

ESCRITO POR

Cristian Llach

ILUSTRADO POR

Valentina Silva

En el laberinto

GUÍA ILUSTRADA DE PSIQUIATRÍA



Ariel

ESCRITO POR

Cristian Llach

ILUSTRADO POR

Valentina Silva

En el laberinto

GUÍA ILUSTRADA DE PSIQUIATRÍA

Ariel

Primera edición: septiembre de 2023

© 2023, Cristian Llach López

Ilustraciones y diseño de interior: © Valentina Silva Irarrázaval

Asesoramiento científico y gráfico: Carla Conejo González

Asesoramiento narrativo: Jordi Planes Bassas

Edición: Caterina Da Lisca y Emilio Albi Piquer

Esta obra cuenta con el soporte de CIBERSAM.



Derechos exclusivos de edición en español:

© 2023: Editorial Planeta, S. A.

Avda. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona

Editorial Ariel es un sello editorial de Planeta, S. A.

www.ariel.es

www.planetadelibros.com

ISBN: 978-84-344-3669-5

Depósito legal: B. 12.853-2023

Impreso en España

La lectura abre horizontes, iguala oportunidades y construye una sociedad mejor. La propiedad intelectual es clave en la creación de contenidos culturales porque sostiene el ecosistema de quienes escriben y de nuestras librerías. Al comprar este libro estarás contribuyendo a mantener dicho ecosistema vivo y en crecimiento.

En **Grupo Planeta** agradecemos que nos ayudes a apoyar así la autonomía creativa de autoras y autores para que puedan seguir desempeñando su labor.

Dirígete a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesitas fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puedes contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

El papel utilizado para la impresión de este libro está calificado como **papel ecológico** y procede de bosques gestionados de manera **sostenible**.



PREFACIO	8
UNA INTRODUCCIÓN A LA PSIQUIATRÍA	10
UNA LOCURA DE HISTORIA	24
UNA CIENCIA PARA EL CEREBRO	44
EL NOMBRE DE LAS COSAS	62
ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS	80
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	98
TRASTORNOS DEPRESIVOS	116
TRASTORNOS BIPOLARES	134
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	150
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	166
TRASTORNOS TRAUMÁTICOS Y POR ESTRÉS	184
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	200
TRASTORNOS DEL NEURODESAROLLO	218
TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS	236
OTROS TRASTORNOS MENTALES	256
EPÍLOGO	274
GLOSARIO	276
REFERENCIAS	281

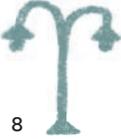




A veces, la psiquiatría genera dudas, respeto e incluso temor. Frecuentemente, despierta interés, curiosidad e incluso fascinación. No he visto nunca que suscite indiferencia. Con esto en mente, decidí recopilar las experiencias y conocimientos acumulados durante mi período de residencia médica, cuando los médicos nos formamos y nos convertimos en especialistas. Mi intención inicial al escribir este libro era, pues, transmitir una serie de conocimientos sobre salud mental y trastornos psiquiátricos que, como mínimo, generara empatía hacia aquellas personas que los padecen. No obstante, cualquier persona se esfuerza para transformar en realidad una «entelequia», una palabra especialmente bonita que se refiere a aquello perfecto o ideal que solo existe en la imaginación. En mi caso, mi entelequia era ofrecer una perspectiva del tema que combinara una vertiente técnica con un relato entretenido, y que funcionara de alguna manera como intérprete del modo de trabajar de un psiquiatra moderno para informar y *empoderar* a un ciudadano en este campo. Creo que esta última idea, la de *empoderar en salud mental*, tiene aún un largo recorrido.



Así pues, esta obra está pensada como un resquicio por donde mirar la psiquiatría actual entre bastidores, exponiendo sus debilidades, sus fortalezas y sus paradojas. He hecho un ejercicio de síntesis de los grandes libros de texto, las guías diagnósticas y clasificatorias y los clásicos de la disciplina para transformarlos en algo fiable, exhaustivo, directo, ameno y, por qué no, ¡ilustrado! También he intentado aportar un grado de informalidad a la vez que mantenía un enorme respeto hacia todas aquellas personas en las que pensaba, irremediablemente, mientras escribía.



