

El neuroticismo y sus «milagros», ¿anacronismo o transculturalidad?

O. Varela González, M. Sáenz Herrero y P. Fernández Arenas

Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Neuroticism and its «miracles». A cross-cultural or an anachronist matter?

Resumen

Conductas bizarras, creencias extravagantes y un cierto aislamiento o incluso desconexión del entorno con frecuencia ponen al clínico sobre la pista de una psicosis. Si a estos ingredientes añadimos un comienzo y fin bruscos y la presencia de estresores desencadenantes, la presunción inicial adquiere el apellido de «transitoria aguda». El presente caso ilustra la necesidad de ponderar los adjetivos aplicados a conducta e ideación («bizarra» o «extravagante») de acuerdo con las referencias de «normalidad» biográfica y culturales. Al llevar a cabo este esfuerzo por contextualizar lo que inicialmente pudo parecer una psicosis encuentra una explicación neurótica o, utilizando un término tal vez anacrónico, «histérica», en la que el espectro de creencias de la paciente tiene un papel patoplástico crucial.

Palabras clave: *Diagnóstico diferencial del trastorno psicótico agudo. Trastornos disociativos. Patoplastia transcultural. Psicosis histérica. Sobrecogimiento neurótico.*

Summary

Rare behaviors, extravagant beliefs and some sort of social isolation frequently put the clinicians on the trail of a psychotic disorder. If we add sudden onset and end, plus the existence of certain stressors that are thought to be precipitant, the initial hypothesis could be referred to with specific surnames: «brief» or «acute and transient». The present case shows the need to weigh the adjectives applied to behavior and ideation (i.e. «extravagant» or «weird») according to biographical and cultural references of «normality». By means of this contextualization, what initially might have seemed to be a psychosis has a neurotic explanation or, using a rather anachronistic term, «hysterical» explanation in which the spectrum of beliefs plays a crucial pathoplastic roll.

Key words: *Differential diagnosis of the acute psychotic disorders. Dissociative disorders. Transcultural pathoplasty. Hysterical psychosis.*

CASO CLÍNICO

L. M. caminaba sin rumbo bajo la lluvia del pasado 24 de noviembre de 2002 cuando el Servicio de Asistencia Médica Urgente (SAMUR) la trasladó a Urgencias sin conseguir arrancarle una palabra que aclarase lo que le ocurría. Tras descartar organicidad, se decidió que permaneciese en observación por psiquiatría, y se sucedieron los días de silencio en que la paciente no comía ni bebía y en la interacción con el personal se mostraba opositora; a intervalos con los ojos cerrados, en postura encogida y tapándose la cabeza con la sábana. Esta conducta de rechazo aumentaba (según anotaciones de enfermería) durante las visitas de sus familiares, en las que no establecía contacto visual ni aceptaba la aproxi-

mación física. Eran las siete de la tarde del quinto día (necesitaba ya alimentarse a través de una sonda nasogástrica, que se arrancó en varias ocasiones requiriendo sujeción...) cuando en la visita de una hermana de su Iglesia (la Evangelista) se produce lo que la paciente llamó «un milagro» y la enfermera responsable «un cambio espectacular». A partir de aquel momento el personal registra: «sonriente, comunicativa, animada, receptiva a la toma de medicación oral, cena muy bien». La transformación perdura en los días siguientes, por lo que se decide la retirada del neuroléptico instaurado a las 24 horas del ingreso. Discutido el caso en sesión clínica, se le diagnostica de «trastorno psicótico agudo transitorio secundario a estrés» y se la manda a casa sin medicación, pero con cita concertada en el centro de salud mental de zona.

Llegados a este punto cabría preguntarse cómo y por qué. Al escoger a sus familiares como únicos informadores útiles tras comprobar la intención de la paciente de minimizar lo sucedido, obteníamos un relato del último año, y especialmente el último mes en el que L. M. se dedicaba en cuerpo y alma al cuidado de una anciana con una demencia avanzada (por la que sacrificaba su descanso) y a su fe de hermana Evangelista de Pentecostés.

