

## **ESTUDIO SOBRE UN CASO DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE ANTI-NMDAR CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA.**

Morcillo Barrientos, Inmaculada \*  
Benítez Hernández, María del Mar\*  
Rivera de los Santos, Francisco\*  
Valdés Díaz, María\*  
Cañamaque Alcón, Noelia\*\*

\*Facultad de Psicología (Universidad de Sevilla)  
\*\*Centro Psicosanitario Galiani

## **STUDY ON A CASE OF ANTI-NMDAR AUTOIMMUNE ENCEPHALITIS WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND PROPOSAL OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTION.**

Morcillo Barrientos, Inmaculada \*  
Benítez Hernández, María del Mar\*  
Rivera de los Santos, Francisco\*  
Valdés Díaz, María\*  
Cañamaque Alcón, Noelia\*\*

\*Facultad de Psicología (Universidad de Sevilla)  
\*\*Centro Psicosanitario Galiani

### **AFILIACIÓN INSTITUCIONAL (CORRESPONDENCIA)**

**Correpondencia: M<sup>a</sup> Mar Benítez Hernández. Profesora del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. c/ Camilo José Cela,s/n- Email: marbenitez@us.es**

## **Estudio sobre un caso de encefalitis autoinmune anti-nmdar con síntomas psicóticos: diagnóstico diferencial y propuesta de intervención psicológica.**

### **Resumen**

El siguiente estudio de caso, relata la historia de una mujer joven de 22 años diagnosticada de encefalitis autoinmune anti-NMDAR, pese a haber sido diagnosticada de forma errónea previamente. Se trata de un estudio en el que se muestra la dificultad para diferenciar entre un cuadro médico (encefalitis autoinmune anti-NMDAR) y otro psiquiátrico (esquizofrenia) y la afectación psicológica que supone en la vivencia de la paciente. El objetivo del trabajo, es transmitir cómo se ha sentido la paciente tanto de forma emocional, psicológica, como los cambios ocurridos a raíz de la enfermedad, así como establecer un diagnóstico diferencial de dicha enfermedad y la esquizofrenia. Se pretende que dentro del personal sanitario se profundice más sobre la encefalitis autoinmune para poder evitar posibles diagnósticos erróneos y tratamientos recibidos por parte de los pacientes. Se destaca cómo se ha convertido en un ejemplo a seguir y esperanza para aquellas personas que han pasado o están pasando por una situación tan adversa como la descrita.

**Palabras clave:** estudio de caso, encefalitis autoinmune anti-NMDAR, diagnóstico diferencial, esquizofrenia.

## **Study on a case of anti-nmdar autoimmune encephalitis with psychotic symptoms: differential diagnosis and proposal of psychological intervention.**

### **Abstract**

The following case study tells the story of a 22-year-old woman diagnosed with anti-NMDAR autoimmune encephalitis, despite a previous misdiagnosis. It shows the difficulty in differentiating between medical (anti-NMDAR autoimmune encephalitis) and psychiatric (schizophrenia) conditions and the psychological impact on the patient's life. The aim of the work is to transmit how the patient has felt both emotionally and psychologically, as well as the changes that have occurred as a result of the illness, and to establish a differential diagnosis of the illness and schizophrenia. The purpose is to provide more in-depth information about autoimmune encephalitis among healthcare personnel in order to avoid possible misdiagnoses and treatments received by patients. It is highlighted how it has become an example to follow and hope for those people who have gone through or are going through such an adverse situation as the one described.

**Key words:** case study, anti-NMDAR autoimmune encephalitis, differential diagnosis, schizophrenia.

## **Estudio sobre un caso de encefalitis autoinmune anti-nmdar con síntomas psicóticos: diagnóstico diferencial y propuesta de intervención psicológica.**

### **INTRODUCCIÓN**

La encefalitis autoinmune anti-NMDAR se puede considerar un trastorno grave y posiblemente mortal que se ilustra mediante una tasa de mortalidad o discapacidad del 25%. Se caracteriza por síntomas psiquiátricos (estado de ánimo deprimido, afecto inestable, agitación, agresión, comportamiento desorganizado, rasgos catatónicos) y neurológicos (disminución de la conciencia, alucinaciones, pensamientos delirantes, trastornos del movimiento, episodios similares a convulsiones e insomnio) (Van de Riet & Schieveld, 2013). El trastorno es más común en mujeres (80%), debido a un teratoma ovárico subyacente. El tratamiento implica la inmunosupresión, con esteroides e inmunoglobulina intravenosa considerados de primera línea (Ryan et al., 2013). A pesar de la gravedad de la enfermedad, una vez extirpado el tumor y recibido inmunoterapia, las personas se recuperan (Dalmau et al., 2008). El trastorno es particularmente relevante para los psiquiatras, porque la mayoría de los pacientes son vistos inicialmente por los servicios psiquiátricos. Los profesionales deben considerar la encefalitis anti-NMDAR en pacientes que presentan psicosis, así como discinesia, convulsiones y/o catatonía, especialmente si no hay antecedentes de un trastorno psiquiátrico (Ryan et al., 2013). El descubrimiento de que la psicosis aguda puede ser la característica de presentación de la encefalitis autoinmune, en concreto la encefalitis anti-NMDAR, supone un aspecto importante en el diagnóstico diferencial que a menudo es ignorado del primer episodio de psicosis (Steiner et al., 2019; Tidswell, Kleinig, Ash, Thompson & Galletly, 2013). Alrededor del 95% de los pacientes adultos con encefalitis por anticuerpos NMDAR tienen un cuadro clínico psiquiátrico, generalmente al inicio de la enfermedad, y algunos tienen presentaciones psiquiátricas aisladas prolongadas (Al-Diwani et al., 2019). Puede ser difícil para los psiquiatras diagnosticar correctamente esta enfermedad y hacer un diagnóstico correcto en poco tiempo. Muchos pacientes con encefalitis autoinmune se diagnostican erróneamente con esquizofrenia o trastorno bipolar (Hao, Wang, Guo & Zhan, 2016), es decir, la encefalitis autoinmune no se detecta de manera confiable en los diagnósticos psiquiátricos de rutina (Steiner et al., 2019).

Según Guasp & Dalmau (2018), el diagnóstico de encefalitis anti-NMDAR se considera probable si se cumplen los siguientes tres criterios:

A. Inicio rápido (en menos de 3 meses) de un mínimo de 4 de los siguientes 6 principales grupos de síntomas:

- Anomalías cognitivo-conductuales o síntomas psiquiátricos.
- Trastorno del lenguaje (logorrea, reducción verbal o mutismo)
- Ataques de epilepsia
- Movimientos anormales, discinesias, rigidez o posturas distónicas.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Disfunción autonómica o hipoventilación central.

B. Al menos uno de los siguientes resultados en las pruebas complementarias:

- EEG anormal (actividad lenta o focal desorganizada o difusa, epiléptico, actividad o cepillo extremo delta)
- Líquido cerebrospinal con pleocitosis o bandas oligoclonales.

C. Exclusión razonable de otros trastornos.

Por su parte, los criterios diagnósticos para la esquizofrenia en base al DSM-5.