Sin embargo, hay una serie de aclaraciones que me gustaría hacer. En este texto se hacen generalizaciones acerca de los trastornos mentales (o cerebrales, como sería más apropiado llamarlos), y es importante entender que cada persona es única y manifiesta su enfermedad de manera exclusiva. Como decía Hipócrates, un médico del siglo IV a. C., no existen enfermedades sino enfermos. En consecuencia, expongo las enfermedades como un resumen de lo que se puede encontrar en la población general, y no como lo que un individuo determinado va a padecer necesariamente. También me he centrado en las formas más

severas de los trastornos psiquiátricos (lo que se denomina informalmente «trastornos mentales severos»). Lo he hecho así porque, a pesar de que la inmensa mayoría de los pacientes experimentan formas leves de los trastornos, comprender los casos más graves permitirá captar mejor su esencia última. Finalmente, he intentado evitar en la medida de lo posible la palabra «paciente». La verdad es que existen pocas alternativas a ella, pero tiene algo de desafortunado llamar a alguien de esta manera por el matiz de *inactividad* que implica. En medicina en general, pero aún más en psiquiatría, es importante depositar en el inconsciente colectivo la idea de que es necesario que las personas tomen un papel *activo* en la gestión de su realidad.

La estructura del libro está pensada como una excursión guiada por el laberinto de la psiquiatría. En primer lugar, te encontrarás con una pequeña parte introductoria, en la que se dan las explicaciones y herramientas necesarias para dar los primeros pasos sin desorientarte. Empezarás con una aproximación práctica y filosófica de la disciplina, para seguir con un relato histórico de esta y de los síntomas psiquiátricos, unos pocos conceptos básicos de neurociencia y algunas nociones breves del lenguaje de la salud mental, la *psicopatología*. Una vez bien preparado, izarás las velas para recorrer, a modo de travesía marítima, los trastornos más comunes que se esconden en los recovecos. A la vez, cada capítulo (o isla) que visites tiene un relato inicial en el que se da la voz a personas que padecen el trastorno psiquiátrico en cuestión. Esto va seguido de algunas observaciones culturales, una descripción de los síntomas y una aproximación al diagnóstico y el tratamiento.

Finalmente, una confesión. Mientras mis manos tecleaban las líneas del libro, mi cabeza imaginaba a dos personas (muy reales para mí) detrás de mí, escudriñando mis esfuerzos. La primera me impulsaba a comprobar una y otra vez el contenido y la forma de lo que escribía, añadiendo un «sí, ¿seguro?» una y otra vez. La segunda persona se encargaba de revisar que las palabras fueran *amistosas*: «no sé si *conectarás* con el lector». Estas dos miradas han convergido, de manera más o menos afortunada, en lo que tienes en las manos. Y mi entelequia ahora es que ambas, aunque no estén completamente satisfechas, aprueben la versión final.





