

rados y tratados de forma incorrecta o insuficiente. La hipocondría puede ser lo bastante intensa para resultar incapacitante y es persistente, con altibajos en la sintomatología.

En las *enfermedades facticias*, el paciente produce síntomas físicos de enfermedad de manera consciente y voluntaria. El término *síndrome de Munchausen* se reserva para aquéllos que manifiestan procesos facticios especialmente crónicos, graves o impresionantes. En las enfermedades facticias verdaderas, lo que resulta gratificante para el sujeto es adoptar el papel de enfermo. Son muchos los signos, síntomas y enfermedades simuladas o causadas por el comportamiento facticio; los más frecuentes son diarrea crónica, fiebre de origen desconocido, hemorragia intestinal o hematuria, convulsiones e hipoglucemia. El trastorno facticio no suele diagnosticarse sino hasta transcurridos cinco a 10 años desde su comienzo, y puede traer consigo importantes costes médicos y sociales. En la *simulación*, la invención deriva del deseo de recibir una recompensa externa, como un medicamento narcótico o una compensación por incapacidad.

Rx TRATAMIENTO

Los pacientes con trastornos de somatización suelen ser objeto de numerosas pruebas diagnósticas e intervenciones exploratorias, en el intento de encontrar su enfermedad "real". Este enfoque está condenado al fracaso, pues no aborda el problema fundamental. El tratamiento debe dirigirse a la modificación del comportamiento, limitando estrictamente el acceso al médico y adaptándolo de manera que se preste un apoyo predecible y mantenido en el tiempo, y que sea menos claramente condicionado por el nivel de malestar del paciente. Las visitas deben ser breves y no asociadas a la necesidad de tomar una medida diagnóstica o terapéutica. Aunque la bibliografía al respecto es limitada, algunos pacientes con trastorno de somatización pueden mejorar con un tratamiento antidepressivo. Tanto la fluoxetina como los MAOI resultan útiles para reducir las ruminaciones obsesivas, la disforia y la preocupación ansiosa de los pacientes con múltiples molestias somáticas.

El tratamiento de los trastornos facticios es complicado, ya que cualquier intento de confrontar al paciente genera sólo una sensación de humillación y hace que éste abandone la consulta de ese profesional. La mejor estrategia consiste en introducir la causalidad psicológica como una de las posibles explicaciones y englobar la enfermedad facticia como opción en el diagnóstico diferencial que se plantea. Sin vincular directamente la intervención psicoterapéutica con el diagnóstico, es posible ofrecer al paciente una forma de conservar su orgullo y examinar su relación patológica con los servicios sanitarios, con el fin de desarrollar formas alternativas de afrontar los factores de estrés de su vida.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Los trastornos de la personalidad son patrones característicos del pensamiento, de los sentimientos y de la relación interpersonal que son relativamente inflexibles y que producen graves alteraciones funcionales o sufrimiento subjetivo en la persona. Los comportamientos observados no son secundarios a otros trastornos mentales ni desencadenados por el consumo de sustancias tóxicas o por una enfermedad orgánica general. Esta distinción es a menudo difícil de hacer en la práctica clínica, porque la alteración de la personalidad puede ser el primer signo de una enfermedad neurológica, endocrina u otra enfermedad médica grave. Los pacientes con tumores del lóbulo frontal, por ejemplo, pueden tener cambios de la motivación y de la personalidad durante el período en que la exploración neurológica se encuentra dentro de límites normales. Suele considerarse a las personas con trastornos de la personalidad como "pacientes difíciles" en la práctica clínica, porque parecen ser excesivamente exigentes, reacios a cumplir con los planes terapéuticos recomendados o tener ambas características. Aunque el DSM-IV muestra los trastornos de la personalidad como categorías cualitativamente distintas, hay una perspectiva alternativa, según la cual las características de la personalidad varían como un continuo entre el funcionamiento normal y el trastorno mental formal.

Los trastornos de la personalidad se han agrupado en tres grupos que se superponen. El *grupo A* comprende los trastornos paranoide, es-

quizoide y esquizotípico de la personalidad, e incluye a personas peculiares y excéntricas que se mantienen emocionalmente distantes de los demás; estas personas tienen un abanico emocional restringido y permanecen aisladas socialmente. Los pacientes con trastorno esquizotípico de la personalidad suelen tener percepciones anómalas y expresan creencias mágicas sobre el mundo que los rodea. Los rasgos esenciales de la personalidad paranoide son desconfianza y sospecha constantes, no justificadas por la evidencia. El *grupo B* comprende los tipos antisocial, limitrofe, histriónico y narcisista, y describe a personas de comportamiento impulsivo, excesivamente emocional y errático. El *grupo C* abarca los tipos de personalidad evitador, dependiente y obsesivo-compulsivo, cuyos rasgos más constantes son ansiedad y temor. Las fronteras entre los tipos son un tanto artificiales, y muchas personas que cumplen los criterios de un trastorno de la personalidad también tienen aspectos de otro. Además, los pacientes que cumplen los criterios diagnósticos de trastorno de la personalidad corren mayor riesgo de sufrir un trastorno mental mayor comórbido.

