



Revista de la Asociación Española de

Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría

España

García-Valdecasas Campelo, José; Vispe Astola, Amaia; Díaz Mesa, Estefanía; Fernández Márquez, Isidoro

Encuadre nosológico de la "Psicosis Histérica" versus psicosis agudas: Revisión a propósito de un caso

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXV, núm. 95, septiembre, 2005, pp. 9-23
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019468002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

*Jose García-Valdecasas Campelo, Amaia Vispe Astola, Estefanía Díaz Mesa,
Isidoro Fernández Márquez*

ENCUADRE NOSOLÓGICO DE LA «PSICOSIS HISTÉRICA» VERSUS PSICOSIS AGUDAS: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

NOSOLOGIC FRAME OF THE «HYSTERIC PSYCHOSIS» VERSUS ACUTE PSYCHOSIS:
A CASE REPORT

RESUMEN

Describimos un caso que plantea la duda diagnóstica entre «psicosis histérica» y trastorno psicótico agudo. Señalamos la dificultad para encuadrarlos nosológicamente y diferenciarlos entre sí.

Palabras Clave: Psicosis aguda. Psicosis histérica. Nosología psiquiátrica.

ABSTRACT

We describe a case that raises the differential diagnosis between «hysteric psychosis» and acute psychotic disorder. We indicate the difficulty to fit these disorders nosologically and to differentiate them of each other.

Key Words: Acute psychosis. Hysteric psychosis. Psychiatric nosology.



■ INTRODUCCIÓN

El motivo de presentar este caso es la consideración de que reviste un especial interés debido precisamente a la dificultad que supuso, que supone todavía, establecer un diagnóstico que dé un orden y un sentido a la psicopatología y conductas mostradas por el paciente y que provocaron el ingreso psiquiátrico que ahora describiremos. Haremos un diagnóstico diferencial del caso y una breve aproximación teórica a la evolución histórica de dichos diagnósticos en la nosología psiquiátrica.

■ CASO CLÍNICO

Enfermedad actual y antecedentes

El paciente es un varón de 24 años de edad que es remitido al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias por el médico forense quien, habiendo explorado al paciente, refiere que el mismo se encuentra mutista, no colaborando ni articulando palabra alguna. El informe habla de intentos de suicidio previos con cambios de conducta y heteroagresividad importante. La conclusión del forense es recomendar su ingreso hospitalario urgente por «cuadro de descompensación psiquiátrica que debe estudiarse».

El paciente es soltero y no tiene hijos. Vive solo desde hace aproximadamente un año y previamente convivió con su abuela durante tres, donde fue tras dejar el domicilio de sus padres. Estudiaba arquitectura técnica de forma satisfactoria hasta que el año pasado suspendió algunos exámenes y lo dejó. También ha desempeñado distintos trabajos en la construcción y la hostelería.

No parecen existir antecedentes familiares psiquiátricos ni antecedentes personales de enfermedades orgánicas de interés. Como antecedentes personales psiquiátricos, consta que hace años acudió varias veces a un psiquiatra por, según refiere la familia, «depresión», sin cumplir con el tratamiento pautado. La familia lo describe como una persona «muy exigente, que se deprime cuando las cosas no le van bien, se altera, no quiere vernos...». Comentan también que «siempre ha tenido manías: cuando vivía en casa de su abuela un perro orinó en su habitación y comenzó a decir que la habitación y él oían mal, por lo que se fue a vivir solo; también insistió en que su coche oía mal y le compramos otro...».

En cuanto a la situación actual que motiva la derivación a Urgencias, la familia cuenta que el paciente lleva cuatro o cinco meses «mal», sin especificar claramente a lo que se refieren, resultando muy difícil obtener información concreta. Afirman también que los problemas han empeorado en la última semana, en la cual, sin motivo aparente, el paciente abandonó su trabajo, encerrándose en el domicilio sin abrir ni responder a la familia cuando iban a verle. Al cabo de unos días, lograron abrir la puerta y lo encontraron debajo de una mesa con unas botellas de lejía y disolvente al lado que creían que había ingerido y vomitado. Tras un forcejeo con un hermano,

se seccionó la muñeca con un cuchillo, motivo por el que acudió en una primera ocasión al Servicio de Urgencias, no solicitándose valoración psiquiátrica en ese momento. En los días posteriores la familia no supo nada de él hasta el día previo al ingreso, cuando el paciente rompió con un martillo la puerta del garaje paterno, golpeando e incendiando el coche del padre. A continuación se fue sin que la familia conociera su paradero hasta que apareció tras unas cuantas horas en casa de su novia. Al parecer hace un mes que el paciente verbaliza amenazas autolíticas y se muestra muy irritable con su familia con comentarios como: «no quiero vivir, lo he perdido todo, mi integridad, mi forma de ser...», culpando a sus padres y hermanos de ello. No existe constancia de la existencia de soliloquios ni de conductas extrañas hasta la semana previa a ser ingresado.

