



Psicosis Histérica o Trastorno Disociativo Psicótico. El Problema de la Nosología Psiquiátrica

Héctor Hueso Holgado ¹.

¹Médico Psiquiatra y Psicoanalista Asociado de la Asociación Venezolana de Psicoanálisis: IPA y FEPAL hhueso@wanadoo.es

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 04 de Mayo del 2008 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

La psicosis histérica es un trastorno psiquiátrico (quizás un síndrome) que muchos autores consideran sigue siendo válido hoy día, aún cuando las clasificaciones actuales lo ubican de manera dispersa y confusa. Se propone reivindicar su existencia, incluyéndola entre los Trastornos Disociativos como "Trastorno Disociativo Psicótico", con la posibilidad de añadir criterios dimensionales alternativos, por ejemplo: dimensión psicótica, dimensión afectiva, dimensión disociativa - confusional. Además, se hace una revisión de algunos problemas de la nosología actual y de los conceptos de trastorno mental, psicosis, histeria y psicosis histérica.

PALABRAS CLAVE: psicosis histérica, psicosis, histeria, trastorno disociativo, nosología

HYSTERIC PSYCHOSIS OR DISSOCIATIVE PSYCHOSIS DISORDER. THE PROBLEM OF PSYCHIATRIC NOSOLOGY.

SUMMARY

Hysteric psychosis is a psychiatric illness (or maybe a syndrome) that many authors consider it is still valid nowadays, even when current classifications place it in a dispersed and confused manner. It is proposed to reestablish its existence, including it within the Dissociative Disorders like Dissociative Psychosis Disorder, with the possibility of adding alternative dimensional criteria, i.e. psychotic dimension, affective dimension, dissociative – confusional dimension. A revision to some of the problems of current nosology and concepts of mental illness, hysteria and psychotic hysteria is also made.

KEY WORDS: hysteric psychosis, psychosis, hysteria, dissociative disorders, nosology

PSICOSIS HISTÉRICA O TRASTORNO DISOCIATIVO PSICÓTICO. EL PROBLEMA DE LA NOSOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

INTRODUCCIÓN

La enorme influencia que tienen actualmente las neurociencias y el estudio del cerebro ha llevado a que la investigación de las psicosis se haya centrado en la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Esto ha actuado en perjuicio de la investigación de los factores psicosociales y del estudio de otras manifestaciones psicóticas, como las psicosis agudas y transitorias. Mojtabai (Mojtabai 2005) en el Tratado de psiquiatría de Kaplan y Sadock, señala que hay dos posturas actuales sobre la psicosis histérica. La que parece estar logrando el mayor consenso es la de aquellos que creen que se debería clasificar como una “tercera psicosis” (además de la esquizofrenia y la bipolar). La otra postura es la de aquellos que consideran que son variantes de una de estas otras dos. Una manera de demostrar cuál de estas dos posturas es la verdadera sería hacer estudios de seguimiento pero, como comenta Mojtabai, los pocos estudios de uno a cuatro años después del episodio, reportan cifras distintas. Señala que, por ejemplo, el danés y el realizado en New York encuentran otros diagnósticos de psicosis en la mitad de los casos en seguimiento; mientras el estudio alemán y el de La India encontraron otros diagnósticos en un 16 a 27% y en su mayoría fueron trastornos del humor. Como diversos estudios reportan cifras variables de recurrencia de la psicosis histérica, los estudios de seguimiento tampoco zanjarían del todo la duda. Además, a mi modo de ver, la diferencia de resultados también se debe a la falta de criterios comunes para diagnosticar diversos episodios psicóticos agudos. Aún así, la validez de estos cuadros parece reforzada por el hecho de que tengan una alta prevalencia en África occidental, en la India y en las islas del Caribe y sean descritos de manera muy similar, a pesar de que estos países tengan tradiciones psiquiátricas muy distintas y estén separados por fronteras culturales y lingüísticas. Estudiar las diversas dificultades del diagnóstico y la nosología psiquiátrica no es el propósito de este trabajo, pero se harán algunos señalamientos al respecto pues tiene que ver con el problema que representa la psicosis histérica. En este orden de ideas, con frecuencia manejamos una polisemia diagnóstica que incluye términos supuestamente en desuso y ya superados, lo que demuestra que a pesar de las clasificaciones por categorías y los consensos, seguimos recurriendo a conceptos nosológicos anteriores porque utilizamos una mezcla de “comprensiones”, “intuiciones” e “inferencias”. Solemos creer que actuamos de un modo netamente racional y que nuestros diagnósticos se basan en el estudio pormenorizado de la sintomatología, de las inferencias que de allí surgen y de la aplicación de los criterios de las

