Caso clínico
Diagnóstico y evaluación multiaxial

Karla Marmolejo Flores

1. Datos Personales

Nombres: Rosana
Edad: 55 años
Familia: casada con Paul (54 años), dos hijos de 15 y 13 años

2. Motivo de la Consulta

El diciembre del año pasado (2022) "llegó al límite" y tuvo un intento de suicidio: ingesta de medio frasco de pastillas con alcohol. Estuvo cuatro días en UCI y le dijeron que debe dejar de fumar, ya que tiene EPOC. Le prescribieron en el hospital Fluoxetina y lo sigue tomando de forma regular. Por esta razón, ha decidido solicitar ayuda psicológica y también piensa que necesita un psicólogo para dejar de fumar.

3. Historia Familiar-Historia Personal

Rosana trabaja en la Administración del Estado, en el Ministerio de Hacienda como funcionaria con un alto cargo. Su marido está en paro desde hace 10 años aproximadamente, perdió el trabajo porque la compañía para la que trabajaba cerró. Viven bien en un piso propio en Madrid y solían tener un apartamento de veraneo, que han tenido que vender hace tres años por los problemas económicos, lo cual redujo mucho su calidad de vida. Sus dos hijos están en un instituto de enseñanza secundaria y ambos, Rosana y Paul, tienen buena relación con ellos. La relación marital era normal hasta que empezó a deteriorarse progresivamente conforme los hijos se fueron haciendo mayores; Paul se queda en casa bebiendo y viendo televisión, y casi no salen en pareja. Desde la venta del apartamento su relación se ha deteriorado aún más, no ha habido violencia física pero hay muchas discusiones constantes. Su situación económica le genera mucha preocupación a Rosana.

4. Pruebas Realizadas

Ninguna todavía

5. Registro de Evaluación Multiaxial

EJE I:
Diagnóstico primario: Trastorno de depresión mayor, episodio único, gravedad moderada, con ansiedad leve
Diagnósticos secundarios: Cleptomanía
Trastorno por consumo de alcohol y tabaco, gravedad moderada

EJE II: Sin diagnóstico, no consta discapacidad intelectual ni trastorno de personalidad; no hay signos ni síntomas en la descripción que avalen ninguno.

EJE III: Diagnóstico médico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), mencionado por la paciente.

EJE IV: Problemas psicosociales y ambientales

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo: relaciones rotas con el marido, discusiones constantes, describe volver a casa como "un horror", no salen nunca.
- Problemas relativos al ambiente social: apoyo social inadecuado, pérdida de las amigas que tenía en Estepona; no menciona a ningún otro familiar o amigo que pueda servir de apoyo.
- Problemas económicos: economía insuficiente, desempleo del marido, no cubren los gastos mensuales con un solo sueldo, necesidad de hacer uso de sus ahorros.
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen: robos en almacenes grandes, potenciales problemas con el sistema legal.

EJE V: 47— Síntomas graves, intento de suicidio, robos en tiendas; alteración grave en la actividad social, aparente falta de amigos y apoyo social, problemas graves en la pareja; (seis meses últimos).

6. Justificación de los trastornos diagnosticados

Trastorno de depresión mayor, siente un elevado nivel de depresión desde hace más de un año (Criterio A) y cumple con seis de los 9 síntomas, incluyendo A.1 y A.2 (se requieren cinco, de los cuales al menos uno debe ser 1 ó 2):

1. Estado de ánimo deprimido casi todos los días: llora constantemente, suele sentirse mal emocionalmente, suele encontrarse mal muchas veces.
2. Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades: no tiene ganas de hacer nada, ha perdido la ilusión por casi todo.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días: suele sentirse muy cansada.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada: culpa por “tirar de los ahorros” para comprarse cosas, culpa por las compras compulsivas, culpa por los robos, disminución de la autoestima, se siente inútil.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones: compras compulsivas de artículos que no necesita, decisión de robar para evitar la culpa y choque con su marido, seguir fumando a pesar de que sabe es malo para su salud, hacer uso de sus ahorros para comprarse más cosas, etc.
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes, intento de suicidio o plan: intento de suicidio con frasco de pastillas e ingesta de alcohol que la llevó al hospital (UCI) cuatro días.

B. Los síntomas le causan malestar clínicamente significativo y deterioro social y en áreas importantes del funcionamiento: su malestar es evidente.

