

**CASOS CLÍNICOS**

---

**Psicofarmacología Esencial de Stahl**

Volumen 3



**CASOS CLÍNICOS**

# **Psicofarmacología Esencial de Stahl**

---

Volumen 3

Editado por

**Takesha Cooper**

*Directora del Programa Docente de la Residencia de Psiquiatría,  
Universidad de California, Riverside, California, EE.UU.*

**Gerald Maguire**

*Catedrático, Universidad de California, Riverside, California, EE.UU.*

**Stephen M. Stahl**

*Profesor Adjunto de Psiquiatría,  
Universidad de California, San Diego, California, EE.UU.*



[www.aulamedica.es](http://www.aulamedica.es)

No hemos escatimado esfuerzos a la hora de preparar este libro en aras de ofrecer la información más exacta y actualizada, acorde con los estándares y la práctica aceptados en el momento de la publicación. Aunque algunas historias de casos están tomadas de casos reales, hemos procurado proteger la identidad de los sujetos implicados. En todo caso, el autor, los editores y la casa editorial no pueden asegurar que la información aquí presentada esté totalmente libre de error, mucho menos teniendo en cuenta que los estándares clínicos están continuamente cambiando por la investigación y la regulación. Por lo tanto, los autores, editores y la casa editorial declinan toda responsabilidad por daños directos o indirectos resultantes del uso de la información contenida en este libro. Se recomienda encarecidamente a los lectores que presten especial atención a la información proporcionada por los fabricantes de cualquier fármaco o equipo que piensen utilizar.

CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS

University Printing House, Cambridge CB2 8BS, United Kingdom.

Cambridge University Press is part of the University of Cambridge.

Título original: Case studies. Stahl's Essential Psychopharmacology. Volume 3.

© Cambridge University Press 2022

Esta publicación tiene copyright. Está sujeta a licencia y no se puede reproducir ninguna parte de la obra sin el permiso escrito de Cambridge University Press.

Traducción: Carolina Pastor Jordá. Psiquiatra



Edición española de

Grupo Aula Médica, S. L.

Sede Central Madrid

C/Gandía, 1. 28007 Madrid

Delegación y almacén

C/Río Jarama, 132. Nave 3.06. 45007 Toledo

aulamedica@aulamedica.es

www.aulamedica.es

ISBN: 978-84-7885-708-1

Depósito legal: M-6933-2023

Copyright 2023 edición española de GRUPO AULA MÉDICA, S. L.

Todos los derechos reservados

Impreso en España

La portada ha sido diseñada usando imágenes de Freepik.com

# Contenidos

<i>Introducción</i>	<i>xiii</i>
<i>Autores</i>	<i>xvii</i>
<i>Lista de iconos</i>	<i>xix</i>
<i>Abreviaturas</i>	<i>xxi</i>

<b>1. Caso clínico:</b> Desgastar un diagnóstico	1
<b>La pregunta:</b> ¿Cuáles son las similitudes y las diferencias entre la ansiedad y el trastorno del espectro autista (TEA) en niños? ¿Cómo afecta al tratamiento y al pronóstico?	
<b>El dilema psicofarmacológico:</b> ¿Tiene esta paciente un trastorno de ansiedad, que se puede tratar con eficacia con un régimen sencillo que tiene buen pronóstico, o tiene un TEA, por lo que requeriría un régimen más extenso y posible tratamiento de por vida?	
<b>Karen Clarey, Stephanie Wong y Takesha Cooper</b>	
<b>2. Caso clínico:</b> La mujer que no podía soportar por más tiempo relamerse los labios	13
<b>La pregunta:</b> ¿Es permanente la discinesia tardía?	
<b>El dilema psicofarmacológico:</b> Encontrar diversas opciones para tratar la discinesia tardía	
<b>Douglas Grover, Michael T. Ingram, Jr. y Christopher G. Fichtner</b>	
<b>3. Caso clínico:</b> El paciente bipolar deprimido con múltiples medicamentos	25
<b>La pregunta:</b> ¿Puede la reducción de la polifarmacia optimizar la estabilización del estado de ánimo y reducir el subsiguiente riesgo de episodios de manía o depresión en este paciente?	
<b>El dilema psicofarmacológico:</b> Iniciar nuevos medicamentos y cambiar los actuales puede dar lugar a nuevos efectos adversos.	
<b>Dale Hoang, Catherine Ha y Peter Hauser</b>	
<b>4. Caso clínico:</b> El paciente agitado que finalmente no lo estaba	37
<b>La pregunta:</b> ¿Qué hace cuando un paciente se está tomando bien la medicación pautaada, pero se agita con frecuencia requiriendo medicación intramuscular (IM), además de la prescrita?	
<b>El dilema psicofarmacológico:</b> Este paciente tenía una historia significativa de reacciones violentas y requería un uso importante de medicaciones IM de emergencia, además de la medicación pautaada. ¿Cómo equilibrar la necesidad de asegurar al paciente y al personal, pero al mismo tiempo respetar el consentimiento, los derechos éticos y el riesgo de efectos secundarios importantes?	
<b>Alex J. Mageno, Nekisa Haghighat y Arthur Leitzke</b>	