clasificaciones actuales. Sin embargo, parece ser que esto no es del todo cierto, tal como lo comenta en Mallorca el profesor de psicología Nicolau Llaneras (Llaneras 2007) quien, refiriéndose a la rapidez del diagnóstico psiquiátrico, cita varios trabajos (Gauron y Dickinson (1966), Sandifer (1970) y Kendell (1973, 1975)) que muestran que el diagnóstico psiquiátrico se establece en los primeros 3 a 5 minutos de la entrevista, para la mitad a tres cuartas partes de los casos, y se mantiene tres veces de cada cuatro al final de la misma. Resultados que son difícilmente compatibles con el diagnóstico por inferencias y obligan a plantearse que en realidad no sabemos cómo hacemos lo que hacemos. Concluye diciendo que *“el diagnóstico psiquiátrico no es un acto de razonamiento inferencial sino de percepción sensorial”*. Es “diagnostico por intuición” o en otras palabras, no es un dato de la sintomatología, sino una experiencia intensa e inmediata que permite entender los síntomas que vemos a posteriori. Recapitulando, el diagnóstico está signado por diversas dificultades, entre ellas, polisemia de términos, intuiciones, inferencias, escuelas de pensamiento, características personales y procedencia del profesional, prejuicios, etc. Ante todo esto, un mérito de las clasificaciones actuales ha sido intentar poner orden y, como dice Baca (Baca 2007) *“hicieron el trabajo de una especie de ”*. Pero aunque la precisión de los criterios diagnósticos ha mejorado la fiabilidad, los autores de la Guía de uso del DSM-IV-TR (First et al. 2005) reconocen que se ha reducido el papel del juicio clínico y que el aumento de la fiabilidad no siempre implica una mejora de la validez o de la utilidad clínica, Por tanto concluyen señalando que *“Quizá la regla más importante para utilizar el DSM-IV-TR es que no debemos permitir que nuestro juicio clínico se vea obnubilado por querer ceñirnos de forma estricta a las reglas que aquí se indican”*.

Retomando el problema nosológico de la psicosis histérica, algunos consideran que es una entidad demasiado difusa, poco valida, poco fiable y, por tanto, prefieren prescindir de ella. Sin embargo, ¿es acaso la esquizofrenia (la psicosis por excelencia de la psiquiatría) del todo válida y fiable? Tampoco lo es, como veremos a continuación. En cuanto a la fiabilidad, recordemos el famoso estudio (United States-United Kingdom Diagnostic Project) en el que se demostró que los americanos diagnosticaron más frecuentemente esquizofrenia que los británicos y que éstos diagnosticaron más frecuentemente psicosis depresiva (citado por First et al. 2005). Menos fiable aún es el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. Por otra parte, tampoco la validez de la esquizofrenia está del todo demostrada, como lo sugiere el título del libro de Alfonso Chinchilla M., “Las esquizofrenias”, que lleva a pensar en que hay más de una esquizofrenia. En el capítulo 1, los autores (Puente et al. 2007) comienzan señalando que hay preguntas que siguen sin dilucidarse: *“¿la esquizofrenia es una entidad unitaria, sindrómica o incluso un constructo artificioso, una forma de reacción?, ¿o es expresión de una alteración estructural, química o de otra naturaleza?”*. Por todo ello, creemos conveniente buscar un mejor modo de ubicar la psicosis histérica, no volviendo a la polisemia anterior ni a denominaciones que ya han sido cuestionadas, sino utilizando los modelos de clasificación actuales, los cuales, a pesar de sus defectos y limitaciones, son lo mejor que tenemos y el producto de un ardua lucha de unificar la Babel nosológica anterior. Comenzaremos por describir algunas dificultades del diagnóstico, nosología y semiología psiquiátricos, así como las que plantean los conceptos de trastorno mental, psicosis, histeria y psicosis histérica.

TRASTORNO MENTAL O ENFERMEDAD MÉDICA

Seguramente una neumonía se diagnostique igual en cualquier parte porque el diagnóstico en Medicina se basa en la etiología, la semiología y la evolución de las enfermedades. Algunos creen

que la psiquiatría debe seguir los pasos del resto de la medicina para ponernos “a su altura” y conseguir la etiología, el sustrato anatómico y fisiopatológico y su precisión nosológica. Los que así piensan siguen los postulados de Kraepelin quien quería que las enfermedades mentales fuesen definidas como las médicas, pues para él estaban en la naturaleza y había que descubrirlas y describirlas, como podría hacerse con una especie animal. En otras palabras, no eran constructos creados o inventados por el investigador, sino fenómenos naturales (Baca 2007). Sin embargo, aunque efectivamente se logra cada vez más en este sentido, el error es creer que este es el único camino a seguir, pues la naturaleza de lo humano y de lo psíquico implica algo más que eso. Entonces, ¿se aplican las mismas definiciones de enfermedad en medicina y en psiquiatría? Tal como señala el psiquiatra y psicoanalista vasco José Guimón (Guimón 2007): *“En el campo de la psiquiatría confluyen muchas patologías, pero no todas cumplen los criterios de enfermedad por cuanto la causa no es orgánica sino psicosocial”*. Las enfermedades médicas se definen a partir de bases conceptuales muy variadas, que reflejan la evolución histórica de nuestro concepto de enfermedad. En este sentido, los autores de la Guía de uso del DSM-IV-TR (First et al. 2005) dicen: *“La estenosis mitral y la colitis ulcerosa se basan en la anatomía, los carcinomas en la histopatología, la tuberculosis en la bacteriología y en el concepto de Koch de un agente etiológico, y la Porfiria en la bioquímica. Otros trastornos son definidos según la desviación estadística de una norma (p.ej., la hipertensión, la hipercolesterolemia). En las enfermedades de etiología desconocida y en las que no hay patología estructural demostrada, se utiliza una definición sindrómica basada en la manifestación de los síntomas (p.ej., la migraña)”*. O sea, que en medicina las bases conceptuales son variadas y no siempre existen paralelismos con la psiquiatría.