C. No se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica: el nivel de depresión parece preceder al consumo de alcohol y tabaco, ya que comenzó a fumar y beber cuando inicio su estado de depresión.

D. No se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante ni otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia: no presenta delirios ni alucinaciones ni lenguaje desorganizado.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco: no hay pruebas de que lo haya habido.

Episodio único: no parece haber historia de episodios previos.

Gravedad moderada: el número de síntomas, intensidad y deterioro funcional es intermedio.

Con ansiedad leve: cumple dos criterios de ansiedad (1. se siente nervioso o tenso— dice sentirse habitualmente muy nerviosa, se aprecia su nerviosismo e irritabilidad, relata haber experimentado un “ataque de nervios o ansiedad” y 2. se siente inhabitualmente inquieto—siente mucha preocupación por su situación económica, su necesidad de realizar compras es un problema que “le asfixia”).

Diagnóstico diferencial: **Episodios maníacos con ánimo irritable o episodios mixtos** (fuera de la irritabilidad, no hay presencia de síntomas maníacos: euforia, lenguaje acelerado, tono de voz alto, verborrea, fuga de ideas, etc., conducta sexual procaz y aumentada, tendencia a la hipermnesia, hiperactividad, insomnio, desorden alimentario, incremento del umbral de la fatiga física, etc); **trastorno del humor debido a otra afección médica** (no hay pruebas de otras afecciones médicas específicas); **trastorno depresivo o bipolar inducido por sustancias/ medicamentos** (no hay pruebas de que una sustancia esté etiológicamente relacionada con la alteración del ánimo, el consumo de alcohol y tabaco se inicio como consecuencia del estado de depresión); **TDAH** (no hay falta de concentración fuera del episodio depresivo, no parece haber distraibilidad ni baja tolerancia a la frustración); **trastorno de adaptación con ánimo deprimido** (se cumplen los criterios diagnósticos completos del TDM, la situación se ha ido deteriorando gradualmente y a pesar de que la venta de su apartamento en Estopona lo describe como un golpe duro por sus problemas económicos (posible estresor), sucedió en el 2017, años antes de la manifestación de los síntomas depresivos, los cuales deben manifestarse dentro de los tres

meses siguientes al inicio del factor de estrés. Nota al respecto: el texto es algo confuso respecto a este evento, primero lo sitúa en 2017, pero luego hace referencia a que sucedió hace tres años, lo cual lo situaría en 2020; en cualquiera de los casos, excede los tres meses); **tristeza** (se cumplen los criterios de gravedad: más de cinco de los nueve síntomas, casi cada día durante más de dos semanas y existe malestar y deterioro clínicamente significativo); **trastorno de ansiedad** (la ansiedad y nerviosismo sólo aparecen en el transcurso del trastorno de depresión, la ansiedad comienza en etapas más tempranas y no suele haber tanta anhedonia ni falta de ganas de vivir, no hay indicios de ansiedad previa); **trastornos del sueño** (la fatiga diurna es común, pero no hay somnolencia durante el día ni ataques irresistibles de sueño diurno); **trastornos esquizofrénicos** (no hay síntomas delirantes ni alucinatorios, no hay trastornos formales del pensamiento); **hipocondría** (su preocupación no está centrada en un órgano o enfermedad particular); **demencia y pseudodemencia** (no parece haber fluctuaciones en el rendimiento, p. ej. no reporta problemas laborales); **trastornos sexuales** (no se hace referencia al deseo sexual).

Cleptomanía, presentes todos los criterios diagnósticos:

A. Fracaso recurrente para resistir el impulso de robar objetos no necesarios ni por su valor monetario: No puede controlar el impulso de robar, roba prendas que no necesita y de poco valor, siente mucha culpa por no poder controlarlo.
B. Aumento en la sensación de tensión inmediatamente antes de cometer el robo: experimenta mucha tensión antes de robar.
C. Placer, gratificación o alivio en el momento de cometerlo: Se siente mejor al cometer el robo.
D. El robo no se comete para expresar rabia ni venganza, ni en respuesta a un delirio o alucinación: roba para evitar la culpa de las compras compulsivas y el enfrentamiento con su marido.
E. El robo no se explica mejor por un trastorno de la conducta, episodio maníaco o trastorno de la personalidad antisocial: no hay indicadores de que exista un trastorno de la conducta ni trastorno de la personalidad antisocial; tampoco hay historia de episodios maníacos.