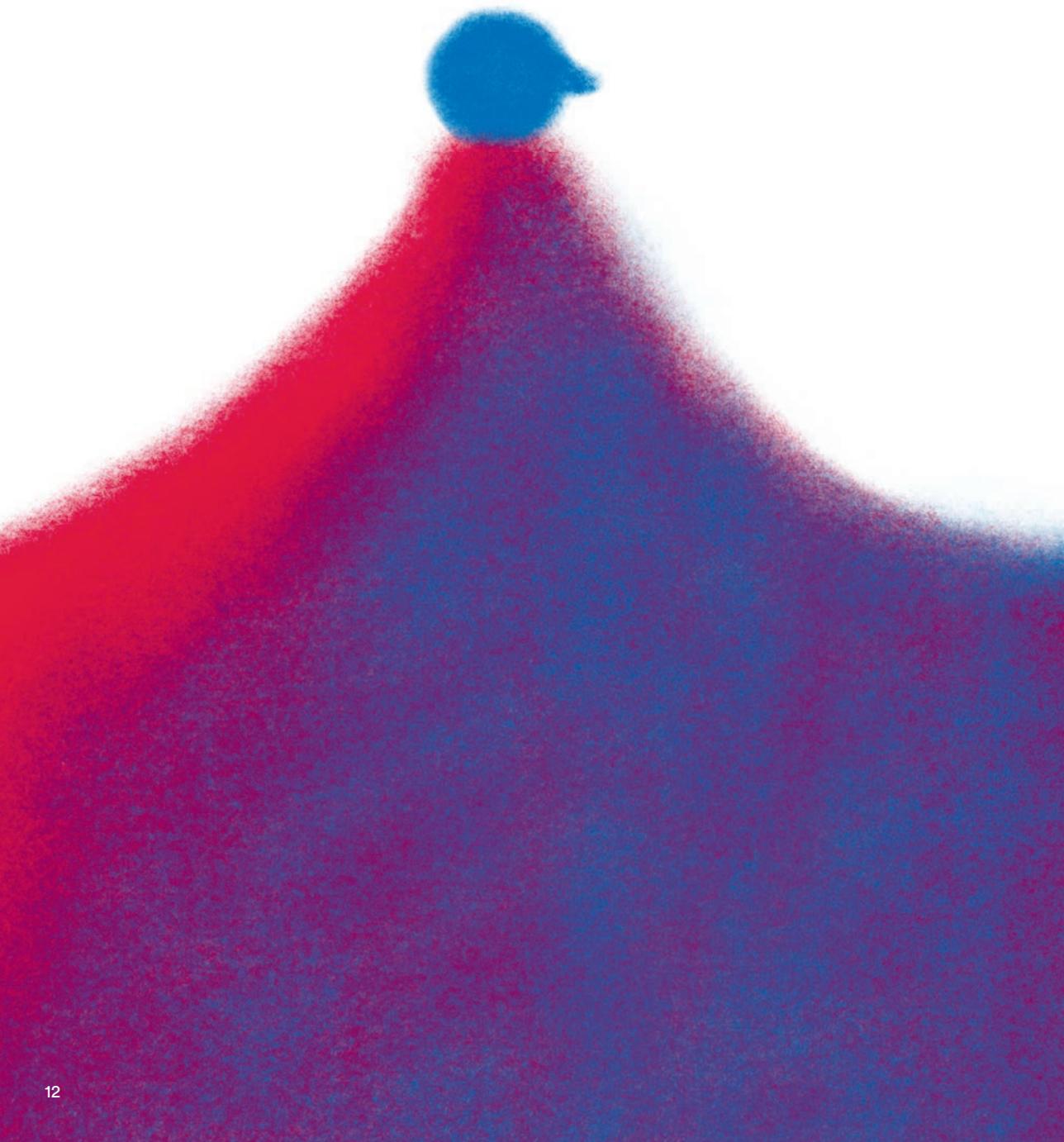
«Es difícil, en última instancia,
hablar de lo normal y la norma sin
caer en el terreno de la ideología.»

JORGE L. TIZÓN

UNA INTRODUCCIÓN A LA

PSIQUIATRÍA

Empecemos por la conclusión. La psiquiatría surge de un encuentro muy especial entre dos personas. Alguien que padece un problema en sus pensamientos, emociones y conductas (un trío que se lleva muy bien y que es muy importante en esta disciplina; lo llamaré PEC de ahora en adelante), y alguien que intenta comprender y ayudar a otra persona.



Todo lo que encontrarás a continuación brota de este encuentro y fluye por siglos de pensamiento, clínica e investigación. Por eso, es importante analizar con un poco de detalle qué es lo que ocurre en este escenario, que actualmente llamamos «entrevista clínica».



LA ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista clínica, es decir, el intercambio de palabras entre psiquiatra y paciente, es el pilar del diagnóstico (y a veces del tratamiento) psiquiátrico. Es lo que nos permite conocer qué le ocurre a nuestro paciente. En otras especialidades, el diagnóstico recae con más fuerza en las pruebas complementarias: analíticas, electrocardiogramas o pruebas de **neuroimagen**, entre otras. En psiquiatría, usamos dichos test para descartar enfermedades **somáticas** que pueden parecerse a los trastornos psiquiátricos (como ocurre, por ejemplo, con la **anemia** y la depresión), o para controlar los posibles efectos secundarios de la medicación que prescribimos.