A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos unos de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

1. Delirios.
2. Alucinaciones.
3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).

B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).

C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).

D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.

F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

## PRESENTACIÓN DEL CASO

### Identificación del caso

Mujer actualmente de 26 años, hace 4 años que sufrió un cuadro que requirió atención médica, psicológica y psiquiátrica. Su estado civil es soltera, sin hijos. Tiene una buena situación económica. Convive con sus padres, hermano y hermana. En lo referente a la formación académica, graduada en un doble Grado en Derecho y FICO (Finanzas y Contabilidad). Actualmente trabaja como responsable financiera en una empresa de asistencia sanitaria a domicilio; su trabajo consiste realmente en llevar la contabilidad, gestión de cobros, búsqueda y estrategia de financiación, revisión de documentos legales, hacerse cargo de pequeños inconvenientes que pueden surgir como ahora es el Covid-19, entre otras tareas. Además, de forma simultánea, está realizando un Máster en Finanzas y Dirección Financiera.

### Antecedentes

La fuente de información ha sido obtenida del informe clínico del servicio de Neurología General de un Hospital público de Sevilla capital.

*Familiares.* En el tema familiar, se reporta que la hermana presentó convulsiones febriles en la infancia. En la familia paterna hay numerosos antecedentes de cáncer ginecológico, su abuelo paterno sufrió tumor cerebral. En cuanto a la familia materna, hay un caso de enfermedad hematológica de los linfocitos T

*Personales.* La paciente no ha presentado RAM (Reacción Adversa a un Medicamento). Ha padecido hipotiroidismo del que aún sigue en tratamiento con eutirox. Informa de un desarrollo evolutivo normal (anduvo a los 15 meses), y no enuresis en la infancia. Se encuentra correctamente vacunada, aunque presentó una reacción adversa a la 2º dosis contra el virus de papiloma humano. No hay antecedentes de consumo de tóxicos. Por otro lado tiene nódulo mamario biopsiado con diagnóstico de fibroadenoma. En junio de 2016, tuvo salpingitis por Gardnerella, que produjo oclusión tubárica derecha

En Dic-16 consultan con un psiquiatra privado por ansiedad, se orienta como trastorno disociativo vs psicótico, se pauta lorazepam. Introducen olanzapina 5 mg el día previo a la consulta de Urgencias. Buen ajuste premórbido, refiere buen rendimiento académico y social.

### Descripción del caso

La fuente de información del motivo de consulta y objetivos planteados, ha sido obtenida del informe psicológico proporcionado por la psicóloga de la paciente.

### **Motivo de consulta**

La paciente acude por primera vez, el 23 de enero de 2017, a un centro privado de asistencia psicológica con objetivo de mejorar su estado emocional, que interfiere de manera significativa en su vida cotidiana.

Es derivada a la consulta privada, desde un centro externo, más concretamente desde el área de Psiquiatría del Hospital General con un cuadro ansioso agudo y con recomendación explícita de realizar psicoterapia al ser prioritaria la intervención. Según indica el psiquiatra, la deriva debido a la situación crítica y aguda que manifiesta de su sintomatología, caracterizada por dificultades de sueño, fluctuación anímica y presencia de temores infundados.

### ***Objetivos terapéuticos desde el centro privado de asistencia psicológica***

Se establecieron como objetivos generales de la intervención psicológica:

- Adquirir un modo de afrontamiento efectivo a su situación.
- Aumentar el nivel de actividad.
- Mejorar la calidad del sueño.
- Mejorar el estado anímico.
- Reducir los niveles de sintomatología ansiosa.

Todo ello siguiendo el modelo cognitivo-conductual.

Sin embargo, la intervención no pudo llevarse a cabo, debido a que la paciente no mejoraba, sino todo lo contrario los síntomas eran cada vez más intensos y agudos. Su psicóloga sospechaba una patología de mayor gravedad de origen desconocido, de ahí la derivación con carácter urgente al hospital de donde había sido remitida con la recomendación de que fuera sometida a una exploración física más exhaustiva.

### ***Descripción del problema***

Se inicia cuando la paciente tiene 22 años. En septiembre de 2016, ella empieza a “sentirse diferente”, triste e irascible por todo, aunque no le presta especial atención. En noviembre todo empeora, y es visible el inicio del cuadro psicótico, empieza a manifestar cambios de humor, estado constante de alteración y nerviosismo, en varias ocasiones se siente bloqueada por la euforia y efusividad, problemas a la hora de expresarse, ataques de ansiedad. En ese momento la paciente se encuentra confusa, se cuestiona todo, incluso a ella misma. A los ojos de los demás, parece que este conjunto de comportamientos es ocasionado por una hipotética situación de estrés debido a los estudios, trabajo y reciente ruptura sentimental. Todo ello fue agravándose poco a poco, hasta llegar a la pérdida del contacto con la realidad e ideación delirante.

Relata que en diciembre “*todo sucedió muy rápido*”. Al principio tiene un alto grado de consciencia y se plantea en varias ocasiones “*¿existen los locos? Si existen, yo soy uno de ellos*”. Preguntas y respuestas viajan por su cabeza a gran velocidad, le quitan el sueño y no le solucionan nada, por lo que empieza a “auto estudiarse”. Comienza a

escribir un diario, en el que anota cómo se siente y ciertas situaciones que vive cronológicamente, ya que, es consciente que le cuesta recordar ciertas cosas.

La paciente padece hipotiroidismo de Hashimoto desde los 20 años, patología a la que atribuye la causa de todo lo que está viviendo. A partir de ahí, empieza a visitar a diferentes especialistas, hacerse analíticas y llevar una vida sana. Para ella, lo más importante es registrar todos los síntomas que padece, la medicación que toma y todas aquellas ideas que se le pasan por la cabeza. Comienza a padecer hiperactividad, afirmando incluso que no anda por la calle sino que va dando saltos *“como si el suelo fuera un trampolín gigante”*, *“siento mucha adrenalina en mi interior, necesito desfogar”*.

Esta situación va empeorando hasta el punto que sus comportamientos se realizan de forma totalmente involuntaria, no es consciente de asumir el riesgo que tienen los mismos, como darse a la fuga tras tener un accidente con el coche, robarle el móvil a una chica, entre otros. Toda esta serie de comportamientos vividos en la universidad, trabajo, casa, tienen una serie de consecuencias, entre ellas, el despido laboral de la paciente. Empieza a perder la capacidad auditiva y la memoria a corto plazo, no recuerda situaciones vividas recientemente, ni las que tiene pendientes de hacer. Presenta alteraciones formales del pensamiento/habla como la taquilalia, el ritmo a la hora de hablar es muy acelerado, confunde palabras. Por las noches no puede dormir, empieza a presentar síntomas de insomnio, escucha voces que le incitan a suicidarse y en la radio que alguien va a atacar a su familia. En este punto, ya no puede distinguir entre lo que es real y lo que no. Se puede apreciar como el insight ya se encuentra ausente.

