

I. Morán Sánchez¹
A. de Concepción Salesa²

Psicosis alucinatoria crónica. A propósito de un caso

¹Centro de Salud Mental
Cartagena (Murcia)

²Hospital Psiquiátrico Román
Alberca (Murcia)

La psicosis alucinatoria crónica es un cuadro clínico descrito por Ballet en 1912. Junto con la parafrenia y paranoia forma parte de los delirios crónicos que describe la nosología francesa de forma separada de la esquizofrenia. Constituye un cuadro clínico con automatismo mental, alucinaciones crónicas y delirios secundarios a dichas alucinaciones. Es una entidad poco frecuente en nuestro medio y que a menudo se confunde con otros cuadros clínicos. Presentamos el caso clínico de una mujer de 52 años y consideramos varios aspectos clínicos y diagnósticos relacionados con la alteración

Palabras clave:

Psicosis alucinatoria crónica; diagnóstico diferencial, tratamiento involuntario

Actas Esp Psiquiatr 2010;38(6):372-3

Chronic hallucinatory psychosis. A case report

Chronic hallucinatory psychosis is a clinical picture described by Ballet in 1912. Together with paraphrenia and paranoia, it forms a part of the chronic delusions that describes the French nosology separately from schizophrenia. It is characterized by the presence of mental automatism, chronic hallucinations and secondary delusions. This is a fairly uncommon clinical picture in our setting and is often confused with other pictures. We report a case of a 52-year-old woman and we discuss various clinical and diagnostic issues related to the disturbance.

Key words:

Chronic hallucinatory psychosis, diagnosis, involuntary treatment

Correspondencia:

Inés Morán Sánchez
CSM Cartagena.
Calle Real nº 8.
CP 30201. Cartagena (Murcia)
Correo electrónico: Inmosa77@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La psicosis alucinatoria crónica es un cuadro clínico descrito por G. Ballet¹. Se caracteriza por la presencia de automatismo mental, junto con alucinaciones y delirios². Aunque los pacientes no presentan defecto tipo esquizofrénico, el pronóstico no es del todo favorable, ya que la sintomatología no remite de forma absoluta con psicofármacos³. En los últimos años se están ensayando terapias de corte cognitivo-conductual para mejorar el pronóstico⁴.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 52 años que acude remitida desde atención primaria para valoración de probable sintomatología psicótica.

No posee antecedentes somáticos de interés. EEG y TC craneal normales. Como antecedentes psiquiátricos, un ingreso hospitalario con diagnóstico al alta de Trastorno por ideas delirantes. No ha seguido tratamiento ni revisiones psiquiátricas con posterioridad por iniciativa propia. Acude de nuevo al Centro de Salud Mental para valoración al solicitar la paciente el alta laboral.

El cuadro clínico comienza aproximadamente dos años antes de acudir a nuestra consulta. En su trabajo comienza a escuchar voces que le increpan. Interpreta estas voces como venganza de un compañero que está enamorado de ella. Al no ser correspondido, comienza a insultarla para que ella abandone su lugar de trabajo. Cree que las voces le pueden llegar a través del ordenador o por el teléfono, por lo que desconecta ambos. En el domicilio comienza también a escuchar las voces y las interpreta como parte del complot. La conciencia de enfermedad y de la necesidad de tratamiento son nulas, por lo que tras un primer contacto con Salud Mental decide no acudir de nuevo a revisiones, siendo remitida al hospital para ingreso. Tras el alta hospitalaria permanece sin seguimiento y cuando acude a nuestra consulta, la sintomatología permanece invariable, si bien está más reforzada la

idea de un complot para mantenerla fuera del trabajo. Encontramos también fenómenos de difusión del pensamiento y telepatía que la paciente interpreta como secundarios a la medicación prescrita, "que le ha abocado hacia un mundo paralelo". Acude arreglada, con buen aspecto. Su discurso es prolijo con marcada tensión al referirse al tema laboral. Suspica con nula conciencia de enfermedad. No aparecen ideas hostiles ni conductas disruptivas secundarias al cuadro delirante-alucinatorio aunque la tendencia habitual de aislamiento de la paciente es aún mayor (esto se confirma en entrevistas realizadas a familiares). No observamos alteraciones de los ritmos biológicos.