La conversación normalmente empieza por la pregunta más abierta posible: «¿En qué puedo ayudarle?» o «Empiece por donde usted quiera», y de esta manera se identifica cuál es el motivo de la consulta. En esta fase inicial se forma la primera impresión entre paciente y psiquiatra, y se constituye la alianza terapéutica: la confianza entre uno y otro es clave para que los pacientes avancen en la comprensión de lo que les ocurre y de la necesidad de abordarlo correctamente, ya sea con **psicoterapia** o con medicación. Aunque el paciente no sepa muy bien cómo explicar lo que le sucede, el psiquiatra lo asistirá a la hora de ponerle palabras.

Durante la entrevista se realizan una serie de preguntas estructuradas que permiten al psiquiatra llegar a una **orientación diagnóstica**. La entrevista parte de preguntas muy generales para avanzar hacia otras más específicas, sensibles y personales, según lo que el psiquiatra sospeche. Se suelen incluir los antecedentes de enfermedades somáticas o psiquiátricas (tanto del paciente como de sus familiares), el consumo de sustancias con potencial adictivo e incluso algunos detalles de la vida privada (algo conocido como «sociobiografía», que aporta pistas de cuál puede ser el impacto final de un trastorno mental).

Los **síntomas** y **signos** identificados mediante la entrevista se agrupan generalmente en distintos síndromes (como, por ejemplo, el síndrome depresivo) y, dentro de estos, trastornos específicos (como el trastorno

depresivo mayor o el trastorno depresivo crónico). Es importante tener en cuenta que llegar al diagnóstico de un síndrome o de un trastorno específico depende de la complejidad del caso y del tiempo disponible. Por ejemplo, en una visita a urgencias se recibe normalmente un diagnóstico sindrómico: algo general que nos ayuda a tomar decisiones rápidas, pero poco precisas. Muchas veces, una primera visita en consultas externas acaba del mismo modo. En cambio, al cabo de varias visitas sucesivas (o de varios días ingresado en un hospital), es más fácil afinar y concretar un diagnóstico específico, que se acompañe de un tratamiento más ajustado.

El plan terapéutico puede consistir, si se considera que no hay trastorno (o que es leve), en no hacer nada y tranquilizar al paciente. Evidentemente, lo ideal es concertar una o dos visitas de control para confirmar esta impresión. En otras situaciones, puede ser que se aconseje empezar psicoterapia o medicación.

LA NORMALIDAD Y LA SALUD

Como hemos visto, al terminar la entrevista clínica, el paciente puede recibir un diagnóstico específico o no. De algún modo, el psiquiatra habrá decidido si lo que explica el paciente es *suficientemente específico, grave y alejado de la normalidad* como para constituir un conjunto de síntomas o signos y, según eso, si hay o no trastorno. Dos sensaciones pueden asaltar habitualmente a la persona recién salida de la consulta: «Creo que la psiquiatra no me ha dado la importancia que merecía» o «El psiquiatra es un exagerado». Porque ¿en función de qué decide lo que es normal y lo que no? Dedicaremos unas páginas a reflexionar sobre esta pregunta.

Empecemos por el concepto de «normalidad». Los seres humanos nos sentimos cómodos trabajando con categorías cerradas: sí o no, normal o anormal, sano o enfermo, loco o cuerdo, Barça o Madrid. El tener claro que estamos a favor de una categoría y no de otra nos aporta una sensación de seguridad, de claridad y de pertenencia a un grupo que piensa como nosotros. Además, es más cómodo y eficiente pensar en estos términos. Usar un porcentaje, gradación o escala, por ejemplo,

cuesta mucha más energía y tiempo, ya que existen más opciones donde situar el valor de nuestra variable. Y la mayoría de las personas tiende a actuar de un modo eficiente. Estamos, pues, ante una trampa del pensamiento.

