa pensar en el acontecimiento al menos cada día, experimentando «recuerdos» vívidos del momento de la ejecución.

Discusión sobre «El testigo ocular»

Karen está experimentando los efectos de haber asistido a una ejecución horrible. Su reexperimentación del trauma en forma de recuerdos intrusos, su irritabilidad, que está poniendo en peligro su matrimonio, y su negativa a aceptar la cobertura de una noticia que normalmente no le hubiera causado ninguna dificultad sugieren el diagnóstico de un *trastorno por estrés posttraumático* (TEP). Sin embargo, esta categoría diagnóstica se reserva para casos que persisten más allá de un mes, toda vez que los síntomas similares transitorios y agudos resultan muy frecuentes después de acontecimientos traumáticos, y la mayoría de personas con estos síntomas se recupera en un par de días o semanas. El DSM-IV ha añadido una categoría diagnóstica, el *trastorno por estrés agudo* (DSM-IV-TR, pág. 528), para aquellos casos en que los síntomas afines al TEP revisten la suficiente gravedad como para requerir tratamiento y persisten más de 2 días, pero menos de un mes. Mientras que los síntomas disociativos son comunes en el TEP aunque no se requieren para efectuar el diagnóstico, en el *trastorno por estrés agudo*, la persona debe tener tres síntomas disociativos, como, por ejemplo, en este caso, desapego tanto durante como después de la experimentación del trauma, desrealización («irreal y macabro») y una reducción de la conciencia del entorno («aturdida»).

LA DISCOTEQUERA

Diana Miller, de 25 años, asistió a una unidad de tratamiento de larga estancia de un hospital psiquiátrico después de realizar un serio intento de suicidio. Aislada en su enorme casa de las afueras de la ciudad, con sus padres de vacaciones, deprimida y desesperadamente sola, se preparó ella misma un cóctel de diacepam y whisky escocés, se lo bebió y a continuación llamó a su psiquiatra.

Diana había sido una niña tratable con un mediocre rendimiento escolar hasta cumplir los 12 años. En ese momento, su carácter, hasta entonces jovial y animado, cambió de forma drástica: se volvió demandante, hosca y rebelde, oscilando rápidamente de una euforia desmedida a crisis de llanto y depresión. Se enroló en una banda de jóvenes «marchosos», empezó a mostrar actitudes promiscuas, abusó de la marihuana y de los alucinógenos, y huyó de casa a la

edad de 15 años con un joven de 17. Dos semanas después, tras haber burlado a los investigadores privados que sus padres habían contratado, regresaron a casa. Retomó sus estudios en la escuela, pero volvió a abandonar la actividad académica en su primer año de instituto. Sus relaciones con los hombres eran tormentosas, llenas de pasión, de una ansiedad insoportable y con frecuentes discusiones violentas. Buscaba siempre nuevas sensaciones y solía emborracharse; bailaba a sus anchas por las mesas de las discotecas, acababa con hombres extraños y en ocasiones practicaba el sexo con ellos en sus coches. Si rechazaba sus peticiones sexuales, a veces era abandonada en medio de la calle. Después de uno de estos incidentes, a la edad de 17 años, realizó su primer intento de suicidio, cortándose las venas gravemente, lo cual motivó su primera hospitalización.

Tras este primer ingreso, Diana fue remitida a un terapeuta para realizar, de forma intensiva en dos sesiones semanales, psicoterapia dinámica, para la cual ella mostraba escasas aptitudes. Dedicaba la mayor parte de las sesiones a criticar a su familia, de la cual pretendía obtener «el 100 % de atención». Llamaba a su terapeuta varias veces al día para contarle una u otra «crisis».

Durante este largo período de tratamiento ambulatorio inoperante, interrumpido por varias hospitalizaciones breves, Diana mostraba una gran variedad de síntomas. Tenía miedo incluso de desplazarse sola a la consulta del terapeuta. Estaba deprimida, con ideación suicida y sentimientos de desesperanza. Bebía de forma excesiva y llegaba a los 40 mg/día de diacepam. Realizaba atracones de comida que luego compensaba con dietas drásticas. Estaba obsesionada con el tema de las calorías y con la necesidad de tener su comida cortada de una forma particular y dispuesta en el plato de un modo determinado. Si su madre no cumplía estos requerimientos, Diana reaccionaba con ataques de ira, a veces tan extremos que llegaba a romper la vajilla, teniendo que ser contenida físicamente por su propio padre.

Diana nunca ha trabajado, excepto unos pocos meses como recepcionista en la empresa de su padre. Nunca se ha planteado qué es lo que quiere hacer en esta vida, aparte de vivir con un «hombre romántico». Nunca ha tenido amigas, y su única fuente de cariño es su perro. A menudo suele sentirse «devorada» por el aburrimiento.

Los esfuerzos de su terapeuta para que fijara unos límites en su vida apenas tuvieron resultado. Rechazó asistir a Alcohólicos Anónimos o acudir a un programa de día o a un centro de rehabilitación vocacional, ya que pensaba que ella estaba «por encima» de estas cosas. En cambio, languidecía en su casa y mostraba cada vez más depresión y agorafobia, llegando a los 80 mg/día de diacepam. Fue otro intento de suicidio grave lo que desembocó en su actual (séptimo) ingreso psiquiátrico.

Discusión sobre «La discotequera»

La historia clínica de Diana, repleta de diferentes síntomas a lo largo de los años, puede sugerir varios trastornos del *Eje I*. La depresión y el intento de suicidio que motivaron su última hospitalización sugieren el diagnóstico de un *trastorno depresivo mayor*, un *trastorno distímico*, o ambos. Debido a que este caso nos llegó varios años después del ingreso, disponemos de información insuficiente para poder asegurarlo.

El aumento progresivo de la dosis de diacepam (con el desarrollo resultante de tolerancia al fármaco) y su consumo continuado a pesar de sus efectos negativos sugieren el diagnóstico de *dependencia de diacepam* (DSM-IV-TR, pág. 321). Sus atracones de comida pueden haber llegado a ser lo suficientemente frecuentes como para garantizar el diagnóstico de *trastorno por atracón* (DSM-IV-TR, pág. 877).

Pero lo que resulta más chocante es su vida caótica de siempre, su patrón permanente de inestabilidad del humor y de las relaciones interpersonales, y su impulsividad. Estos síntomas sugieren un trastorno de la personalidad del *Eje II*, en este caso y de forma primaria, un *trastorno límite de la personalidad* (DSM-IV-TR, pág. 794). Diana muestra al menos cinco de los síntomas característicos de este trastorno. Sin duda ha tenido relaciones interpersonales inestables e intensas, y las «discusiones violentas» sugieren una alternancia entre polos tan extremos como la idealización y la devaluación. Tiene una alteración de su propia identidad (falta de objetivos en la vida), conductas impulsivas en diversas áreas (sexo, abuso de sustancias, alimentación), conducta suicida recurrente, inestabilidad afectiva (cambios de humor súbitos), ira intensa e inapropiada, y sospechamos que el hecho de haberse sentido «devorada» por el aburrimento constituye una prueba de la presencia de sentimientos crónicos de vacío.

Como suele suceder en los casos de trastornos graves de la personalidad, hay síntomas de otros trastornos de la personalidad de forma simultánea: *narcisista* (ella está «por encima» de los Alcohólicos Anónimos), *histriónico* (búsqueda de sensaciones), *obsesivo-compulsivo* (rigidez en relación con la comida), y *dependiente* (incapacidad para salir adelante sin su familia).

Seguimiento

En el hospital Diana se quejaba de que las enfermeras eran «cruelles» con ella, y que el resto de pacientes la «odiaban». Se dedicaron muchas sesiones

atracción, andando 4 o 5 horas cada vez, cargando en su espalda la bicicleta arriba y abajo a lo largo de seis pisos de escaleras, y recorriendo al anochecer varias millas en bicicleta de parques oscuros y peligrosos.

Discusión sobre «Viaje al infierno de la comida»

El término *atracción* suele ser utilizado por la gente para describir esas ocasiones en que se come más de lo necesario. Sin embargo, la descripción de los episodios de Abby en el ensayo de la boda dejan pocas dudas de que el término *atracción*, durante el cual no puede controlarse la cantidad que se ingiere, constituye un síntoma grave. Al plantearse el diagnóstico de una persona que presenta atracones recurrentes, la primera cuestión es si, de forma regular, compensa estos episodios de sobreingesta con conductas drásticas e inapropiadas. Si la respuesta es no, estamos probablemente ante un caso de *trastorno por atracción*, categoría no oficial incluida en el apéndice para diagnósticos que requieren un mayor estudio del DSM-IV-TR (v. «La gordita», pág. 26). Si la respuesta es sí, como suele ser el caso, y la autoevaluación está indebidamente influida por la forma y el peso del cuerpo, el diagnóstico es el de *bulimia nerviosa*. La mayor parte de pacientes con *bulimia nerviosa*, compensan los atracones con algún método purgante, bien con vómitos autoinducidos (lo más frecuente) o el empleo de diuréticos o laxantes. El trastorno de Abby constituye un ejemplo del relativamente poco frecuente diagnóstico de *bulimia nerviosa tipo no purgativo* (DSM-IV-TR, pág. 665), en que el paciente utiliza métodos como el ejercicio físico excesivo (el método de Abby) o el ayuno.