DISCUSIÓN

El interés de este caso clínico radica en las dificultades diagnósticas y terapéuticas. Nos planteamos como posibilidades diagnósticas, la esquizofrenia, la epilepsia del lóbulo temporal, el trastorno por ideas delirantes y la psicosis alucinatoria crónica. La ausencia de trastornos formales del pensamiento y de deterioro procesual nos hacen descartar la esquizofrenia⁵. El EEG normal y la ausencia de otras características de las crisis comiciales van en contra del diagnóstico de epilepsia temporal. El hecho de que el cuadro alucinatorio sea primario con desarrollo delirante posterior y la persistencia de las alucinaciones durante todo el proceso, nos hacen descartar el trastorno por ideas delirantes y emitir como juicio clínico definitivo la Psicosis Alucinatoria Crónica.

El abordaje terapéutico es dificultoso debido a la nula conciencia de enfermedad, la marcada suspicacia de la paciente y las experiencias previas poco satisfactorias. Intentamos en entrevistas frecuentes establecer una alianza terapéutica, enfatizando la necesidad de tratamiento de aspectos objetivos como la ansiedad y la repercusión afectiva de todo lo que nos cuenta⁶. En las entrevistas evitamos la confrontación directa de los delirios y el exceso de amabilidad para no potenciar su suspicacia. Comenzamos tratamiento antipsicótico con escalada de dosis lenta para minimizar efectos secundarios y acordamos con ella valorar la respuesta en las citas sucesivas. Con el permiso de la paciente nos ponemos en contacto con sus familiares y con el médico de cabecera. Con la familia nos aseguramos que no existen alteraciones graves en el domicilio. Con el médico de cabecera establecemos pautas comunes de actuación. En caso de aparecer la mínima alteración conductual o ideas auto o heteroagresivas, procederíamos al ingreso hospitalario.

Tras varios intentos farmacológicos fallidos (refiere efectos secundarios incongruentes con las dosis prescritas) proponemos medicación antipsicótica depot y obtenemos la rotunda negativa de la paciente. Su motivación para el tratamiento, según nos la expresa abiertamente, es obtener un informe psiquiátrico para el alta laboral. Tras conseguirlo, dejará de acudir a las revisiones. Planteamos incluirla en el programa de tratamiento asertivo comunitario obteniendo otra vez resultados infructuosos.

En este punto, en el que la relación terapéutica convencional está acabada, nos planteamos la posibilidad de un tratamiento ambulatorio forzoso⁷. Si bien no existe legislación específica en este campo que permita una aplicación normalizada, en nuestro país existen experiencias aisladas con buenos resultados preliminares. Su aplicación no está exenta de polémica, considerándola sus detractores una medida coercitiva que aumenta la estigmatización. Sin embargo, en pacientes con diagnóstico de psicosis y junto con programas de seguimiento intensivo en la comunidad, el balance riesgo-beneficio sería positivo. Consideramos que nuestra paciente se podría beneficiar de un tratamiento de este tipo

BIBLIOGRAFÍA

1. Las psicosis delirantes crónicas. In: Ey H, Bernard P, Brisset CH, editors. Tratado de Psiquiatría. Octava ed. Barcelona: Masson; 1978. p. 458-61.
2. Psicosis alucinatoria crónica. Presentación de un caso clínico. Ballester Gracià M, Martínez Pérez A, Brotons Sánchez L, editors. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 Febrero-15 Marzo 2000. Comunicación 4-CO-C. 8-2-2000. Ref Type: Internet Communication
3. Chabrol H. Chronic hallucinatory psychosis, bouffée délirante, and the classification of psychosis in French psychiatry. *Curr Psychiatry Rep* 2003;5(3):187-91.
4. Gutiérrez López MI, Sánchez Muñoz M, Trujillo Borrego A, Sánchez Bonome L. Terapia cognitivo-conductual en las psicosis crónicas. *Actas Esp Psiquiatr* 2009;37(2):106-14.
5. Dolfus S, Petit M, Menard JF. The relationship between " chronic hallucinatory psychosis (CHP) and schizophrenia. *Eur Psychiatry* 1992;7:271-6.
6. de Concepción Salesa A, Corbalán Vélez R, Morán Sánchez I, Bruffau C. Abordaje del delirio parasitario en la consulta de Dermatología. *Actualidad dermatológica* 2006;45:335-41.
7. Hernández Viadel M, Pérez Prieto JF, Cañete Nicolás C, Lera Calatayud G. Tratamiento ambulatorio involuntario para personas con enfermedad mental grave. *Psiquiatría Biológica* 2006;13:183-8.