Muchas veces cuesta encajar la realidad en dos categorías, por más que lo intentemos. Esto, en medicina, es frecuente. Por ejemplo, cuando se envía una biopsia de un tejido potencialmente canceroso al laboratorio, el patólogo que la analiza se pone a observar la forma de las células bajo el microscopio. A veces, esta forma no es estrictamente normal, pero tampoco es indicativa de malignidad. Está a medio camino. Esta indecisión puede hacer que el patólogo hable de «células atípicas». Como vemos, los límites entre categorías son imprecisos en muchísimas ocasiones, y en psiquiatría aún más. Cuando usamos el término «hipotimia» (ánimo bajo) estamos trazando una línea imaginaria, dividiendo las personas en dos grupos: hipotimia sí o hipotimia no. Como hemos dicho, es algo eficiente, pero no siempre es lo más adecuado. Es importante tener esto en cuenta para poder valorarlo de forma crítica.

Pero la controversia no acaba aquí. A lo largo de la historia ha habido una falta de consenso sobre qué variables están legitimadas para indicar lo *normal* y lo *anormal*, lo *sano* y lo *enfermo*. A veces se entiende lo normal o sano como aquello *ideal*. Se tienen los dientes perfectamente sanos, o no. Si hay cualquier síntoma o signo (como una pequeña mancha), la dentadura ya no es sana, no es normal. En psiquiatría este modelo es difícil de aplicar, ya que hay muchos síntomas (tristeza, ansiedad, insomnio) que pueden aparecer de forma normal a lo largo de la vida, sin conformar un trastorno psiquiátrico y sin ser adecuado etiquetar a la persona que los padece de *enferma* (si lo hiciéramos así, casi ninguno de nosotros seríamos *normales*).

Hay otras maneras de verlo. Una de ellas es objetivando la presencia de un problema conocido. Si, por ejemplo, vemos un absceso bacteriano en la dentadura, esto ya no es normal. En psiquiatría es más difícil: actualmente carecemos de pruebas que midan los miles de pequeñas alteraciones que subyacen a un trastorno psiquiátrico. Otra perspectiva es la que se deriva de la teoría de la selección natural de Darwin, que tuvo muchos adeptos hace un tiempo, y que propone que aquello sano es *todo lo que nos permite sobrevivir y tener descendencia*. En contra de esta tesis, sabemos que algunos trastornos de personalidad, que tanto sufrimiento acarrearán, se relacionan con tener un número más alto de hijos en relación con el resto de la población, que no sería tan *sana*. ¡Vaya paradoja!

¿Son las personas sanas aquellas que no sufren? ¿Aquellas que no buscan ayuda? Esta es una conclusión peligrosa, ya que algunos de los trastornos psiquiátricos más graves, como la esquizofrenia o los episodios maníacos de un trastorno bipolar, suelen venir acompañados de ausencia de conciencia de enfermedad: los pacientes creen estar sanos, a pesar de que su entorno opina lo contrario.

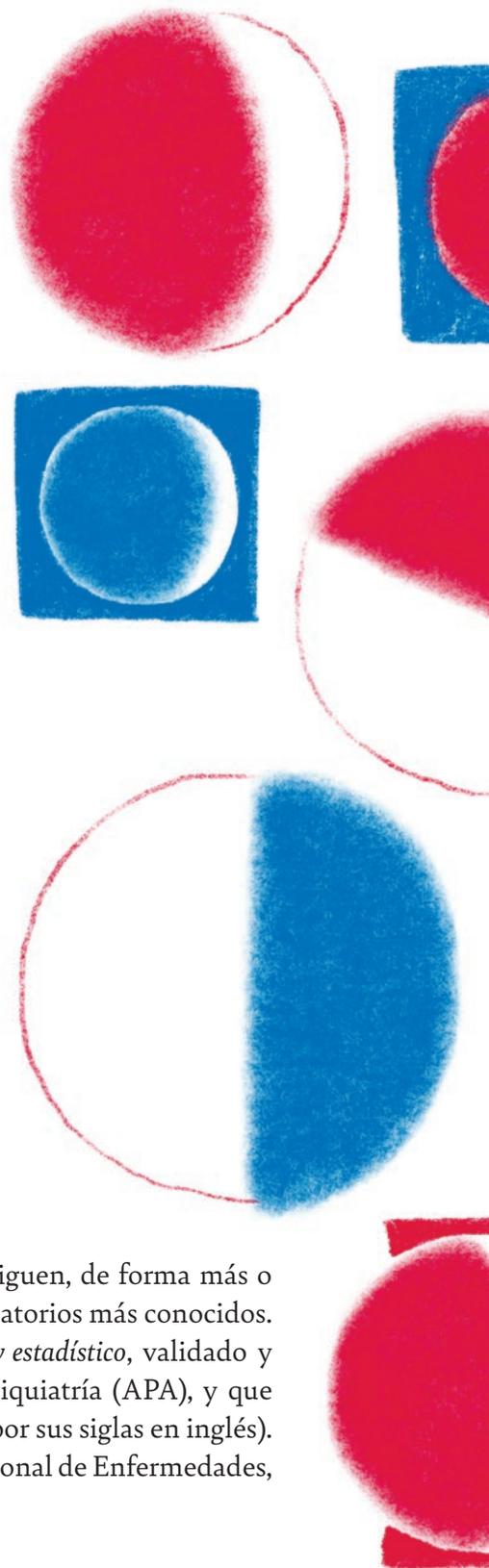
Un punto de vista sostenido con frecuencia es que lo normal es aquello que es *más frecuente*. Así, podríamos aplicar algunas leyes estadísticas y solucionar el problema. Pero lo más frecuente... ¿de qué? Esta consideración discrimina, por ejemplo, a las personas con una inteligencia superior: una anomalía que favorece la adaptación al entorno.