Correspondencia:

Margarita Sáenz Herrero
Dpto. de Psiquiatría
Hospital Clínico San Carlos
Prof. Martín Lagos, s/n
28040 Madrid
Correo electrónico: msaenz@iies.es

La narración familiar incluía fragmentos como el de un día que la paciente llamó a su hijo y tumbada en su cama le dijo que Dios la estaba operando, o la tarde en que, con la cabeza embadurnada de aceite, aseguraba que el Señor la había uncido para evitar que los demonios le entrasen por la boca y la nariz; también señalaban la total convicción con la que decía recibir mandatos de Jehová. A la vista de un cómo cargado de conductas bizarras, aislamiento, soliloquios, posibles creencias delirantes y alucinaciones auditivas, la ausencia de un por qué suficientemente explicativo, el diagnóstico de esquizofrenia de su madre (que tras la muerte de un hijo ha requerido varios ingresos psiquiátricos) y la historia de cinco ahorcamientos en la familia de su padre (incluido el de éste) parecían conducir a la psicosis como hipótesis más verosímil.

El mismo supuesto se manejaba 3 días después del alta cuando, cumpliendo la amenaza de que o comía o la traerían al hospital, fue trasladada de nuevo a Urgencias contra su voluntad. A su llegada, L. M. estaba consciente, orientada y con lenguaje fluido, espontáneo y coherente explicaba «no como porque no tengo apetito» y mostraba su desacuerdo con la hospitalización. Según la familia sólo había estado bien hasta la vuelta del trabajo de su marido, el mismo día del alta; entonces comenzó a decir que Jehová estaba dentro de ella (otras veces el demonio) y se negó a cenar ni beber nada, ayuno que mantenía hasta el momento. Explicaban alarmados que había rechazado a la gente de la Iglesia que acudió a visitarla aquella tarde (la hermana que catalizó «el milagro» entre ellos) y no había querido poner el canal de televisión eclesástico. Ingresada de nuevo para observación, mantenía su negativa a comer ni beber y recuperó su actitud mutista y opositora de la primera vez, por lo que se instauraron sueroterapia y un neuroleptico. Como en la anterior ocasión, esta sintomatología cedió bruscamente (42 horas después), esta vez sin causa aparente. L. M. se dirigió a la enfermera para solicitar ir al baño, a continuación quiso merendar y preguntó si podían quitarle la vía, que le molestaba. Evitó las preguntas del psiquiatra de guardia que requerían algún tipo de introspección, y respondió brevemente a cuestiones prácticas (aceptó la medicación oral, dijo estar incómoda en la sala de urgencias, etc.). Al día siguiente, cuando se le interroga sobre lo sucedido desde que abandonó el hospital con gesto consternado dice: «Esta vez no estaba enferma, simplemente que no tenía gana de comer; estaba agobiada porque me vinieran a buscar la familia de la señora, yo no puedo volver a trabajar ahí, pero le prometí que no la abandonaría», y continúa entre sollozos: «Le cogí cariño; era como mi madre...».

Encontramos explicación a esta ambivalencia en la biografía de la paciente: L. M. ha cuidado de dos mujeres ancianas y en distinto sentido «dementes»: de su suegra, fallecida tras 5 años de Alzheimer, y de su propia madre, enferma mental. Y es que en este segundo ingreso surge la necesidad de profundizar en la contextualización biográfica.

Cubana de origen, nuestra paciente tiene 52 años y lleva en Madrid desde 1998. No es la primera vez que deja atrás sus raíces en pos de una vida mejor; hija de zapatero y mujer de campo, abandonó el medio rural a los 14 años