Según la paciente todo sucede de una manera muy rápida. No sabe dónde ubicarse, no le dejan ir sola a ninguna parte, deja de conducir, de salir. Ella está muy confusa, ya que no entiende nada, acude a un endocrino, médico de cabecera, psiquiatra y nadie le dice nada, solo *“todo está bien”*. Hasta que dos días antes de ingresar en el área de Salud Mental, acude a un centro privado para recibir ayuda psicológica, y es cuando su psicóloga observa que necesita ayuda médica debido a los síntomas que padece en ese momento, y la deriva al hospital con carácter urgente. Transcurridos esos dos días, la paciente acude al centro médico, necesita nueva medicación para el hipotiroidismo y es cuando tiene lugar uno de los brotes psicóticos, todos los síntomas se manifiestan juntos. Mientras espera a ser atendida, ella relata que *“empieza a crearse una paranoia brutal”*, no escucha bien, no entiende gran cantidad de palabras, comienza a pensar que hablan en un lenguaje secreto y que están allí para observarla e informar de todo lo que hace, le dice a su hermano de hablar con códigos para que el resto de las personas que se encuentran presentes en la sala no la controlen. Su hermano viendo la gravedad de la situación, se lo comenta a su padre, y ella lo interpreta como una amenaza, ya que piensa que sus familiares también forman parte de aquellas personas que la controlan, por lo que se da a la fuga, corre sin rumbo. Pero una vez en la calle todo se agrava, ve en los autobuses letreros con amenazas hacia ella, piensa que cada persona con la que se encuentra la está controlando, llegando incluso a desconfiar de su familia.

Debido a la situación descrita anteriormente, acaba ingresada en el área de Psiquiatría con un supuesto diagnóstico de esquizofrenia. El motivo de ingreso como queda reflejado en el informe clínico del hospital es *trastornos de conducta, crisis parciales, alteraciones del lenguaje*. Debido al alto grado de agitación que presenta la inmovilizan para evitar que se haga daño. El segundo día de estar ingresada en esta planta, escribe una carta donde expresa que nadie la entiende, y esa es su forma de desahogo, piensa que de ahí nunca podrá salir, por lo que queda reflejado el miedo que está sufriendo es normal como la están tratando, ya que ella sabe que algo le pasa, pero no para que la traten de esa manera. Hace bastante hincapié en que no está loca.

En la segunda quincena de enero, la paciente sigue ingresada en el área de Salud Mental, es la parte que menos recuerda de su enfermedad. Permanece allí 13 días y tratada con antipsicóticos, antiepilépticos y antidepresivos con cuatro dosis diarias, es la única medicación que recibe. Cada día va perdiendo de forma muy acelerada todas sus facultades, especialmente la memoria. No reconoce a su familia, solo a su madre que es quien pasa la mayor parte del tiempo con ella. Deja de escribir y relacionarse con las personas que van a verla. Se puede decir que aparecen ciertos síntomas del comportamiento desorganizado, ya que su hermana menciona que cuando recibe visitas, hace comentarios del siguiente tipo *“cuando vamos a verla y llevarle regalos, como por ejemplo chocolate, siempre decía con un lenguaje muy pobre ya que lo había perdido completamente, que todo eso es para ella, muy posesiva”*.

Reitera que sólo es visitada por especialistas en psiquiatría, no neurólogos, cosa por la que su familia insiste que sea asistida por otros profesionales y tener una segunda opinión de lo que está sucediendo. Consiguen que la visite un neurólogo y le realice una serie de pruebas que dan como resultado el descarte de enfermedad psiquiátrica. Se realiza un pleno con diferentes especialistas y se propone llevar una investigación con neurólogos y psicólogos, pero mientras la paciente debe seguir en el área de Psiquiatría. Sus padres se oponen a ello, y tienen que firmar un documento en el que se hacen responsables de lo que puede pasar si se traslada de planta, En estos momentos, la paciente describe la situación como *“si estuviera muerta en vida, pero con mucho sufrimiento, me cuesta seguir luchando, incluso he llegado a perder la consciencia”*.

Comienza con un nuevo tratamiento, la inmunoglobulina y corticoides. Empiezan a realizarle nuevas pruebas de encefalogramas y de imagen, todas ellas con resultados negativos, le realizan una punción lumbar para poder descartar encefalitis vírica, pero hay que mencionar que dicha prueba genera un falso negativo, por lo que empiezan a sospechar de encefalitis autoinmune, basándose en la inflamación que sufre en el encéfalo. Posteriormente, le hacen una nueva prueba, para comprobar si su sangre da positivo en NMDA y así es, en concreto positivo débil para anticuerpos anti-receptor de glutamato (NMDA) en suero y positivo en LCR. Todo ello es gracias a su madre, que investigando encuentra una tesis que trata de una chica en Costa Rica que padece síntomas muy parecidos a la paciente, por lo que se la expone al médico y al día siguiente recibe la prueba de sangre que finalmente culminó con el diagnóstico de Encefalitis



Estudio sobre un caso de encefalitis autoinmune anti-nmdar con síntomas psicóticos: diagnóstico diferencial y propuesta de intervención psicológica.

La paciente, recuerda cuando recibe su primera dosis de rituximab, para ella es “*como un chute de droga, siento como recorre mis venas ese líquido durante tantísimas horas y como la confusión va aclarándose poco a poco*”. A partir de este nuevo tratamiento, se considera una nueva persona, ya que, va entendiendo parte de las conversaciones, habla lento y con dificultad, pero se puede mantener una conversación con ella. Finalmente empieza a recobrar el insight.

El tiempo que dura el tratamiento y después del mismo, lo describe como una época difícil, “*el tratamiento es fuerte y físicamente te encuentras cansada y con dolores, pero lo más complicado es la parte psíquica, pues no recuerdas quién eres ni cómo eres y la parte que recuerdas la confundes*”.

Después de tres semanas ingresada, acude a varias sesiones con su psicóloga. Estas sesiones le ayudan a retomar su funcionamiento diario y a poder sobrellevar los efectos secundarios de la medicación. Entre las dificultades que se pueden detectar en esta fase del tratamiento está la dificultad para integrar un hecho tan estresante en su vida y todas las repercusiones que ello conlleva. Siente que tiene que trabajar muy duro para poder recuperar las facultades perdidas, entre ellas, la escritura, el habla, lectura, comprensión, números y memoria a corto plazo especialmente. Se encuentra con varios temores, entre ellos, salir a la calle, mantener una simple conversación, estar en lugares con mucho ruido, etc. Se propone hacer el Camino de Santiago con su familia para realizar rehabilitación física, este hecho es muy gratificante para ella, ya que consigue finalizarlo y asumir que puede ir consiguiendo las metas poco a poco.

### ***Análisis de factores que pudieran asociarse con la resistencia al cambio***

Entre los elementos que han podido dificultar la evolución de la enfermedad, se podría destacar, por un lado el error de diagnóstico inicial y en consecuencia el tratamiento farmacológico asociado durante su ingreso (antipsicóticos, antidepresivos, antiepilépticos), provocando un recrudecimiento de síntomas y alteraciones significativas, sobre todo en la falta de consciencia de la enfermedad. Por otro lado, otro factor que ha podido estar asociado a la resistencia al cambio, es el sentimiento de culpa que ha tenido a lo largo de todo el proceso y que incluso persiste en la actualidad, expresándolo en términos como, “*necesito autoperdonarme*”, ya que según ella “*ha habido situaciones en las que no me sentía bien conmigo misma incluso llegando a autodestruirme. He estado intentando averiguar de dónde venía ese sentimiento sin llegar a ningún lado, pero el no saber ni justificar de donde viene me está ayudando a que desaparezca, es como si estuviera por fin dejando todo atrás*”.