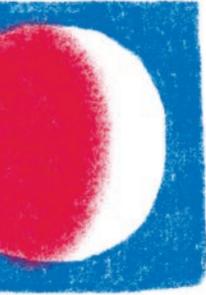
Acordemos entonces que lo normal se basa en la adaptación social: soy normal o estoy sano si estoy bien integrado en la sociedad. Es posible que al adoptar esta resolución estemos perjudicando a genios como Galileo: sus ideas revolucionarias sobre la estructura del universo chocaban con lo que pensaban la mayoría de sus coetáneos, y su vida fue algo complicada. Y evidentemente esto iría en contra de aquellas personas homosexuales que tampoco *encajaban* en la sociedad del pasado. También se desacreditarían todas aquellas personas que se atrevían a criticar el régimen soviético hace poco más de medio siglo, y que acabaron diagnosticados de una enfermedad inventada, la *esquizofrenia tórpida*. En definitiva, para generar una opinión crítica y evitar la instrumentalización de la ciencia tenemos que conocer las características culturales, sociales, políticas e incluso religiosas de la sociedad en la que se vive. Y al final, aunque nos esforcemos en conocerlas, probablemente tendremos que decidir qué es lo normal o lo sano... nosotros solos.

Hay otras definiciones de *normal* o *sano* incluso más rebuscadas. Como ves, se trata de una pregunta abierta con múltiples soluciones según la situación.

EL DIAGNÓSTICO EN LA ACTUALIDAD

Hoy en día la mayor parte de los psiquiatras siguen, de forma más o menos ajustada, uno de los dos sistemas clasificatorios más conocidos. En primer lugar, figura el *Manual diagnóstico y estadístico*, validado y publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y que actualmente va por la quinta edición (DSM-5, por sus siglas en inglés). En segundo lugar, está la Clasificación Internacional de Enfermedades,





elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y con más ediciones a sus espaldas: la actual es la décima, abreviada como CIE-10. Los criterios para diagnosticar los trastornos difieren ligeramente entre los dos sistemas ya que, al fin y al cabo, son el resultado de consensos entre diferentes grupos de expertos.



En lo que sí se han puesto de acuerdo ambos sistemas es en utilizar un enfoque categorial, esto es, suponen que se puede diagnosticar o no un trastorno en función de la presencia de unos criterios clínicos. Aunque algunos trastornos pueden ser etiquetados como leve, moderado o grave dependiendo del número de criterios que se cumplen (a más criterios, más grave), estos sistemas diagnósticos no contemplan un modelo dimensional en el que los síntomas se puedan tener con más o menos intensidad: en lugar de puntuar 8 para intensidad de tristeza y 7 para intensidad de ansiedad, por ejemplo, el psiquiatra decide si se tienen o no (ya ves, *sí* o *no*) estos síntomas. Así, si se decide que el paciente presenta 5 síntomas, podemos diagnosticar una depresión mayor; si solo presenta 4, no podemos realizar tal diagnóstico. Esto conlleva situaciones límite en la práctica clínica real, a veces absurdas, en las cuales confiamos en nuestra experiencia previa y la impresión que nos da el paciente para emitir un diagnóstico. Lo que rescatamos de esta reflexión es que el hecho de presentar síntomas aislados, como tristeza, ansiedad o incluso alucinaciones, no implica necesariamente que se vaya a desarrollar un trastorno psiquiátrico.