con sus padres y hermanos en la migración interna a La Habana. Había acudido poco a la escuela y en seguida se puso a trabajar (con más de 20 años completaría sus estudios de primaria). Cuando conoció a su marido tenía 19 años y empleo en una fábrica de calzado deportivo; se casaron tras 1 año de noviazgo y 10 meses después daba a luz a su primer hijo; la niña llegaría 10 años más tarde. Al poco de la boda se trasladaron a vivir con la madre de él, con la que tendría una relación que su esposo define como «una guerra». L. M. en La Habana era, según su marido, «una mujer llena de amigas, muy extrovertida... En la casa siempre había amigas; cuando se iban unas venían otras». Al parecer era «muy buena negociadora... Cuando alguien del barrio quería vender o cambiar algo en el mercado negro lo ponía en sus manos». También, según su esposo, afrontaba las dificultades «resolviéndolas, plantándoles cara», y asegura que «en su familia (la de ella) todo giraba a su alrededor». Sin embargo, siempre tuvo problemas para dormir y a temporadas precisaba de medicación ansiolítica también durante el día. Otro de sus grandes apoyos fueron, de siempre, sus creencias. Entra por medio de una amiga en la Iglesia Evangelista de Pentecostés en 1990 (también su hija), pero antes «estaba con la brujería y la santería igual», dice su hijo, «invocando muertos, echando las cartas... en la brujería como en la Iglesia», y recuerda irritado una ocasión en que su madre le llevó con 13 años a que le hiciesen «un despojo para quitar los espíritus malignos». Respecto a su matrimonio, describe su marido: «Nosotros siempre hemos estado en crisis; de toda la vida yo he tenido amigas, pero luego siempre nos hemos reconciliado». En 1995 él tiene la oportunidad de salir de Cuba; después va llegando a España el resto de la familia, primero su hijo, luego ella y su hija (ya en 1998).

Madrid supone un cambio en su tónica vital; su familia la ve «más sola, más obsesionada con Dios; únicamente tiene amistades dentro de la Iglesia». Ha tenido varios trabajos en estos años: en un locutorio, limpió escaleras y cuidó varios enfermos, pero ninguno tan absorbente como la señora demenciada con la que llegó a quedarse por las noches sin cobrar, como una «ofrenda al Señor». Tras un tiempo aquí, su hija abandonó la Iglesia, y eso resultó un duro golpe para L. M., que, según afirma su hijo con visible enojo, se volvió «más insistente con que nos teníamos que convertir a la Iglesia». Su marido vivió con extrañeza el primer rechazo de un intento de reconciliación que ha llevado a que estén «separados» desde hace 2 años, aunque continúan compartiendo casa. ¿La razón?: ella le puso como condición que se convirtiera. Ejemplifican esta insistencia explicando cómo el día del ingreso les llamaba uno a uno para decirles que Dios les quería hablar. A su esposo, con una voz un poco cambiada, le dijo que era Jehová quien le hablaba y que «tenía que rectificar las cosas malas y convertirme a la religión»; al parecer dijo que sabía que tiene una amiga y que va a tener un hijo de ella que será «la felicidad más grande de su vida». Él confiesa: «Tengo una amiga, pero no se lo he dicho..., no es cierto que esté embarazada».

Tras esta breve incursión biográfica y somero relato familiar, prestemos alguna atención a la narración de lo su-

cedido por la propia paciente. En su primera entrevista con el médico tras el «milagro» describe una discusión con su hija el día del ingreso por su actitud hacia la religión; después debía volver a trabajar: «Lo mío fue liberación porque esa señora me agobiaba mucho; salí de la casa y me puse a caminar y me iba aliviando... Estaba ansiosa y agobiada. Estoy avergonzada de lo que pasó». Y refiriéndose a los días de mutismo: «Yo no estaba normal, sabía lo que estaba pasando, pero no tenía voluntad propia... La mayoría del tiempo estaba clara, oía lo que me decían, pero otras veces estaba desconectada... Cuando oraron por mí mis dos hermanas me desperté; creo que fue un milagro de Dios». También en su segunda hospitalización hace referencia como motivo de ingreso al conflicto interno que le causa abandonar el trabajo, pero esta vez al «cambio espectacular» (según enfermería) no lo llama «milagro». Y nosotros, ¿lo seguimos llamando «psicosis»?

DISCUSIÓN

Siguiendo el diagnóstico CIE-10, el primer episodio que motivó el ingreso de la paciente reunía las características de un trastorno psicótico agudo y transitorio (F23); recordemos: el inicio agudo de la clínica, los días previos de estrés e insomnio, la presencia, según el relato familiar, de conductas bizarras en relación a sus creencias religiosas y la recuperación súbita del cuadro.

Sin embargo, posteriormente, y con la precaución que suele ponerse al hacer el diagnóstico de trastorno disociativo, distintos datos parecían apoyarnos en esta segunda hipótesis. Su personalidad previa, la vulnerabilidad al estrés que expresan los periodos de su historia biográfica en los que debía ayudarse de benzodiacepinas para paliar la ansiedad, el contexto social y cultural de la paciente, el extraordinario estilo confesional con el que se entregó de igual forma a las prácticas de brujería y a la religión, a costa incluso de la relación con su marido e hijos, la clara relación temporal de los episodios con situaciones de estrés relacional, el fuerte contenido expresivo de los síntomas y su brusco final en un «milagro», que sólo en aras de una no desdeñable sugestionabilidad pudo producirse, hacen de la neurosis una explicación más convincente.