La Psicosis

Los conceptos de neurosis y psicosis fueron pares antitéticos desde el siglo XIX, tanto en la nosología psicoanalítica como en la psiquiatría alemana, pero las definiciones de ambas continúan siendo confusas. Tanto el DSM-IV (1994) como el CIE-10 (1992) tienen en común el que pretenden desentenderse del aspecto etiológico y el compartir muchos de los síntomas. Sin embargo, mientras el DSM-III-TR y el DSM-IV enfatizan más en el deterioro funcional y la pérdida de juicio de realidad, el CIE-10 destaca lo alucinatorio – delirante y no el juicio de realidad. La subjetividad de sus definiciones se hace patente si aplicamos estos conceptos a patologías cuyos síntomas pueden parecer psicóticos, como algunos trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos de alimentación, episodios disociativos, flash-backs postraumáticos, fobias sociales extremas, trastornos dismórficos, y algunos trastornos de personalidad (Jibson et al. 2006). En muchos casos igualmente podríamos decir que los síntomas tienen la característica de un delirio o el deterioro funcional y la alteración de juicio de realidad de una esquizofrenia. Así, ¿cómo no decir que está psicótica una joven que sigue “viéndose” gorda, pesando algo más de 30 Kgs., y centra su vida en seguir adelgazando; o alguien cuyas obsesiones y rituales le impiden funcionar? Entonces, ¿cómo podemos delimitar lo psicótico de lo neurótico y de lo normal? ¿Es posible que una misma persona tenga características neuróticas o un trastorno de personalidad, haga episodios del tipo de las psicosis histéricas y se recupere? En este sentido puede ser de ayuda el concepto de continuo.

Psicosis - neurosis como un continuo

Ante las dificultades que plantea el diagnóstico por categorías del DSM-IV se ha propuesto para algunos trastornos la opción de “diagnósticos dimensionales”, como alternativa para entender mejor la heterogeneidad de los síntomas y la falta de fronteras claras entre los diagnósticos. El punto de vista dimensional define los trastornos psíquicos como variantes maladaptativas que

no forman categorías discontinuas sino que tienen una distribución continua (Guimón 2007). Según el modelo dimensional, la esquizofrenia puede ser entendida como un estado de vulnerabilidad distribuido de forma continua en la población (Puente et al. 2007). Así mismo, Peralta y col. (Peralta et al. 2008) hablan del continuo de las psicosis y del concepto de espectro esquizoafectivo. Hay que recordar que en el siglo XIX muchos pensaron en la existencia de la “psicosis única” y, como dice Baca: *“Se vuelve así a la posibilidad (nunca abandonada del todo) de que los mecanismos cerebrales que sustentan la aparición de lo psicótico sean comunes y que el valor de la sintomatología se debe establecer en función del sujeto y no de la alteración”* (Baca 2007). Estos planteamientos resultan de importancia para comprender cómo pueden presentarse episodios psicóticos en personas cuyo funcionamiento habitual es neurótico o el propio de un trastorno de personalidad, pues considero que existe también un continuo entre lo psicótico y lo neurótico. La neurosis es difícil de definir y el potencial neurótico es inherente a la estructura de la psique humana. Por tanto, puesto que todo el mundo es, en cierto sentido, un neurótico, la definición de normalidad o salud se hace muy difícil. Grinker (Grinker 1982) señala que igualmente el término psicosis se ha utilizado en gran variedad de formas y algunos consideran que las psicosis y las neurosis presentan grados de un mismo proceso. Por ejemplo, Menninger y col en 1963 (citado por Grinker 1982) combinaban las neurosis y las psicosis en estadios diversos de descontrol. Para ellos éstos estados estaban representados por cinco fases de adaptación decreciente frente a las situaciones estresantes. Sin embargo, hay que decir que Grinker y Holzman (citado por Grinker 1982) no encontraron pruebas de que las neurosis y las psicosis representasen fases del mismo proceso. Como vemos, no es fácil delimitar las fronteras entre normalidad, neurosis y psicosis y puede considerarse que existe un continuo entre ellas. Así, en el ámbito del psicoanálisis Wilfred Bion (Bion 1990) en 1957 consideraba que toda persona tiene una “parte psicótica de la personalidad”, muchas veces difícil de apreciar porque está escondida por emociones y conductas más normales o neuróticas. De modo que cuando ciertas circunstancias confluyen, el Yo, que normalmente logra funcionar con mecanismos de defensa más maduros, se debilita y comienza a usar mecanismos más primitivos como la escisión o la identificación proyectiva. Todo depende de la magnitud de la parte psicótica de la personalidad y de la situación estresante. Coloquialmente sería lo que sucede cuando decimos “aquella persona se volvió como loca”. También sería lo que sucede en ciertos trastornos de personalidad cuando ante una pérdida o suceso estresante presentan un episodio disociativo con o sin síntomas psicóticos. Por tanto no sería incompatible la idea de que una misma persona (como después veremos con el caso de Anna O.) pase por etapas de neurosis, de psicosis y luego se recupere y vuelva a un funcionamiento “normal”, como sería el caso de las psicosis histéricas.