El uso de un sistema clasificatorio basado en categorías cerradas tiene otras ventajas e inconvenientes. En la parte positiva, es un sistema muy eficiente de comunicación entre profesionales: descripciones de dos páginas pueden resumirse habitualmente en tres palabras: «trastorno depresivo mayor». Por otra parte, el hecho de recibir un diagnóstico puede suponer una liberación para muchas personas, que a partir de entonces entienden y son capaces de expresar qué les ocurre. A la vez, esto les permite acceder a un tratamiento y a unos recursos sociales, que se hayan probado efectivos en personas con un problema similar. En la parte negativa, un diagnóstico no deja de ser una hipótesis: «Creo que el patrón de emociones, pensamientos y conductas de este paciente equivale al patrón de un trastorno depresivo mayor». Como

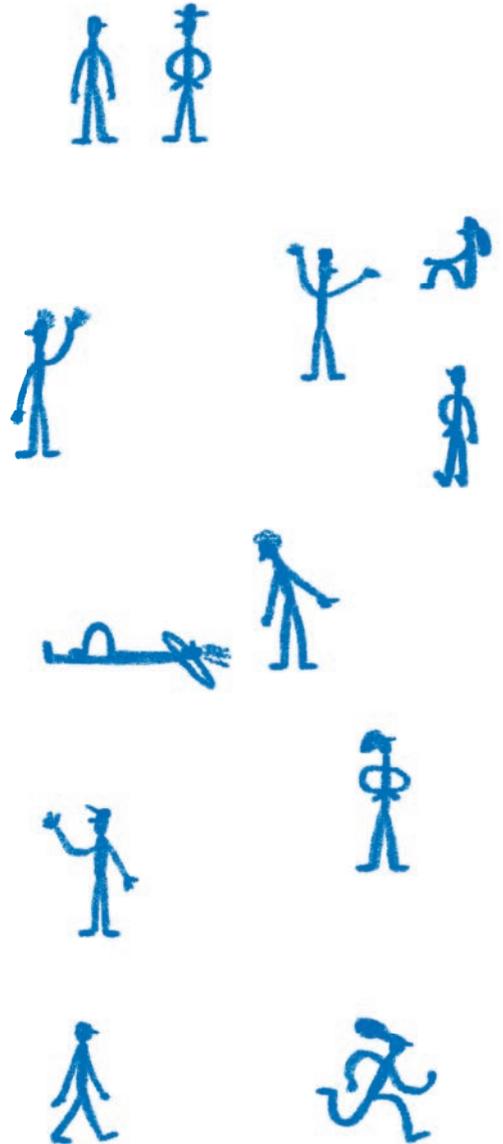
ocurre con cualquier hipótesis, por lo tanto, puede haber falsos negativos y falsos positivos, y ambas situaciones pueden implicar un percance para nuestro paciente. Además, recibir el diagnóstico puede ser en ocasiones una fuente de angustia, especialmente en ámbitos donde todavía hay un elevado **estigma** social respecto a los trastornos mentales.



Algo en lo que también inciden tanto el DSM-5 como la CIE-10 es que, para que se pueda diagnosticar un trastorno psiquiátrico, este debe provocar un malestar significativo o bien conllevar un deterioro en la manera en que una persona funciona en sus ámbitos personal, social o laboral. Un episodio maníaco, por ejemplo, no siempre cumple el primer requisito, pero sí el segundo. Por otra parte, en cada uno de los posibles diagnósticos se añaden dos criterios muy importantes: el patrón que observamos no puede ser el resultado de un efecto inducido por sustancias tóxicas (una intoxicación por cocaína puede parecer un episodio maníaco), ni tampoco el resultado de una enfermedad somática conocida (ya hemos visto que una anemia puede presentarse con síntomas de depresión mayor).