### ***Técnicas de evaluación psicológica***

Aparte de las pruebas médicas a las que se tuvo que someter para el diagnóstico de encefalitis autoinmune, se administraron distintas pruebas psicológicas:

- ***Entrevista inicial y continuada*** a lo largo de todo el proceso como técnica transversal inspirada en el modelo propuesto por Muñoz (2003). Se utilizó una entrevista clínica semiestructurada para identificar el motivo de consulta, variables

asociadas, temporalidad, severidad y estado actual de la paciente. Todo ello, facilitaría el establecimiento de hipótesis diagnósticas, análisis funcional del problema y planificación de objetivos.

• *Listado de Síntomas Breve (LSB-50)* de Rivera y Abuin (2018) cuya finalidad es la identificación y valoración de síntomas psicológicos y psicósomáticos en adultos. Sus 50 ítems están calificados en una escala Likert de cinco puntos (0-4) –de nada a extremadamente- y evalúan los síntomas representados en 9 escalas clínicas (Psicorreactividad, Hipersensibilidad, Obsesión-Compulsión, Ansiedad, Hostilidad, Somatización, Depresión, Sueño estricto y Sueño ampliada); también incluye una escala de Riesgo psicopatológico. Permite la obtención de 3 índices globales (índice global de severidad, Número de síntomas positivos e índice de intensidad de los síntomas positivos), cada uno de los cuales es indicativo de diferentes aspectos del sufrimiento psicopatológico general y dos escalas de validez. Posee adecuadas propiedades psicométricas.

Cabe destacar que la madre también fue una fuente de información importante sobre el caso y que ayudó a completar la información sobre la historia del problema, síntomas y demás factores asociados presentados en la paciente.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La paciente presenta dos tipos de diagnósticos. Por un lado encefalitis autoinmune contra los receptores NMDA. Por otro, una vez desaparecen los síntomas tras el tratamiento farmacológico, se podría hablar del segundo diagnóstico, trastorno adaptativo.

La paciente ha presentado cuatro de los seis principales grupos de síntomas de la encefalitis autoinmune, en concreto: anomalías cognitivo-conductuales o síntomas psiquiátricos, trastorno del lenguaje, disminución del nivel de conciencia, disfunción autonómica o hipoventilación. Hay que mencionar que en este caso la paciente no ha presentado ataques de epilepsia, pero sí en varias ocasiones convulsiones.

Respecto al criterio B, las pruebas de EEG de vigilia y en privación de sueño, han sido caracterizadas por: una actividad fundamental y breve somnolencia dentro de los valores normales y por una moderada proporción de actividad lenta en rango delta, que en ocasiones adquiere una morfología aguda, de proyección temporal anterior y media izquierda (electrodos F7 y T3). Por otro lado, dio positivo débil para anticuerpos anti-receptor de glutamato (NMDA) en suero y positivo en LCR, así que gracias a la aplicación de dicha prueba, se pudo demostrar que la paciente no padecía una enfermedad psiquiátrica, sino neurológica.

La paciente presenta la mayoría de los síntomas mencionados en el DSM-5, es decir, del criterio A: ha presentado delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado y síntomas negativos en un tiempo superior de un mes. En relación con el criterio B el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está

muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio, un claro ejemplo sería el despido laboral mencionado en la historia del problema y el abandono del doble grado que estaba realizando, debido al transcurso de la enfermedad. No podría corresponderse con el diagnóstico de esquizofrenia, ya que toda esa sintomatología es debida a una enfermedad física corroborada por el resultado positivo en la prueba LCR, el trastorno no puede atribuirse a una enfermedad orgánica cerebral y el tiempo de presentación de los síntomas no corresponde con el mencionado en el criterio C.

Sin embargo, muchos de los síntomas de la paciente se corresponden con la dimensión psicótica de la esquizofrenia, como por ejemplo alucinaciones auditivas externas y sobre todo las más importantes, las que ocurren en el ámbito interno. La paciente no comentaba las alucinaciones que presentaba, solo en una ocasión lo comunicó “Voces en mi cabeza, una voz siniestra y grave en forma de susurro, la escucho en más de una ocasión pero solo recuerdo una incitando al suicidio, el resto de ocasiones que recuerdo era esa misma voz y tono pero sin decir nada concreto como si estuviera murmurando de una forma intensa y constante cuando aparecía, solo recuerdo oírla por las noches. En una ocasión confundo la voz y las palabras de los locutores de radio con palabras hacia mí y mi familia amenazantes y diciendo que no tenemos escapatoria, casi me tiro del coche, esta vez iba con mi padre y lo dije en voz alta pensando que él también lo oía, su comportamiento me hizo entender que no debía de contar esas cosas”, “Durante un examen escuchaba un constante susurro y murmullo de personas hablando, creía que eran mis compañeros pero mi profesor me dijo que había absoluto silencio”. Todo ello demuestra que su insight se encontraba ausente y que iba evolucionando hacia un peor pronóstico.

Por otro lado la paciente, ha presentado ideas delirantes de tipo paranoide y técnico, así como percepción delirante “Cuando la enfermedad estaba muy avanzada tenía la sensación de que todo el mundo me observaba y tengo la certeza que hay una persona varón que me controla y los controla a ellos sin que se den cuenta a través los dispositivos móviles, la vez que más se acentuó esto fue justo el día que me ingresaron que entré en una crisis de pánico. Este mismo día vi en el cartel luminoso del autobús (donde aparece el número del bus y el destino) un mensaje hacia mí, no recuerdo lo que ponía en el mensaje pero me dio una sensación de control hacia mí” “En esta misma ocasión (examen) después de quejarme del ruido, el problema fue la luz, era como si fuera de noche y solo hubiera una bombilla que alumbraba toda una clase de universidad, de esto también me quejé y me cambiaron a la mesa del profesor, en este momento tenía la sensación y temor de que todo el mundo me observaba y estaban pendientes de mí, me entró un ataque de ansiedad y abandoné el examen”.

En cuanto a la dimensión desorganizada, ha presentado las siguientes alteraciones con relación al habla y pensamiento: conexión entre la fuga de ideas y el descarrilamiento, incoherencia, tangencialidad. En relación con esta dimensión, la paciente ha manifestado euforia, que se combina con momentos de desánimo y desgana, comportamientos inadecuados que no corresponden con el comportamiento que se debería tener en una situación concreta. Ha mostrado paratimia, mezclando deseo-odio interés-rechazo.

Respecto a la dimensión negativa, lo que respecta al orden afectivo, la paciente ha presentado síntomas negativos, es decir, aplanamiento emocional (ausencia observable en gama y número de emociones, hipo/anhedonia rasgo y alexitimia), afecto restringido (disminuye la gama de emociones) y embotamiento (disminuye el número de reacciones emocionales, muy frecuente). En relación con la motivación (volición) ha manifestado apatía, abulia y asociabilidad.