Seguimiento

Durante la recaída, Abby se sometió a tratamiento y asistió a los CA. De todas formas, los atracones fueron empeorando, de la misma manera que lo hicieron el aislamiento y la depresión acompañantes, que la mantenían en vigilia, con frecuentes crisis incontrolables de llanto, hasta las primeras horas de la mañana siguiente. Finalmente, su terapeuta, un asistente social, la remitió a la consulta de un psiquiatra, el cual le prescribió un tratamiento antidepresivo empleado habitualmente para controlar los atracones de comida y un plan alimentario estructurado, que excluía los azúcares refinados, el pan, las galletas y carbohidratos similares. En pocas semanas,

Abby fue capaz de detener los atracones, salió de la depresión y retomó su estilo de vida habitual. Después de 2 años con medicación, sin ningún atracón y con la reintroducción progresiva en su dieta del pan y resto de carbohidratos, Abby ha sido capaz de abandonar el tratamiento antidepresivo sin recaer en la depresión o en los atracones. Continúa asistiendo activamente a los CA.

LA MÁQUINA DE CAFÉ

Eric Evans es un abogado de 41 años de edad cuyo médico internista le ha remitido para una consulta psiquiátrica. Viene quejándose de fatiga, falta de motivación, somnolencia, dolores de cabeza, náuseas, pérdida de sociabilidad y dificultades de concentración. Sus síntomas aparecen casi exclusivamente durante los fines de semana; como resultado de ello suele rehuir las actividades sociales del fin de semana, lo cual provoca el enfado de su mujer. Ésta comenta que su marido se encuentra bien durante la semana, pero nunca tiene ganas de salir con los amigos o jugar con los niños durante el fin de semana. Está bien de salud, y no tiene antecedentes médicos recientes.

El Sr. Evans trabaja 60 horas a la semana en labores judiciales y apenas puede ver a su familia durante la semana. En el trabajo suele mostrarse ansioso, inquieto y constantemente ocupado. Frecuentemente tiene problemas para dormir durante la semana, debido a preocupaciones relacionadas con la actividad laboral. Niega problemas matrimoniales o familiares, más allá de los provocados por su falta de motivación durante los fines de semana.

El Sr. Evans tiene antecedentes de problemas con el alcohol, pero no ha bebido una sola gota en los últimos 5 años. Acostumbraba fumar 20 cigarrillos al día, pero lo dejó hace ahora 2 meses, esperando que esta medida mejoraría su estado (no fue así). En su lugar de trabajo acostumbra beber cuatro tazas de café diarias. Ha dejado de beber café durante los fines de semana porque sospecha que puede estar contribuyendo a su ansiedad e insomnio.

Discusión sobre «La máquina de café»

Muchas personas confiesan que necesitan una taza de café para poder ir al trabajo cada mañana. Lo que no reconocen es que a menudo lo que persiguen tomando una o más tazas de café es evitar la aparición de síntomas de

abstinencia de la cafeína. De forma típica, estos síntomas empiezan aproximadamente 12 horas después de la última taza. Lo que suele ocurrir es que el bebedor que abusa del café y lo toma durante la cena empieza a presentar síntomas de abstinencia a la mañana siguiente si, por cualquier motivo, no puede tomar café con el desayuno.

Aunque la abstinencia de la cafeína raramente reviste la suficiente gravedad como para requerir atención médica, encuestas realizadas entre la población general indican que el 25 % de las personas que toman café de forma regular presentan de forma progresiva cefaleas, fatiga o somnolencia si no toman su dosis habitual. Resulta interesante que cuando se estudia a esta población de cafeteros habituales en el laboratorio, aproximadamente el 50 % de ellos presentan dolores de cabeza. Incluso aquellos que normalmente toman tan poco café como una sola taza al día (100 mg de cafeína) pueden llegar a presentar síntomas de abstinencia.

No hay duda que el Sr. Evans, durante los fines de semana, muestra los síntomas característicos del *síndrome de abstinencia de cafeína* (DSM-IV-TR, página 851), categoría no oficial incluida en un apéndice del DSM-IV-TR.

Seguimiento

El psiquiatra estaba sorprendido por la relación temporal entre el inicio de los síntomas (dolor de cabeza, fatiga, dificultades de concentración, somnolencia y falta de motivación) y el abandono del consumo de café durante los fines de semana. Se aconsejó al Sr. Evans que disminuyera el consumo de café durante la semana, pero éste se vio incapaz de rendir satisfactoriamente en el trabajo sin su dosis habitual. Por el contrario, decidió retomar el consumo de café durante los fines de semana ya que no existía contraindicación médica para ello. Decidió convivir con la ansiedad y las dificultades de sueño que originalmente habían provocado su decisión de dejar el café durante los fines de semana.

REPUGNANCIA

Linda Darby tenía 26 años la primera vez que fue visitada por un psiquiatra especializado en los efectos a largo plazo de las experiencias traumáticas de desa-

rollo en la infancia. Se trataba de una ayudante de abogado que presentaba múltiples quejas somáticas de etiología poco clara; padecía depresión y ansiedad crónicas. Su médico de cabecera, antes de remitirla al psiquiatra, no había tenido éxito con tratamientos farmacológicos. Se dio cuenta de que la paciente era extremadamente sensible a las medicaciones (p. ej., después de tomarse 5 mg de diazepam, fármaco ansiolítico, se pasaba todo el día durmiendo; después de tomar 25 mg de un antidepresivo, amitriptilina, presentaba graves efectos secundarios).

El psiquiatra constató que Linda, a la edad de 26 años, vivía con sus padres y su hermano y sentía la necesidad de pasar muchos ratos fuera de casa para minimizar las amenazas constantes que emanaban del clima de violencia que reinaba en la familia. Pensaba en el suicidio a menudo, y realizaba conductas de automutilación, aplicándose una maquinilla de afeitar en sus pechos y muslos, con lo cual pretendía sentirse «yo misma» y restablecer una sensación de calma después de la experiencia adversa. En el trabajo su rendimiento era ejemplar. Se le asignaban los casos más complejos y solía quedarse hasta tarde revisando documentos en la biblioteca. Los fines de semana prestaba, asimismo servicios de voluntariado como recaudadora de fondos para una organización caritativa. A pesar de que parecía estar dotada de habilidades sociales adecuadas, no tenía amigos reales ni vida social.

Empezó a tratarse con el psiquiatra y de forma gradual fue revelando una historia de violencia e incestos familiares crónicos. Su padre sólo tuvo empleos ocasionales, a menudo en actividades ilegales. Realizaba ingestas de alcohol recurrentes y solía pegar a sus dos hijos varones, hasta el punto de que ambos tuvieron que ser hospitalizados por fracturas óseas.

Linda recordaba la primera experiencia sexual con su padre a la edad de 8 años, cuando ella, su padre y los dos muchachos se encontraban totalmente indefensos por la ausencia de su madre, que se encontraba ingresada en el hospital. La experiencia de ver cómo su padre abría una puerta hasta entonces cerrada y la forzaba a tener relaciones sexuales la aterrorizó, pero recuerda a su vez que a partir de ese momento su relación con su padre se volvió «especial». Estos episodios de abuso sexual continuaron hasta que Linda se mudó a la residencia del instituto, a los 18 años de edad. Durante la entrevista recordaba la relación con su padre con una fuerte carga de autodesprecio, estando convencida durante muchos años de que ella era culpable del incesto, lo cual le hizo sentir «repugnancia» de sí misma.

A lo largo de la infancia de Linda, su madre se encontraba enferma a menudo, teniendo que ser ella quien se hiciera cargo de muchos de los deberes domésticos rutinarios. Siempre sospechó que su madre estaba al corriente de la relación incestuosa.

No recordaba mucho de su infancia, y describía episodios de pérdida de la sensación del paso del tiempo, después de los cuales se encontraba a sí misma en lugares sin saber cómo había llegado a ellos. A pesar del hecho de que ella prestaba mucha atención a los hombres, evitaba mantener citas con ellos. Se sentía atemorizada cuando un hombre mostraba algún interés por ella. Cualquier sentimiento de tipo sexual parecía asociarse en su mente con pensamientos de violencia. Probablemente, su mayor motivo de vergüenza era el hecho de sentirse sexualmente excitada por los pensamientos de violencia sexual.

Después de 2 años sometiéndose a psicoterapia, Linda reunió el coraje suficiente como para instalarse en un apartamento por su cuenta. Una vez, reacia a intimar con los demás (por miedo a que pudieran descubrir la clase de persona despreciable que era ella), pero necesitada de cariños y cuidados, adoptó cuatro gatos y dos perros callejeros, que a partir de entonces consideró su familia. La presencia de los animales, pretendía, le ayudaba a soportar sus frecuentes pesadillas relacionadas con ataques sexuales. Empezó a asistir a un grupo de psicoterapia femenino, en el cual demostraba una gran implicación y conciencia de los problemas de las demás, sorprendiendo al resto del grupo con su capacidad para poner el dedo en la llaga en cuestiones cruciales. Cuando las demás se dieron cuenta que ella sólo las intentaba ayudar, pero evitaba hablar de sí misma, se irritó y amenazó con abandonar el grupo.

Dos años después fue violada en su apartamento de la ciudad. Vivía en una planta baja, y el violador pudo entrar en su domicilio gracias a una ventana sin reja. Había hablado con su terapeuta sobre la falta de seguridad de su apartamento, pero no había sido capaz de plantear este tema al propietario del piso. Después de la violación, volvió a casa, dejando pagados 2 meses de alquiler. Aunque estaba asustada por la agresión, pretendía que ésta sólo había acabado de componer su sentimiento de seguir viviendo «en un infierno —el infierno de mis recuerdos—».