Exploración psicopatológica

La exploración psicopatológica en el Servicio de Urgencias es la siguiente: El paciente se encuentra consciente, con nula colaboración a la entrevista dado el mutismo que presenta; sin embargo, sí obedece órdenes parcialmente. Nulo contacto ocular, con actitud que impresiona de temerosa, cabizbajo en todo momento. Afecto con predominio de la angustia. Mutista, aunque en ocasiones parece que asiente a las preguntas con un parpadeo. Resulta imposible valorar la existencia de alteraciones en el curso, forma o contenido del pensamiento, así como alteraciones sensoperceptivas, pero la impresión es que es probable que existan. Se desconoce el patrón de sueño y alimentario.

El paciente permanece en observación en Urgencias hasta el día siguiente por falta de camas en la Unidad de Agudos. A la nueva exploración el paciente se muestra más colaborador. Refiere haber abandonado el domicilio de sus padres para ir a vivir a casa de su abuela por «malos tratos» por parte de su hermano mayor. Afirma que hace dos años que las cosas «no le van bien», que se encontraba muy estresado por las asignaturas de la carrera, su trabajo en un restaurante de comida rápida, su abuela que se hace mayor, etc. Cuenta también que no podía estudiar en la casa de su abuela porque ella «no colaboraba bajando el volumen de la tele o poniéndose auriculares», y que su padre nunca apreció las buenas notas que sacaba. Afirma que cuando estudiaba ocho o diez horas seguidas «acababa oyendo voces». También refiere que «tuve durante mucho tiempo una presencia al lado que me insultaba constantemente y me hacía sentir culpable». Ha padecido insomnio y «muchas pesadillas». Reconoce un intento autolítico reciente mediante inhalación de gas butano.

Pruebas analíticas

Las determinaciones analíticas de hemograma y bioquímica de sangre realizadas en el Servicio de Urgencias están dentro de la normalidad. La determinación de tóxicos es negativa y la familia confirma que nunca ha tomado drogas. La única medicación reciente han sido preparados antigripales.



Evolución

Dado el cuadro psicopatológico, las alteraciones de conducta observadas y la dificultad de control a nivel ambulatorio, se decide el ingreso del paciente en la UIB de Psiquiatría, llevándose a cabo éste de forma voluntaria. No se llega a un diagnóstico en estas primeras exploraciones, haciéndose uno provisional de trastorno de conducta a estudio.

Una vez ingresado, muestra una conducta adecuada en todo momento, con un lenguaje fluido y coherente, pausado. Refiere al personal de enfermería: «he perdido el camino, me han dejado a la deriva», «hay cosas que no voy a contar», «desearía poder contar todo lo que llevo dentro». Refiere que está en el hospital porque la familia afirma que «intenté incendiar un coche pero yo eso no lo he hecho». Cuando lo entrevistamos por primera vez, se muestra colaborador, con un afecto aparentemente eutímico, tranquilo psicomotrizmente. El paciente comienza a hablar espontáneamente de su problemática a nivel familiar, a la que atribuye su malestar, sin abordar en esta primera entrevista las alteraciones de conducta que provocaron su ingreso. Comenta haber sido maltratado por parte de su familia, especialmente por el padre y uno de los hermanos, aunque no se refiere a agresiones físicas. El paciente tiene tres hermanos mayores, varones, siendo dos de ellos gemelos. Según refiere, desde la infancia el ambiente familiar fue desestructurado, insistiéndole el padre en la necesidad de trabajar además de estudiar y valorando muy poco sus logros académicos, cosa que duele especialmente al paciente. Esta situación se agravó en el último curso del bachillerato cuando, al no percibir ayuda por parte de su familia, y tras continuos enfrentamientos con su padre y un hermano, decidió irse a vivir a casa de su abuela un tiempo. Regresó luego al domicilio paterno volviendo a trabajar con su padre intentando, según refiere, restaurar la convivencia familiar. Sin embargo, al repetirse las agresiones y menosprecios volvió a casa de su abuela donde refiere haber sido agredido también por su hermano. Cuando se le pregunta por sus antecedentes psiquiátricos, comenta haber estado en tratamiento por depresión, con un periodo de aislamiento y clinofilia de aproximadamente un mes. Tiene una novia desde los 15 años, aunque apenas habla de la misma.