La histeria, la disociación y la conversión en el DSM-IV y en el CIE-10

¿Qué es la histeria? Esta pregunta no ha dejado de dar que pensar desde que Hipócrates la describió. El psicoanálisis, como después veremos, no tiene una respuesta clara y las clasificaciones actuales no han encontrado otra mejor que hacer desaparecer su nombre, fraccionándolo entre los trastornos de ansiedad, somatomorfos, disociativos y de personalidad. Los conceptos de “neurosis” e “histeria” han sido definidos de tantas formas y de maneras tan ambiguas, que se han tratado de eliminar en las clasificaciones actuales, en un intento de deslastrar a la nosología de conceptos que pudieran ser ambiguos, prejuiciosos, peyorativos, o porque tienen diferentes significaciones para distintas escuelas o remiten a conceptos etiológicos no compartidos por diferentes especialistas. Aún así, la CIE-10 mantiene el término de neurosis con reservas, mientras la solución salomónica que han encontrado en las últimas versiones del DSM es utilizar un término más aséptico. El elegido es “trastorno mental”. Ya en

1894 Freud (Freud 1894) consideraba a la conversión como el mecanismo característico de la histeria y no a la disociación, mientras hoy día un gran número de psicoanalistas consideran fundamental a la disociación, más que a la conversión. Esta discusión ha persistido hasta la actualidad en las clasificaciones psiquiátricas y así vemos que el DSM-IV-TR ubica al trastorno de conversión dentro de los “trastornos somatomorfos” y clasifica en otro apartado a los trastornos disociativos. En cambio el CIE-10 no separa a los trastornos disociativos y conversivos, sino que los coloca en un apartado denominado “trastornos disociativos (de conversión)”, lo cual pretende reflejar la estrecha interacción de estos mecanismos y su frecuente aparición conjunta. Incluso, el CIE-10 conserva la idea de que hay diversos trastornos que comparten un tronco común y los llama “trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”.

HISTERIA Y PSICOSIS HISTÉRICA EN PSICOANÁLISIS

Freud inició la construcción del psicoanálisis sobre las bases de la histeria. En 1893 (Freud 1893) partió de la “teoría traumática”. Considerando trauma a toda vivencia que suscite afectos penosos. Un año después (Freud 1894), ya anuncia que el trauma era de tipo sexual y considera a la conversión como el mecanismo característico de la histeria (aunque hoy día la mayoría lo descartan o, como Green (citado por Bleichmar 1985), lo sustituyen por la “disociación” como eje de la categoría nosológica). Dos años después (Freud 1896) es cuando hace explícita la “Teoría de la seducción”: el trauma es causado por una seducción. Pero no es sino hasta 1906 (Freud 1906) cuando expresa por primera vez su abandono de la creencia en la etiología traumática (por seducción) e insiste en la importancia de las fantasías inconscientes. Sin embargo, en la nota a pie de página (p. 168 en la Standar Edition) agregada por Freud en 1924, señala que la seducción conserva cierto significado para la etiología. Como puede verse, Freud consideraba a la histeria de origen psicológico, aunque siempre siguió pensando que en algún momento futuro se conseguirían bases biológicas y un tratamiento correspondiente. En el ámbito psicoanalítico, tal como lo señala Emilce Bleichmar (Bleichmar 1985) *“la dispersión de opiniones [sobre la histeria] es máxima: ¿es oral o fálica?, ¿corresponde a mujeres impulsivas y exhibicionistas o impera la regresión?, ¿corresponde a personalidades infantiles o a la última etapa del desarrollo psicosexual?, ¿es dependiente y complaciente o competitiva y castradora?, ¿se ha producido un deslizamiento de la neurosis al carácter, y es la fobia sexual la forma típica de la histeria actual?”*. Bleichmar destaca el aspecto camaleónico, cambiante, de sus manifestaciones; su transformación a través de la historia; su deslizamiento de la neurosis al carácter y a la fobia sexual en la actualidad. Lacan incluso llega a universalizar la histeria al plantearla como modelo de estructuración del deseo humano, siempre incapaz de ser colmado. Bleichmar señala con acierto el caos nosológico de la histeria y la dificultad de sostener una explicación unitaria para cuadros tan diferentes como una personalidad infantil e impulsiva, un carácter histérico marcado por la represión, el carácter fálico-narcisista o los síntomas conversivos en una paranoia. Este pluralismo llevó a Saurí (citado por Bleichmar 1985) a escribir un libro llamado “Las histerias”. Recordemos ahora que antes citamos el libro de Chinchilla, “Las esquizofrenias”, con lo cual queremos subrayar la dificultad de encontrar cuadros nosológicos puros y bien delimitados. Freud tuvo varios pacientes que algunos han considerado padecían psicosis histérica. Después revisaremos como clasifica el Libro de casos del DSM-IV a la paciente Anna O, pero puede decirse que él no la llamaba psicosis histérica, primero porque conceptualmente para Freud la histeria