La mayoría de nosotros estaría de acuerdo en que la ansiedad es una experiencia humana omnipresente. Sin embargo, sus formas clínicas varían considerablemente. Un estado de alerta puede desencadenar reacciones que van desde el sobresalto al sobrecogimiento, descrito por López Ibor en 1950¹; de la tempestad de movimientos al reflejo de inmovilidad cadavérica. Con un valor esencial para la supervivencia del individuo, la ansiedad se convierte en patológica cuando se presenta ante estímulos nimios; es de intensidad exagerada o persiste más allá de lo necesario. Esto nos acerca al campo de la neurosis.

En la práctica psiquiátrica la mayoría de los enfermos diagnosticados clásicamente como neuróticos (término acuñado por William Cullen en 1784 y que ya no aparece en el DSM-IV, aunque sí en la CIE-10) serían diagnos-

ticados hoy como trastornos de ansiedad. Éstos, junto con los trastornos adaptativos, disociativos, somatoformes y la neurastenia, son precisamente grupos diagnósticos plagados de influencias culturales. Así, muchos de los síndromes clasificados como vinculados a la cultura tienen componentes de somatización y/o disociación. Las descripciones clínicas de algunos de ellos pueden ser útiles en el caso que nos ocupa.

El denominado «ataque de nervios» descrito en los portorriqueños y otros grupos de hispanos por Guarnaccia² comprende una puesta en escena socialmente aceptada de aflicción o gran conflicto caracterizada por dificultad para mover las extremidades, pérdida de conciencia o que la mente se quede en blanco, pérdida de memoria y momentos de hiperactividad motora en los que el individuo empieza a gritar y golpear a otros, cae al suelo y experimenta convulsiones corporales o permanece «como si estuviera muerto». Aunque generalmente el episodio es autolimitado y suele durar sólo unos minutos, cuando es grave se extiende durante días. Autores recientes³ han preconizado la clasificación de este síndrome bajo la categoría general de los trastornos disociativos. Encontramos también similitudes entre nuestro caso y otros cuadros como los trances y síndromes de posesión del que el síndrome de amok (mal de pelea) constituye un ejemplo. Frecuente en Malasia, Puerto Rico y otros países, cursa con un episodio inicial de ensimismamiento seguido por explosiones de violencia, ideas de persecución, automatismo, amnesia y vuelta a la normalidad premórbida tras un período de agotamiento.

La psiquiatría del siglo XX ha hecho grandes progresos en relación con el diagnóstico y tratamiento de los trastornos neuróticos y en la articulación del modelo biopsicosocial como modelo explicativo⁴. Corresponderá al siglo XXI, que se enfrenta a migraciones globales sin precedentes, la tarea de dilucidar el impacto de la cultura en la génesis y/o resolución de las conductas neuróticas en sus múltiples manifestaciones⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Ibor JJ. Las neurosis como enfermedades del ánimo. Madrid: Gredos, 1966.
2. Guarnaccia PJ. The multiple meanings of ataques de nervios in the Latino community. *Med Antropolol* 1989;11:47-62.
3. González CA, Lewis-Fernández R, Griffith EH. The impact of culture on dissociation: suggested modifications to DSM-IV, in cultural proposal for the DSM-IV. Submitted to the DSM-IV Task Force by the NIMH-sponsored Group on culture and diagnosis. En: Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, et al, editores. Washington: American Psychiatric Association Press, 1992; p. 144-53.
4. López-Ibor JJ. Cultural adaptations of current psychiatric classifications. Are they the solution? *Psychopathology* 2003; 36:114-9.
5. Trujillo M. Neurosis, evolución y cultura. Aspectos culturales. En: Trastornos neuróticos. Barcelona: Psiquiatría Editores, 2002.
6. Rogler LH, Malgady RG, Rodríguez O. Hispanics and mental health: a framework for research. Malabar: Roger Krieger, 1989.