En las primeras consultas tras el ingreso, el paciente se muestra tranquilo psicomotrizmente, sin aparente ansiedad, con afecto ligeramente hipotímico de forma reactiva a su problemática familiar y no verbalizando de forma espontánea sintomatología de la esfera psicótica. Presenta un discurso circunstancial y prolíjo en detalles, reiterativo en algunos momentos, que preferimos no interrumpir durante estos primeros días, con el objeto de favorecer la relación terapéutica y teniendo en cuenta que la situación de ingreso nos permite posponer unos días la exploración psicopatológica completa. Nos comenta de forma extensa sus dificultades familiares de los últimos años, pero el discurso se vuelve más vago cuando se acerca a los acontecimientos recientes, refiriendo ideación autolítica sin clara intención de paso al acto, sensación

de confusión que no explica claramente y refiriendo amnesia sobre los actos agresivos que motivaron el ingreso. Tras estas primeras entrevistas llega a ponerse en evidencia que han existido lo que parecen síntomas psicóticos: alucinaciones auditivas en forma de voces insultantes hacia su persona, que han aparecido en momentos de elevado estrés (tras horas de estudio, en el trabajo, a raíz de la problemática familiar...); sensación de una presencia detrás de él que pone en relación con las mencionadas alucinaciones; ideas de perjuicio hacia su familia, sin que quede claro si son sobrevaloradas o llegan a revestir carácter delirante.

La actitud del paciente no impresiona en absoluto de manipuladora aunque su discurso sí tiene ciertos tintes victimistas, pero parece sincero en la sintomatología que refiere, incluyendo lo relativo a la amnesia de sus actos agresivos. Su conducta es adecuada y correcta en todo momento, mostrándose muy colaborador durante las entrevistas. Las alteraciones sensoperceptivas son referidas en pasado, negando su existencia en el momento actual. Sí existen ahora las comentadas ideas de perjuicio respecto a su familia.

Se realiza una primera entrevista con la familia, a la que acuden la madre y un hermano del paciente. No aportan información relevante que añadir a lo manifestado por él, reconociendo la difícil situación familiar y los enfrentamientos del paciente con su padre y hermano. También admiten como cierta la afirmación de que el padre le obligaba a trabajar con él en la construcción además de estar estudiando, lo que le generaba considerable estrés. Comentan también la presencia de rasgos de personalidad obsesivos en el paciente, describiéndolo como una persona muy responsable, perfeccionista y exigente consigo mismo y los demás. Las alteraciones de conducta han ido apareciendo progresivamente en el último año, en forma de enfrentamientos cada vez más graves que culminaron en el conato de incendio del coche de los padres y la tentativa autolítica, pero la familia niega haber observado síntomas psicóticos.

El paciente es valorado por el Servicio de Digestivo, quienes no pueden confirmar la ingesta cáustica ya que no aparecen lesiones. El refiere no recordar haber ingerido ningún tóxico. La analítica es anodina. Se realiza también un TAC craneal que es informado como normal.

El tratamiento inicial había sido exclusivamente a base de benzodiacepinas (15mg/día de cloracepato dipotásico), con el fin de llevar a cabo un estudio diagnóstico no artefactado por el tratamiento. Tras estos primeros días de observación descritos se constata la presencia de un síndrome depresivo que impresiona de reactivo a la situación del paciente y su problemática familiar, por lo que se introduce citalopram a dosis de 20mg/día. Asimismo, dados los síntomas psicóticos descritos y las graves alteraciones de conducta protagonizadas previamente al ingreso, se decide también indicar olanzapina a dosis de 10mg/día. Tras estas primeras sesiones se suspenden las benzodiacepinas.

Cuando se cumple una semana de ingreso, la evolución del paciente parece satisfactoria: no se muestra ansioso, no aparecen síntomas psicóticos activos, hace planes de futuro de forma adecuada y niega ideación auto o heteroagresiva. Parece menos enfrentado con su familia. En base a esto se planifica el alta para los días próximos, aunque persiste la amnesia casi completa de los trastornos conductuales previos al ingreso. Se indican, de acuerdo con su familia, permisos por el recinto hospitalario para comprobar el grado de adaptación socio-familiar previo al alta.

Los permisos no comienzan de forma satisfactoria. El paciente y su familia se enfrentan verbalmente en varias ocasiones, cuando éste les expone su malestar y les hace responsables del mismo. La comunicación familiar es deficiente y los padres y hermano del paciente a su vez culpan a éste de la situación. En las siguientes consultas en la planta se observa una ansiedad intensa en el paciente en relación al alta, dudando de su capacidad para afrontar la problemática familiar y su futuro, percibiendo escaso apoyo por parte de su familia, impresión que compartimos. La actitud no parece victimista ni manipuladora. En otra entrevista, solicita posponer el alta, mostrándose inquieto psicomotrizmente y ansioso, reconociendo ideación suicida intensa en el pasado, de la que hasta ahora había hablado sólo superficialmente, y mostrándose ambivalente ante ello en el momento actual. Describe como uno de sus principales temores el miedo a la pérdida de control como consecuencia de su malestar y de no cumplir las expectativas que tiene sobre sí mismo. Ese miedo a la pérdida de control lo vive en forma de un conflicto interno, entre el pensamiento de suicidio y el deseo de vivir, y fenomenológicamente impresiona de tener carácter obsesivo, descartándose en la exploración psicopatológica la presencia de sintomatología psicótica del tipo de transmisión o inserción del pensamiento.

