

O. Varela González
L. Peleteiro Pensado
R. M. Yáñez Sáez

Una tragedia de Shakespeare: la difusa frontera entre lo afectivo y lo psicótico

Servicio de Psiquiatría
Hospital Clínico San Carlos
Madrid

La radical separación original entre demencia precoz y locura maniaco-depresiva, consideradas incluso incompatibles, tiene su correlato en los sistemas nosológicos actuales que acogen con dificultad cuadros clínicos en los que lo afectivo convive con lo psicótico. El trastorno esquizoafectivo es la única categoría que incluye específicamente esta combinación en las clasificaciones internacionales CIE-10 y DSM-IV; sin embargo, se trata de una entidad bastante restrictiva. El concepto de psicosis marginales, desaparecido como categoría específica, constituyó un acercamiento a estas entidades «fronterizas» que, a la vista de las dificultades diagnósticas que plantean cuadros como el que ilustra este caso, podría resultar interesante recuperar.

Palabras clave:
Psicosis. Atípicas. Marginales. Cicloides. Nosología. Esquizoafectivo.

Actas Esp Psiquiatr 2005;33(3):201-204

A Shakespeare's tragedy: the unclear border between affective and psychotic disorders

The original radical separation between early dementia and manic-depressive illness, even considered incompatible, has its correlate in the present nosological systems that difficultly include clinical pictures in which the affective co-exists with the psychotic. The schizoaffective disorder is the only category that specifically includes this combination in the ICD-10 and DSM-IV international classifications. However, this is a very restrictive category. The concept of marginal psychosis, which has disappeared as a specific category, constituted an approach to those borderline cases, which in view of the diagnostic difficulties posed by pictures like the case presented, could be interesting to recover.

Key words:
Psychoses. Atypical. Marginal. Cycloid. Nosology. Schizoaffective.

Correspondencia:
Orlanda Varela González
Servicio de Psiquiatría
Hospital Clínico San Carlos
Prof. Martín Lagos, s/n.
28049 Madrid.
Correo electrónico: ovarela.hcsc@salud.madrid.org

MOTIVO DE CONSULTA

Siete treinta de la mañana del 15 de enero: el SAMUR recoge de un portal a una mujer de 30 años desnuda, desorientada e incoherente.

Un día después, y tras varios traslados hospitalarios, se han sucedido las valoraciones y las pautas de sedación y, obtenida una determinación de tóxicos negativa, se ha sembrado ya la duda diagnóstica entre un cuadro afectivo y un trastorno psicótico. La paciente, de iniciales C. R., ha suscitado descripciones psicopatológicas como agitada, eufórica e inconexa, con contacto inadecuado, desinhibida, suspicaz y con discurso en ocasiones incoherente, ideación megalomaniaca y otros contenidos delirantes no congruentes con el estado de ánimo junto con percepciones delirantes.

El 16 de enero la paciente ingresa en la Unidad de Observación Breve Psiquiátrica del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. En la primera entrevista mantiene una actitud inapropiada, juguetona, expansiva y con una exagerada resonancia afectiva. Este estado se mantiene a lo largo de los días en observación. Sin embargo, ofrece información veraz y concreta respecto a su vida (está soltera, comparte piso, en primavera la echaron de un trabajo y se deprimió, intentó suicidarse, etc.); respeta las normas de funcionamiento hospitalario y establece vínculos afectivos con el resto de los pacientes, a los que organiza.

Aunque C. R. niega alucinaciones auditivas u otras alteraciones sensorio-perceptivas, resulta llamativo lo errado de su interpretación de la realidad, con falsos reconocimientos continuos; búsqueda de lo simbólico y lo mágico; identificaciones de situaciones reales con otras literarias, especialmente manifiesto al interrogarla por el motivo de ingreso (le cuesta distinguir si ocurrió de verdad o lo soñó y quiere encontrar en ello una «revelación») o por su situación familiar. Durante la primera semana es imposible reconstruir el relato de lo sucedido el día del ingreso; transcurrida ésta C. R. va tomando conciencia de enfermedad. Se decide su traslado a planta.

Evolución

En la segunda semana de ingreso la paciente se encuentra totalmente asintomática y se averigua la patocronia a

través de su propio relato y la información obtenida a través de las personas de su entorno. Las entrevistas con su padre y hermanos revelan un conflicto familiar antiguo con ruptura del contacto en los últimos 8 años y permiten reconstruir la historia biográfica y averiguar los antecedentes familiares:

- Una prima carnal (paterna) recientemente ingresada en psiquiatría (posible psicosis).
- Dos tíos paternos en tratamiento antidepresivo.