Mediante el empleo racional de pequeñas dosis de fármacos, los síntomas de Linda fueron remitiendo gradualmente. Actualmente es capaz de dormir durante toda la noche, y ha perdido esa sensación persistente de aturdimiento psíquico. En el trabajo se siente a veces tan enfurecida frente a nimiedades reales o imaginadas que piensa que expresar esta rabia tendría resultados cataclísmicos. Por otra parte, se ha convertido en tutora de una niña de 10 años que también fue objeto de abusos sexuales, y mantiene contactos sociales con unos primos. En las relaciones con su familia, continúa sintiendo que no respetan sus derechos y que sigue siendo explotada económicamente por ellos. Continúa evitando cualquier relación que tenga implicaciones sexuales. Sigue sin ser consciente del futuro, de poder intervenir en él y de su significado personal. Sus facturas médicas, agravadas por tres accidentes de tráfico durante el pasado año, resultado de «perder la sensación del paso del tiempo» mientras conducía, continúan aumentando. Su rendimiento laboral sigue siendo ejemplar, y no ha vuelto a automutilarse.

verbalizar sus sentimientos y mirarse a sí misma en el espejo de forma gradual. Inicialmente se le hacía contemplar una sola parte del cuerpo un mínimo de 10 seg; este tiempo fue aumentándose progresivamente hasta que pudo observar su cuerpo al completo sin que ello le provocara ansiedad. Volvió a venirle la regla al llegar a los 42 kg. Después de 7 meses de terapia individual y familiar, se le dio el alta con un peso de 45 kg. Peggy reanudó sus estudios, se buscó un trabajo de media jornada y fue a vivir a casa de sus padres.

Discusión sobre «Veintinueve kilogramos de debilidad»

Como suele ser el caso de los pacientes con *anorexia nerviosa* (DSM-IV-TR, pág. 659), los signos y síntomas característicos dejan pocas dudas diagnósticas. Peggy presenta todos los rasgos típicos, incluyendo el rechazo a mantenerse en un peso corporal igual o por encima de las cifras mínimamente normales para su edad y estatura; temor intenso a ganar peso o volverse gorda, a pesar de la evidente delgadez; alteración en la forma de experimentar su peso o figura corporal (ansiedad al contemplar su cuerpo); y en mujeres posmenárquicas, amenorrea. Debido a que sus métodos de pérdida de peso nunca han incluido conductas de purgación (auto-inducción del vómito o empleo de laxantes o diuréticos) o atracones de comida (consumo de grandes cantidades de alimento con sensación de pérdida de control), especificamos el *tipo restrictivo*.

Peggy presentaba conductas rituales compulsivas en relación con la comida (p. ej., la cortaba en trozos muy pequeños y la movía alrededor del plato antes de comérsela), hecho que se observa con frecuencia en pacientes con *anorexia nerviosa*. A pesar de que estos rituales podrían sugerir la presencia adicional de un *trastorno obsesivo-compulsivo*, no efectuamos este diagnóstico toda vez que las conductas compulsivas pueden explicarse por la misma *anorexia nerviosa*.

Durante el curso del trastorno, Peggy padeció depresiones y crisis de angustia. No disponemos de la suficiente información sobre estos síntomas como para efectuar el diagnóstico definitivo de un *trastorno del estado de ánimo* o *de ansiedad*. No obstante, la aparición de estos trastornos de forma comórbida es frecuente en los pacientes con *anorexia nerviosa*.

La *anorexia nerviosa* constituye un trastorno grave y a menudo amenazador para la vida del individuo que lo padece. Este caso viene a ilustrar que

con un tratamiento controlado por manos expertas es posible un desenlace feliz.

Seguimiento

Durante los siguientes 10 años, Peggy se graduó en el instituto obteniendo un diploma de nutrición. Fue seleccionada por una importante compañía para formarse en ella. Su rendimiento laboral fue excelente y no tardó en promocionar. Se casó pero la relación fue deteriorándose debido a los malos tratos físicos de que era objeto por parte de su marido. Se mudó de domicilio, obtuvo una orden judicial de protección y finalmente consiguió el divorcio. En la última carta que recibimos de ella nos informaba que había vuelto a graduarse en el instituto con todos los gastos pagados y conservando el sueldo (íntegro), que había empezado una nueva relación sentimental y que había obtenido éxitos en una maratón (tercer puesto en una carrera de 40 km). Su peso se mantenía alrededor de los 52 kg y le venía la regla de forma regular. En una ocasión buscó consejo en relación con el fracaso de su matrimonio y el distanciamiento de su hermana, problemas que en el momento actual ya se han solucionado. Describía su vida como plena y satisfactoria.

EL LEGADO DE POL POT

La Sra. Chan, una viuda camboyana de 38 años de edad, fue remitida por su médico de cabecera para estudio de un cuadro de cefaleas y dolor cervical de 7 años de evolución cuya etiología no había podido especificarse. Refería cefaleas desde el día en que pisó Estados Unidos, hace ahora aproximadamente 4 años. Describía asimismo muchas otras quejas somáticas y síntomas psiquiátricos. Entre ellos problemas de sueño, tristeza, falta de concentración, déficit de memoria, escasa energía, falta de interés por su entorno y una pérdida de peso de 9 kg en los últimos 3 meses. Solía sentirse mareada, y en ocasiones veía el fantasma de su madre por la noche, a menudo en el contexto de sus sueños. Padecía pesadillas casi cada noche, escenas en que contemplaba su propia muerte, y refería pensamientos de carácter intruso acerca de los desastres que había

éstas se incluyen la visión de su madre fallecida de inanición o de sus vecinos ejecutados. Intenta evitar los recuerdos de estos traumas. Se muestra poco interesada en actividades; el retraimiento social constituye probablemente una manifestación de desapego o extrañamiento frente a los demás. Presenta síntomas de aumento de la activación (*arousal*), como, por ejemplo, dificultad para concentrarse y para dormir, e irritabilidad. Todos estos síntomas han persistido durante más de un mes y resulta evidente que le producen un malestar clínico significativo.

La paciente muestra asimismo síntomas de un *trastorno depresivo mayor*. En los últimos 3 meses ha presentado de forma persistente un estado de ánimo deprimido, problemas de sueño, déficit de concentración, falta de energía y disminución del interés por su entorno, así como una pérdida de 9 kg. Aunque esta depresión ha aparecido después de la muerte de seres queridos, no puede considerarse un *duelo* toda vez que estos síntomas han persistido durante más de 2 meses, hecho que contradice los criterios diagnósticos del Código V del DSM-IV-TR para el *duelo* (DSM-IV-TR, pág. 827). En ausencia de una historia de episodios o síntomas previos de un *episodio maniaco*, diagnosticaríamos a su vez un *trastorno depresivo mayor, episodio único moderado* (DSM-IV-TR, pág. 419).

Los síntomas físicos sugieren un *trastorno somatomorfo indiferenciado*, pero este diagnóstico no debe efectuarse si los síntomas aparecen exclusivamente en el curso de otro trastorno mental, como un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad.

ASUNTOS DE FAMILIA

Paula Perot había llevado al servicio de urgencias a su hija de 9 años, Cynthia, tres veces en un período de 3 semanas. Cynthia presentaba un *rash* febril que no respondía al tratamiento para enfermedades víricas o bacterianas. A la tercera visita, los médicos la vieron irritable y letárgica, y decidieron ingresarla en el hospital para poder estudiar un síndrome tan inusual. Al poco tiempo de ingresar, se le detectó una insuficiencia renal y fue remitida a un hospital general para diálisis. La Sra. Perot sugirió que Cynthia podría haber sido envenenada con mercurio dado que su abuela materna había pasado por esta experiencia en una ocasión. Para hallar el origen de la insuficiencia renal de Cynthia, se lle-

varon a cabo extensas pruebas de laboratorio y diversas interconsultas, todo ello con el objetivo de diagnosticar y poder tratar la enfermedad y sus complicaciones. Finalmente, se le diagnosticó una nefritis intersticial aguda secundaria a una intoxicación por mercurio, después de objetivarse niveles muy elevados de este metal.

Al ser interrogada, la Sra. Perot comentó que creía que en la escuela de Cynthia habían organizado una venganza contra su familia, empezando por su abuela que había sido envenenada por la misma profesora del centro. De hecho, no había dejado que los amigos de Cynthia fueran a visitarla al hospital ya que temía que éstos pudieran formar parte de la diabólica conspiración e intentaran volver a envenenarle la comida con mercurio. Cynthia pensaba asimismo que había sido envenenada con mercurio por su profesora. La Sra. Perot creía que otros estudiantes habían sido a su vez envenenados. Se contactó con la escuela, el Departamento de Servicios Sociales para la Infancia, la policía y el fiscal de distrito, pero las acusaciones de la Sra. Perot no pudieron ser confirmadas.

En visitas posteriores, la Sra. Perot refirió otros incidentes que ella pensaba que estaban relacionados con esta venganza. Existían informes de que Cynthia había sido objeto de abusos sexuales en el pasado en dos centros de día distintos, y la propia Sra. Perot había sido objeto de abusos sexuales durante la infancia en uno de estos mismos centros. En una demanda en que estaba implicada su hija, la Sra. Perot denunció todas estas conspiraciones, aunque se decidió que no existía base para ellas. En otra demanda no mencionó estos abusos, pensando que no iban a creerla.

El desarrollo de Cynthia había sido normal. Constan algunos problemas breves de conducta en la escuela, aunque de todas formas antes de su enfermedad iba a una clase de alumnos dotados. El padre de Cynthia pasaba largas temporadas en la cárcel y raramente veía a su hija. La hermana de la Sra. Perot había sido ingresada en un hospital del estado y tratada con neurolépticos. A la Sra. Perot le dijeron que su hermana tenía un retraso mental, era violenta y se automutilaba. Por su parte, la Sra. Perot no había tenido enfermedades importantes, tenía estudios básicos y había hecho diversos cursos de auxiliar de enfermería. Carecía de antecedentes psiquiátricos, no se sentía deprimida, negaba alucinaciones y no consumía alcohol o drogas.