En este momento del tratamiento el paciente muestra buena capacidad de introspección, señalando las experiencias padecidas en el último año en términos del estrés sufrido y aceptando la posibilidad de que eso haya desembocado en alteraciones de conducta de características disociativas con amnesia casi total de las mismas, destacando la pérdida subjetiva de control sobre sus actos. El paciente reconoce cierta posible relación entre su «confusión» y estos episodios, insistiendo en su miedo intenso a la pérdida de control y a la repetición de sus trastornos conductuales. La impresión en todo momento es que tanto la amnesia como la ansiedad en relación a ese temor son genuinas. Se decide reintroducir el tratamiento con cloracepato y posponer el alta unos días.

En las consultas siguientes, de forma progresiva, se observa una disminución de la ansiedad, así como una leve mejoría en las relaciones familiares que se pone de manifiesto durante los permisos terapéuticos. El paciente va realizando planes de futuro de forma adecuada, pensando en irse a vivir con uno de sus hermanos, aunque verbalizando temor a una «recaída», refiriéndose al periodo de confusión, ansiedad intensa, alteraciones de conducta e ideación suicida que motivó el ingreso. Destaca

en la personalidad del paciente la rigidez a la hora de hacer planes, generándole importante ansiedad que esos planes no puedan ser llevados a cabo, ya sea atribuyéndolo a incapacidad suya o a la falta de ayuda por parte de su familia.

Se realiza una nueva entrevista familiar con los padres del paciente y éste, quedando patente la distorsión en la comunicación familiar, culpabilizándose unos a otros de sus problemas y de la situación del paciente. No obstante, parecen de acuerdo en colaborar en el futuro así como en que viva con uno de sus hermanos, con el que mantiene buena relación, en una oficina del padre habilitada como vivienda, donde estaba residiendo solo previamente al ingreso. Posteriormente, el paciente comenta cierta desconfianza hacia el cambio positivo en la actitud de sus padres, pero se muestra esperanzado en el futuro, desapareciendo paulatinamente la hipotimia, llegando a negar ideación suicida y aceptando el alta sin dificultades. La duración del ingreso fue de 19 días.

Diagnóstico

En cuanto al diagnóstico, queda clara la presencia de unos rasgos de personalidad obsesivos marcados, con intensa autoexigencia, perfeccionismo, necesidad de control y planificación, etc. No obstante, el cuadro no parece llegar a constituir un trastorno obsesivo-compulsivo. También se hace patente un síndrome depresivo leve-moderado, probablemente reactivo a sus dificultades familiares, académicas y laborales, así como a la forma de afrontarlas en relación con su estilo de personalidad. Por otra parte, ninguno de estos diagnósticos da cuenta plena de los fenómenos psicopatológicos observados previamente al ingreso y que motivaron éste: posibles alucinaciones auditivas, sensación de presencia, ideas de perjuicio, conductas heteroagresivas cada vez más graves, mutismo, tentativas suicidas, etc.

El paciente fue diagnosticado al alta de trastorno disociativo, considerando que el cuadro inicial podía explicarse como una psicosis histérica, la cual en la CIE-10 (1) debe clasificarse bajo ese epígrafe. Este diagnóstico no implica que el paciente, y este caso es un ejemplo de ello, presente rasgos de personalidad de tipo histriónico. No obstante, no se puede llegar a un diagnóstico de certeza sobre ese cuadro inicial, también en parte porque cuando empezó la observación del paciente dicho cuadro estaba ya en fase de remisión. En este caso y en algunos otros similares que hemos visto se plantea la duda diagnóstica entre un trastorno disociativo tipo psicosis histérica o bien un trastorno psicótico agudo. Dentro de esta segunda categoría se agrupan cuadros posiblemente diferentes y que en el pasado han sido clasificados en formas muy diversas: bouffée delirante, esquizofrenia aguda, psicosis reactiva, episodio esquizofreniforme... No están claros los límites entre unas entidades y otras, no pudiendo afirmarse con rotundidad que sean procesos diferentes, pero tampoco que todas puedan ser encuadradas bajo una sola categoría. La cuestión se complica cuando además incluimos el concepto, siempre problemático, de psicosis histérica,



a veces no nítidamente diferenciable de las otras psicosis agudas y cuyo abordaje terapéutico no siempre está claro en la práctica clínica. Somos conscientes de lo contradictorio de un término tal como «psicosis histérica», así como de la dificultad de encontrar una definición de este trastorno que sea comúnmente aceptada. El motivo por el que decidimos emplearlo es doble. En primer lugar porque, pese a los problemas que plantea, se usa habitualmente en nuestro medio, refiriéndose a trastornos de presunto origen disociativo con sintomatología que podríamos denominar pseudopsicótica. En segundo lugar, nos mueve precisamente el interés por señalar las controversias y contradicciones en que han incurrido los distintos marcos nosológicos ante la tarea de encuadrar estos trastornos y determinar su relación con los denominados trastornos psicóticos agudos, categoría también marcadamente heterogénea y definida de muy diferentes formas por distintos autores a lo largo de la historia de nuestra disciplina. Vamos a estudiar brevemente estas controversias tal y como han sido abordadas desde el punto de vista de algunos autores de referencia en el último medio siglo.

■ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Eugen Bleuler

El Tratado de Psiquiatría de Eugen Bleuler (2) (edición alemana de 1960 de Manfred Bleuler) toma una postura particular ante el tema: parte de un diagnóstico transversal de esquizofrenia en base a los síntomas primarios de laxitud asociativa, trastorno de la afectividad, ambivalencia y autismo. Esta visión transversal permite la inclusión dentro del grupo de las esquizofrenias de los cuadros psicóticos agudos con curación completa, es decir, lo que ahora consideraríamos trastornos psicóticos agudos, según la CIE-10. Esta ampliación del concepto de esquizofrenia por comparación con el más restringido de Kraepelin, que exigía la presencia longitudinal de un deterioro, implica una mejora del pronóstico, aunque pierde parcialmente la posibilidad de diferenciar entre psicosis agudas y esquizofrenia.

Por otra parte, en el capítulo de la histeria, Bleuler habla de los llamados estados crepusculares histéricos, en los cuales aparece desorientación, ideas aparentemente delirantes de temática mística, paranoide, sexual u otras, cuadros confusionales o estados alucinatorios, con predominio de alucinaciones visuales. Todo ello puede cursar con intensa angustia o no. Otros síndromes afines que recoge este autor serían el puerilismo histérico, los estados de estupor o los estados de vagabundeo. En la descripción de estos cuadros queda patente la identidad con los llamados hoy trastornos disociativos según las clasificaciones al uso, que huyen del término «histeria», como ya comentamos en un trabajo anterior (3). No parece difícil ver también en estos estados crepusculares histéricos a los pacientes que con frecuencia se diagnostican de psicosis histérica.

Nos parece de especial interés el comentario que hace Bleuler sobre la dificultad del diagnóstico diferencial entre las esquizofrenias (donde, como vimos, agrupa este autor también a los cuadros psicóticos agudos con síntomas de esquizofrenia) y determinados fenómenos de tipo histérico: «Los estados psicógenos agudos, como, por ejemplo, los estados crepusculares histéricos, pueden ser delimitados casi siempre de las esquizofrenias a causa de ser más fáciles de explicar psicológicamente, de su vinculación a una descarga emocional elemental o a una determinada tendencia demostrativa, de su dependencia de los espectadores o participantes. Mas también surgen psicosis agudas, consecutivas a traumas psíquicos [...], que adoptan una sintomatología en absoluto esquizofrénica, y que, sin embargo, curan rápidamente con psicoterapia («reacciones esquizofrénicas»). No sabemos claramente si se trata en tales casos de un trastorno puramente psicógeno, que tan sólo mantiene una semejanza exterior con la esquizofrenia, o bien si se trata de una reacción psíquica en una esquizofrenia latente o de una esquizofrenia psíquicamente desencadenada. Tan sólo se logrará un acuerdo acerca de toda esta problemática cuando se hayan esclarecido la propia esencia de la esquizofrenia y el grado en que es susceptible de comprensión psicológica».

Juan Antonio Vallejo-Nágera

Vallejo-Nágera (4), en su célebre manual *Introducción a la Psiquiatría* (edición de 1971) no aborda directamente la cuestión. Describe la histeria y, dentro de ella menciona los estados crepusculares psicógenos, que diferencia del conjunto de los trastornos disociativos, donde incluye las amnesias, las fugas y la personalidad múltiple, no haciendo una referencia más específica a los cuadros que consideramos en la práctica clínica como psicosis histérica. En cuanto a los trastornos psicóticos, menciona distintos tipos de psicosis agudas de causa orgánica, incluidas las llamadas psicosis exógenas (delirium, estados crepusculares exógenos), pero dentro de los síndromes denominados endógenos sólo tiene en cuenta la psicosis esquizofrénica y la paranoia con sus cuadros relacionados, sin hacer mención a lo que hoy consideramos trastornos psicóticos agudos.