## Contenidos

- 5. Caso clínico:** El George que no estaba psicótico, sino distraído y ansioso 49  
**La pregunta:** ¿Cuán frecuentemente se ve la psicosis en el espectro de comorbilidades psiquiátricas en el síndrome de DiGeorge?  
**El dilema psicofarmacológico:** Tratar la ansiedad en un paciente con una comorbilidad médica, ánimo elevado e historia familiar de trastorno bipolar  
**Edgar Ortega, Michael Seigler y Takesha Cooper**
- 6. Caso clínico:** El hombre que veía enemigos en todas partes 61  
**La pregunta:** ¿Qué opciones de tratamiento quedan cuando casi todos los tratamientos han sido agotados e inefectivos?  
**El dilema psicofarmacológico:** Tratar síntomas resistentes a las mejores estrategias de tratamiento  
**Joshua Poole y Stephen Maurer**
- 7. Caso clínico:** La mujer joven con psicosis complicada por uso de sustancias e historia de daño cerebral por traumatismo craneoencefálico 71  
**La pregunta:** ¿Cómo determina si la psicosis es una enfermedad primaria o secundaria?  
**El dilema psicofarmacológico:** ¿El tratamiento depende de si la psicosis se debe a un trastorno mental primario?  
**Harika Reddy, Austin Nguy y Sana Johnson-Quijada**
- 8. Caso clínico:** Mujer con empeoramiento de su psicosis y un *rash* misterioso 85  
**La pregunta:** ¿Qué hace cuando un paciente psiquiátrico con esteroides desarrolla una psicosis?  
**El dilema psicofarmacológico:** Cómo evaluar la psicosis inducida por esteroides  
**Sireena Sy, Yatna Patel y Alexander Thanh Nguyen**
- 9. Caso clínico:** El hombre sin un plan 95  
**La pregunta:** ¿Cómo diagnosticar y tratar al paciente con comorbilidad de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y síntomas afectivos?  
**El dilema psicofarmacológico:** Encontrar un régimen de medicación para un paciente con diagnóstico previo de TDAH y trastorno depresivo mayor, en el que han fallado los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina  
**Alfonso Vera y Gerald Maguire**
- 10. Caso clínico:** La mujer ansioso-depresiva que no podía sentarse quieta 103  
**La pregunta:** ¿Cómo puede distinguir entre el trastorno bipolar con características mixtas y el trastorno depresivo mayor con características mixtas? ¿Es necesario diferenciarlos?  
**El dilema psicofarmacológico:** Encontrar un régimen efectivo para la depresión ansiosa recurrente, mientras se minimiza la acatisia  
**Nekisa Haghghat, Charity Hall, Dennis Alters y Gerald Maguire**

- 11. Caso clínico:** El hombre que pensaba que era el fin del mundo 115  
**La pregunta:** Puede una pandemia desencadenar síntomas psiquiátricos durmientes?  
**El dilema psicofarmacológico:** Si algún elemento de la psicosis es derivado de la personalidad, ¿podrá el paciente beneficiarse de terapia farmacológica o psicoterapia para aliviar los síntomas?  
**Erin Fletcher, Evangelos Coskinas y Phuong Vo**
- 12. Caso clínico:** Soleado con posibilidad de depresión 127  
**La pregunta:** ¿Pueden usarse los estimulantes para el tratamiento del trastorno depresivo mayor?  
**El dilema psicofarmacológico:** ¿Cómo tratar la depresión mayor recurrente en pacientes resistentes a varios tratamientos y que tienen comorbilidades específicas?  
**Madeline Saavedra, Bo Ram Yoo, Douglas Grover y Christopher G. Fichtner**
- 13. Caso clínico:** Un no tan simple caso de ansiedad 137  
**La pregunta:** ¿Qué se debe hacer cuando un paciente sin historia de problemas de salud mental presenta súbitamente quejas psiquiátricas, significativos cambios conductuales y diversos síntomas físicos?  
**El dilema psicofarmacológico:** Cómo evaluar apropiadamente a los pacientes que se presentan con un amplio rango de síntomas, incluidos físicos, psiquiátricos y conductuales, con la intención de prevenir el fallo en el diagnóstico de una enfermedad  
**Karla P. Furlong, Roberto Castañón y Bo Ram Yoo**
- 14. Caso clínico:** Soy una mujer en un cuerpo de hombre 145  
**La pregunta:** No soy un especialista en este tema. ¿Qué puedo hacer para ayudar a reconocer y aliviar la disforia de género?  
**El dilema psicofarmacológico:** Encontrar un régimen efectivo para el tratamiento de la disforia de género mientras se hace malabares con ansiedad y depresión comórbidas  
**Sarah Grace, Matt Jason V. Llamas y Jami Woods**
- 15. Caso clínico:** El espacial e inquieto hijo con una tristeza abrumadora 155  
**La pregunta:** ¿Cómo manejar una depresión adolescente con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) comórbido?  
**El dilema psicofarmacológico:** Ser conocedor de las interacciones farmacológicas posibles cuando seleccionamos antidepresivos en adolescentes que además requieren tratamiento para el TDAH  
**Niya Larios, Casey Lester y Carl Feinstein**
- 16. Caso clínico:** El hombre que se gastaba miles *online* 171  
**La pregunta:** ¿Pueden los antieméticos tener un papel en el tratamiento de trastornos psiquiátricos?