Durante el ingreso de Cynthia, la Sra. Perot se mostró atenta y colaboradora, y el equipo médico la encontró una persona muy sociable. No obstante, se agitó intensamente cuando se enteró del plan de tratamiento de su hija, consistente en prednisona, ya que creía que este fármaco resultaría desastroso dado que ya había hecho enfermar antes a la abuela. En ese momento, el equipo médico ya no albergaba ninguna duda de que la Sra. Perot, de una u otra forma, había estado

do y puso de manifiesto grandes extensiones de cuero cabelludo libres de pelo alrededor de sus orejas. Aterrorizada por la presencia de su compañera, Sylvia, se sorprendió al oír, «¿Tú también te los arrancas?». Tres días después, Sylvia llevó a Celeste a un grupo de autoayuda donde se encontró con otros «arrancadores de cabello», cinco mujeres y dos hombres. Durante las sesiones tenía la sensación de que escuchaba su propia vida en palabras de los demás:

Sentía que debía ser una persona horrorosa, sin ningún tipo de autocontrol. Y así me lo decían mis padres.

Las clases de gimnasia del colegio me aterrorizaban. Temía constantemente que se me cayera la peluca.

Pensaba que nadie querría casarse conmigo. Al principio, tenía miedo de mantener cualquier relación sexual real. Sabía que acabarían descubriéndome. ¿Y qué pasará si alguien se enamora de mí? ¿Cómo reaccionará cuando se de cuenta de lo que hago? Una vez tuve un novio al que le conté que los problemas de mi cabello se debían a una permanente mal realizada. Pero no podría repetir aquello durante mucho tiempo.

Creía que era el único ser humano con esa costumbre.

Discusión sobre «Cabello»

Celeste presenta un hábito poco común. No puede resistir el hábito de arrancarse su cabello. Esto ha dado lugar a una gran pérdida de pelo, tanto en su cabeza como en sus cejas. Cuando intenta resistirse, presenta ansiedad y se rinde de forma inevitable. Parece que obtiene algún tipo de placer y de alivio tensional con esta actividad. Éstos son los rasgos característicos del trastorno del control de los impulsos conocido como *tricotilomanía* (DSM-IV-TR, pág. 757). Este caso resulta típico en el hecho de que el paciente es una mujer y el inicio se sitúa en la adolescencia.

La ausencia de un intenso placer asociado a esta actividad (como contraste al placer asociado a otros trastornos del control de los impulsos, como el *juego patológico* o el consumo de drogas) y la calidad intrusa de los impulsos sugieren un *trastorno obsesivo-compulsivo*. Sin embargo, en el *trastorno obsesivo-compulsivo*, las compulsiones constituyen una respuesta a una obsesión o se llevan a cabo de forma estereotipada, y suelen ir dirigidas a prevenir algún tipo de acontecimiento temido. Además, en el *trastorno obsesivo-compulsivo*, con frecuencia las obsesiones y compulsiones no suelen limitarse a una única conducta, como sí sucede en el caso de la *tricotilomanía*.

Seguimiento

En el grupo de autoayuda, Celeste supo de un médico que estaba especializado en el tratamiento de la *tricotilomanía*. Éste le prescribió un antidepresivo que aparentemente la ayudó significativamente durante unos 3 meses, momento en el cual los síntomas empeoraron de nuevo, cambiando a otro antidepresivo. Costó un poco que remitiera la somnolencia que le producía esta nueva medicación, pero los síntomas mejoraron de forma considerable, mejoría que persistió. Al cabo de 6 meses, Celeste fue a visitar a un hipnotizador, que la ayudó todavía más a reducir la necesidad urgente de arrancarse el cabello. Actualmente se pasa días o incluso semanas sin arrancarse un solo cabello, y el síntoma no ha vuelto a ser tan grave como solía. De forma sorprendente, el uso de dos medicaciones reportó un beneficio inesperado. A pesar de que el hecho de arrancarse el cabello le hacía sentirse desmoralizada, Celeste nunca se vio a sí misma como «deprimida». No obstante, con la medicación su estado de ánimo también mejoró. Le entusiasmaba más su trabajo y se encontraba mejor consigo misma cuando tenía alguna cita —incluso antes de que la *tricotilomanía* mejorara. Continúa asistiendo al grupo de autoayuda y le atribuye responsabilidad en su mejoría, particularmente en lo que hace referencia al aumento de su autoestima.

LA CARA OPUESTA DE MARY

Mary Kendall, de 35 años de edad, era una asistente social remitida al psiquiatra para tratamiento del dolor crónico causado por una distrofia simpática refleja en su antebrazo y mano derechos. Poseía un historial médico complejo que incluía asma, cefaleas migrañosas, diabetes mellitus y obesidad. Se constató que era una persona altamente hipnotizable, aprendiendo rápidamente a controlar sus dolores mediante la autohipnosis.

Mary era bastante competente en su trabajo, pero tenía una vida personal bastante árida. Se había casado y divorciado 10 años después; tenía poco interés en volverse a casar. Dedicaba la mayor parte de su tiempo libre a actividades de voluntariado en un hospicio.

En el transcurso de la exploración psiquiátrica, Mary refirió el extraño comentario de que en muchas ocasiones, cuando volvía a casa desde el trabajo, dejaba el depósito de gasolina del coche prácticamente lleno; en cambio cuando se disponía a volver al trabajo a la mañana siguiente se lo encontraba medio vacío. Empezó a prestar atención al cuentakilómetros, y descubrió que muchas noches alguien recorría con él de 80-160 km, aunque ella no recordaba en absoluto haber conducido por ningún lugar. Tras interrogarla más ampliamente sobre este punto, manifestó que tenía lagunas de memoria respecto a amplias etapas de su infancia.

Debido a estas lagunas de memoria, el médico sospechó un trastorno disociativo, pero no fue hasta varios meses después del tratamiento hipnótico para el control de los dolores cuando encontró la explicación para estas pérdidas de memoria. Durante una inducción hipnótica, el médico le volvió a preguntar sobre los recuerdos perdidos. Súbitamente una voz distinta a la de la paciente respondió «Es cuestión de tiempo que nos conozcamos». La (otra) personalidad, con un nombre ligeramente distinto, Marian, hablaba ahora y describía las excursiones en coche que llevaba a cabo durante la noche, las cuales consistían en retirarse a las montañas o a las playas de la periferia para «pensar y solucionar sus problemas». A medida que el psiquiatra empezó a conocer a Marian, se puso de manifiesto que era tan abrupta y hostil como Mary complaciente y entregada a los demás. Marian consideraba a Mary como bastante patética y demasiado interesada en complacer a los demás, y decía que «preocuparse por otra persona en vez de por ti misma resulta una pérdida de tiempo».

En el curso de la terapia emergieron seis personalidades diferentes, organizadas burdamente a lo largo de un *continuum* que podría describirse en dependencia/agresividad. Entre estas personalidades existían considerables tensiones y desacuerdos, ya que cada una de ellas resultaba bastante bidimensional. Existía una competición para el control de los recuerdos «perdidos» de forma frecuente, y Marian provocaba situaciones que aterrorizaban a los demás, incluyendo una personalidad que se identificaba a sí misma como una niña de 6 años de edad. La experiencia subjetiva de las diferencias entre algunos de los estados de personalidad fue tenida poco en cuenta cuando una personalidad de carácter bastante hostil hizo una amenaza de suicidio. El terapeuta insistió en discutir este hecho con otras personalidades, pero ésta objetó que hacerlo constituiría «una violación de la confidencialidad médico-paciente».

Los recuerdos que emergían de estas personalidades disociadas incluían escenas de abusos físicos y sexuales por parte del padre y de otras personas, y un sentimiento de culpa considerable por el hecho de no haber protegido a otros niños de la familia de estos mismos abusos. Mary no recordaba a su madre por los abusos cometidos por ella, sino por su carácter dependiente y porque la obligaba a cocinar y a limpiar desde edades muy tempranas.

Después de 4 años de psicoterapia, Mary fue integrando porciones de estos estados de personalidad de forma gradual. Se fusionaron dos personalidades similares, aunque ella continuaba parcialmente disociada. Los estados de personalidad se conocían mutuamente, y continuaban «luchando» unos contra otros.

Discusión sobre «La cara opuesta de Mary»

No es necesario tener muchos conocimientos de psicopatología para reconocer este caso como una *personalidad múltiple*, que en el DSM-IV se redenomina *trastorno de identidad disociativo* (DSM-IV-TR, pág. 593). Aparentemente Mary presenta varios estados de personalidad diferentes, cada uno con su patrón relativamente propio y persistente de percibir, relacionarse con los demás y pensar sobre su entorno y sobre sí mismo. En varias ocasiones una u otra de estas identidades toma el control sobre el resto. Como suele ser el caso, la clave de la presencia del trastorno es la existencia de lagunas en la memoria del paciente —en este caso sustanciadas por inexplicables kilómetros en el contador del coche—. De forma casi invariable, como se pone de manifiesto en este caso, se constata una historia de abusos sexuales o físicos durante la infancia.

Existe una considerable controversia acerca de este trastorno. Por una parte, los médicos especializados en su tratamiento insisten en que el trastorno es mucho más frecuente de lo que suele reconocerse. Recalcan que el diagnóstico suele ser efectuado por primera vez varios años después de que el paciente haya empezado a presentar síntomas, y de forma habitual el individuo ha ido acumulando varios diagnósticos diferentes debido a la naturaleza cambiante de los síntomas. Por otra parte, existen algunos críticos que pretenden que la mayoría de los casos son debidos bien al resultado de la actitud sugestiva del terapeuta respecto a los síntomas, o bien a que el propio paciente asume las características de un famoso caso de este trastorno, como, por ejemplo, *Las tres caras de Eva*.