era una neurosis con fijaciones más tardías en el desarrollo psicosexual (etapa fálica), de las más benignas y mejor organizadas; y, en segundo lugar, porque cuando él, Jung y otros psicoanalistas se relacionaron con la escuela de Zurich, aceptaron las concepciones psiquiátricas de Bleuler, quien las incluyó dentro de la esquizofrenia. Como puede verse, si se siguen las concepciones freudianas, la noción de psicosis histérica es en sí misma una contradicción. Sin embargo, atendiendo a postulaciones kleinianas que ven a la histeria como fundamentalmente oral y como defensa ante angustias esquizoparanoides, hay analistas como Rosenfeld y Green (citados por Bleichmar 1985) que consideran que ante pérdidas significativas se pueden producir psicosis pasajeras en las histerias. Bleichmar (Bleichmar 1985) propone sustituir la categoría de la psicosis histérica por la de personalidad borderline. En esto no concuerdo con ella porque no en todo trastorno de personalidad límite se producen cuadros psicóticos, pero lo que sí está claro es que es en este tipo de trastorno de personalidad (junto con los histriónicos) en los que con más frecuencia se ven episodios psicóticos agudos y, por tanto introducen otra complicación en el concepto de psicosis histérica. En este sentido, Otto Kernberg (Kernberg 1975) (Kernberg 1984), ha diferenciado dentro de los trastornos de personalidad varias configuraciones que podrían aclarar el panorama nosológico del espectro de la histeria. Él propone un continuo entre la “personalidad histérica”, que sería una neurosis de carácter de tipo superior y no borderline, y la “personalidad infantil” mucho más inmadura, regresiva y borderline. Probablemente es en esta última donde puedan verse las psicosis histéricas. Cabe preguntarse qué ha sido de aquellos casos floridos de “psicosis histérica” que antes se describían. Muchos autores consideran que hoy día se expresan de otros modos. Según Roberto Mazzuca (Mazzuca 2003) las formas actuales son al menos cuatro: 1. dentro del grupo de las esquizofrenias; 2. las anorexias; 3. el síndrome de personalidad múltiple; 4. los fenómenos de posesión demoníaca.

Validez de la psicosis histérica en la historia de la psiquiatría

La psicosis histérica era un cuadro nosológico que contemplaban tanto los clásicos alemanes como franceses. Demetrio Barcia (Barcia 1998) publicó un artículo sobre Wernicke, quien en 1908 se refirió a este cuadro con el nombre de pseudodemencia histérica. Barcia lamenta la ausencia de estudios actuales sobre las psicosis histéricas. Según sus palabras es *“un cuadro sin embargo real y que se observa en la clínica”*.

También Bleuler describió lo que llamó los estados crepusculares histéricos con síntomas muy parecidos. Así mismo, el diagnóstico de Boufée Delirante, introducido por Valentín Magnan en 1895, tiene características muy similares a las que después han descrito para la psicosis histérica Hollander y Hirsch (Hollander y Hirsch 1964). Estos autores publicaron en 1964, en el American Journal of Psychiatry, la primera descripción formal de la entidad, que caracterizaron como una reacción psicótica con un arranque súbito y dramático, relacionada en el tiempo con un hecho profundamente perturbador (rasgo que consideran esencial), generalmente en personalidades histéricas. Las manifestaciones clínicas incluyen delirios, alucinaciones, despersonalización y conducta desorganizada. El episodio agudo rara vez dura más de dos a tres semanas y al producirse la recuperación no queda prácticamente residuo alguno. Linn (Linn 1982), en el Tratado de psiquiatría de Freedman, Kaplan y Sadock, utilizó exactamente la misma descripción de Hollander y Hirsch para la psicosis histérica. Las descripciones de diversos autores se asemejan y, como señalamos, continúan siendo parecidas en distintos países. Además, recuerdan a varios de los primeros casos de Freud (Freud 1893), entre ellos Anna O., la paciente atendida por Breuer, con la que puede decirse que se inicia el psicoanálisis. La fama del caso de Anna O. llevó a que el Libro de casos del DSM-IV (1996) le dedicase una revisión a la luz de la nosología actual. Concluyen que hay varios diagnósticos distintos en diferentes etapas de la