## Contenidos

- El dilema psicofarmacológico:** Cómo diagnosticar y tratar el trastorno por uso de sedantes e hipnóticos en un paciente de edad avanzada que es sensible a medicaciones  
**Saloni Singh y Carla Hammond**
- 17. Caso clínico:** La madre traumatizada que no podía parar de darse atracones 187  
**La pregunta:** ¿Cómo tratar el trastorno por atracones refractario?  
**El dilema psicofarmacológico:** ¿Podrá el tratamiento de los trastornos del ánimo y del trauma ayudar a resolver el trastorno por atracones de esta paciente o necesitamos algo más?  
**Kevin Simonson y Bo Ram Yoo**
- 18. Caso clínico:** El hombre que no podía parar de golpear a gente 197  
**La pregunta:** ¿Hay alguna forma de optimizar el tratamiento de la agitación psicótica violenta de forma segura, más allá de la combinación de clozapina (Clozaril) con un estabilizador del ánimo, en alguien con una historia significativa de problemas cardiovasculares?  
**El dilema psicofarmacológico:** Cómo reducir los comportamientos psicóticos violentos en una persona con una inadecuada respuesta a múltiples combinaciones empíricas de medicaciones para el tratamiento de la esquizofrenia resistente al tratamiento, con agitación conductual  
**Angharad Ames y Lawrence Faziola**
- 19. Caso clínico:** Brexpiprazol: “un despertar” 215  
**La pregunta:** ¿Puede la adición de brexpiprazol (Rexulti) a clozapina (Clozaril) reducir los síntomas positivos en un paciente que no ha respondido a clozapina sola?  
**El dilema psicofarmacológico:** ¿Pueden los antipsicóticos de “tercera generación”, como el brexpiprazol, utilizarse en combinación con clozapina para el tratamiento de la psicosis resistente?  
**Troy Kurz, Lauren Kurz y Samer Kamal**
- 20. Caso clínico:** Depresión resistente al tratamiento y dependencia a opiáceos 227  
**La pregunta:** ¿Cómo podemos manejar a nivel farmacológico el trastorno depresivo mayor refractario en un paciente con buprenorfina-naloxona (Suboxone) de mantenimiento para la dependencia a opiáceos?  
**El dilema psicofarmacológico:** ¿Interacciona la ketamina con buprenorfina-naloxona?  
**Kevin Simonson y Alexander H. Truong**
- 21. Caso clínico:** Un paciente rígido 237  
**La pregunta:** ¿Cuáles son las principales consideraciones cuando se retira la clozapina (Clozaril) debido a sus efectos adversos?



**El dilema psicofarmacológico:** Cómo incrementar la calidad de vida y minimizar los efectos adversos en un paciente con síntomas psicóticos resistentes al tratamiento