Diagnóstico diferencial: no es un robo ordinario (no es deliberado ni motivado por la utilidad del objeto robado o su valor monetario); no es para hacerse el enfermo (no hay juicio penal de por medio); no es un trastorno de personalidad antisocial ni trastorno de conducta (no hay un patrón general de comportamiento antisocial).

Trastorno por consumo de alcohol y trastorno por consumo de tabaco, presenta 4 síntomas de los dos requeridos durante más de 12 meses:

1. Se consume alcohol/tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto: lleva fumando y bebiendo en exceso más de un año.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol/tabaco: intenta no fumar ni beber porque le cuesta dinero y sabe que le perjudica, pero no puede dejarlo.

4. Ansias o poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol: a veces tiene urgencias compulsivas de beber que no puede evitar.
9. Continúa con el consumo de alcohol/tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente: a pesar de su diagnóstico de EPOC y reconocer que está mal y le perjudica seriamente, no puede dejar de fumar ni beber.

Gravedad moderada: presenta 4 síntomas.

Diagnóstico diferencial: trastorno de personalidad antisocial (no hay un patrón general de comportamiento antisocial).

Las justificaciones a los Ejes II, III, IV y V vienen incluidas dentro de cada apartado correspondiente.

7. Posibles mecanismos etiológicos

Factores genéticos, defectos en los neurotransmisores: no se sabe si puede haber una predisposición genética a padecer depresión, ya que no contamos con el historial familiar. La Fluoxetina es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina que bloquea los transportadores de la misma, lo cual prolonga la acción de la serotonina, y se emplea comúnmente como un antidepresivo (Friedman y Hanson, 2013). El hecho de que los fármacos antidepresivos parecen ser eficaces aumentando los niveles de serotonina, dopamina y noradrenalina ha generado el desarrollo de varias hipótesis etiológicas que en su conjunto se denominan hipótesis de las monoaminas (Vallejo y Urretavizcaya, 2015). Sin embargo, los datos que la apoyan son problemáticos (Delgado, 2000). Adicionalmente, la prescripción de Fluoxetina a la paciente no parece haber tenido los efectos deseados (si es que los ha tenido en menor medida, es difícil de establecer con exactitud sin una base de comparación previa) sobre sus síntomas depresivos (dado que siguen presentes y siguen siendo causa de malestar clínicamente significativo), por lo que se podría concluir que niveles bajos de serotonina no son la causa principal de su depresión, o al menos no la única.

Teoría cognitivo-conductual de la depresión (Lewinsohn, 1974): las personas con depresión muestran déficits en las habilidades sociales, en las habilidades de solución de problemas, en el afrontamiento del estrés y en las conductas de autocontrol, lo cual favorece que la persona no sea capaz de afrontar, resolver y adaptarse a los cambios negativos de los acontecimientos estresantes; esto conlleva a la persistencia e intensificación del estrés y desencadena una depresión. Es evidente que los problemas económicos de Rosana llevan años (desde que su marido Paul perdió su trabajo hace 10 años) y no ha realizado ninguna conducta que lleve a la solución de dicho problema; más bien su forma de afrontar la situación ha consistido en una serie de decisiones que han empeorado la situación (uso de sus ahorros, vender su apartamento para hacer frente a los gastos) y conductas desadaptativas de evitación como compras compulsivas (lo cual ha desencadenado en cleptomanía), abuso de alcohol y tabaco a pesar de ser un riesgo para

su salud, presta más atención a las consecuencias inmediatas de la conducta que a las de largo plazo (déficit en conductas de auto-observación), lo cual, a su vez, le ha llevado a una falta de refuerzos positivos. Todos estos déficits parecen haber favorecido que el estrés perdure (su situación económica sigue sin mejorar), se ha intensificado y ha desembocado en la depresión.