enfermedad: primero trastorno de conversión y luego trastorno disociativo no especificado. Señalan que como presentaba síntomas psicóticos, el uso rígido del DSM-IV podría llevar al diagnóstico de esquizofrenia pero no conseguiría describir el trastorno, por tanto piensan que sus síntomas psicóticos se podrían clasificar como Trastorno Psicótico No Especificado. Sin embargo, con este enfoque por categorías se fragmenta la enfermedad de Anna O en diversos diagnósticos, cada uno de los cuales describe una fase distinta.

La psicosis histérica en el DSM-IV y el CIE-10

El DSM-IV (DSM-IV 1994) no hace mención de la psicosis histérica aunque, como acabamos de ver, en el Libro de casos del DSM-IV se podría clasificar como Trastorno Psicótico No Especificado. Sin embargo, en base a los síntomas también podría clasificarse como Trastorno Psicótico Breve. Pero aquí no acaba la dispersión de posibilidades diagnósticas porque debido a que los cuadros psicóticos agudos tienen una alta prevalencia en África occidental, en la India y en las islas del Caribe, el DSM-IV-TR también los ha clasificado como Síndrome Ligado a la Cultura. Incluso podrían clasificarse como trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme o trastorno del humor con síntomas psicóticos. Tampoco en el CIE-10 la psicosis histérica tiene fácil ubicación. Por una parte, se incluye como sinónimo, en el apartado de “Trastornos disociativos (de conversión)”, pero por otra, teniendo en cuenta que los conceptos de bouffée délirante y psicosis cicloides tuvieron enorme influencia en la formulación de los Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios, observamos que varios de los trastornos que incluyen son iguales o muy similares a los que a través de la historia se han relacionado con la psicosis histérica, como lo han señalado García-Valdecasas y col. (García-Valdecasas et al. 2005). Por ejemplo, el Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo Con o Sin Síntomas de Esquizofrenia (que incluyen las bouffées delirantes y las psicosis cicloides); los Otros Trastornos Psicóticos Agudos Con Predominio de Ideas Delirantes, (que podrían incluir las reacciones paranoides y la psicosis psicógena paranoide); el Trastorno Psicótico Agudo y Transitorio Sin Especificación (que incluye la psicosis reactiva breve). Por lo tanto, como concluyen García-Valdecasas y col, aunque la CIE se pronuncia claramente en situar éstas en los trastornos disociativos y no en los psicóticos, los varios subtipos de Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios describen cuadros que recuerdan a las psicosis histéricas. O sea, que en esta clasificación tendríamos la opción de incluir la psicosis histérica entre los trastornos psicóticos o entre los disociativos, con la confusión que ello genera. Por otra parte, en Pamplona, Peralta y col (Peralta et al. 2008) han publicado varias investigaciones sobre las psicosis cicloides (que para algunos son equivalentes de las psicosis histéricas) y sus investigaciones, dicen, confirman las características cicloides y la subdivisión en grupos que varios autores han destacado, como es el caso de la “escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard” y de Mojtabai. Sin embargo, comentan que otros, como Perris, consideran que el solapamiento de síntomas es la regla y se oponen a la clasificación por tipos, que la investigación no ha demostrado. Peralta y col. piensan que muchos han tomado erróneamente como sinónimos a las psicosis cicloides y a los trastornos psicóticos agudos pero, al contrario, aportan bibliografía que demuestra que las psicosis cicloides no se corresponden con ninguna de las categorías del DSM-III, DSM-III-TR, DSM-IV ni CIE-10 y que solo existe una concordancia de entre un 30 a 54%, pues la mayoría de los casos son diagnosticados como psicosis reactiva breve, trastorno esquizoafectivo, trastorno esquizofreniforme, trastorno del humor con síntomas psicóticos o trastorno psicótico no especificado. Concluyo con el grupo de Peralta cuando señalan que, a pesar de que los datos disponibles no muestran una etiología ni fisiopatología específicas de las psicosis cicloides, su validez histórica, aparente y empírica es evidente, y que una razón importante para reconocer el constructo son las implicaciones clínicas, pronósticas y

terapéuticas que conlleva un diagnóstico equivocado. Sin embargo, no concuerdo con el planteamiento de estos autores sobre el que las psicosis cicloides formen parte del concepto de espectro esquizoafectivo y del continuo de las psicosis, por lo que deberían incluirse dentro de los trastornos psicóticos breves o transitorios. Creo que deben clasificarse entre los trastornos disociativos, pero en todo caso, si hubiera que ubicarlas dentro de los trastornos psicóticos, considero preferible usar la nominación de “Trastorno Psicótico Breve” (quizás ampliando el tiempo de duración hasta 6 meses) que la de “Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios”, pues estos últimos están muy subdivididos y aún más dispersos sin que, a mi modo de ver, esto ayude a estudiar mejor la categoría.