Henri Ey

Henri Ey (5), en su *Tratado de Psiquiatría* (octava edición, 1978) divide de forma característica la patología mental en afecciones agudas y crónicas. Reserva un capítulo completo a tratar el tema de las que llama «psicosis delirantes agudas», considerando que se caracterizan por la eclosión súbita de un delirio transitorio, generalmente polimorfo en sus temas y manifestaciones. Ey señala la dificultad en encuadrar nosológicamente estos cuadros, incluso habiendo sido negados por algunos autores como vimos previamente con Bleuler, que los asimiló dentro del concepto de esquizofrenia. Bumke, por su parte, los encuadró en las crisis maniacodepresivas



atípicas y Régis en las psicosis confusoníricas. Henri Ey hace una detallada revisión histórica del concepto: Magnan (6) describió estas psicosis con el nombre de bouffées delirantes de los degenerados, señalando que la «explosión» delirante ocurre sobre una determinada predisposición (noción de degeneración). Estas formas delirantes agudas fueron descritas como paranoias agudas (Westphal), estados crepusculares episódicos (Kleist) u oníroides (Mayer-Gross (7)), reacciones paranoïdes, delirios de persecución curables, etc. Corresponden en gran parte a las descripciones de la experiencia delirante primaria de Jaspers (8), a los estados agudos de automatismo mental de Clérambault (9) y al concepto de esquizofrenia aguda en distintos autores.

Ey señala distintas formas según el «mecanismo» prevalente del delirio: imaginativas, interpretativas y alucinatorias. En cuanto al pronóstico, afirma que, aunque puede tratarse de episodios aislados, siempre pesa la amenaza de una recidiva y que existe riesgo de evolución a una esquizofrenia o un delirio crónico. Llama la atención el hecho de que dentro de los factores de buen pronóstico incluya la brusquedad del delirio, su riqueza imaginativa, los trastornos de conciencia, los antecedentes neuróticos (sobre todo histéricos), la dramatización teatral de la vivencia delirante o la brevedad de la crisis. La mayoría de estos factores nos recuerdan las características típicas de las psicosis histéricas, lo que sugiere la dificultad en separar nosológicamente de forma clara los cuadros psicóticos agudos de aquéllas, confusión que parece perdurar hasta nuestros días.

En cuanto a las psicosis histéricas en sí, Ey no habla de ellas directamente. Hace referencia, dentro de las llamadas «reacciones neuróticas agudas o psiconeurosis emocionales» a las crisis confusoansiosas e histeroansiosas, que describe como crisis agudas de angustia desencadenadas ante un shock emocional, acompañadas de distintos grados de estupor, agitación o confusión mental, que puede llegar a lo que muchos autores llaman, como hemos visto previamente, estados crepusculares psicogénos y que podrían ser aproximadamente asimilables a las mencionadas psicosis histéricas. La dificultad aumenta cuando Ey señala como una de las posibles complicaciones de estos estados de angustia la evolución a una psicosis, incluso en ocasiones de tipo esquizofrénico. También en su capítulo sobre la histeria hace mención a los estados crepusculares histéricos y los estados segundos, como estados de trance, con debilitación de la conciencia vigil de comienzo y terminación bruscos y en ocasiones con presencia de alucinaciones visuales de tipo onírico. Queda patente el solapamiento entre estos estados en la histeria y los descritos dentro de las reacciones neuróticas agudas.

Kaplan-Sadock (1989)

Kaplan y Sadock en la edición de 1989 de su célebre Tratado de Psiquiatría toman una postura diferente a la de Ey. Apenas se presta atención a las psicosis delirantes agudas, excepto en un capítulo dedicado a «trastornos psiquiátricos poco frecuentes,

psicosis atípicas y psicosis reactivas breves» donde se presentan una serie de cuadros con escasos puntos en común, como el síndrome de Ganser, la folie à deux, la enfermedad de Gilles de la Tourette, el síndrome de Cotard, el síndrome de Munchausen, el Amok, el Koro, etc. Lo más llamativo es la descripción de las psicosis reactivas breves como cuadros psicóticos precedidos de sucesos vitales estresantes, con síntomas agudos y floridos y buen pronóstico. El paciente ha perdido el contacto con la realidad y presenta alucinaciones, delirios, trastornos formales del pensamiento y conducta aberrante, pudiendo ser peligroso para sí mismo o los demás. Kaplan afirma que este trastorno ha sido denominado antes trastorno esquizofrénico agudo, trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia catatónica o paranoide, trastorno psicótico afectivo o psicosis atípica. Y, de forma absolutamente clara, iguala este trastorno con la psicosis histérica, es decir, para Kaplan los cuadros psicóticos reactivos breves son la misma entidad que la psicosis histérica, rechazando el concepto de psicosis delirantes agudas en el sentido de Ey y sin mencionar los estados crepusculares psicógenos propios de la histeria (sí comenta otros trastornos disociativos como las amnesias, fugas, personalidad múltiple, etc.). Recomienda para estos trastornos el tratamiento sintomático con antipsicóticos y el seguimiento con psicoterapia, y señala que su duración suele ser inferior a una semana.