Teoría cognitiva de la depresión (Beck, 1987): esquemas con actitudes disfuncionales (esquemas despresógenos) a través de los cuales la persona percibe, interpreta y recuerda la realidad, los cuales reflejan errores cognitivos sistemáticos en la forma de procesar la información: inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización y pensamiento dicotómico y absolutista. Posibles esquemas con actitudes disfuncionales en Rosana, que está focalizada en su situación económica, por la que se mantiene preocupada y le impide dirigir su atención a otras cosas positivas que podría haber en su vida, como su trabajo o su buena relación con los hijos. Los pensamientos negativos y distorsionados están exacerbados por el sentimiento de culpa generado por las compras compulsivas y la cleptomanía, y parecen haber derivado a la tríada cognitiva negativa o depresiva: baja autoestima, indefensión y pesimismo (se siente inútil, con la autoestima por los suelos, sin ganas de hacer nada y sin ilusión por casi todo).

Teoría de los estilos de respuesta (Nolen-Hoeksema, 1991): las respuestas rumiativas a la depresión—conductas y pensamientos que focalizan la atención de la persona en sus síntomas depresivos y sus implicaciones— harán que la persona sufra durante más tiempo y con mayor intensidad los síntomas depresivos, que parecen producto de la sobreproducción emocional, la persona no hace nada por aliviar sus síntomas. Las rumiaciones intensifican los efectos del estado de ánimo sobre las cogniciones, reducen la generación de soluciones efectivas a los problemas, interfieren en la puesta en marcha de conductas instrumentales que permiten obtener reforzamiento positivo y disminuyen el efecto beneficioso del apoyo social sobre la depresión. Rosana parece estar centrada en la preocupación por su situación económica, en su necesidad por realizar compras para ella misma y por su imposibilidad para dejar el alcohol y tabaco; sin embargo, no logra generar soluciones efectivas a su situación ni poner en macha conductas instrumentales que la mejoren. Tampoco ayuda que ha perdido el apoyo social que quizá podría haber recibido de sus amigas de Estepona. Todo esto parece haber generado un círculo vicioso reforzante en el que sus preocupaciones por su situación económica, sus compras compulsivas y sus excesos, exacerban su estado de ánimo deprimido.

Factores relacionados con el inicio del consumo de alcohol/tabaco (Becoña-Iglesias, 2020): <u>El estrés y la exposición a eventos vitales estresantes</u> están relacionados con el consumo de drogas legales e ilegales, así como en el incremento de su consumo; tienen especial relevancia para explicar en algunas personas el abuso del alcohol. Tener problemas financieros o legales también se relaciona con el incremento en el consumo de alcohol, aunque algunos estudios no encuentran esta relación, lo cual podría deberse a que existen otras variables que la modulan o

enmascaran. El estado emocional tiene una gran relevancia en la explicación del consumo y más en su mantenimiento. La habilidad de afrontamiento es un factor de protección que disminuye la probabilidad de consumir drogas, relacionado también con el autocontrol. Todos estos factores parecen estar contribuyendo a la dependencia de Rosana al alcohol y tabaco, la cual parece haberse desencadenado como consecuencia de su situación económica estresante y deterioro en su relación marital; y es posible que utilice estas conductas como una estrategia de evitación o escape, como apunta el hecho de que "fuma y bebe en exceso desde que se empezó a sentir habitualmente nerviosa y con elevado nivel de depresión".

En cuanto a la **cleptomanía**, los **factores etiológicos son poco conocidos.** Los mayores factores de riesgo están asociados a los antecedentes familiares, la comorbilidad con otros trastornos y al género femenino (Mayoral, 2016). En el caso de Rosana, presenta los dos últimos; sin embargo, sería necesario profundizar en su historia familiar para indagar si existen antecedentes familiares. Por otro lado, también se han encontrado déficits en la regulación de los impulsos, lo cual implicaría posibles cambios estructurales en los sistemas de regulación frontotemporales y bioquímicos en los circuitos de serotonina, dopamina y sistema opioide (Medina, 2017). Los déficits en serotonina y dopamina podrían ser un factor común con la hipótesis de las monoaminas, la cual supone que un déficit central de estos neurotransmisores (serotonina, dopamina y noradrenalina) podrían dar como resultado un trastorno depresivo (Vallejo y Urretavizcaya, 2015). En el caso de la paciente, sería necesario dar seguimiento para determinar si su uso actual de Fluoxetina puede dar resultados positivos al combinarla con otro tratamiento que tenga efectos más duraderos.