Puede ser que existan pacientes diagnosticados de este trastorno (hoy día nuevamente de moda) de forma incorrecta. Sin embargo, cuando uno ha observado en un paciente la emergencia de otra personalidad, con un patrón de conversación y un lenguaje corporal completamente distintos, queda convencido de que este diagnóstico es pertinente.

LA MUDA

Cathy Jarvis, una madre de 25 años de edad, con antecedentes de lupus eritematoso sistémico de 3 años de evolución, fue ingresada en un hospital universitario debido a un estado confusional agudo que no le permitía mantener la atención ni sostener una conversación de forma coherente, y a una desorientación temporoespacial marcada.

Durante los días anteriores al ingreso, la paciente había ido presentando de forma progresiva un estado confusional, empezando a creer que los vecinos la estaban vigilando. El día del ingreso había huido de su casa y salido a la calle en un estado de agitación incontrolable.

Al ser conducida al servicio de urgencias, Cathy recibió haloperidol intramuscular, un antipsicótico; pero a la mañana siguiente, su cuadro clínico había cambiado de forma drástica hacia peor. Estaba rígida, muda, incommunicativa y no respondía a ninguna pregunta; sólo exhibía muecas faciales. Su estado fluctuaba de tal forma que en ocasiones estaba excitada, gritaba continuamente y parecía estar reaccionando a alucinaciones auditivas y visuales. En otros momentos estaba callada y rígida. Requería una atención total por parte de enfermería, con alimentación intravenosa, cateterización y contención mecánica de sus cuatro extremidades. Con frecuencia había que sedarla con loracepam, una benzodiacepina de corto tiempo de acción.

Debido a que se creía que tenía una encefalitis lúpica, se empezó a administrarle metilprednisolona intravenosa, un corticosteroide, pero no se produjo ninguna mejoría de su estado clínico.

Durante las 3 semanas siguientes, la situación de Cathy fue deteriorándose. Perdía peso de forma considerable, no podía mantenerse en pie y continuaba requiriendo un cuidado total por parte de enfermería. A los 28 días de su ingreso fue remitida para terapia electroconvulsiva (TEC). Después de siete sesiones empezó a responder de forma gradual: intentaba alimentarse o mantenerse de pie por sí misma, estaba más alerta y reconocía a su familia. Por entonces la rigidez sólo aparecía de forma ocasional. Mediante una punción lumbar se puso en evidencia la presencia de anticuerpos IgG antineuronales en un título elevado, lo cual era consistente con el diagnóstico de afectación lúpica del sistema nervioso central.

Durante el transcurso de las siguientes semanas, los períodos de lucidez alternaron con otros de rigidez, mutismo, negativismo y ensimismamiento. El día 90 de ingreso se empezó a administrar otra tanda de TEC. Después de 10 sesiones de tratamiento, la paciente volvía a hablar y se mostraba eufémica y colaboradora.

el servicio de urgencias y recibiendo un tratamiento farmacológico que no recuerda, pero que le ayudó a silenciar las voces. Después del alta no acudió a las visitas ambulatorias y continuó experimentando alucinaciones auditivas intermitentes y a temporadas durante los siguientes 7 años. Por ejemplo, cuando estaba cerca de la ventana solía oír una voz que le decía que se tirara; y cuando andaba por la calle le decía que se pusiera delante de un coche.

Explica que después de ese primer episodio pudo seguir con sus actividades con un rendimiento aceptable, acabando sus estudios en el instituto y cuidando de sus hijos. Se divorció hace un año, pero no aceptó discutir de sus problemas matrimoniales. Hace ahora aproximadamente 2 meses empezó a tener problemas para dormir y a sentirse «nerviosa». Fue en ese momento que respondió al anuncio de la clínica de ansiedad. Fue visitada y le dieron un fármaco antipsicótico. Afirmo que en el momento de acudir a la clínica las voces continuaban como siempre, y que sólo el insomnio y la ansiedad eran recientes. Negó específicamente tener un estado de ánimo deprimido o anhedonia, o cualquier cambio en su apetito, pero admitió sentirse más lábil y sola, y la aparición ocasional de «pensamientos malos», como el intento de violación de que fue objeto a los 14 años por parte de su padre. A pesar de estos síntomas, continuó trabajando más horas de las exigidas en su contrato de vendedora en una tienda.

La Sra. Gálvez explicaba que no asistió a su siguiente visita en la clínica de ansiedad porque la medicación le estaba provocando náuseas, sensación de pesadez y además no la estaba ayudando para nada en mejorar sus síntomas. Negaba querer morirse, y reflexionaba sobre lo fuerte que era al trabajar para mantener a sus hijos, como evidencia de que no «les dejaría solos». No entendía por qué su conducta había alarmado tanto a su psiquiatra.

La Sra. Gálvez negaba haber consumido alcohol o drogas, y la prueba de detección toxicológica de varias drogas resultó negativa. Los hallazgos de la exploración física y de las pruebas de laboratorio fueron anodinos. Había dejado voluntariamente la medicación 2 días antes de la entrevista actual.

Después de la visita, surgieron controversias entre el equipo médico sobre si debían dar el alta a la paciente. Finalmente se decidió mantenerla allí durante la noche, hasta que su madre pudiera verla al día siguiente. Cuando le dijeron que debía quedarse en la sala de urgencias, respondió encolerizadamente, pero a la vez con cierta timidez: «Adelante. Antes o después tendrán que dejarme salir, pero no tengo que hablar con ustedes si no me da la gana». Durante la noche, el equipo de enfermeras se dieron cuenta de que lloraba, aunque refería no saber por qué.

Cuando se integró la madre a la mañana siguiente, confesó que no había visto cambios recientes en su hija. No creía que la paciente fuera a hacerse daño a sí misma, pero estaba de acuerdo en quedarse con ella durante algunos días y asegurarse de que acudía a las visitas de seguimiento. Al reunirse con ella, la pacien-

te se quejó de que su madre no respondía a sus demandas y no la ayudaba de forma suficiente. Sin embargo, volvió a negar estar deprimida y dijo que disfrutaba con su trabajo y con sus hijos. Respecto a las voces, dijo que con el tiempo había aprendido a ignorarlas, y que éstas no la molestaban tanto como al principio. Estuvo de acuerdo en seguir un tratamiento ambulatorio siempre y cuando su terapeuta fuera una mujer.

Discusión sobre «Las malas voces»

Se trata de un caso rompecabezas. La Sra. Gálvez acudió a la clínica de trastornos de ansiedad debido a sus síntomas de ansiedad progresiva. El psiquiatra de la clínica, sin embargo, estaba más preocupado por el síntoma más maligno de la Sra. Gálvez: las voces que venía oyendo repetidamente desde hacía varios años. Las alucinaciones crónicas sugieren sin lugar a dudas una *esquizofrenia*. Sin embargo, no existen evidencias de desorganización de la personalidad, ideas delirantes ni deterioro del nivel de rendimiento, aspectos clínicos que suelen verse en la *esquizofrenia*. Uno se pregunta si estas voces constituyen alucinaciones verdaderas o representan una descripción histriónica de los pensamientos que le preocupan. ¿Podrían estas voces incluso proceder de personalidades disociadas, como en el *trastorno de identidad disociativo (personalidad múltiple)*? Los pacientes con un trastorno límite de la personalidad pueden presentar, asimismo, episodios psicóticos breves, pero las voces de la Sra. Gálvez no parece que estén limitadas a períodos breves.

En ausencia de otros datos, nos veríamos forzados a diagnosticar un *trastorno psicótico no especificado* (DSM-IV-TR, pág. 386), pero sospecharíamos probablemente que la Sra. Gálvez presenta un inicio de una forma de *esquizofrenia* que no suele verse con frecuencia en la práctica clínica.

EL HOMBRE DE LA LANGOSTA

Harold Robbins fue detenido cuando abandonaba una charcutería con tres latas de langosta escondidas en sus bolsillos. Fue declarado culpable de robo en una

tienda, pero el tribunal solicitó un examen psiquiátrico después de determinar que no poseía antecedentes criminales y no tenía una necesidad particular de la comida que había robado.

El Sr. Robbins es un hombre de 42 años de edad, con aspecto joven, bien arreglado, casado y con dos hijos quinceañeros. Lleva trabajando unos 15 años en una compañía de seguros, y nunca había sido arrestado antes. Cuando es visitado por el psiquiatra, reconoce que lleva años robando tiendas, siguiendo un sistema que hasta el momento no le había conducido al arresto. Describe cómo entró en la tienda de forma impulsiva, sin ningún propósito específico. Mientras paseaba por ella, fue sintiendo una sensación de tensión progresivamente mayor, que aumentaba en intensidad a medida que pasaba más tiempo en el establecimiento. En ese momento le surgió el deseo de llevarse las latas de langosta. No tenía ninguna necesidad particular de aquel tipo de alimento, y de hecho no le gusta el marisco. Nadie le había pedido que comprara langosta enlatada, comida que no suele figurar en su menú ni en el de su familia. Llevaba en su cartera más dinero del necesario para poder comprar la langosta si la hubiera deseado. Esta sensación de tensión siguió aumentando hasta que no pudo resistir más. Cogió las latas y las apretó en sus bolsillos, después de lo cual experimentó una sensación de alivio. Continúa explicando que no sabía nada de esta charcutería en particular ni de sus propietarios. La selección de los establecimientos donde actuaba se debía aparentemente al azar.