Hay que mencionar que la manifestación de los síntomas, no se sabe con seguridad si son debidos a la enfermedad o al tratamiento psicofarmacológico que estaba recibiendo en aquel momento.

Como se puede apreciar, parece que exista una confusión entre la esquizofrenia, y la encefalitis autoinmune anti-NMDAR, ya que esta última presenta varias fases del síndrome al inicio de la enfermedad, por lo que hay una especial confusión entre ambas, y posible error en el diagnóstico de la misma, es el caso de la paciente. En una presentación virtual como parte de la Reunión destacada de primavera 2020 de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), Joseph Dalmau, MD, PhD, discutió el papel de los autoanticuerpos sinápticos en la conducción de enfermedades psiquiátricas y psicosis. Llegaron a la conclusión que si los pacientes son tratados con terapia antipsicótica estándar, podrían estar en riesgo de eventos adversos graves. Dalmau señaló que las benzodiazepinas son tolerables, mientras que otros antipsicóticos, como la quetiapina y la olanzapina, son más intolerables (Kunzmann, 2020). La paciente desde antes de ingresar acudió a un psiquiatra privado el cual le mandó el siguiente tratamiento: olanzapina 5mg 0-0-1, y lorazepam 1mg 1''-0-½, a ello habría que sumarle el tratamiento recibido en el área de psiquiatría, por lo que, parece ser que está demostrado que este tipo de tratamiento psicofarmacológicos no son de ayuda para aquellos pacientes que tienen un diagnóstico erróneo, en este caso interfieren en los pacientes con diagnóstico de encefalitis autoinmune anti-NMDAR.

En cuanto a la *segunda consideración diagnóstica*, una vez que ha recibido su tratamiento y desaparecido los síntomas, la paciente ha seguido presentando sintomatología ansiosa y depresiva. La enfermedad médica, ha dejado una serie de manifestaciones que ha requerido de la ayuda de un profesional para poder solucionar los problemas psicológicos, generados a raíz del elemento estresante identificable que ha supuesto la enfermedad, es cuando la paciente acude de nuevo al centro privado Psico-sanitario para poder solventar ese temor y tristeza presentadas. Por todo lo expuesto, podemos determinar un segundo diagnóstico, trastorno adaptativo, debido al malestar intenso provocado por el acontecimiento estresante y al sufrimiento de un deterioro significativo tanto en el área social como laboral.

## TRATAMIENTO

Según el DSM-5 (APA, 2013), el trastorno adaptativo se caracteriza por el desarrollo de síntomas emocionales y/o comportamentales en respuesta a un o varios factores de estrés identificables. Los síntomas aparecen a lo largo de los primeros 3 meses desde que se desencadena el factor y no perduran más de 6 meses. Los factores estresantes pueden ser muy variados (una ruptura sentimental, problemas económicos,

independización del hogar, problemas laborales, etc.). Los síntomas son considerados clínicamente significativos cuando se trata de un malestar intenso o desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas y cuando se produce un deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Simón, Molés y Quiero, 2017).

Atendiendo a las recomendaciones generales, Casey (2009) propone tres componentes principales que agrupan lo que otros autores (Andrews, 1995, Benton y Lynch, 2006; Strain, 1995; Strain y Diefenacher, 2008; Strain, Klipstein y Newcorn, 2010) también consideran relevante a la hora de basar las intervenciones psicológicas para los ta: 1) reducir o eliminar el evento estresante tomando medidas como la técnica de solución de problemas; 2) facilitar la adaptación a través de medidas que se dirigen a eventos estresantes crónicos que no pueden ser eliminados (enfermedades) y que ayudan a recontextualizar la situación como la psicoeducación y la reestructuración cognitiva y, además, potenciar un sistema de apoyo que ayude a la persona a manejar mejor la situación, especialmente la ayuda práctica; 3) cambiar la respuesta emitida a través de la relajación, la verbalización de miedos y emociones, explorar el significado que tiene el evento estresante para la persona puede cambiar la respuesta emitida al suceso estresante (Simón, Molés y Quiero, 2017)

### ***Técnicas de intervención***

*Primera aproximación después de estar ingresada.* En marzo de 2017, una vez dada de alta en el hospital, la paciente acudió de nuevo a la consulta (aún estaba en proceso de recuperación y revisiones médicas) con el objetivo de solicitar apoyo psicológico debido a los acontecimientos que había sufrido anteriormente.

Se realiza una exploración y se observa que existe un malestar psicológico importante reactivo al proceso físico por el que ha pasado y las consecuencias que ha tenido en su vida. Hay que mencionar que la sintomatología que presenta en ese momento es la siguiente:

- Manifiesta tener sentimientos de inutilidad, impotencia, sensación de vacío, temor a perder el control e incertidumbre. La inquietud permanente y el agobio imperan de forma aguda en su vida.
- Anhedonia, incapacidad para divertirse, bloqueo emocional e incapacidad para relajarse.
- En relación con sus conductas, presenta un importante bloqueo, torpeza o dificultad para actuar y en la toma de decisiones importantes, y paralelamente, la impulsividad y la inquietud condicionan sus acciones cotidianas.
- A nivel cognitivo, predominan sus dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados, incremento de las dudas y sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, e interpretaciones inadecuadas, etc.
- La paciente se describe como confusa, con constantes estados de tensión y tristeza; vacilando entre el deseo de afecto, miedo, el malestar y el embotamiento

afectivo. Casi todo en su vida es percibido como una fuente dolorosa de evaluación negativa.

- Bajo nivel de seguridad personal, relacionada principalmente con el incumplimiento de sus rutinas debido a sus circunstancias y la privación de ciertas actividades gratificantes (personal, laboral, familiar y social), lo que a su vez repercute en su nivel de autoestima a través de una serie de pensamientos distorsionados.

Es evidente el deterioro de la confianza en sí misma, en sus capacidades profesionales y el proceso de desvalorización personal y desarrollo de la culpabilidad dirigida hacia sí misma por la situación que está viviendo. Como puede observarse los síntomas de la dimensión psicótica han desaparecido.

El objetivo de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de los trastornos adaptativos se centran en la verbalización, es decir que el paciente exponga las preocupaciones y conflictos que está experimentando, identificar los medios para reducir el estrés, aumentar la capacidad para manejarlo, ayudar a la paciente a adquirir una perspectiva de la adversidad y establecer relaciones (un sistema de apoyo) que ayuden a controlar el agente estresante (Strain et al., 1996).

**Para tal propósito se establecieron 10 sesiones, que se describen a continuación:**

**Sesión 1:**

- Exploración del motivo de consulta y establecimiento de la relación terapéutica.

**Sesión 2:**

- Exploración sobre las conductas problema y psicoeducación sobre la ansiedad y sus componentes.

**Sesiones 3, 4, 5 y 6:**

- Explicación de las conductas problemas a la paciente y formas de controlar o regular la ansiedad:

1. Entrenamiento en relajación muscular progresiva.
2. Entrenamiento en reestructuración cognitiva.
3. Entrenamiento en técnicas de aceptación y compromiso: atención plena.

- Tareas para casa.