7. Comorbilidad de la patología

Comorbilidad con el trastorno por consumo de alcohol y tabaco, el cual parece haber dado inicio poco después o a la par de la manifestación del nivel elevado de depresión. El estado emocional tiene una gran relevancia en la explicación del consumo y mantenimiento de sustancias de abuso, así como la carencia de habilidades de afrontamiento y de autocontrol adecuadas (Becoña-Iglesias, 2020). La comorbilidad entre depresión y abuso de alcohol se ha encontrado tanto en muestras clínicas (Skinstad y Swain, 2001) como población general (Grant y Harford, 1995); los individuos que cumplen los criterios de depresión es más probable que experimenten problemas con el alcohol que las personas sin depresión. Massak y Graham (2009) encontraron que las medidas subjetivas de los problemas de alcohol (la inhabilidad para dejar de tomar, culpabilidad o arrepentimiento) están significativamente asociadas con la depresión tanto en hombres como mujeres, lo cual no resulta sorprendente dado que la culpa y sentimiento de pérdida de control pueden ser síntomas de depresión. En cuanto al tabaco, se ha encontrado que los consumidores de tabaco tienen mayores probabilidades de sufrir depresión (Wagner, Clubb y Browne, 2020).

Comorbilidad con cleptomanía, la cual parece haberse iniciado como derivada de la conducta de compras compulsivas, que muy probablemente haya iniciado como estrategia de afrontamiento de escape/evitación. La cleptomanía puede asociarse con las compras compulsivas, así como con los trastornos depresivo y bipolar (especialmente el trastorno depresivo mayor) (APA, 2014).

Un importante mecanismo transdiagnóstico a tomar en cuenta en este caso es la **regulación emocional**, variable que se encuentra presente en varios trastornos mentales. En el caso específico de la depresión, la investigación corrobora la existencia de un déficit en la regulación emocional en personas que sufren depresión, en las que la falta de activación de estrategias de regulación podría estar contribuyendo a un estado anímico negativo que se va agravando con el tiempo y permite la aparición de espirales depresivas (Hervás, 2011). También se ha observado que la gravedad sintomatológica en pacientes depresivos aparece asociada a una baja tendencia a la reparación percibida, especialmente en los casos en que la depresión parece haberse desencadenado por un acontecimiento vital estresante (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2003). En lo que se refiere al abuso de sustancias, el trastorno por consumo de alcohol está asociado con dificultades en el procesamiento emocional y la cognición social, incluyendo déficits en la expresión emocional, descodificación de las emociones de otros, inferir los estados mentales y sentimientos de otros y experimentar empatía. Cualquiera de estos déficits puede potencialmente contribuir al desarrollo y mantenimiento de problemas relacionados con el alcohol e interferir con la recuperación (Le Berre, 2019).

Otro posible factor de riesgo cognitivo a considerar es la **sensibilidad a la ansiedad**, la cual se ha considerado como variable transdiagnóstica para los trastornos depresivos y las adicciones (Reiss y McNally, 1985). La sensibilidad a la ansiedad parece motivar el uso de sustancias ansiolíticas (como el alcohol) para temporalmente disminuir la sensibilidad exagerada a la tensión y arousal; a su vez, experimentar los efectos depresores del alcohol sobre el arousal proveería un reforzamiento subjetivo (Stewart et al., 2001). Algunos modelos de mediación en cadena tratan de explicar la relación entre la sensibilidad a la ansiedad y el abuso de alcohol: explican la relación entre sensibilidad a la ansiedad y problemas con el alcohol mediante un proceso de mediación en cadena a través de la depresión y/o ansiedad generalizada, cuando se consume alcohol para afrontar emociones negativas (Allan et al., 2015). Por otro lado, también se ha encontrado un efecto mediador de la sensibilidad a la ansiedad sobre los efectos que los trastornos emocionales tienen sobre la dependencia a la nicotina y los problemas para dejar de fumar (Zvolensky et al., 2014). La sensibilidad a la ansiedad podría resultar una variable de importancia a considerar en el caso de Rosana, sobre todo porque menciona que "fuma y bebe más cuando se siente nerviosa o mal emocionalmente”.