HISTORIA BIOGRÁFICA

Durante su infancia no existieron anomalías del desarrollo precoz ni en la escolarización o el ámbito relacional temprano. Aparecen, sin embargo, en su relato los problemas familiares: un padre que consumía alcohol y pegaba a sus hermanos y la rivalidad con su hermano Alberto (4 años mayor) que precisó tratamiento psicológico por sus tendencias pirómanas.

Los mejores recuerdos transcurren con sus abuelos maternos; su abuelo murió en una residencia y sólo decía que quería volver a su pueblo, hecho que la paciente recuerda con sentimientos de culpa.

Durante la adolescencia, bien integrada en el instituto, realizaba actividades de tiempo libre, teatro y naturaleza. Decide estudiar magisterio musical. A los 20 años fallece su madre (su apoyo principal en la familia); entonces decide alejarse del núcleo familiar, produciéndose serios conflictos entre los hermanos. Dejó la carrera (que luego completaría) e hizo un curso de educación medioambiental, comenzando una vida independiente.

Por aquel entonces conoce al chico con el que conviviría 4 años, tras los cuales se rompe la relación y decide compartir piso con amistades y trabajar como profesora de música y educación física. En aquella época la paciente estaba muy activa, con muchos proyectos en mente, a los que dedicó mucha energía y finalmente no fructificaron.

Es entonces donde se sitúa el comienzo de la enfermedad actual: la paciente presentaba anhedonia, mostrándose muy aislada, con ánimo bajo y sentimientos de desesperanza, situación que alarmó a sus amigos, que insistieron en que contactara con su familia y con un especialista, pero se niega y se produce entonces el intento autolítico, que fue planeado y antes del cual se despidió por carta de sus amistades.

Al salir del hospital le recomendaron que fuera al psicólogo. Estuvo en Logroño 2 semanas en seguimiento y después volvió a Madrid. En esa semana C. R. se encontraba muy intranquila, con sentimientos de vacío y a la vez eufórica, apenas comía, fumaba mucho, casi no dormía; de aquellos días eran los mensajes telefónicos a sus amigos avisándoles de que había llegado su hora. La paciente atribuye

este estado a que con el psicólogo estaba removiendo muchas cosas; recordando escenas de fuego, de gritos, etc.; estos días oía voces en la casa, sentía cómo la mesilla de noche ardía, pero al encender la luz no estaba quemada.

El día del ingreso C. R. lo vivió como un sueño: un viaje al pasado que terminó en el portal donde la policía la encontró desnuda. «Todo empezó porque una mañana me levanté y quise buscar a mi abuelo porque murió de forma muy trágica: se escapó de la residencia para irse a su pueblo y murió por el camino». Buscando la casa de sus abuelos vio por la calle a dos ancianas que creyó reconocer y las siguió hasta una residencia, donde preguntó si estaba allí su abuelo; la echaron del centro por revolucionar a los ancianos gritando: «¿Alguien quiere volver a su pueblo?». Al salir se encontró a un niño con su niñera: ¡era su amigo José que se había ido al Tibet!, lo abrazó y con los ojos cerrados notó que se hacía muy grande. Pensó que José estaba en peligro, así que decidió irse a Barajas. Fue como una revelación: «yo sabía que estaba siendo Shakespeare y que estaban poniéndome a prueba; tenía que salvar a alguien y no sabía a quién». De vuelta a su casa «había muchos fantasmas, eran como sombras y ruidos escondidos. Llegué, pero no tenía las llaves del portal. De mi casa al parque fui cantando y tocando el piano en inglés. Me encontré con una persona de color que me dijo que éramos ángeles y que siguiera la luna... y la seguí». Eran las dos de la madrugada y decidió buscar a su amigo Alberto por los portales. «Llamé a un telefonillo, dije que era Carla Bruni y me abrieron, por eso me di cuenta de que era el teatro, era como que a Shakespeare le había traicionado su familia, iban a intentar matarme y, ¡fíjate!, habían mandado a la policía para matarme...». Así que decidió «hacerse pasar por loca» y se desvistió, resistiéndose con violencia.

DISCUSIÓN

Se trata de una mujer de 30 años con antecedentes personales de episodios depresivos y familiares de psicosis y cuadros afectivos. La personalidad previa incluye rasgos de extraversión e hiperfórmes, tono vital alto, inestabilidad anímica, con pensamiento mágico y tendencia a la evasión fantasiosa.