Durante los años anteriores había tenido, de forma similar al episodio actual, la necesidad imperiosa de robar, necesidad que no podía resistir. Solía aparecer de forma súbita y sin motivo aparente. De forma típica, sucedía que encontrándose en una tienda experimentaba una sensación de tensión cada vez mayor, acompañada de una necesidad de coger algo y llevárselo sin pagar. Los objetos que robaba nunca eran caros y por lo común no representaban nada que necesitara o quisiera de forma particular. Por razones que no alcanzaba a entender, lo más habitual era que robara marisco enlatado. Al poco rato de cometido el delito, solían aparecer unos intensos sentimientos de culpa y tomaba la decisión de no volver a hacerlo. De todas formas sólo era capaz de resistirse a la necesidad urgente de robar durante 2 o 3 semanas, hasta que volvía a sucumbir a estos impulsos.

Él y su esposa tenían empleos excelentes y no pasaban por problemas económicos de ningún tipo. No puede concretar ningún acontecimiento estresante del ámbito familiar o laboral que pueda estar relacionado con el impulso de robar. Desconoce por qué coge estas «pequeñas cosas inútiles», y le gustaría ser capaz de controlar la necesidad urgente de robar.

El Sr. Robbins no ha tenido otros problemas serios con el control de los impulsos. Sin embargo, refiere que durante los últimos 10 años, mientras camina de noche, acostumbra tener una sensación de tensión progresivamente mayor y

una necesidad de mirar a las mujeres por las ventanas de los apartamentos situados en la planta baja de los edificios, conducta que realiza cada 2 o 3 meses. Durante estos episodios experimenta una sensación de tensión y excitación, pero advierte que no es de tipo sexual. No se masturba o recrea fantasías con el recuerdo de las mujeres que ha podido observar. Una vez acabado el incidente se siente culpable, tanto si la mujer que ha estado observando se encontraba desnuda como si no.

El Sr. Robbins refiere que durante los últimos 2 años ha ido notando un sentimiento progresivamente mayor de inutilidad acerca de su vida. Sus hijos se acercan al punto en que empezarán a abandonar el hogar, y no tiene ningún interés o afición que no estén relacionados específicamente con ellos. De vez en cuando siente que «la vida no vale la pena», pero niega ideación suicida u otros síntomas persistentes de depresión. Sus sentimientos de vergüenza y culpa se limitan a los robos de tiendas y a la observación de mujeres. En cambio, se considera a sí mismo un trabajador duro y un buen cumplidor de la ley, que contribuye con su comunidad entrenando equipos deportivos.

El Sr. Robbins es el único hijo de un padre alcohólico que abusaba físicamente de su mujer. Existieron muchas temporadas en que él y su madre tuvieron que alejarse del padre, y siempre se ha sentido muy ligado a ella. Como adulto ha sido un hijo cumplidor que ha apoyado a sus padres.

Describe su adolescencia como una época en que se mostraba irritable y bastante agresivo. Solía estar implicado en todas las peleas, generalmente contra muchachos mayores, que habían hecho algún tipo de comentario peyorativo en relación con su estatura. A menudo, su respuesta resultaba claramente desproporcionada con el comentario.

Discusión sobre «El hombre de la langosta»

Aunque vistos de forma superficial los actos del Sr. Robbins pueden parecer los de un ladrón ordinario, a él no le motiva simplemente el deseo de poseer lo que hurta sin tener que pagarlo. No presenta ninguna necesidad o deseo particular por las cosas que roba, y no comprende por qué suele escoger el marisco. Sólo sabe que presenta impulsos recurrentes de robar cosas que no necesita y que, ante una sensación de tensión progresivamente mayor, acaba rindiéndose de forma inevitable a este impulso y roba, después de lo cual se siente aliviado, culpable y con remordimientos. No planea sus robos, pero sucumbe al impulso una vez que se halla en la tienda. Éstos son los

rasgos característicos de la *cleptomanía*, un *trastorno del control de los impulsos no clasificado en otros apartados* (DSM-IV-TR, pág. 747).

La *cleptomanía* es probablemente más frecuente en las mujeres que en los varones. Raramente constituye una enfermedad; incluso entre los ladrones de tiendas que son arrestados, sólo aproximadamente el 5 % tiene una historia que resulta consistente con este trastorno. Se asume que, en algunos de los casos, el infractor fabrica esa historia con el objetivo de adaptarse al estereotipo de un trastorno y evitar de esta forma las consecuencias judiciales de sus actos. El inicio puede ser tan temprano como la misma infancia, y por lo general aumenta y disminuye en intensidad, tendiendo a ser de curso crónico.

En la *cleptomanía*, como en otros *trastornos del control de los impulsos*, como el *juego patológico* o la *piromanía*, la persona suele tener impulsos de llevar a cabo una única actividad inapropiada. El Sr. Robbins parece ser una excepción a este hecho, aunque resulta difícil interpretar sus impulsos de mirar a las mujeres. Niega la excitación sexual que uno espera en el *voyeurismo* (una *parafilia*). Si se quisiera realizar un diagnóstico aparte para esta conducta, el apropiado sería el de *trastorno del control de los impulsos no especificado* (DSM-IV-TR, pág. 757).

TODAVÍA ESTUDIANTE

La psicoterapeuta de Ellen Waters decidió remitirla para una consulta psicofarmacológica debido a la persistencia de su estado de ánimo deprimido y sus crisis de angustia. Se trata de una mujer de 37 años, estudiante graduada, que vive sola y se mantiene a sí misma trabajando como asistente sanitaria a domicilio. Completó las prácticas de un doctorado en sociología hace ahora 3 años, pero todavía no ha empezado la tesis.

Ellen es, sin duda, una mujer de aspecto infeliz, y de hecho describe haber sido infeliz la mayor parte de su vida, sin haber pasado por temporadas de felicidad real. Su padre tenía una historia de problemas con el alcohol, y en su casa solía haber un clima de constante crispación. Niega abusos sexuales o físicos, pero manifiesta que en su casa «abusaban emocionalmente» de ella. Fue remitida por primera vez para tratamiento después de que llevara a cabo una tentativa de suicidio a la edad de 14 años, y durante estos últimos años ha pasado por muchos

describían al paciente como «gravemente incapacitado por un trastorno psiquiátrico». Vestía el uniforme de preso y había requerido contención mecánica durante el traslado, charlando consigo mismo de forma jovial, incoherente y rápida. El agente que lo acompañaba explicaba a la enfermera que los atendió: «No callará. Durante las últimas 2 noches ha mantenido en vigilia al resto de presos hablando sin ningún sentido. Está acusado de violación en otro estado; no tenemos más detalles de este punto. No ha querido hablar con nosotros, no ha aceptado comida de ningún tipo, rechaza tomar medicación y se ha pasado todo el tiempo desnudo bajo las sábanas de su cama. Dice que se arranca el vello púbico porque así consigue aumentar su virilidad».

El psiquiatra que acudió para explorar al paciente constató que se trataba de un hombre negro, alto, delgado y que aparentaba realmente los 35 años de edad que decía tener. Llevaba el pelo «poco convencional», desarreglado y aparentemente dejado. Le pareció que tenía una «afectividad intensa» y que resultaba «peligroso». Su discurso era coherente, pero disperso, de tono elevado y rápido. El psiquiatra consideró que contestaba de forma «cauta» y «poco fiable». Daba respuestas extravagantes e inconnexas, por ejemplo cuando se le pidió que deletreara la palabra «mundo», respondió: «m-u-n-d-cero. Utilizo el número, pero ya se que se trata de una letra... Es parte del sistema métrico, el sistema universal, usted ya sabe». Negó haber tenido alucinaciones, impulsos violentos o algún tratamiento psiquiátrico previo.

El psiquiatra pensó que el diagnóstico más probable era el de *esquizofrenia crónica, tipo indiferenciado*, recomendando descartar una intoxicación por sustancias. Se prescribió medicación antipsicótica, pero el Sr. Stover la rechazó, así como que le practicasen una exploración física y unas pruebas de laboratorio. Sólo accedió a que le realizaran un análisis de orina y el test del VDRL. Posteriormente aceptó ser explorado físicamente y refirió a la enfermera que le atendía una historia de consumo de heroína por vía parenteral, una infección por sífilis tratada 8 años antes del ingreso actual, y haber sido herido en el corazón por arma de fuego. El examen físico no reveló evidencias de cicatrices antiguas por disparo de bala ni de ninguna otra marca que lo sugiriera. Las pruebas serológicas para la sífilis estaban dentro de los límites de la normalidad, y la de detección toxicológica en orina a las 72 horas del ingreso dio resultados negativos. La tarde de su traslado, el paciente fue liberado al retirarse los cargos por violación. Sin embargo, continuó ingresado de forma involuntaria para un tratamiento psiquiátrico, y fue transferido a una sala custodiada esa misma noche.

En este nuevo emplazamiento el Sr. Stover se mostró colaborador, aunque se agitaba de vez en cuando y no podía dormir. Después de un par de horas empezó a quejarse de que los «demás» enfermos de la habitación realizaban prácticas homosexuales, cuando de hecho en esa habitación sólo se encontraba él. Dado que el equipo médico tenía miedo de que perdiera el control y que persistía su negativa

a tomar medicación, se decidió trasladarlo a una habitación de aislamiento abierto. Esto no alivió para nada su agitación, y empezó a dar alaridos. Cuando se decidió cerrar la puerta de la cámara de aislamiento, se calmó, agradeció al equipo médico que le protegieran y logró dormirse brevemente.