**Angharad Joshua Valverde y Gerald Maguire**

- 22. Caso clínico:** Un despertar adolescente 251  
**La pregunta:** ¿Cómo manejar un adolescente con psicosis resistente al tratamiento, con un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) subyacente, sedación diurna, insomnio y aumento de peso?  
**El dilema psicofarmacológico:** Encontrar un régimen efectivo para la psicosis resistente al tratamiento, mientras se manejan síntomas TDAH subyacentes, sedación diurna, insomnio y ganancia de peso  
**Monish Parmar y Richard J. Lee**
- 23. Caso clínico:** La pacificadora con una masa en el pecho derecho 269  
**La pregunta:** ¿Cómo puede ser el recuento de neutrófilos monitorizado de forma efectiva en un paciente con reciente tratamiento con clozapina (Clozaril) que además se encuentra en quimioterapia simultánea?  
**El dilema psicofarmacológico:** Cómo usar las guías del sistema de registro de clozapina para monitorizar de forma efectiva el recuento absoluto de neutrófilos en una paciente que está tomando clozapina por una esquizofrenia resistente al tratamiento mientras de forma simultánea se encuentra en quimioterapia  
**Diem Nguyen y Brenda Jensen**
- 24. Caso clínico:** La chica que dormía con problemas 279  
**La pregunta:** ¿Cuál es la forma de tratar el insomnio en niños con trauma y comorbilidades psiquiátricas?  
**El dilema psicofarmacológico:** Hay poca evidencia sobre la seguridad y eficacia de medicaciones para promover el sueño en niños y adolescentes, especialmente en aquellos con historia de trauma  
**Joseph Yasmeh e Ijeoma Ijeaku**
- 25. Caso clínico:** No todo es un juego de niños: el camino a la estabilidad pediátrica 291  
**La pregunta:** ¿Qué se puede hacer para manejar los síntomas y conseguir estabilidad a largo plazo en el paciente pediátrico con múltiples trastornos psiquiátricos?  
**El dilema psicofarmacológico:** Encontrar un régimen de medicación efectivo para un paciente pediátrico complejo con múltiples diagnósticos y hospitalizaciones previas  
**Joseph Wong, Justine Ku y Takesha Cooper**
- 26. Caso clínico:** La mujer joven que no era otra cosa que “piel y huesos” 307  
**La pregunta:** ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

## Contenidos

- El dilema psicofarmacológico:** Cómo diferenciar una anorexia nerviosa de otros posibles diagnósticos y formular un plan de tratamiento  
**Kayla L. Fisher y Michelle Tom**
- 27. Caso clínico:** ¿Podría tratarse de los dos? Diagnósticos psiquiátricos comórbidos 325  
**La pregunta:** ¿Cómo distinguir entre malos resultados académicos debidos a trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) *versus* un trastorno del aprendizaje *versus* ambos?  
**El dilema psicofarmacológico:** Utilizar el modelo biopsicosocial para proveer un tratamiento holístico y mejorar la calidad de vida del paciente  
**Ruqayyah Malik, Margaret Yau y Dennis Alters**
- 28. Caso clínico:** Tratamiento incipiente de la manía/hipomanía 337  
en un paciente deprimido  
**La pregunta:** ¿Se pueden observar efectos secundarios maníacos/hipomaníacos en un caso de depresión unipolar después de haber empezado con antidepresivos?  
**El dilema psicofarmacológico:** ¿Cómo de cauteloso se debe ser con los antidepresivos si se sospecha depresión unipolar *versus* depresión bipolar en el inicio del tratamiento?  
**Kevin Truong y Lawrence Yu**
- 29. Caso clínico:** El límite entre el ánimo y la personalidad 349  
**La pregunta:** ¿Puede diferenciar los rasgos de trastorno de personalidad límite de un trastorno recurrente del estado de ánimo como un trastorno depresivo mayor?  
**El dilema psicofarmacológico:** ¿Es necesario diferenciar entre rasgos límites de personalidad y un trastorno depresivo mayor en un adolescente?  
**Phuong Vo y Ijeoma Ijeaku**
- 30. Caso clínico:** El estudiante que quería ir a rehabilitación 363  
**La pregunta:** ¿Cómo manejar a un paciente con crisis convulsivas por privación de benzodiazepinas?  
**El dilema psicofarmacológico:** ¿Cómo dilucidar si se trata de una psicosis por privación de benzodiazepinas o inducida por cannabis en un varón de 18 años que se presenta con una crisis convulsiva?  
**Eduardo Javier, Louis May y Martin Sahakyan**
- 31. Caso clínico:** El chico que no quería (podía) escuchar 375  
**La pregunta:** ¿Qué haces cuando nada de lo que pruebas funciona?  
**El dilema psicofarmacológico:** ¿Cómo conseguir claridad diagnóstica y simplicidad en el tratamiento de un niño bajo capas de síntomas referidos?  
**Alex J. Mageno, Bo Ram Yoo y Richard J. Lee**