Un tercer criterio habitual es que el patrón no pueda explicarse mejor mediante otro diagnóstico psiquiátrico. Así, debemos explorar sistemáticamente la presencia de otros trastornos que puedan *parecerse* al que sospechamos. Esta labor, a la que denominamos hacer un *diagnóstico diferencial*, es la que muchas veces ocasiona la batería de preguntas a la que nos somete el psiquiatra. Pondremos un ejemplo sencillo para recalcar la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial. Un motivo de consulta habitual es *sentirse triste*. Este motivo de consulta puede acompañarse fácilmente de criterios que nos hagan sospechar un trastorno depresivo mayor. Sin embargo, mediante una entrevista

detallada podemos advertir que hay un motivo primario que explica la aparición secundaria de dicha tristeza, y es que nuestro paciente tiende a aislarse y a evitar el contacto con otras personas. ¿Qué razones tiene para rehuir este contacto? Quizás presenta ansiedad al pensar que otras personas puedan juzgarlo (ansiedad social), o a tener un ataque de pánico inesperado durante una reunión (trastorno de pánico). También puede ser que le obsesione contaminarse mediante el contacto con los demás (trastorno obsesivo-compulsivo), que le asuste el perro que acompaña siempre a su grupo de amigos (fobia específica) o que le preocupe que los otros vean que no come nada (trastorno de conducta alimentaria). Algunas personas pueden encerrarse en casa pensando que tienen algún defecto físico inaceptable (trastorno dismórfico corporal), tener nulo interés en socializar (trastorno de personalidad esquizoide) o escasas habilidades de cognición social (espectro autista), o ser rechazadas socialmente por sus actitudes (como ocurre en varios trastornos de la personalidad). Tampoco podemos descartar que el paciente haya empezado a pensar en la posibilidad de que alguien le eche veneno en la comida (trastorno psicótico). Así pues, a partir de un motivo de consulta inicial, a lo largo de la entrevista psiquiátrica se pueden andar varios caminos hasta encontrar un diagnóstico definitivo.



Los diagnósticos también llevan asociados un requisito temporal. Por más que se cumplan todos y cada uno de los requisitos para la depresión mayor, no se puede diagnosticar este trastorno si los síntomas han estado presentes menos de dos semanas. Aunque algunos límites pueden parecer más arbitrarios, en su conjunto son importantes para tener la seguridad de que el patrón observado no es una alteración pasajera, sino que realmente el organismo no tiene mecanismos para recuperarse y que la nueva situación se está enquistando.

Dicho todo esto, ¿qué clasificación es mejor? Esta es una pregunta de difícil respuesta. En este libro intentaremos transmitir la esencia de cada trastorno incidiendo en los puntos en común de ambos sistemas diagnósticos. No obstante, la organización de los capítulos del libro se parece más a la del DSM-5, sistema que cuenta con un poco más de arraigo histórico.

A lo largo del libro (y de igual modo, en el DSM-5 y la CIE-10) se usa la palabra «trastorno» y no «síndrome» ni «enfermedad». Lo hago expresamente. Un síndrome es simplemente un conjunto de síntomas y signos que se manifiestan a la vez. Algunos síndromes siguen un patrón conocido, por ejemplo, un conjunto de síntomas que tienden a aparecer siempre juntos, y que evolucionan en el tiempo de una manera esperable. Si se conoce con exactitud la **fisiopatología** de ese síndrome, hablamos habitualmente de «enfermedad». En la enfermedad de Parkinson, por ejemplo, sabemos que la degeneración de una región cerebral conocida como «sustancia negra» conlleva los síntomas que le son propios. Cuando las causas son desconocidas, aunque podamos sospecharlas, usamos el término «trastorno». En psiquiatría tenemos pocas enfermedades, y en cambio, muchos trastornos.

En concreto, en el DSM-5 se describen hasta 157; los más frecuentes son los de ansiedad y del estado de ánimo. A lo largo de los siguientes capítulos iremos viendo los más comunes. Antes, no obstante, emprendamos un pequeño paseo por nuestro pasado: la historia de la psiquiatría y los trastornos psiquiátricos.