Al día siguiente, el Sr. Stover fue mantenido en aislamiento, donde permaneció yaciendo en el suelo, merodeando por la habitación o hablando consigo mismo en un rincón. Llevó a cabo movimientos extravagantes y de tipo ritual, y fue mostrando un retraimiento progresivo. Rechazaba la medicación y el alimento sólido, pero aceptaba la ingesta de líquidos. Una enfermera lo describió como «juguetón y reservado». Respondía a las preguntas repitiendo «Me niego, me niego. Estoy en una reunión de ejecutivos». Al cuarto día de ingreso, la psiquiatra que lo estaba examinando observó «conductas peligrosas y sexualmente inapropiadas». Al ser preguntado por su rechazo a tomar medicación, gritó: «No me estáis escuchando», y empezó a hacer gestos como si estuviera besando y a mover la pelvis.

Debido a la persistencia de los síntomas y a la negativa a tomar fármacos, se solicitó una orden judicial para tratamiento. En la vista que se realizó continuó comportándose de forma inapropiada, expulsando ventosidades y refiriéndose a la comisaria del tribunal cómo a «Carol Channing». Perdió la vista debido a «rechazo poco racional al tratamiento farmacológico». Se le ofreció medicación oral, pero prefirió que lo atasen, siendo necesario administrarle la primera dosis de neurolépticos por vía parenteral. Al cabo de 8 horas aceptó la vía oral.

Al cuarto día de tratamiento farmacológico su estado mejoró drásticamente. Se le retiró de la sala de aislamiento y empezó a cuidar de sí mismo y a asistir a las terapias de grupo. Aunque su conducta resultaba ahora en su mayor parte apropiada, todavía se observaban de forma ocasional comportamientos extravagantes, como, por ejemplo, cuando en un grupo de autocuidado se afeitó sus trenzas para que «su cabeza pudiera refrescarse». La exploración de su estado mental ya no revelaba asociaciones inconnexas, y además solicitó que el psiquiatra contactara con su antiguo médico que residía en un estado del medio oeste. Sus únicas revelaciones consistieron en decir que sus padres estaban vivos, que tenía cuatro hermanas y que había estado empleado en una empresa del sector de la construcción, aunque actualmente cobraba una pensión de incapacidad debido a un accidente laboral.

Dado que los cargos por violación habían sido retirados y su estado mental ya no requería un tratamiento involuntario, el equipo médico intentó convencerle para que se quedara de forma voluntaria. Rechazó esta opción y el hospital se vio forzado a darle el alta. Advirtió que planeaba quedarse en la ciudad sólo hasta que pudiera adquirir «objetos de cuero de calidad superior», y que luego volvería al medio oeste. Cuando abandonaba la sala, el Sr. Stover se volvió hacia la enfermera que le había atendido el primer día y le dijo: «Has sido la mejor sirvienta que he tenido en mi vida; ¡puedes quedarte con el yate!».

Discusión sobre «Puedes quedarte con el yate»

Cuando los pacientes afroamericanos se presentan con un cuadro clínico que resulta poco familiar para el médico que los evalúa, los síntomas diana pueden resultar desapercibidos. Aparentemente, el psiquiatra que atendió al Sr. Stover en el primer momento del ingreso, después de constatar los antecedentes de conducta violenta y percibiendo a un hombre de color «peligroso», agitado y muy incoherente, se alarmó principalmente por todos estos síntomas y ello le condujo a efectuar el diagnóstico de *esquizofrenia*. Aparentemente, el psiquiatra pasó por alto que lo que él percibía como pelo «poco convencional» resultaba de hecho un popular peinado caribeño. Si no hubiera sido por la amenazante forma de presentación del Sr. Stover, el médico hubiese podido darse cuenta de que se trataba de un hombre más exuberante que salvaje y desorganizado. Hubiese podido notar a su vez su logorrea, el hecho de que no necesitaba dormir, su irritabilidad y su hiperexcitación sexual, todo ello sugerente de un posible *episodio maníaco* (DSM-IV-TR, página 405). El curso subsiguiente, durante el cual el Sr. Stover demostró un estado de ánimo expansivo y grandilocuente, apoya todavía más este diagnóstico. En ausencia de datos sobre *episodios previos de manía o de depresión mayor*, el diagnóstico debería ser el de *trastorno bipolar I, episodio maníaco único, grave con síntomas psicóticos* (DSM-IV-TR, pág. 433).

Diversos trabajos han demostrado que los médicos suelen diagnosticar incorrectamente a los pacientes afroamericanos, decantándose por una *esquizofrenia* en vez de por un *trastorno bipolar*. En este caso, la sospecha preliminar de *esquizofrenia* o de intoxicación por sustancias resultaban razonables, pero el diagnóstico diferencial hubiese tenido que incluir el *trastorno bipolar I con síntomas psicóticos*.

EL FUNCIONARIO PÚBLICO

Maurice Rosen tenía 69 años cuando pidió hora para el neurólogo. Últimamente había notado deslices en su memoria y problemas para concentrarse, que empezaban a interferir en su trabajo de funcionario de hacienda. Se quejaba de lentitud y de perder el hilo del pensamiento. Ya le costó bastante aprender los úl-

timos cambios en las leyes de impuestos, y su mujer decía que se estaba volviendo más retraído y que le costaba iniciar cualquier actividad. De todas formas, todavía era capaz de cuidar de sus finanzas personales y de acompañar a su mujer a actos sociales. Aunque levemente deprimido por estos déficit, negaba otros síntomas de depresión, como alteraciones del sueño o del apetito, sentimientos de culpa o ideación suicida.

El Sr. Rosen presentaba una larga historia de tratamientos por episodios depresivos, que empezaron a la edad de 20 años. Había tomado varios antidepresivos diferentes, y en una ocasión se sometió a una tanda de sesiones de terapia electroconvulsivante. Seis meses antes de la exploración actual había estado tomando un antidepresivo. Hace ahora 2 años presentó un temblor intermitente de reposo en la mano izquierda y una marcha en arrastre. Aunque su psiquiatra consideró la posibilidad de que se tratara de una enfermedad de Parkinson, el neurólogo no lo confirmó, y por lo tanto no se le pautó ningún tratamiento adicional.

El neurólogo que le estaba explorando en el momento actual observó que su habla espontánea era dubitativa y poco clara (disártrica). La exploración de los pares craneales resultó normal. Apreció un ligero aumento del tono muscular en cuello y extremidades. El movimiento alternante de manos era llevado a cabo lentamente. Presentaba un ligero temblor de reposo intermitente en su brazo izquierdo. Los reflejos eran simétricos. El neurólogo efectuó el diagnóstico de enfermedad de Parkinson idiopática, y le prescribió un tratamiento de carbidopa a dosis bajas, medicación que alivia los síntomas de este trastorno.

El examen neuropsicológico efectuado 3 semanas después arrojó una puntuación normal en la Wechsler Adult Intelligence Scale Revise (CI global = 104), desglosable en un CI verbal de 118 y un CI manipulativo de 84. Se valoró la memoria con un test de 10 pruebas de 12 ítems cada una, detectándose un pobre rendimiento en las tareas de recuerdo selectivo, ya que no recordaba más de 7 ítems en cada prueba, y sólo recordaba 3 palabras después de 15 minutos, aunque era capaz de reconocer las que le faltaban. Mostró una marcada dificultad para dibujar figuras superpuestas y líneas paralelas. Era incapaz de dibujar figuras tridimensionales. En las pruebas de lenguaje se puso en evidencia un deterioro de la capacidad de nominación. En resumen, el Sr. Rosen mostró evidencias de afasia nominativa y de deterioro de la memoria y de las capacidades manipulativas. Estos déficit podían ser debidos al enlentecimiento, a la pobreza de la planificación y a la perseveración, pero se pensó que eran secundarios a la propia enfermedad de Parkinson. Entre las exploraciones complementarias efectuadas cabe destacar una resonancia magnética nuclear, que sólo reveló una atrofia generalizada, y un estudio electroencefalográfico que puso de manifiesto un ritmo de base enlentecido generalizado significativo.

Discusión sobre «El funcionario público»

Aunque el primer neurólogo que exploró al Sr. Rosen no efectuó el diagnóstico de enfermedad de Parkinson, la posterior aparición de un temblor intencional de reposo y de alteraciones en el habla y en otras funciones motoras confirmaron el diagnóstico. La segunda exploración neurológica vino motivada primariamente por síntomas cognoscitivos, entre los que se incluían fallos de memoria, problemas de concentración y dificultades para iniciar actividades dirigidas a un objetivo. En los tests neuropsicológicos efectuados, el Sr. Rosen mostró una afasia nominativa y deterioro de la memoria y de las capacidades manipulativas.

Todos estos síntomas, cuando resultan lo suficientemente graves como para deteriorar significativamente el rendimiento del individuo, indican la presencia de una demencia. Por lo tanto, el diagnóstico es de *demencia debida a enfermedad de Parkinson sin alteración del comportamiento* (DSM-IV-TR, página 190).

La mayor parte de pacientes con enfermedad de Parkinson acaban presentando algún tipo de deterioro cognoscitivo. Si el inicio de la enfermedad se sitúa en las etapas tardías de la vida o si existe una historia de depresión (ambos hechos coexisten en este caso), la aparición de demencia es más probable.

Seguimiento

Las funciones motoras del Sr. Rosen mejoraron con carbidopa, pero su memoria fue empeorando. En el momento de la exploración notaba dificultades ocasionales para decir la hora y hacer cheques. Su mujer decía que olvidaba de forma inmediata conversaciones o escenas de películas. Volvieron a recetarle fluoxetina, pero sin que ello reportara ninguna mejora en su estado cognoscitivo. A continuación padeció un pequeño accidente vascular cerebral que afectó temporalmente sus funciones motoras. Con todas estas nuevas dificultades, decidió jubilarse.