**Sesiones 7 y 8:**

- Revisión de tareas para casa: dificultades, ventajas e inconvenientes.
- Entrenamiento en técnicas de resolución de conflictos y estrategias de afrontamiento protectoras.
- Entrenamiento en Habilidades sociales y asertividad.
- Tareas para casa.

**Sesiones 9 y 10:**

- Revisión de tareas para casa; dificultades, ventajas e inconvenientes.
- Revisión de logro de objetivos y evaluación post-tratamiento.

*Valoración de la intervención.* Como se señaló anteriormente, entre los objetivos de la intervención psicológica se establecieron el hecho de adquirir un modo de afrontamiento más efectivo a su situación, mejorar el estado de ánimo, aumentar el nivel de actividad, mejorar la calidad del sueño y disminuir la ansiedad y mejorar el estado anímico.

Desde el principio, la actitud de la paciente en todo momento fue de colaboración e intento de mejora.

A lo largo de los meses se observó una mejoría clínicamente significativa de la paciente, que además, no solo fue capaz de superar la situación vivida sino que la convierte en una de las experiencias resilientes de su vida, llegando a utilizarla como una fuente de aprendizaje para ella misma y para otros pacientes y fomentando con ello el estudio y conocimiento de dicha enfermedad tanto entre los profesionales médicos como entre el público en general.

Así pues, la paciente no solo ha salido reforzada y fortalecida como persona de esta experiencia a priori y lógicamente negativa, sino que está ayudando en el mundo científico a la mejora y búsqueda de recursos frente a una enfermedad aún hoy poco conocida.

La fuente de información de lo descrito anteriormente es del testimonio e informe de la psicóloga de la paciente y de la historia clínica administrada.

## RESULTADOS PRE Y POSTRATAMIENTO

En las últimas sesiones con la paciente y después de la décima sesión de intervención, se apreciaba una cierta mejoría en la sintomatología inicial tal y como informaba en las entrevistas de continuación. Se administró de nuevo el LSB-50, obteniéndose los resultados que se muestran a continuación:

	PRE- TRATAMIENTO (Puntuación Centil)	POST- TRATAMIENTO (Puntuación Centil)
ESCALAS DE VALIDEZ		
•(Min) Minimización	15	80
•(Mag) Magnificación	15	10
INDICES GENERALES	85	20
•(Golbal) Índice global de severidad	80	20
•(Núm) Número de Síntomas presentes	70	25
•(Int) Intensidad de Síntomas presentes		

ESCALAS CLÍNICAS	96	25
•(Pr) Psicorreactividad	95	25
•(Hp) Hipersensibilidad	96	45
•(Ob) Obsesión-Compulsión	70	55
•(An) Ansiedad	45	30
•(Hs) Hostilidad	85	50
•(Sm) Somatización	60	5
•(De) Depresión	75	50
•(Su) Alteración del Sueño	70	25
•(Su-a) Alteración del Sueño- ampliada		
ÍNDICE DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO	70	45

*En el pre-tratamiento.* Se observan adecuados índices de validez, de manera que se puede afirmar que no hay sesgos en las respuestas, de tal manera que no trata de dar una imagen favorable de sí misma, ni magnifica su sintomatología.

En cuanto a los índices generales, cabe destacar puntuaciones sensiblemente elevadas que hacen pensar en un alto grado de afectación global psicopatológica de la paciente. En los primeros momentos que se tiene contacto con ella el nivel de sufrimiento psicológico global es notable, manifestando numerosa sintomatología combinada con una elevada intensidad y severidad de los síntomas que padece.

En cuanto a las escalas y subescalas clínicas, obtiene puntuaciones muy elevadas en Psicorreactividad, Hipersensibilidad y Obsesión-compulsión. El conjunto de estas escalas pone de manifiesto que posee un exceso de autoobservación, en el sentido de elevada sensibilidad en la percepción de uno mismo en relación con los demás y en relación a la propia imagen. Además, se caracteriza por una excesiva focalización en detalles de la relación interpersonal y en la valoración de sí misma. Características de estas escalas son: los sentimientos de vergüenza y cohibición ante otras personas, el sentirse incomprendida por parte de los demás, el sentir que otros hablan de ella o la miran, la susceptibilidad de los comentarios de los demás (es fácil que se sienta herida), la sensación de ser inferior a los demás, la de sentirse sola aunque esté rodeada de gente.

También se muestra muy dudosa en sus decisiones y se sumerge en obsesiones y rituales o compulsiones para mitigar su malestar. Características de esta escala son: preocupación por el orden, la higiene y la organización, la necesidad de tener que comprobar una y otra vez las cosas que hace, la sensación de que le cuesta tomar decisiones, la presencia de pensamientos o ideas no deseadas que no se van de su mente, la sensación de ser incapaz de finalizar las cosas que empieza, la necesidad de tener que hacer ciertas cosas de forma repetida una y otra vez, la necesidad de tener que hacer las cosas muy lentamente para poder asegurarse de que están bien hechas.

La paciente presenta quejas somáticas diversas (palpitaciones, desmayos o mareos, dolores de cabeza, náuseas o problemas estomacales, entumecimiento muscular, dolores



musculares, dolores en el pecho, dificultad para respirar), y alteraciones del sueño (despertares de madrugada, sueño alterado o agitado, dificultades para conciliar el sueño) que están afectando a su salud y bienestar.

Un aspecto positivo que muestra su perfil es la escasa presencia de hostilidad en sus reacciones, lo que puede hacer pensar en que existe cierto control emocional sin que se aprecien manifestaciones súbitas o continuadas de agresividad, ira, rabia o resentimiento.

Pese a esta sintomatología generalizada que le causan malestar y necesidad de ayuda psicológica, no se aprecia en el perfil un riesgo psicopatológico severo. No sobrepasa el promedio (Índice de riesgo psicopatológico  $P_c=70$ )

*En el post-tratamiento.* Cabe señalar que todas las manifestaciones de psicopatología han descendido significativamente, mostrándose un perfil con escasos síntomas y de baja intensidad.

Ha disminuido de forma importante todo lo relacionado con la hipersensibilidad y psicorreactividad con respecto a sí misma en relación con los demás. Lo mismo se observa con las quejas somáticas, que han disminuido.

Una de las escalas que obtiene puntuación muy baja es Depresión, lo que indicaría que no presenta sensaciones de tristeza, ni de falta de energía, ni tendencia al llanto, ni sentimiento de soledad. Sino más bien al contrario, se siente esperanzada en relación al futuro, con interés por las cosas y no necesita de grandes esfuerzos para conseguir cualquier cosa.

Sin embargo, hay que tener cierta cautela con las afirmaciones anteriores porque el valor obtenido en la escala de validez Minimización está aumentado, por lo que puede hacer pensar que la paciente sigue padeciendo algún que otro síntoma aunque de mucha menos intensidad y frecuencia.

No se invalida la prueba, ni ha tratado de dar una imagen sesgada de ella misma.