La cleptomanía, por otro lado, es un trastorno que ha recibido poca atención en la investigación científica, por lo que existen pocos datos. Esto podría deberse a que el fenómeno es raro y es difícil obtener muestras lo suficientemente grandes (Durst, Katz y Teitelbaum, 2001). Está

clasificado como un trastorno del control de los impulsos, pero comparte algunas características con los trastornos por consumo de sustancias, como la existencia de un deseo persistente o esfuerzos fracasados por abandonar o controlar el consumo o la conducta. Algunos estudios han encontrado una correlación entre los trastornos del control de impulsos y la dependencia al alcohol (Lejoyeux et al, 1999). Es probable que un factor común entre al abuso de alcohol y los trastornos del control de los impulsos sea la impulsividad (Rose, A.K., 2009). En relación con la depresión, un estudio en pacientes con depresión encontró que el 34,7% de ellos habían tenido al menos un trastorno de control de impulsos, y el intento de suicidio era dos veces más común en pacientes depresivos con comorbilidad con trastornos del control de impulsos que en pacientes sólo con depresión (Annagür, B.B. y Tamam, L., 2011). Este último dato es de gran relevancia en el caso de la paciente, dado su intento de suicido el año pasado.

8. Evaluación y curso clínico

Sería recomendable realizar una evaluación más exhaustiva sobre los esquemas cognitivos depresivos, para la cual se podría utilizar la Escala de Actitudes Disfuncionales, adaptación española (Sanz y Vázquez, 1993, 1994); sobre las habilidades de solución de problemas, con el Inventario de Solución de Problemas Sociales-Revisado (D'Zurilla et al., 1998); las estrategias de afrontamiento con el Cuestionario COPE (Crespo y Cruzado, 1997); y la posibilidad de rumiación cognitiva, con la Escala de Respuestas Rumiativas (Hervás, 2008); la regulación emocional con el Cuestionario de Regulación Emocional (Cabello et al, 2013); y la sensibilidad a la ansiedad con la ASI-3 (Sandín et al, 2007). Todos ellos con el propósito de analizar su posible implicación en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la paciente y con la finalidad de diseñar la mejor estrategia de tratamiento, considerando todos los procesos transdiagnósticos involucrados en su caso. Así mismo, sería conveniente realizar un análisis más profundo, de ser posible, tras un mes de abstinencia del alcohol para determinar mejor la dirección de la relación entre el trastorno de consumo del alcohol y la depresión.

Es importante también realizar un análisis de la historia familiar más a fondo para determinar si existe historial familiar de trastornos depresivos, abuso de sustancias o cleptomanía, lo cual podría tener cierto peso en el pronóstico de la evolución del (los) trastorno(s).

La paciente presenta varios factores de riesgo y predictores de mal pronóstico para el trastorno de depresión mayor, que es importante tomar en cuenta: su edad de inicio es avanzada, una gravedad considerable en su primer episodio, el tiempo que ha tardado en buscar tratamiento (más de un año), estresores psicosociales crónicos (problemas con el marido y problemas económicos durante varios años), escaso apoyo social (pérdida del círculo de amigas), el consumo abusivo de alcohol es en sí un factor de riesgo que incrementa mucho la probabilidad de riesgo de suicidio, y desde luego el intento de suicidio como la complicación más grave. Todos estos factores hacen más probable la recurrencia e incrementan el riesgo de suicidio, por lo que

es importante dar seguimiento sobre todo durante el primer año tras la recuperación, al ser el periodo de más alto riesgo para la recurrencia (Becoña-Iglesias, 2020) y sondear también si persisten aún ideas de suicidio. Se le prescribió Fluoxetina en el hospital tras el intento de suicidio y lo sigue tomando de forma regular, pero no hay mención por parte de la paciente sobre diagnóstico alguno; este medicamento puede ser recetado para la depresión, TOC, TP, BN, trastorno de atracones, trastorno disfórico premenstural, y depresión bipolar (Sohel, Shutter y Molla, 2022). Es aconsejable que continúe con el tratamiento de Fluoxetina durante al menos seis meses tras la remisión, para evitar una recaída, como recomienda el National Collaborating Centre for Mental Health (2010).