Al año siguiente manifestó un aumento de las dificultades para la toma de decisiones, un mayor deterioro de la memoria y más problemas para encontrar las palabras adecuadas. Su enfermedad de Parkinson también había empeorado. Al segundo año, su habla se volvió más difícil de comprender, y presentaba episodios de «paralización» (sus pies se quedaban enganchados

vo con esta medicación, y durante 7 años no presentó ningún tipo de tolerancia a los efectos del fármaco. Volvió a la escuela y consiguió graduarse, completando posteriormente 2 años de instituto en su comunidad. Consiguió un empleo de secretaria y se casó con el hombre de su vida. Su rendimiento laboral y las relaciones con sus hijos y con su pareja han mejorado enormemente.

ATAQUES DE NERVIOS*

Belinda Otero, gritando y en estado de agitación, fue conducida al servicio de urgencias de un hospital de ciudad por su familia, quejándose de un intenso dolor hemifacial izquierdo. Desde hacía una semana, justo al enterarse de que su ex marido había vuelto a casarse en la República Dominicana, había empezado a presentar un estado de agitación progresiva, con insomnio y anorexia. Se mudó a casa de su madre con sus dos hijos, y a partir de aquel día empezó el dolor facial.

El psiquiatra que la exploró en urgencias constató que la Sra. Otero se mostraba en ocasiones muda y en otras murmuraba vocablos ininteligibles en español e inglés. Se le administró una dosis baja de un fármaco antipsicótico sin observarse respuesta. Debido a su conducta, se decidió ingresarla en la sala de psiquiatría para orientación diagnóstica y terapéutica.

Una vez en la sala, la Sra. Otero continuó en estado de agitación, mostrando a su vez accesos de conductas extravagantes. Por ejemplo, de golpe le robaba la cartera a otra paciente o intentaba estrangular a un enfermo agarrándose fuertemente de las cadenas de oro que éste llevaba en el cuello. En una ocasión se comió las flores de plástico de un jarrón. Tenía una apariencia triste, aterrorizada y desarreglada. Tenía ideas de referencia y alucinaciones auditivas de control, por las cuales oía la voz de su hija diciéndole que debía quitarse la vida. Recibió dosis altas de un fármaco antipsicótico. A pesar de que su agitación remitió levemente, continuó desplegando de forma intermitente conductas extravagantes.

Al día siguiente se mantuvo una reunión familiar entre la Sra. Otero, su madre y sus hijos, merced a la cual se puso de manifiesto que cuando la Sra. Otero se

*De Oquendo H, Horwath E, Martínez A: «Ataques de Nervios: Proposed Diagnostic Criteria for a Culture Specific Syndrome». *Culture, Medicine and Psychiatry* 16:367-376, 1992.

enteró de que su ex marido se había vuelto a casar se aterrorizó temiendo que éste no volvería a pasarles la pensión a ella y a sus hijos. Se acordó una reunión con el ex-marido el día siguiente para discutir estas cuestiones, y éste indicó su intención de continuar pagando la manutención de los muchachos. Después de esta reunión, se produjo un cambio drástico en el estado de la Sra. Otero. La sintomatología psicótica remitió, y sus episodios intermitentes de agitación desaparecieron. La medicación fue disminuyéndose hasta suspenderla, sin que se apreciara una recurrencia de los síntomas. Dada la restitución *ad integrum*, se le dio el alta a la semana de su ingreso.

Discusión sobre «Ataques de nervios»

Este caso ha sido presentado como ejemplo de un síndrome específico de una cultura, que no está reconocido en la clasificación oficial de los trastornos mentales. *Ataques de nervios* ilustra un cambio de conducta repentino, drástico, pero transitorio, observado en personas de los países de habla hispana después de la aparición de una situación estresante grave. A veces se atribuye a espíritus malévolos. Acostumbra implicar síntomas disociativos y frecuentemente otros que sugieren una crisis de angustia, como palpitaciones, opresión cordial, dificultad para respirar y sensación de mareo. También puede haber, como en este caso, conductas extravagantes y síntomas psicóticos francos, como, por ejemplo, alucinaciones. La alteración suele iniciarse en presencia de los miembros de la familia, y ésta a menudo se moviliza para proporcionar apoyo al paciente e incluso para aplacar la situación estresante.

Aunque en este caso las alucinaciones y la incoherencia, que tan sólo duraron un par de días, apoyan el diagnóstico oficial de *trastorno psicótico breve* (DSM-IV-TR, pág. 373), constituiría un serio error ignorar la diferencia fundamental entre este trastorno psicótico aparente y otros trastornos psicóticos en los que el estrés y los síntomas disociativos no juegan un papel importante. De forma retrospectiva, no darse cuenta de que éste no era un trastorno psicótico usual y de que la restitución *ad integrum* de la paciente era previsible, contribuyó a que de forma equivocada se le administrara un fármaco antipsicótico.

Estos casos han suscitado preguntas tan interesantes como si resulta apropiado dar un diagnóstico patológico a una entidad como los *ataques de nervios*, ya que éstos pueden ser considerados una expresión de malestar

acorde con unos rasgos culturales específicos, análoga al duelo normal. Se podría argumentar que si esta mujer hubiera recibido el apoyo social suficiente por parte de su familia, se hubiese recuperado rápidamente y nunca hubiese requerido asistencia médica.

La Sra. Otero experimentó la boda de su ex-marido como muy estresante, aunque es difícil aclarar si un hecho como éste resultaría lo suficientemente estresante para la mayor parte de personas de la misma cultura y en circunstancias similares. Sin embargo, debido a que resulta evidente que el estrés que representó la boda de su ex-marido fue lo que precipitó este episodio, si uno tuviera que efectuar el diagnóstico del DSM-IV-TR de *trastorno psicótico breve*, añadiría *con desencadenante grave*.

NERVIOS DESTROZADOS

Norma Jean Luby, un ama de casa de 49 años de edad, fue visitada en una clínica de la región central de los Apalaches después de ser remitida por su médico de cabecera para descartar un cuadro depresivo. Se trataba de una mujer pálida, vestida de forma sencilla pero elegante, con el pelo sujetado hacia atrás y que no llevaba maquillaje. Durante la mayor parte de la entrevista sus ojos estaban llenos de lágrimas, aunque no lloraba abiertamente. Hablaba de forma tan lenta y tenue que en ocasiones resultaba inaudible. Parecía una mujer tímida, abyecta, dependiente, desamparada y desesperanzada. Comentaba que llevaba toda la vida enferma, resumiendo su situación con la frase: «Tengo los nervios destrozados. No puedo hacer nada».

Refería múltiples quejas somáticas, incluyendo «nudos dolorosos en la garganta», columna vertebral destrozada, cefaleas que se irradiaban por todo el cuerpo, y dolores pélvicos y abdominales. Describía una gran variedad de síntomas gastrointestinales y respiratorios. Al realizarle una exploración física rutinaria, el psiquiatra se dio cuenta de que contestaba afirmativamente a todas las preguntas. Comentaba haber estado deprimida siempre, y cada vez en mayor grado. Estaba triste, temerosa, y tenía sentimientos de desamparo y desesperanza. No tenía energía y hacía pocas cosas aparte de «estar sentada en casa». No tenía interés por nada, ni nada le producía placer. Podía conciliar el sueño, pero se despertaba repetidas veces durante la noche y se quedaba totalmente despejada mucho antes de que amaneciera. No tenía apetito y había perdido 4,5 kg durante los últimos

2 meses. Explicaba varios episodios de pérdidas y ganancias de peso en el pasado. Refería desinterés y dificultades de atención. «Cuando las personas me hablan, olvido lo que me están diciendo en mitad de la frase». De vez en cuando oía voces que pronunciaban su nombre. Miraba a su alrededor, pero no veía a nadie. Refería, asimismo, frecuentes episodios de «sofocos». Durante los mismos también pensaba que podía morir por ahogamiento, se mareaba, notaba palpitaciones y sentía hormigueos en sus manos.

La Sra. Luby nunca había sido evaluada o tratada por un psiquiatra; no obstante, su médico de cabecera había confeccionado su historial de 25 años de forma detallada, y de él podía desprenderse que en el pasado ya presentaba un cuadro clínico similar al actual. Había tomado múltiples ansiolíticos poco potentes durante todo este tiempo, sin que éstos le reportaran beneficio alguno. Aparte de episodios leves y autolimitados de enfermedades médicas, por lo general infecciones, los resultados de las exploraciones físicas y de laboratorio siempre se habían movido dentro de los límites de la normalidad, al igual que sucedía en el momento actual.

La paciente había nacido en las montañas de la región central de los Apalaches, lugar donde había vivido siempre. Acudió a la escuela hasta el octavo curso, pero «no podía aprender». Se mostró incapaz de decir a qué edad había abandonado la escuela y decidido «permanecer en casa» con su madre y su padre. Todos sus hermanos habían abandonado el hogar, pero ella «se quedó en casa ayudando a su madre». Así estaban las cosas hasta que conoció y contrajo matrimonio con su actual marido, a la edad de 23 años. Tuvieron 3 hijas, hoy en día ya mayores. Su marido, un antiguo minero de carbón, cobraba una pensión de invalidez ya que padecía antracosis.

Discusión sobre «Nervios destrozados»

Este caso nos ilustra un síndrome que se ve frecuentemente en personas que viven en la zona rural de los Apalaches. El síndrome se caracteriza por un patrón de quejas somáticas y emocionales que son atribuidas a los «nervios» más que a causas o enfermedades físicas específicas. Entre los síntomas comunes de este síndrome se incluyen desmayos, parálisis parciales, olvidos y amnesia, inactividad y debilidad, e incapacidad para llevar a cabo tareas físicas arduas sin que aparezcan desmayos, temblores o «sensación de hacerse pedazos». Las personas que padecen este síndro-



9 788445 812235
ISBN 978-84-458-1223-5