Tras un fracaso laboral, la paciente presentó un cuadro reactivo de tipo depresivo sin síntomas psicóticos que culminó en una tentativa autolítica. En la época posterior se movilizan las redes de apoyo y la paciente inicia tratamiento psicoterapéutico, recuperándose parcialmente en un mes. En la semana previa al ingreso aparecen estado de excitación, irritabilidad, insomnio de conciliación y aislamiento que atribuye a la movilización emocional desencadenada por el abordaje psicoterapéutico. Tras esta fase prodrómica aparecen conductas de deambulación desencadenadas por la aparición de percepciones e interpretaciones delirantes, vivencias de desrealización, falsos reconocimientos e ideas de significación en un contexto general de confusión (con

desorientación específica de lugar y hora), exaltación y perplejidad de carácter marcadamente fluctuante. El cuadro culmina en agitación psicomotriz previa al traslado. Durante el ingreso destacan asimismo: un estado basal de hiperalerta y expansividad, verborrea incoherente e hiperesistencia emocional (con irritación, desinhibición o llanto). El cuadro tiene un final recortado con *restitutio ad integrum* tras 2 semanas de evolución (desde el inicio de los síntomas).

Diagnóstico diferencial

La coexistencia de síntomas psicóticos francos con otros afectivos nos plantea la antigua cuestión de las fronteras entre ambos campos sindrómicos. De acuerdo con los sistemas nosológicos actuales debemos barajar varias alternativas:

1. La posibilidad de encontrarnos ante un trastorno bipolar tipo I, episodio actual maniaco con síntomas psicóticos. En contra de esta hipótesis: la franca desestructuración de conciencia y lenguaje; la ausencia de una temática delirante congruente, junto con la rápida resolución del cuadro.
2. La opción de la psicosis está condicionada por dos características: la coexistencia de síntomas afectivos y el curso. Se abren aquí dos posibilidades:
 - *El trastorno psicótico agudo polimorfo (sin síntomas de esquizofrenia)*. Descrito como un cuadro

caracterizado de inicio brusco y resolución completa, polimorfo y con fluctuación de los síntomas que incluyen varios tipos de alucinaciones o ideas delirantes, un estado emocional cambiante y un estado pseudoconfusional.

- *El trastorno esquizoafectivo*. Los criterios diagnósticos establecen la coexistencia de síntomas propios de un trastorno afectivo con otros típicamente esquizofrénicos (específicamente los de primer rango de Schneider) que deben aparecer de forma más o menos simultánea y que con un comienzo agudo se resuelven en pocas semanas.

Se trata de categorías que no resultan estrictamente excluyentes, y la demostración de ello es que, como ha sido descrito en la literatura^{1,2}, la elección entre ambas depende de factores tan espurios como el país en el que se acuda al psiquiatra (muchos pacientes categorizados como esquizoafectivos por la psiquiatría norteamericana, en Europa se diagnosticarían de trastorno psicótico agudo polimorfo). Este problema de validez diagnóstica interobservador se confirma al comprobar la escasísima estabilidad temporal de ambos diagnósticos y nos remite al que podría ser uno de los históricos enigmas en la historia de la psiquiatría: ¿es la naturaleza de la psicosis incompatible de algún modo con la esencia de lo afectivo?, ¿cómo caracterizar la frontera entre ambas?

La concepción dicotómica esquizofrenia ↔ psicosis maníacodepresiva desarrollada por Kraepelin ha recibido nu-

Tabla 1

Coincidencias en los criterios diagnósticos de distintos cuadros pertenecientes a las llamadas psicosis autónomas o atípicas

Trastorno esquizoafectivo (Kasanin ⁹)	Psicosis cicloide (Pull y Pichot ¹¹)	<i>Bouffées délirantes</i> (Magnan ⁷ y R. M. Dardennes con B. Samuel-Lejaunesse)
Personalidad premórbida normal y buen ajuste sociolaboral	Ausencia de AP psiquiátricos salvo 1-2 episodios anteriores similares	
Comienzo brusco, asociado a factor de estrés ambiental	Aparición brusca del delirio en menos de 48 h	Comienzo repentino, sin factor desencadenante o a propósito de un incidente menor
Sintomatología caracterizada por:	Al menos tres de los siguientes:	
Mezcla de síntomas esquizofrénicos y afectivos	Delirio polimorfo y sin tema prevalente	Semiología delirante polimorfa e inestable, temas variables y múltiples. Todos los mecanismos (interpretaciones, intuiciones, etc.)
Gran componente emocional	Cambios repentinos de humor y de reacción emocional	Posible exaltación cerebral o excitación maniaca.
Alteración en la percepción del entorno	Alucinaciones o percepciones inusuales de cualquier tipo	Variación importante de las emociones y del humor
Ausencia de pasividad y aislamiento		Alucinaciones de todos los sistemas
Recuperación completa en el plazo de semanas o meses	Desaparición de los síntomas con recuperación completa en menos de 2 meses	Variación importante de la conciencia (desde la normalidad a la intensa confusión)
		Remisión rápida con <i>restitutio ad integrum</i> (máximo unas semanas)