### ***Seguimiento***

Tras recibir el alta hospitalaria y antes de finalizar el tratamiento psicológico ambulatorio en el centro privado, la paciente formó parte de un estudio que se estaba llevando a cabo en un hospital de la ciudad de Barcelona donde le administraron una serie de pruebas neuropsicológicas para detectar el posible deterioro cognitivo como consecuencia de la encefalitis autoinmune que sufrió. Acudió a los 3, 6, 9 y 12 meses del diagnóstico de la enfermedad y de los resultados de dicha exploración se fueron recibiendo los informes pertinentes a lo largo del tiempo que se llevó a cabo, aunque los autores de este trabajo no la realizaron directamente. De ellos se desprende que si bien, en la primera ocasión se observaban ligeras dificultades en tareas de atención sostenida, así como leve desvanecimiento de información en memoria verbal a medio plazo, en las ocasiones sucesivas su rendimiento fue mejorando hasta alcanzar el rango promedio en

la mayoría de las áreas evaluadas, hasta que en la última revisión se observó un aumento significativo de las puntuaciones en todas las áreas cognitivas, menos en tareas de memoria verbal, donde el aumento fue más discreto.

Estos hallazgos complementaron el seguimiento psicológico en el centro privado al que estuvo asistiendo y se evidenció que la sintomatología asociada a la patología iba remitiendo.

En la actualidad, todavía acude a tratamiento psicológico ya que aún presenta dificultades para integrar esa enfermedad en su vida cotidiana. Todavía mantiene una confusión sobre su cambio, hasta que no finalizó la carrera, no fue consciente de lo que había pasado, *“yo actuaba como si no hubiera pasado nada, hasta que terminé el TFG y empecé a encontrarme mal, ya que era la primera vez que paraba y era consciente de todo lo que había sufrido”*. La paciente piensa que no ha asumido ni aceptado la enfermedad hasta el año pasado. En la actualidad se encuentra mejor, pero le persigue el sentimiento de culpa, *“necesito perdonarme, sé que no fue mi culpa el haber tenido la enfermedad, pero por una parte me persigue ese sentimiento”*. De ahí, la necesidad de mantener la ayuda de un profesional psicológico para la superación y aceptación de la enfermedad.

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Con este trabajo se ha querido poner de manifiesto el alcance que puede tener para una persona un error diagnóstico inicial. Se da la circunstancia que la tasa de pacientes con encefalitis autoinmune con síntomas psiquiátricos es elevada y en consecuencia es más frecuente de lo que cabría esperar que se diagnostiquen erróneamente con esquizofrenia o trastorno bipolar (Hao et al., 2016). Por lo tanto, resulta complejo para los especialistas (psiquiatras y neurólogos) diagnosticar en las primeras fases de forma correcta esta enfermedad.

El caso que se ha presentado fue diagnosticado en un primer momento con esquizofrenia lo que le obligó a estar ingresada en la unidad de agudos, con tratamiento psicofarmacológico durante 13 días: antipsicóticos, antidepresivos y antiepilépticos.

Afortunadamente, el apoyo de su madre en esos momentos iniciales fue crucial pues promovió que se ampliaran las pruebas diagnósticas médicas mucho más específicas, gracias a las cuales se descubrió que se había realizado un diagnóstico erróneo. A partir de ahí, la paciente se trasladó del área de Psiquiatría al área de Neurología y por ende de tratamiento.

En este sentido estudios previos afirmaban que si la encefalitis no se considera en el diagnóstico diferencial, es probable que se suponga que tales casos se deben a esquizofrenia crónica (Tidswell et al., 2013). De hecho, incluso antes de la divulgación de la encefalitis NMDAR, hay hallazgos donde se hipotetiza que la esquizofrenia es una encefalitis leve (Kayser & Dalmau, 2016).

En general, la encefalitis por anticuerpos NMDAR abarca múltiples dominios psicopatológicos que tradicionalmente se consideran mutuamente excluyentes. Se requieren combinaciones de trastornos psicóticos, anímicos y mixtos para describir adecuadamente la enfermedad, de acuerdo con la experiencia clínica del mundo real. Al combinar la característica epidemiología con la habilidad clínica central de la psicopatología descriptiva, los psiquiatras pueden generar un índice apropiado de sospecha sobre la probabilidad de encefalitis por anticuerpos NMDAR, sin depender de características neurológicas francas. Si es validado y sistemáticamente aplicado, este enfoque podría proporcionar una sensibilidad diagnóstica adecuada para acelerar las discusiones clínicas sobre futuras investigaciones, lo más importante las pruebas de suero y LCR emparejadas y el entorno adecuado de atención y el momento de las inmunoterapias (Al-Diwani et al., 2019). Según Steiner et al. (2019), desafortunadamente, la encefalitis autoinmune que no presenta una imagen clínica completa a menudo no se detecta de manera confiable en los diagnósticos psiquiátricos de rutina.

Pese a que la intervención psicológica fue breve y no concluyó el tratamiento que se había estipulado, los resultados han sido satisfactorios pues la sintomatología asociada a la enfermedad disminuyó significativamente y la paciente supo gestionar de forma más adecuada sus emociones y las alteraciones en las distintas áreas, de tal manera que se podría afirmar que se cubrieron las metas terapéuticas.

Como mensaje educacional, es importante destacar la esperanza que puede transmitir la paciente a aquellas personas que estén pasando por la misma enfermedad u otra con sintomatología psicológica grave. A pesar de haber pasado por un acontecimiento tan estresante y adverso, ella no lo ha percibido como un factor negativo, sino todo lo contrario, ha cogido fuerzas para poder salir y sentirse fortalecida después de dicha experiencia. Ha ido avanzando y superando los obstáculos que le han ido surgiendo poco a poco, porque obviamente no ha sido una experiencia gratificante. Está comprobado que nunca se ha rendido, a pesar de sentirse en ciertos momentos sin motivación y sin aparente “luz al final del túnel”. Ha sido y es de gran ayuda para la investigación y promoción de la enfermedad, ha participado en el estudio del Hospital Clínic, ha sido voluntaria en Autoinmunes y Lúpicos de Sevilla (ALUS), ha dado su testimonio en el evento que realizan cada año en la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER). A día de hoy, ayuda a aquellas personas que se ponen en contacto con ella, para solicitar información o simplemente que se sientan escuchadas por una persona que ha padecido la misma enfermedad, y así poder sentirse más comprendidas, en concreto, ahora ayuda a una chica de México ya que su marido está padeciendo encefalitis autoinmune anti-NMDAR, le proporciona ayuda contándole su experiencia con el objetivo de llegar a entenderlo. Se ha convertido en un ejemplo a seguir y esperanza para aquellas personas que han pasado o están pasando por una situación tan adversa como la descrita en el caso.

### **Limitaciones y futuras líneas de investigación**

En cuanto a las limitaciones, se ha de destacar la poca literatura científica actualizada que existe sobre la encefalitis autoinmune anti-NMDAR, en concreto, información

sobre los síntomas psiquiátricos, ya que en la gran mayoría de artículos y estudios de casos los describen de forma superficial. Por otro lado, existen pocas investigaciones que se centren en el aspecto psicológico de dicha enfermedad, es decir, cómo ha afectado la misma a los pacientes y aquellos que han necesitado intervención de un profesional, cómo lo han llevado a cabo. Se ha de destacar, la escasa información acerca de la sintomatología ansiosa-depresiva en relación con la encefalitis autoinmune anti-NMDAR.