El caso se complica también debido a su dependencia del alcohol y el tabaco, los cuales parece haber intentado dejar por estar consciente del daño que le causan, pero le ha sido imposible. Dado el riesgo mayor de salud que el fumar implica para la paciente por su diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, es de suma importancia integrar al tratamiento estrategias que le ayuden a dejar de fumar también. Asimismo, el cuadro depresivo complica la recuperación del trastorno de consumo de alcohol, dado que un factor que está consistentemente ligado con su desarrollo, progreso, mantenimiento y remisión es el uso del alcohol como estrategia de afrontamiento al afecto negativo (Meshesha et al., 2022), por lo que será de suma importancia tomar esto en consideración al seleccionar el tratamiento más adecuado para la paciente, tomando en cuenta las variables transdiagnósticas implicadas ya previamente mencionadas, en particular la regulación del afecto negativo (Holzhauer, C.G. y Gamble, S.A., 2017).

Es importante también enfocarse en el tratamiento de la cleptomanía y las compras compulsivas, las cuales la paciente parece utilizar como una forma de evitación o escape, lo cual indica déficits en las estrategias de afrontamiento. Hay estudios de caso en los que los individuos reportan sentir alivio de los síntomas de depresión después de robar (McElroy, Pope, Hudson et al., 1991). Estos mismos autores señalan que el uso de inhibidores selectivos de recaptación de serotonina se han utilizado en el tratamiento de la cleptomanía; sin embargo, no hay suficientes estudios que avalen su éxito, sólo se han realizado estudios de caso y los resultados han sido inconclusos. En el caso mismo de la paciente, no parece haber tenido un efecto significativo sobre el trastorno de cleptomanía. Otro estudio de caso presentado por McConaghy y Blaszczynski (1988) con dos pacientes que presentaban síntomas y no respondieron al tratamiento de antidepresivos, se beneficiaron del tratamiento de desensibilización imaginal; mientras que Gudjonsson (1987) sostiene que dar fuentes alternativas de satisfacción, en lugar de condicionamiento aversivo, es más probable que ayude al paciente a sobreponerse a la depresión comórbida con la necesidad de excitación y placer que presumiblemente se adquieren a través del robo.

9. Referencias Bibliográficas

Allan, N.P., Albanese, B.J., Norr, A.M., Zvolensky, M.J. y Schmidt, N.B. (2015). Effects of anxiety sensitivity on alcohol problems: evaluating chained mediation through generalized anxiety, depression and drinking motives. *Addiction 110 (2),* 260-268.

Annagür, B.B. y Tamam, L. (2011). Comorbidity of Impulse Control Disorders Among Patients with Major Depression. *Archives of Neurophychiatry 48 (1),* 22-30.

Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy (1),* 5-37.

Becoña-Iglesias, E. (2020). Adicciones a Sustancias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología, Volumen I,* (3º ed., pp. 485-509). McGraw Hill/Interamericana de España, S.L.

Cabello, R., Salguero, J.M., Fernández-Berrocal, P. y Gross, J.J. (2013). A Spanish adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 29(4),* 234-240.

Crespo, M. y Cruzado, J. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación Española del Cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta, 23(92),* 797-830.

D'Zurilla, T.J., Nezu, A.M. y Maydeu-Olivares, A. (1998). *Manual for the Social Problem-Solving Inventory Revised (SPSI-R),* North-Tonawanda, NY, Multi-Health Systems, Inc.

Delgado, P.L. (2000). Depression: the case for a monoamine deficiency. *Journal of Clinical Psychiatry 61 (6),* 7-11.

Durst, R., Katz, G., Teitelbaum, A. et al. (2001). Kleptomania. *Molecular Diagnosis and Therapy. (15),* 185-195.

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social 1(5),* 251-254.

Friedman, J.M. y Hanson, J.W. (2013). Clinical Teratology. En D. Rimoin, R. Pyeritz, B. Korf (Eds.), *Emery and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics,* (6º ed., pp. 1-39). American Press. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-383834-6.05001-1.

Grant, B. F. y Harford, T.C. (1995). Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug Alcohol Dependence (39),* 197-206. https://doi.org/10.1016/0376-8716(95)01160-4.

Gudjonsson, G.H. (1987). The significance of depression in the mechanism of "compulsive" shoplifting. *Medicine, Science and the Law 27(3),* 171-176.

Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la escala de respuestas rumiativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 13(2),* 111-121.

Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual 19(2),* 347-372.

Holzhauer, C.G. y Gamble, S.A. (2017). Depressive Symptoms Mediate the Relationship Between Changes in Emotion Regulation During Treatment and Abstinence Among Women With Alcohol Use Disorders. *Psychology of Addictive Behaviours. 31(3),* 284-294.