CIE-10

La OMS publicó en 1992 la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), referida a los trastornos mentales y del comportamiento. Es éste el sistema nosológico empleado en la actualidad en nuestro entorno y presenta una posición ante el problema que venimos estudiando netamente diferente de la que hemos visto en Kaplan. La CIE-10 reconoce la existencia de los trastornos psicóticos agudos y transitorios como cuadros con entidad propia. Estos cuadros pueden aparecer o no como secundarios a situaciones estresantes y se clasifican como: trastorno psicótico agudo polimorfo con o sin síntomas de esquizofrenia (que incluyen las bouffées delirantes y las controvertidas psicosis cicloides), o trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (incluye las esquizofrenias agudas y el trastorno esquizofreniforme), así como categorías residuales. Una de éstas es la de «otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes», donde tienen cabida las reacciones paranoides y la psicosis psicógena paranoide, cuadro este último cuya denominación parece cercana a las polémicas y difíciles de ubicar psicosis histéricas. Otra de las categorías residuales es la de «trastorno psicótico agudo y transitorio sin especificación» en el que, sin explicación añadida, se incluye la psicosis reactiva breve, cuadro que, como vimos, la edición de 1989 de Kaplan asimilaba a la psicosis histérica.

Por otra parte, la cuestión vuelve a complicarse si nos fijamos en la clasificación que hace la CIE-10 de los trastornos disociativos. En la introducción de este grupo ya se afirma que quedan incluidas en él las psicosis histéricas, aunque luego no se



las menciona por ese nombre en ninguno de los apartados, si bien en el de «otros trastornos disociativos (de conversión) especificados» se incluyen la confusión psicógena y el estado crepuscular psicógeno, cuadros que parecen tener a lo largo de la literatura una gran semejanza, si no identidad, con las psicosis histéricas. Por lo tanto, aunque la CIE se pronuncia claramente en situar éstas en los trastornos disociativos y no en los psicóticos, deja mención en estos últimos de trastornos que, como poco, nos recuerdan de forma importante las psicosis histéricas.

DSM-IV-TR

Por su parte, el DSM-IV-TR (2000) (11) describe el trastorno psicótico breve, exigiendo una duración inferior a un mes (entre uno y seis meses se diagnosticaría trastorno esquizofreniforme), que puede aparecer con o sin desencadenantes graves. En caso de existir dichos desencadenantes, el cuadro se considera idéntico a la psicosis reactiva breve del DSM-III-R (12), la cual era el cuadro definido por Kaplan (1989) como sinónimo de psicosis histérica. En el diagnóstico diferencial que el DSM-IV-TR establece para el trastorno psicótico breve no se mencionan los trastornos disociativos. La categoría del DSM para estos trastornos disociativos se asemeja a la descrita en la CIE-10, excepto en que deja excluidos los trastornos conversivos, pero no hay ninguna referencia explícita a la psicosis histérica. En la categoría del DSM para el trastorno de conversión (dentro de los trastornos somatomorfos) se comenta la posibilidad de que aparezcan alucinaciones en estos trastornos, pero sin la presencia de otros síntomas psicóticos y manteniendo intacto el sentido de la realidad. Nuevamente asoma, al menos de forma parcial, la psicosis histérica, no quedando tampoco claramente clasificada en el DSM-IV-TR, o al menos no como un cuadro unitario definido.

Vallejo Ruiloba

Vallejo Ruiloba (13), en la quinta edición de su manual *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (2002) no dedica ningún capítulo a los trastornos psicóticos agudos, aunque menciona en el de la esquizofrenia la existencia de trastornos esquizofreniformes y psicosis reactivas breves, pero sin detenerse a describirlos. Por otra parte, en el capítulo de la histeria describe los estados segundos, que Ey consideraba similares (pero no idénticos) a los estados crepusculares psicógenos, como asimilables al trastorno de identidad disociativo o personalidad múltiple. Comenta luego también la existencia de lo que llama estados disociativos agudos, donde incluye el síndrome de Ganser, los estados crepusculares y los estados amnésicos y alucinatorios, pero describiendo sólo el primero. Podría suponerse que quedaría aquí encuadrada la psicosis histérica, aunque entonces se pierde nuevamente su unidad, defendida por otros autores, con la psicosis reactiva breve.

Kaplan-Sadock (2003)

La Sinopsis de Psiquiatría de Kaplan-Sadock (14) de 2003 sigue de forma estricta los criterios del DSM-IV-TR, pero reconoce que el trastorno psicótico breve recogido en esta clasificación incluye pacientes que previamente eran diagnosticados de psicosis reactiva, histérica, por estrés y psicógena. También considera este trastorno como similar a lo que la psiquiatría francesa llama *bouffée delirante*. Por otra parte, en el apartado de trastornos disociativos no se hace mención alguna a la psicosis histérica o a los estados crepusculares psicógenos, aunque sí al síndrome de Ganser. Tampoco hay ninguna referencia en el capítulo dedicado a los trastornos conversivos.