Para finalizar con las futuras líneas de investigación, sería conveniente que el personal sanitario recibiera una formación adecuada sobre dicha enfermedad, es decir, como la mayoría de los pacientes con encefalitis por anticuerpos NMDAR se presentan a los psiquiatras, la psicopatología de la encefalitis por anticuerpos NMDAR debe definirse claramente para fomentar la identificación clínica precisa y el tratamiento oportuno (Al-Diwani et al., 2019). De esta forma, el profesional de la Psiquiatría tendría más recursos para poder contar con la colaboración de otras especialidades como la Neurología antes de establecer un diagnóstico, por lo que sería oportuno que sea derivado a un profesional de Neurología para poder corroborarlo, y así no establecer diagnósticos erróneos y como consecuencia un tratamiento no oportuno. Los resultados sugieren que los psiquiatras pueden efectivamente diferenciar la encefalitis autoinmune de la psicosis cuando están bien informados de las características matizadas de la enfermedad (Hao et al., 2016).

### **Conclusiones.**

1. Este estudio puede contribuir al mejor conocimiento de las características psicológicas comunes que puede presentar la encefalitis autoinmune anti-NMDAR con trastornos psicológicos como la esquizofrenia y eso evitaría posibles errores en su diagnóstico y posterior tratamiento.

2. La intervención psicológica en cuadros médicos ayuda a reducir la sintomatología ansiosa-depresiva.

3. Fomentar la ayuda de un profesional de psicología en el transcurso de la enfermedad y fin de la misma.

“Mi cuerpo estaba atacando a mi cerebro, había destruido por completo mis capacidades. A cuantas personas a lo largo de la historia le habrán diagnosticado esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar o simple locura cuando tenían algo tan fácil de diagnosticar” palabras extraídas de la protagonista de la película *Brain on Fire* (Barrett, 2016). Describe el caso de una mujer que ha padecido encefalitis autoinmune anti-NMDAR.

Para finalizar, resultaría interesante leer el siguiente poema escrito por la madre de una paciente con encefalitis autoinmune contra los receptores NMDA, el cual describe la enfermedad de forma muy clara y concisa.

Deja que me presente.  
 Todavía no me conoces,  
 pero cuando lo hagas  
 te gustaría que nunca nos hayamos conocido.  
 Tomaré tu memoria,  
 y tu voluntad.  
 Te haré ver y escuchar  
 cosas horribles.  
 Ya no serás capaz de respirar.  
 Voy a jugar con tu corazón  
 y, solo por diversión.  
 Incluso puedo hacer que se detenga.  
 Tus brazos y piernas  
 estarán a mi mando.  
 Y estas son sólo algunas de las cosas que puedo hacer.  
 Tú vas a ser mío.  
 Todo mío.  
 Déjame que me presente.  
 Soy Encefalitis del receptor anti-NMDA.

## REFERENCIAS.

- Al-Diwani, A., Handel, A., Townsend, L., Pollak, T., Leite, M. I., Harrison, P. J., Lennox, B. R., Okai, D., Manohar, S. G., & Irani, S. R. (2019). The psychopathology of NMDAR-antibody encephalitis in adults: a systematic review and phenotypic analysis of individual patient data. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 235–246. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30001-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30001-X)
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría
- Barrett, G.(2016). *Brain on Fire* [película]. Broad Green Pictures (US).
- Dalmau, J., Gleichman, A. J., Hughes, E. G., Rossi, J. E., Peng, X., Lai, M., ... & Lynch, D. R. (2008). Anti-NMDA-receptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies. *The Lancet Neurology*, 7(12), 1091-1098. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70224-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70224-2)
- Dalmau, J., Lancaster, E., Martinez-Hernandez, E., Rosenfeld, M. R., & Balice-Gordon, R. (2011). Clinical experience and laboratory investigations in patients with anti-NMDAR encephalitis. *The Lancet Neurology*, 10(1), 63-74. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(10\)70253-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(10)70253-2)
- Guasp, M., & Dalmau, J. (2018). Encephalitis associated with antibodies against the NMDA receptor. *Medicina Clínica (English Edition)*, 151(2), 71-79. <https://doi:10.1016/j.medcli.2017.10.015>

- Hao, Q., Wang, D., Guo, L., & Zhang, B. (2016). Clinical characterization of autoimmune encephalitis and psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, *74*, 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.12.006>
- Kayser, M. S., & Dalmau, J. (2016). Anti-NMDA receptor encephalitis, autoimmunity, and psychosis. *Schizophrenia Research*, *176(1)*, 36–40. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.10.007>
- Kunzmann, K. (2020). The Role of Autoantibodies in Untreated Psychosis. Recuperado de <https://www.mdmag.com/conference-coverage/apa-2020/autoantibodies-untreated-psychosis>
- Muñoz, M. (2003). Guía de la entrevista clínica general. En *Manual práctico de evaluación psicológica clínica* (pp.273-275). Madrid. Síntesis.
- Rica, U. D. E. C. (2015). *Encefalitis Por Anticuerpos Anti-Receptor Nmda Y Abordaje De La Psicosis : a Propósito De Un Caso*. Tesis doctoral. Universidad de Costa Rica.
- Rivera, L. y Abuín, M.R (2018). *Listado de Síntomas Breves (LSB-50)*. 2ªed . Madrid.Tea Ediciones.
- Ryan, S. A., Costello, D. J., Cassidy, E. M., Brown, G., Harrington, H. J., & Markx, S. (2013). Anti-NMDA receptor encephalitis: A cause of acute psychosis and catatonia. *Journal of Psychiatric Practice*, *19(2)*, 157–161. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000428562.86705.cd>
- Steiner, J., Prüss, H., Köhler, S., Frodl, T., Hasan, A., & Falkai, P. (2019). Autoimmune encephalitis with psychosis: Warning signs, step-by-step diagnostics and treatment. *World Journal of Biological Psychiatry*, *21(4)* 241-254. <https://doi.org/10.1080/15622975.2018.1555376>
- Strain, J.J., Newcorn, D. Wolf, G. Fulop, G. (1996). *Trastorno adaptativo*. En Tratado de psiquiatría (pp 711-721). Barcelona: ANCORA
- Tidswell, J., Kleinig, T., Ash, D., Thompson, P., & Galletly, C. (2013). Early recognition of anti-N-methyl D-aspartate (NMDA) receptor encephalitis presenting as acute psychosis. *Australasian Psychiatry*, *21(6)*, 596–599. <https://doi.org/10.1177/1039856213506502>
- Van de Riet, E. H. C. W., & Schieveld, J. N. M. (2013). First-onset psychosis, anti-NMDAR encephalitis, schizophrenia and Consultation-Liaison psychiatry. *General Hospital Psychiatry*, *35(4)*, 442–443. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.01.014>
- Wandinger, K. P., Saschenbrecker, S., Stoecker, W., & Dalmau, J. (2011). Anti-NMDA-receptor encephalitis: A severe, multistage, treatable disorder presenting with psychosis. *Journal of Neuroimmunology*, *231(1–2)*, 86–91. <https://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2010.09.012>