Le Berre, A.P. (2019). Emotional Processing and Social Cognition in Alcohol Use Disorder. *Neuropsychology 33(6),* 808-821. https://doi.org/10.1037/neu0000572.

Lejoeux, M., Feuché, N., Loi, S., Solomon, J. y Adés, J. (1999). Study of Impulse-Control Disorders Among Alcohol-Dependent Patients. *The Journal of Clinical Psychiatry (60),* 302-305. https://doi.org/10.1037/neu0000572.

Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioural approach to depression. En R.J. Friedman y M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: contemporary theory and research* (pp. 157-185). Nueva York: John Wiley & Sons.

Massak, A. y Graham, K. (2009). The Relationship between Depression, Alcohol Use Disorder and Coping Motives for Drinking among Canadian Men and Women. En L. Sher (Eds.), *Comorbidity of Depression and Alcohol Use Disorders* (pp. 11-30). Nova Science Publishers, Inc.

Mayoral, A. Peña, L. Lloveras, A. Collado, A. y Sánchez, D. (2016). Repercusiones forenses de los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense 16(1),* 62-79.

McElroy, S.L., Pope, H.G., Hudson, J.L. et al. (1991). Kleptomania: a report of 20 cases. *American Journal of Psychiatry (148),* 652-657.

McConaghy, N. y Blaszczynski, A. (1988). Imaginal desensitation: a cost-effective treatment in two shop-lifters and a binge-eater resistant to previous therapy. *Australian is & New Zealand Journal of Psychiatry (22),* 78-82.

Medina, A. Moreno, M.J., Lillo, R. y Guija, J.A. (Eds.) (2017). *Los trastornos del control de los impulsos y las psicopatías: Psiquiatría y ley.* Madrid: Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.

Meshesha, L.Z., Emery, N.N., Blevins, C.E., Battle, C.L., Sillice, M.A., Marsh, E., Feltus, S., Stein, M.D. y Abrantes, A.M. (2022). Behavioral Activation, Affect, and Self-Efficacy in the Context of Alcohol Treatment for Women With Elevated Depressive Symptoms. *Experimental and Clinical Psychopharmacology 30(5),* 494-499.

National Collaborating Centre for Mental Health. (2010). *Depression. The NICE guideline on the treatment and management of depression in adults Updated editions 2018.* Recuperado de https://www.nice.org.uk.

Noel-Hoeksema, S. (2000). Further evidence for the role of psychosocial factors in depression chronicity. *Clinical Psychology: Science and Practice (7),* 224-227.

Reiss, S. y McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. En S. Reiss y R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121). New York, NY: Academic Press.

Rose, A.K. (2009). Alcohol Abuse and Dependence: Disorders of Control? En G.H. Lassiter (Eds.), *Impulsivity: Causes, Control and Disorders* (pp. 1-29). Nova Science Publishers, Inc.

Sandin, B., Valiente, R.M., Chorot, P. y Santed, M.A. (2007). ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 12(2),* 91-104.

Sanz, J. y Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Beck: propiedades psicométricas y clínicas. *Análisis y Modificación de Conducta 19(67),* 707-750.

Skinstad, A.H. y Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse (27),* 45-64. https://doi.org/10.1081/ADA-100103118.

Sohel, A.J., Shutter, M.C. y Molla, M. (2022). Fluoxetine. *StatPerals,* Treasure Island (FL) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459223/.

Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H. (2001). Negative-reinforcement drinking motives mediate the relation between anxiety sensitivity and increased drinking behavior. *Personality and Individual Differences Journal (31),* 157-171.

Vallejo, J. y Urretavizcaya, M. (2015). Trastornos depresivos. En J. Vallejo Ruiloba (Dir.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría,* (8º ed., pp. 249-276). Barcelona: Elsevier Masson.

Wagner, F.A., Clubb, P.L. y Browne, D.C. (2008). The association between depression and tobacco use by race/ethnicity revisited. *European Psychiatry (23),* S282. https://doi.org/10.1016.

Zvolensky, M.J., Farris, S.G., Leventhal, A.M. y Schmidt, N.B. (2014). Anxiety sensitivity mediates relations between emotional disorders and smoking. *Psychology of Addictive Behaviours 28(3),* 912-920.