<p><b>32. Caso clínico:</b> El paciente que salió disparado</p> <p><b>La pregunta:</b> ¿El paciente tiene <i>delirium tremens</i> o está pasando algo más?</p> <p><b>El dilema psicofarmacológico:</b> Agitación: privación de metanfetamina <i>versus</i> síndrome de desinhibición por benzodiazepinas</p> <p><b>Louis May, Martin Sahakyan y Eduardo Javier</b></p>	<p>387</p>
<p><b>33. Caso clínico:</b> “Perseverancia”</p> <p><b>La pregunta:</b> En el paciente con historia de ansiedad, labilidad emocional, síntomas hipomaniacos, síntomas psicóticos, historia de abuso de sustancias, problemas médicos y múltiples pruebas de medicación fallidas, debido a efectos adversos de la medicación, ¿cuál es el diagnóstico y cómo debería manejarse? ¿Qué medicaciones deberían usarse en un trastorno bipolar con episodios mixtos?</p> <p><b>El dilema psicofarmacológico:</b> Cómo manejar múltiples pruebas de medicación de diferente tipo, con beneficio inicial pero posterior falta de eficacia</p> <p><b>Kathleen Lopez, Courtney DiNicola y Niraj Gupta</b></p>	<p>399</p>
<p><b>34. Caso clínico:</b> Candidato a clozapina (Clozaril) desconcierta a médicos compasivos</p> <p><b>La pregunta:</b> ¿Cuándo es lo suficientemente pronto para considerar el uso de clozapina en un paciente con síntomas polimórficos? El paciente presenta síntomas residuales de psicosis, que incluyen delirios y alucinaciones. Fue diagnosticado de esquizofrenia en el pasado, y fallaron muchos intentos de medicación psicotrópica debido a los efectos secundarios. ¿El paciente necesita una clarificación diagnóstica, y cómo debería manejarse a partir de ese momento?</p> <p><b>El dilema psicofarmacológico:</b> No han funcionado en el paciente diversos ensayos con medicaciones de diferentes clases. Solo se ha evidenciado mejoría transitoria</p> <p><b>Darian Vernon, Nishant Prakash y Niraj Gupta</b></p>	<p>413</p>
<p><b>Índice de fármacos</b></p>	<p>423</p>
<p><b>Índice de casos</b></p>	<p>426</p>



# Introducción

Tras el éxito del segundo volumen de *Casos Clínicos* en 2016, estamos orgullosos de presentar una tercera colección de nuevos casos clínicos. Esta tercera colección de casos es el resultado de un proyecto especial del Departamento de Psiquiatría y Neurociencia de la Universidad de California, Riverside, de donde son miembros de la facultad los tres editores. Cada caso está tomado de la práctica clínica del departamento y cada uno está escrito por un equipo compuesto por un estudiante de medicina o residente de Psiquiatría y un miembro del Departamento de Psiquiatría y Neurociencia de la Facultad de la UCR. Este volumen de casos muestra no solo la práctica clínica de nuestro departamento, sino también el trabajo en equipo de la facultad y de los estudiantes para elaborar un libro educativo que enriquezca e informe a nuestros compañeros que tratan trastornos mentales. La *Psicofarmacología Esencial de Stahl* comenzó en 1996 como un libro de texto (actualmente en su cuarta edición) sobre cómo funcionan las medicaciones psicotrópicas. Se expandió como una Guía del Prescriptor en 2005 (actualmente en su quinta edición), sobre cómo prescribir estas medicaciones psicotrópicas. En 2008, se añadió una página web ([stahlonline.cambridge.org](http://stahlonline.cambridge.org)), con estos dos libros disponibles *online*, y una combinación de varios más, incluyendo una serie de libros ilustrados que cubren diversos temas específicos de psicofarmacología. Los *Casos Clínicos* muestran cómo aplicar los conceptos presentados en los libros previos en pacientes reales en el contexto de la práctica clínica.

¿Por qué un libro de casos? Para los médicos, es necesario conocer la ciencia y la aplicación de la psicofarmacología –tanto el mecanismo de acción de las medicaciones psicotrópicas como los datos basados en la evidencia sobre cómo prescribirlos–, pero no es suficiente para convertirse en un maestro de la clínica. Muchos pacientes van más allá de la evidencia científica, y son excluidos de los ensayos clínicos aleatorizados. Así, un verdadero experto clínico necesita desarrollar el arte de la psicofarmacología: cómo escuchar, educar, desestigmatizar, mezclar psicoterapia con medicaciones, y el uso de la intuición para seleccionar y combinar medicaciones. El arte de la psicofarmacología es especialmente importante para confrontar las situaciones en las que no hay evidencia que apoye una decisión clínica concreta.

¿Qué haces cuando no hay evidencia? La respuesta corta es combinar la ciencia con el arte de la psicofarmacología. La mejor forma de aprender esto es probablemente ver pacientes individuales. Aquí, esperamos que te unas a nosotros para analizar 34 complejos casos de nuestra propia práctica clínica. Cada caso se ha anonimizado en los detalles identificativos, pero incorpora el final de los casos sin ser estos ficción.

A veces, más de un caso se ha combinado en un único caso. Esperamos que reconozcáis estos pacientes como similares a los que habréis visto en vuestra propia práctica (aunque no se trate de que sean los mismos pacientes, ya que los detalles identificativos de la historia se han modificado para cumplir con los estándares de confidencialidad y muchos

## Introducción

pacientes pueden parecerse a otros pacientes que conocéis, que es por lo que podréis encontrar este material educativo efectivo para vuestra práctica clínica).