■ CONCLUSIONES

Terminamos aquí nuestra breve revisión de algunos de los autores y sistemas clasificatorios más importantes de la psiquiatría en las últimas décadas. La conclusión que podemos obtener es que existen grandes controversias que distan mucho de estar aclaradas. El concepto de psicosis histérica es muy problemático y no está claramente definido, situándose tanto en los trastornos psicóticos agudos como en los trastornos disociativos, y en ocasiones simultáneamente en un apartado y otro. Hemos visto que determinar la naturaleza y clasificación de los trastornos psicóticos agudos tampoco es fácil, existiendo visiones muy diferentes y en ocasiones contrapuestas según el autor que aborde el tema. Tampoco existe una idea unitaria acerca de la explicación y alcance de los trastornos disociativos. Probablemente influye en esta dificultad de encuadre nosológico el hecho de que el concepto que llamamos psicosis histérica varía considerablemente de un autor a otro y depende en exceso de la subjetividad de cada clínico. Es posible hipotetizar la existencia de un continuo entre el polo psicótico (que sería casi indistinguible de las psicosis agudas) y el disociativo, como es frecuente en otros trastornos difíciles de ubicar a nivel clasificatorio. El tema dista de ser sólo una cuestión nosológica, ya que el encuadre dentro de los trastornos puramente psicóticos o en los disociativos puede tener evidentes repercusiones a nivel terapéutico, como por ejemplo a la hora de emplear o no medicación antipsicótica en el cuadro agudo o indicarla como mantenimiento, considerando que el posible beneficio supera los inconvenientes a nivel de efectos secundarios. Si se diagnostica la patología del paciente como de naturaleza psicótica será absolutamente necesario el empleo de medicación neuroléptica para la crisis aguda y posteriormente para evitar recidivas durante un tiempo prudente. Por el contrario, si nuestra posición es la de hallarnos ante un paciente con un trastorno de tipo histérico en cuanto a su génesis, no parece en principio lógico el empleo de antipsicóticos, de la misma forma que no indicamos antiepilepticos para pacientes con crisis convulsivas histéricas, y no olvidando que los neurolépticos no son fármacos inocuos, ni siquiera en sus versiones más avanzadas. El tema es complejo y debe analizarse cada caso en concreto con cuidado, intentando



no caer en contradicciones como la protagonizada por nosotros mismos en el paciente comentado en el presente trabajo, para el que hicimos un diagnóstico de trastorno disociativo pero empleamos medicación antipsicótica. Estas controversias a nivel del encuadre nosológico y la terapéutica indicada deben ser estudiadas en profundidad, ya que afectan al desempeño de nuestra clínica diaria y, lo que es más importante, al bienestar de nuestros pacientes.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud, *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE-10), Madrid, Meditor, 1992.
2. Bleuler, E., *Tratado de Psiquiatría* (3^aed), Madrid, Espasa-Calpe, 1971.
3. García-Valdecasas Campelo, J., y otros, «A propósito de un caso de trastorno disociativo: una revisión conceptual», *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2004, 32(2), pp. 123-126.
4. Vallejo-Nágera, J.A., *Introducción a la Psiquiatría* (6^aed), Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1971.
5. Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, Ch., *Tratado de Psiquiatría* (8^aed), Barcelona, Masson, 1998.
6. Magnan, V., *Leçons cliniques* (2^aed), París, Bataille Ed., 1893.
7. Mayer-Gross, W., *Die oneiroiden erlebnisformen*, Berlin, 1924.
8. Jaspers, K., *Psicopatología General* (4^aed), Buenos Aires, Editorial Beta, 1970.
9. Clèrambault, G., *El automatismo mental*, Ediciones Dor S.L.-Eolia, 1995.
10. Kaplan, H.I.; Sadock, B.J., *Tratado de Psiquiatría* (2^aed), Barcelona, Masson-Salvat, 1992.
11. Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4^aed, texto revisado) (DSM-IV-TR), Barcelona, Masson, 2002.
12. Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3^aed, revisada) (DSM-III-R), Barcelona, Masson, 1987.
13. Vallejo-Ruiloba, J., *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (5^aed), Barcelona, Masson, 2002.
14. Kaplan-Sadock, *Sinopsis de Psiquiatría* (9^aed), Barcelona, Waverly Hispánica S.A., 2004.

Jose García-Valdecasas Campelo
Psiquiatra
Hospital Universitario de Canarias

Amaia Vispe Astola
Enfermera Especialista en Salud Mental
Hospital Universitario de Canarias

Estefanía Díaz Mesa
M.I.R. 3^a
Hospital Universitario de Canarias

Isidoro Fernández Márquez
M.I.R. 2º
Hospital Universitario de Canarias

Servicio de Psiquiatría
Hospital Universitario de Canarias. Consorcio Sanitario de Tenerife

Correspondencia:
Jose García-Valdecasas Campelo
Avenida de Madrid nº11, portal 5, 8ºB
38007. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias. España
E-mail: jose_valdecasas@hotmail.com