meras críticas a lo largo de la historia. Algunas intentan explicar la existencia de cuadros en los que coexisten síntomas psicóticos y afectivos. Colodrón¹ divide en dos grupos estas tentativas:

- Aquellas que presuponen la existencia de psicosis mixtas o formas de tránsito. Para Kretschmer, los rasgos de esquizoidismo y cicloidismo no son mutuamente excluyentes y describe así la existencia de «psicosis asociadas» o «aleaciones»³, teoría que posteriormente desarrollarían otros autores⁴⁻⁶, y que en la actualidad se corresponde con la hipótesis de un «*continuum* de psicosis», desde la esquizofrenia a la psicosis maniaco-depresiva, con gran número de formas intermedias defendida por otros grupos^{2,7}.
- Las que han apostado por elevar a categorías independientes aquellas formas difícilmente clasificables, las psicosis «autónomas» o «atípicas». Con Kleist como máximo representante con el concepto de «psicosis marginales», esta alternativa ha conocido múltiples expresiones: las *bouffées délirantes* de Magnan⁷, las psicosis psicógenas de Wimmer⁸, las esquizoafectivas de Kasanin⁹ o las cicloides de Leonhard¹⁰.

Estas distintas psicosis atípicas tienen rasgos en común, como refleja la tabla 1.

Muchos autores¹¹⁻¹⁵ han defendido la importancia de preservar el reconocimiento de estas psicosis como entidades independientes y específicamente de las psicosis cicloides. Con este caso comprobamos una vez más que la clasificación de Leonhard nos otorga una descripción de mayor calidad y con más valor pronóstico. Este hecho repercute tanto en la clínica como en las posibilidades de am-

pliar nuestros conocimientos científicos de este tipo de patologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colodrón A. La condición esquizofrénica. Madrid: Triacastela, 2002.
2. Brockington IF, Perris L, Kendell RE, Hillier VE, Wainwright S. The course and outcome of cycloid psychoses. *Psychiatry Med* 1982;12:97-105.
3. Kretschmer E. *Der sensitive Beziehungswahn*. Berlín, 1918.
4. Mauz Fr. *Die Prognostik der endogenen*. Leipzig: Psychosen, 1931.
5. Gaupp R, Mauz Fr. *Krankheitseinheit und Mischpsychosen*. *Z Neur* 1926; p. 101.
6. Minkowski, E. *La schizophrénie*. París, 1927.
7. Magnan V. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. París: Ba-taille, 1893.
8. Wimmer A. *Psychogene sindssygdomsformer*. In St. Hans Hospi-tal, Jubilee Publication. Gad, Copenhagen, 1916.
9. Kasanin J. The acute schizo-affective psychoses. *Am J Psychiatry* 1933;13:97-126.
10. Leonhard K. Cycloid psychoses: endogenous psychoses which are either schizophrenic or manic-depressive. *J Nerv Mental Dis* 1961;107:633-48.
11. Pull C, Pull CM, Pichot T. Nosological position of schizoaffective psychosis in France. *Psychiatr Clin* 1983;16:141-8.
12. Brockington IF, Perris C, Meltzer HY. Cycloid psychosis. Diagnostic and Heuristic value. *J Nerv Mental Dis* 1982;170:651-6.
13. Barcia D. *Psicosis cicloides*. Fundación Archivos de Neurobiología. Madrid: Triacastela, 1998.
14. Peralta V, Cuesta MJ. Cycloid psychosis: a clinical and nosologi-cal study. *Psychol Med* 2003;33:443-53.
15. Higa O, Martínez DR. La psicosis cicloide. *Alcmeon* 1991;3:361-72.
16. Gelder M, López Ibor J, Andreasen N. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Ars Medica, 2003.