Hemos presentado casos de nuestra práctica clínica durante muchos años *online* (por ejemplo, en el máster de psicofarmacología del programa del Instituto de Educación en Neurociencia [NEI] en [neiglobal.com](http://neiglobal.com)) y en cursos presenciales (especialmente en el curso anual del Congreso NEI de Psicofarmacología). Tenemos la fortuna de contar, a lo largo de los años, con muchos psiquiatras jóvenes de nuestras universidades, y de todo el mundo, sentados en nuestras consultas, para observar estos casos, y ahora intentamos transmitir esta información a vosotros en forma de este tercer libro de casos.

Los casos están escritos en un novedoso estilo para seguir las consultas a lo largo del tiempo, con diferentes categorías de información a las que se les ha adjudicado diferentes colores de fondo e iconos explicativos. Para aquellos que estáis familiarizados con la *Guía del Prescriptor*, este formato será reconocible. Se han incluido en este libro de casos varias secciones únicas; por ejemplo, presentar qué había en la cabeza del autor en varios puntos durante el manejo del caso, y también preguntas a lo largo del camino con el fin de desarrollar un plan de acción. Además, estos casos incorporan ideas de los cambios recientes para el mantenimiento de la certificación de los estándares del American Board de Psiquiatría y Neurología para aquellos interesados en certificarse de nuevo en Psiquiatría. Así, hay una sección sobre los Resultados en la Práctica (llamada “En la práctica: opinión del psicofarmacólogo”). Hay una breve sección al final de cada caso en la que se mira en retrospectiva para ver qué se podría haber hecho mejor. Otra sección que incluyen la mayoría de los casos es una breve lección o tutorial de psicofarmacología, llamada “Tutorial en 2 minutos”, con información, tablas y figuras de la literatura especializada relevantes para el caso del que se habla. Las medicaciones están listadas por su genérico y nombres de las marcas para facilitar el aprendizaje. Los ídex están incluidos al final del libro para vuestra comodidad. Las listas de iconos y abreviaturas se muestran en la parte inicial del libro. Finalmente, esta tercera colección pone al día al lector en las últimas medicaciones psicotrópicas y sus usos y adopta el lenguaje del *DSM-V*.

La forma de abordar la “prescripción basada en la evidencia” de este libro es mediante casos, a diferencia de otros libros como la serie de *Psicofarmacología Esencial*, además de la literatura con prescripción basada en la evidencia deriva de la experiencia empírica. Es ciertamente importante conocer los datos de los estudios controlados aleatorizados, pero después de conocer toda esta información, la experiencia clínica basada en casos complementa esa información. El viejo dicho que se aplica aquí es que la sabiduría es lo que aprendes después de saberlo todo; y esto también, por estudiar casos después de conocer los datos.

Una nota de alerta: no somos tan ingenuos como para pensar que no hay trampas en la antigua tradición de enseñar a través de casos. Así que creemos que es importante señalar algunos de ellos para intentar evitar este tipo de trampas. No ignoremos la ley de “los números bajos” basada en predicciones a partir de pequeñas muestras o a veces un solo caso clínico.

No nos olvidemos que es fácil recordar sucesos, en particular cuando están asociados a un momento emocional, y tendemos a pensar que ocurren más frecuentemente de lo que en realidad suceden.

No nos olvidemos del “Efecto de refresco” por el cual hay una tendencia a pensar que algo que hemos observado hace poco ocurre más frecuentemente de lo que lo hace en realidad.

De acuerdo con los editores<sup>1</sup>, cuando nos movemos de la medicina basada en la evidencia a la medicina basada en casos, es también importante evitar:

- Elocuencia o medicina basada en la elegancia.
- Medicina basada en la vehemencia.
- Medicina basada en la providencia.
- Medicina basada en la modestia.
- Medicina basada en el nerviosismo.
- Medicina basada en la confianza.

Compañeros y personal en formación nos han advertido de que posiblemente la trampa más importante que debemos evitar en este libro es la medicina basada en la eminencia, de modo que debemos recordar específicamente que:

- Por muy brillante que sea el cabello plateado, no es proporcional al conocimiento de los hechos.
- La elocuencia, la suavidad del lenguaje y la elegancia del atuendo no pueden cambiar la realidad.
- Las calificaciones y los trofeos del pasado no significan un acceso privilegiado a la verdad.
- Los expertos casi siempre tienen conflictos de interés.
- El ojo clínico no se mide en millas de viajero frecuente.

Así, con la total humildad de psiquiatras clínicos, os invitamos a que caminéis unas millas en nuestros zapatos; experimentéis la fascinación, las decepciones, las emociones y los aprendizajes derivados de la observación de casos en el mundo real.