CONCLUSIONES

Con todas las dificultades que se han descrito para las clasificaciones nosológicas, en general, y para encuadrar en ellas diagnósticos como psicosis, histeria y psicosis histérica, la tentación sería dejar descansar en paz a las psicosis histéricas. Sin embargo, cuando observamos uno de estos casos aunque podemos clasificarlo como un trastorno de personalidad con un episodio psicótico, algo nos empuja a decirle al colega “parece una psicosis histérica o una bouffée délirante o una psicosis cicloide”. Por lo visto, no somos inmunes en psiquiatría a aquel dicho popular que dice: “no creo en brujas, pero de que vuelan, vuelan”. Hemos señalado que si recurrimos al DSM-IV se podría clasificar como “Trastorno Psicótico No Especificado” y también podría clasificarse como “Trastorno Psicótico Breve”. Si recurrimos al CIE-10, sabemos que éste se pronuncia por clasificarlo en el apartado de “Trastornos disociativos (de conversión)”, pero también cabría colocarlo entre los “Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios”, ya sea como “Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo Con o Sin Síntomas de Esquizofrenia” o como “Otros Trastornos Psicóticos Agudos Con Predominio de Ideas Delirantes” o como “Trastorno Psicótico Agudo y Transitorio Sin Especificación”, entre otras posibilidades. En todo caso, considero que esta multiplicidad de posibilidades nosológicas, aunque muestra la dificultad de definir con validez y fiabilidad a la psicosis histérica, tampoco contribuye a que ello sea posible. Sabemos que si una utilidad tiene el perfeccionar un sistema nosológico es poder definir, identificar, comunicarse entre usuarios e investigar sobre una patología. Por tanto considero que, al contrario, al tener a la psicosis histérica dispersa en los sistemas clasificatorios, impide que éstos resulten útiles. Aún cuando no podamos siquiera decir si existe una o varias psicosis histéricas, si es un síndrome o si estamos ante un grupo diverso de psicosis agudas, o si en realidad son de origen psicógeno o traumático, y aunque no estén necesariamente relacionadas con un concepto tan escabullidizo y ambiguo como la histeria, considero que un modo de estudiarlas y someterlas a investigación es otorgarles un lugar específico y único en las clasificaciones. Dado que con frecuencia éste tipo de episodios psicóticos se producen en personas con trastornos neuróticos y/o de personalidad, y ya que no son esquizofrénicos, ni bipolares, ni psicosis tóxicas u orgánicas, considero que sería más apropiado clasificarlo dentro de los Trastornos Disociativos. Además, probablemente el episodio psicótico sea parte de un continuo y se produce cuando la parte neurótica de la personalidad y los mecanismos de defensa más maduros se ven desbordados por las circunstancias, emergiendo lo que Bion llamó la parte psicótica de la personalidad. Podría ser entre los Trastornos Psicóticos, pero dado que una de las características más repetidas entre autores es su relación con la sintomatología disociativa y/o conversiva (neurótica), su usual corta duración, y dado que al parecer frecuentemente se relacionan con la presencia de estrés y factores socio-psicológicos desencadenantes, considero que podría

clasificarse entre los Trastornos Disociativos como “Trastorno Disociativo Psicótico”. Este diagnóstico no tiene por qué presuponer etiología (la cual queda por estudiar con más detalle) ni tampoco una orientación teórica particular ni una terapéutica específica. Sin embargo, el problema que quedaría por resolver es qué hacer con los diversos diagnósticos de “Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios”, puesto que lo que propongo es limitar las opciones clasificatorias para evitar la dispersión del diagnóstico según la preferencia, características personales, inclinaciones teóricas o lugar de origen del profesional, que como sabemos condicionan, y mucho, los diagnósticos. Dado que diversos autores han priorizado diversos síntomas (psicóticos, disociativos, afectivos, confusionales), cabría incluso añadir criterios dimensionales alternativos siguiendo el modelo que propone el Apéndice B del DSM-IV-TR para la esquizofrenia y señalando para cada dimensión la importancia de los síntomas. Los criterios dimensionales alternativos para el Trastorno Disociativo Psicótico, según los que más comúnmente se describen en las psicosis agudas, podrían ser:

- a) Dimensión psicótica: si predominan las alucinaciones, delirios u otros síntomas psicóticos.
- b) Dimensión afectiva: si predominan las fluctuaciones afectivas o afectividad inapropiada.
- c) Dimensión disociativa - confusional: si predomina la sintomatología disociativa y/o conversiva, o las conductas confusionales o desorganizadas.