Rx TRATAMIENTO

La terapia conductual dialéctica (*dialectical behavior therapy*, DBT) es una estrategia cognitiva-conductual que se centra en los cambios conductuales, y al mismo tiempo brinda aceptación, compasión y validación del enfermo. Algunas investigaciones alcazorizadas han demostrado la eficacia de la DBT en el tratamiento de trastornos de la personalidad. Los antidepressivos y las dosis bajas de antipsicóticos pueden tener alguna eficacia en los trastornos de la personalidad de grupo A, en tanto que los estabilizadores del estado de ánimo (timolépticos) anticonvulsivos y los MAOI pudieran ser útiles en individuos con entidades del grupo B que presentan intensa reactividad anímica, descontrol conductual, hipersensibilidad de rechazo o alguna combinación de estas manifestaciones. Los sujetos ansiosos o temerosos del grupo C suelen mejorar con fármacos utilizados contra trastornos de ansiedad del eje I (véase antes en este capítulo). Es importante que el médico y el paciente tengan esperanzas razonables frente a los beneficios posibles de cualquier fármaco utilizado y sus reacciones adversas. La mejoría puede ser sutil y observable sólo después de un lapso considerable.

ESQUIZOFRENIA

MANIFESTACIONES CLÍNICAS La esquizofrenia es un síndrome heterogéneo que se caracteriza por perturbaciones del lenguaje, la percepción, el pensamiento, la relación social, el afecto y la voluntad. No tiene manifestaciones patognomónicas. Este síndrome suele aparecer en los últimos años de la adolescencia, su comienzo es insidioso (menos común, agudo) y, clásicamente, su pronóstico es adverso, ya que el paciente avanza desde el retraimiento social y las distorsiones de la percepción hasta un estado crónico de ideación delirante y alucinaciones. Los enfermos con esquizofrenia pueden presentar síntomas positivos (como desorganización conceptual, ideas delirantes o alucinaciones) o síntomas negativos (deterioro funcional, anhedonia, expresión emocional reducida, alteración de la concentración y decremento de las relaciones sociales) y deben tener al menos dos de estos síntomas durante un período mínimo de un mes, y síntomas continuos de la enfermedad al menos durante seis meses para cumplir los criterios diagnósticos formales. Los síntomas "negativos" predominan en la tercera parte de los esquizofrénicos, y se asocian con mal pronóstico a largo plazo y con escasa respuesta al tratamiento farmacológico; no obstante, la evolución es muy variable de unos pacientes a otros y los síntomas son típicamente individuales.

Los cuatro subtipos principales de la esquizofrenia son catatónica, paranoide, desorganizada y residual. Muchos sujetos tienen síntomas de varios subtipos. El *tipo catatónico* describe a pacientes en cuyo cuadro inicial predominan cambios profundos en la actividad motora, negativismo y ecolalia o ecopraxia. El *tipo paranoide* describe a aquéllos en quienes es notable la preocupación por un sistema delirante específico, y que por lo demás no cumplen con los requisitos para tener una enfermedad de *tipo desorganizado*, en quienes la desorganización del habla y el comportamiento se acompaña de afectividad superficial o "tonita". En el *subtipo residual* existen síntomas negativos sin que aparezcan delirios, alucinaciones y perturbaciones motoras. El término *trastorno esquizofrénico* describe a pacientes que cumplen con las exigencias sintomáticas,

pero
afectiv
síntom
del est
síntom
observ
10% d
La
valenci
cada a
costes
lares.

DIAGNÓ
exclusi
estado
consum
cia pro
extrañ
y deriva
proporc
nueva ap
ración n
normal,
cian rigi

EPIDEMIO
identific
incluyen
llo y habe
genéticos
terminan
dor de 6.
afectado.
la a sus hi
cigotos es
familias p
presentar
trastornos
entidades
perfil de d
de consoli
céntrico y

A pesar
los resulta
esquizofre
yor. Entre
lina I en d
deshidrogen
gunos de lo
ello un obje
diadas por
han señalac
tor nicotíni
del procesar

La esqui
nales y perin
fetal, exposi
y deficiencia
monocigoto
han destaca
y no afectad
golpes" que
biental. Este
desarrollo en

En la esq
tructurales y
miento de ve
en la amígdal
volución fusif
cortical con e