Takesha Cooper, MD  
Gerald Maguire, MD  
Stephen M. Stahl, MD, PhD

<sup>1</sup> Isaccs D y Fitzgerald D. Seven alternatives to evidence based medicine.  
*British Medical Journal.* 1999;319:1618.





# Autores

Dennis Alters, MD, DLFAPA

Angharad Ames, MD

Roberto Castaños, MD

Karen Clarey, MD, Residente de Psiquiatría

Takesha Cooper, MD, MS, Director del programa de Residencia y Profesor clínico asociado

Evangelos Coskinas, MD, PhD

Courtney DiNicola, BS, MS

Lawrence Faziola, Profesor asociado de Psiquiatría Clínica

Carl Feinstein, MD

Christopher G. Fichtner, MS, MD, Profesor Clínico y Vicerrector de Administración del Departamento de Psiquiatría y Neurociencias de la Facultad de California, Riverside, Facultad de Medicina

Kayla L. Fisher, MD, MBA

Erin Fletcher, MD, MPH

Karla P. Furlong, MD

Sarah Grace, MD

Douglas Grover, MD

Niraj Gupta, MD

Catherine Ha, Medical Student (MS), UCR Facultad de Medicina

Nekisa Haghghat, MD, MPH

Charity Hall, Estudiante de Medicina de la UCM

Carla Hammond, MD, Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, UC Riverside School of Medicine

Peter Hauser, MD, LBVA

Dale Hoang, MD, UCR

Ijeoma Ijeaku, MD, MPH, FAPA

Michael T. Ingram, Jr., MS, MD

Eduardo Javier, MD

Brenda Jensen, MD, University of California, Riverside Facultad de Medicina

Sana Johnson-Quijada, MD

Samer Kamal, MD Justine Ku, MSIII

Lauren Kurz, PMHNP, MSN Troy Kurz, MD

Niya Larios, BS

Richard J. Lee, MD, UCR Director del programa de Educación en Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia

Arthur Leitzke, MD

## Autores

Casey Lester, MD

Matt Jason V. Llamas, BS

Kathleen Lopez, MD

Alex J. Mageno, MD

Gerald Maguire, MD, DFAPA

Ruqayyah Malik, MD

Stephen Maurer, MD

Louis May, MD

Austin Nguy, BA

Alexander Thanh Nguyen, MD MPH, Profesor clínico asistente, UCR Psiquiatría,  
Long Beach

Diem Nguyen, MD, University of California, Riverside Facultad  
de Medicina

Edgar Ortega, MD

Monish Parmar, MD DABPN

Yatna Patel, BS, UCR MS3

Joshua Poole, MD

Nishant Prakash, BS

Harika Reddy, MD

Madeline Saavedra, MD

Martin Sahakyan, MD

Michael Seigler, MD

Kevin Simonson, MD

Saloni Singh, MD, Médico residente del Departamento de Psiquiatría, UC Riverside Facultad  
de Medicina

Sireena Sy, MD, UCR Residente de Psiquiatría

Michelle Tom, MD

Alexander H. Truong, MD

Kevin Truong, MD

Joshua Valverde, MD

Alfonso Vera

Darian Vernon, MD

Phuong Vo, BS, MS

Joseph Wong, MS IV

Stephanie Wong, Estudiante de Medicina

Jami Woods, MD









Joseph Yasmeh, BS











Margaret Yau, MS3

Bo Ram Yoo, MS

Lawrence Yu, MD

# Lista de iconos

	<b>Pre- and post preguntas de autoevaluación</b>
	<b>Motivo de consulta; Evaluación del paciente en la visita inicial</b>
	<b>Historia psiquiátrica</b>
	<b>Historia personal y social</b>
	<b>Antecedentes médicos</b>
	<b>Antecedentes familiares</b>
	<b>Historial de medicación</b>
	<b>Tratamiento actual</b>

	<b>Historial de psicoterapia. Psicoterapia en el momento actual</b>
	<b>Un momento para el mecanismo de acción</b>
	<b>Nota mental del facultativo</b>
	<b>Información adicional</b>
	<b>Evolución del caso. Medidas de mejoría del caso</b>
	<b>Resumen del caso</b>
	<b>Aspectos a recordar</b>
	<b>En la práctica: opinión del psicofarmacólogo</b>
	<b>Consejos y “perlas de conocimiento”</b>
	<b>Tutorial en 2 minutos</b>