Tal como lo sugiere el DSM-IV-TR para la esquizofrenia, se señalaría la significatividad sintomática de cada dimensión. Por ejemplo, se codificaría Trastorno Disociativo Psicótico, con dimensión psicótica ausente, dimensión afectiva moderada y dimensión disociativa - confusional grave. En todo caso, su ubicación específica permitiría determinar mejor su validez y estudiar su etiopatogenia, clínica y tratamiento.

REFERENCIAS

1. Baca B, E. Lo psicótico. Historia conceptual de la psicosis. En: Trastornos psicóticos. Ed. Ars Médica. 2007, 3- 22.
2. Barcia, D. Las psicosis histéricas. Pérdidas de conciencia histéricas. El delirio histérico. Magnan V, Sèrieux, P. Delirios sistematizados de los degenerados. Psiquiatría.COM [revista electrónica] 1998 Marzo. [citado: 16 Marzo 2008];2(1):[9 pantallas]. Disponible en: URL: http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num1/art_8.htm
3. Bion, W.R. Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. Int. J Psycho-Anal. 1957, 38, 3-4. Y en: Volviendo a pensar. Ed. Paidós. 1990, 64-91.
4. Bleichmar, E.D. Las histerias. En: El feminismo espontáneo de la histérica. Ed. Adotraf. 1985.151-180.
5. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Organización Mundial de la Salud, Ed. Meditor, 1992.
6. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

7. El caso de Anna O. En: Libro de casos del DSM-IV. Ed. Masson S.A. 1996, 513-517.
8. First, MB., Frances, A., Pincus, HA. DSM-IV-TR. Guía de uso. Asociación Americana de Psiquiatría. Ed. Masson. 2005.
9. Freud, S. Estudios sobre la histeria. I.S.E. 2. 1893.
10. Freud, S. Las neuropsicosis de defensa. I.S.E. 3. 1894.
11. Freud, S. Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. I.S.E. 3. 1896.
12. Freud, S. Mis tesis sobre el papel de la sexualidad en la etiología de las neurosis. I.S.E. 7. 1906.
13. García-Valdecasas, J. et al. Encuadre nosológico de la versus psicosis agudas: Revisión a propósito de un caso. Revista de la Asociación Española de Psiquiatría, Vol.XXV, N° 95, Julio/Septiembre 2005, 9-23.
14. Guimón, J. El diagnóstico psiquiátrico no categorial (Relaciones, dimensiones y espectros). OM Editorial. 2007.
15. Grinker, R. Neurosis, psicosis y estados límites. En: Tratado de Psiquiatría de Freedman, Kaplan & Sadock. Tomo I. Salvat Editores. 1982, 946-950.
16. Hollander, MH., Hirsch, S. Hysterical psychosis. Am. J. Psychiatry. 1964, 120-1066.
17. Jibson, M., Glick, I., Tandon, R. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: Clinical psychiatry self-assessment programs. Esquizofrenia. American Psychiatric Association. Ed. Medical trenes (trends). SL, 2006, 149-165.
18. Kernberg, O. Borderline conditions and pathological narcissism. New York, Jason Aronson. 1975.
19. Kernberg, O. Problemas en la clasificación de los trastornos de personalidad. En: Trastornos graves de la personalidad. Ed. El manual moderno SA, 1984.
20. Linn, L. Otras urgencias psiquiátricas. En: Tratado de Psiquiatría de Freedman, Kaplan & Sadock. Tomo II. Salvat Editores. 1982, 1963-1976.
21. Llaneras, N. Del ser psicótico. En: Trastornos psicóticos. Ed. Ars Médica. 2007, 35- 52.
22. Mazzuca; R. Los excesos de la histeria. Mesa Histeria y Psicopatía. Archivos de Medicina © <http://www.archivosdemedicina.com>. Oct. 2003.
23. Mojtabai, R. Acute and transient psychotic disorders and brief psychotic disorders. En: Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 8 Edition. Lippincott, Williams, and Wilkins. 2005, 1512-1522.
24. Peralta, V., Bastera, V., Zandío, M., Cuesta, M. Psicosis cicloides: etiopatogenia, características clínicas y nosología. Aula Médica Psiquiatría Ediciones, 2008, N° 1:5-32
25. Puente, G., Chinchilla, A., Ríaza, C. Concepto de esquizofrenia. Introducción a la esquizofrenia. En: Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos (Chinchilla, A.). Ed. Elsevier

Masson. 2007, 1-19.

Vitae Academia Biomédica Digital | Facultad de Medicina-Universidad Central de Venezuela
Enero-Marzo 2008 N° 34 DOI:10.70024 / ISSN 1317-987X