# Abreviaturas

5-HT	serotonina	DA	dopamina
AACAP	Academia Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente	DI	discapacidad intelectual
AAP	Academia Americana de Pediatría	DSM-4/	<i>Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales</i> , 4. <sup>a</sup> /5. <sup>a</sup> edición
ACE	acontecimiento adverso en la infancia	DSM-5	<i>Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales</i> , 4. <sup>a</sup> ed., texto revisado
AIMS	Escala de movimientos involuntarios	DSM-4-TR	<i>Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales</i> , 4. <sup>a</sup> ed., texto revisado
ALT	alanina-amino transferasa	ECG	electrocardiograma
AMPA	ácido $\alpha$ -amino-3-hidroxi-5-metil-4-isoxazolepropiónico	EDM	episodio depresivo mayor
ANC	recuento absoluto de neutrófilos	EEG	electroencefalograma
ANCA	anticuerpo anticitoplasmático	EPS	síntomas extrapiramidales
ASQ	<i>Ages and Stages Questionnaire</i>	ER	liberación prolongada
AST	aspartato-aminotransferasa	FA	fibrilación auricular
AWS	síndrome de abstinencia alcohólica	FAST	Adaptación funcional y Entrenamiento de Habilidades
BDNF	factor neurotrófico derivado del cerebro	FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU.
BDZ	benzodiazepina	GABA	ácido $\gamma$ -aminobutírico
BED	trastorno por atracón	G-CSF	factor estimulante de colonias de granulocitos
BMP	panel metabólico básico	GnRH	hormona liberadora de gonadotropina
BPD	trastorno psicótico breve	GSK3	glucógeno sintasa-cinasa 3
BUN	nitrógeno ureico en sangre	HAM-D	<i>Hamilton Depression Rating Scale</i>
CBC	recuento sanguíneo completo	HbA1c	hemoglobina A1c
CIWA-Ar	Instituto Clínico de Evaluación de la Abstinencia de Alcohol Revisada	HDL	lipoproteína de alta densidad
COVID-19	enfermedad por coronavirus 2019	HPA	hipotálamo-hipófisis-suprarrenal
CPS	Servicios sociales ( <i>Child Protective Services</i> )	IDD	trastorno de discapacidad intelectual
CYP1A2	citocromo P450 1A2	IEP/PEI	Plan de Educación Individualizada
CYP2D6	citocromo P450 2D6	IM	intramuscular
		IMAO	inhibidor de la monoaminoxidasa

## Abreviaturas

IMC	índice de masa corporal	QTc	intervalo QT corregido
IMD	institución para trastornos mentales	REM	movimiento ocular rápido
IR	liberación inmediata	RMN	resonancia magnética nuclear
ISRS	inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina	RMnf	resonancia magnética funcional
IV	intravenoso	RVR	respuesta ventricular rápida
KOR	receptor $\kappa$ -opioide	SAD	trastorno afectivo estacional
LAI	inyectable de acción prolongada	SARS	síndrome respiratorio agudo grave
LDL	lipoproteína de baja densidad	SCA	ataxia espinocerebelosa
LES	lupus eritematoso sistémico	SCARED	<i>Screen for Child Anxiety and Related Emotional Disorders</i>
lpm	pulsaciones por minuto	SCAS	<i>Spence Children's Anxiety Scale</i>
LPS	<i>Lanterman-Petris-Short</i>	SCL-90-R	Lista de comprobación de los síntomas (Symptom Checklist-90-Revisada)
MAO	monoaminooxidasa	SLD	trastorno específico del aprendizaje
MAP	médico de atención primaria	SNC	sistema nervioso central
MASC	Escala multidimensional de ansiedad para niños	SNM	síndrome neuroléptico maligno
MERS	síndrome respiratorio de oriente medio	SNRI	inhibidor de la recaptación de serotonina-noradrenalina
MMSE	Minexamen del estado mental	T3	triyodotironina
MoCA	Evaluación cognitiva de Montreal	T4	tiroxina
MOR	receptor $\mu$ -opioide	TAC	tomografía computarizada
mTOR	diana en mamíferos de la rapamicina	TAG	trastorno de ansiedad generalizada
NA	noradrenalina	TBS	Servicios Terapéuticos Conductuales
NDRI	inhibidor de la recaptación de noradrenalina	TCA	antidepresivo tricíclico
NMDA	N-metil-d-aspartato	TCC	terapia cognitivo-conductual
NPSLE	lupus eritematoso sistémico neuropsiquiátrico	TCE	traumatismo craneoencefálico
ODT	comprimido oral desintegrable	TDAH	trastorno por déficit de atención con hiperactividad
OROS	administración de liberación osmótica controlada	TDM	trastorno depresivo mayor
PARS	<i>Pediatric Anxiety Rating Scale</i>	TEA	trastorno del espectro autista
PAWSS	<i>Predicción de la Alcohol Withdrawal Severity Scale</i>	TEC	terapia electroconvulsiva
PEDS	evaluación parental del estado del desarrollo	TEPT	trastorno de estrés postraumático
PET-CT	tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada	TOC	trastorno obsesivo-compulsivo
PIT	psicoterapia interpersonal	TR	liberación prolongada
PO	por vía oral	TSH	hormona estimulante de la tiroides
		UDS	análisis de drogas en orina