

S. Martínez Formoso
M. Arrojo Romero

Psicosis psicogénica

Complejo Hospitalario Universitario
Santiago de Compostela

En 1916 Wimmer describió las psicosis psicogénicas como psicosis secundarias a traumas mentales.

Actualmente, las psicosis psicogénicas se incluyen en los trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23) de la CIE-10 y en los trastornos psicóticos breves (298.8) del DSM-IV-TR.

Presentamos un caso de psicosis psicogénica en una mujer de 39 años y se analiza desde el modelo predisposición-trauma.

Palabras clave:
Psicosis. Psicogénica. Trauma mental.

Actas Esp Psiquiatr 2007;35(3):219-220

Psychogenic psychosis

In 1916, Wimmer described psychogenic psychosis as psychosis secondary to mental trauma.

Psychogenic psychoses are currently included in acute and transient psychotic disorders (F23) in the ICD-10 and in the brief psychotic disorders (298,8) in the DSM IV-TR.

We present a case report of psychogenic psychosis in a 39-year-old female and analyze it with the predisposition-trauma mental model.

Key words:
Psychosis. Psychogenic. Mental trauma.

INTRODUCCIÓN

Para entender la evolución histórica de las psicosis psicogénicas debemos remontarnos a Sommer¹, autor que en 1894 utilizó por primera vez el término psicogénico, aunque sin establecer claramente los límites del mismo. Posteriormente, Jaspers (1913) y Wimmer (1916) definirían con ma-

yor precisión el concepto^{1,2}, lo que no evitó, como recoge Lewis, que se haya utilizado de forma imprecisa y variable en la literatura, lo que ha dado lugar a confusión³.

En las clasificaciones actuales las psicosis psicogénicas se incluyen en el capítulo de trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23) de la CIE-10⁴ y dentro de los trastornos psicóticos breves (298.8) en el DSM IV-TR⁵.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 39 años, casada y con estudios universitarios. Trabaja como bibliotecaria y no tiene antecedentes psiquiátricos conocidos. Es descrita como una persona introvertida, tímida, desconfiada, insegura, sensible, con baja autoestima, sobreprotectora con sus hijos, rígida, perfeccionista, con tendencia a la duda y enormemente preocupada por el orden y la limpieza. En su familia paterna existen antecedentes de trastornos afectivos.

Tras insomnio global de 5 días de evolución y en relación con factor un importante de estrés (hace 5 días que diagnosticaron a su hijo de meningitis) desarrolla de forma aguda sintomatología psicótica.

Refiere que la mañana previa a su ingreso se sintió súbitamente «llena de energía, queriendo ayudar a una amiga de su hija que estaba triste hace tiempo». Por la tarde, estando en la habitación del hospital con su hijo enfermo, observó que otro padre estaba con el suyo en el mismo cuarto. Por el tono de voz del padre («al principio brusco, luego susurrante y seductor...») y por el contenido de la conversación («hablaban de que el hijo fuese al lavabo...») tuvo el presentimiento y luego la certeza de que ese padre abusaba de su hijo, sintiendo una taquicardia súbita y gran angustia. Avisó a las enfermeras con la excusa de que vieran a ver a su hijo y les comentó lo que creía que estaba pasando para que vigilasen al padre, «aunque ellas no notaron nada raro».

El padre comenzó a leerle cuentos a su hijo, lo que ella interpreta como una señal, rumiando la idea de que su pro-

Correspondencia:
Manuel Arrojo Romero
Romaño, 20
15898 Santiago de Compostela
Correo electrónico: marrojo3@hotmail.com

pio marido podría estar abusando de su hija. Al amanecer llama a su marido por teléfono preguntándole si abusaba de su hija, e incluso pregunta a ésta si su padre le había hecho daño «me dio una respuesta inespecífica, que yo interpreté como que sí». Posteriormente llama a su cuñada comentándole lo que estaba pasando, por lo que la familia acude alarmada al hospital. Según ésta, la paciente presenta cambios bruscos del tono afectivo, pasando de la risa al llanto, haciendo crítica parcial de la situación. Finalmente accede ir a dormir a su domicilio, quedando su marido al cuidado de su hijo.

Ya en su domicilio, la paciente busca señales que confirmen su sospecha. Piensa que su marido puede estar abusando no sólo de su hija, sino también de su hijo «por eso cuando tenía fiebre sólo preguntaba por mí». Encuentra un pañal del niño tirado en la basura «como escondido para ocultar algo...», lo que confirma su sospecha. Llama a un taxi para acudir de nuevo al hospital («era el taxi 69 y el taxista se llamaba igual que mi marido..., otra señal inequívoca que me afirmaba en mi sospecha»). Al ver a su marido le insulta, acusándole de abuso, por lo que la familia la conduce a urgencias.

En la exploración psicopatológica inicial la paciente está consciente y orientada autopsíquicamente y alopsíquicamente. Se muestra suspicaz, con ánimo ansioso y lábil, con discurso espontáneo, fluido y coherente, verbalizando ideación delirante de tipo interpretativo en relación con abusos sexuales a niños. No se evidencian alteraciones sensorio-perceptivas y no presenta crítica respecto a la situación.

Se decide ingreso psiquiátrico y se realizan hemograma, bioquímica, coagulación, electrocardiograma, radiografía de tórax y tomografía computarizada cerebral que no mostraron alteraciones. Se pautó tratamiento con risperidona (4 mg/día) y lorazepam (3 mg/día).

En el primer día de ingreso la paciente mantiene la ideación delirante para posteriormente hacer crítica parcial de sus ideas en algunos momentos, desapareciendo por completo la temática delirante al tercer día. Durante este período su hijo pasó de la unidad de cuidados intensivos a la planta de pediatría. Inicialmente se le dio permiso de fin de semana, con buena adaptación al medio familiar, y sin reaparición de sintomatología psicótica, por lo que a su vuelta a la unidad se procedió al alta con el diagnóstico de psicosis paranoide psicógena (CIE-10, F23.3)

DISCUSIÓN

Wimmer describió en 1916 las psicosis reactivas a traumas psíquicos. Contrariamente a Kraepelin, que pensaba que las psicosis de origen psicogénico únicamente aparecían en individuos con predisposición mental, Wimmer sostiene que ésta no es condición indispensable para la aparición de la psicosis¹.

Para él² las psicosis psicogénicas son un grupo de psicosis clínicamente independientes cuya característica principal radica en que su aparición, generalmente basada en una constitución (definida) predisponente, es provocada por causas mentales («traumas mentales») de modo tal que éstos determinan el momento inicial de la psicosis, sus fluctuaciones (remisión, episodios intermedios, exacerbaciones) y, muy a menudo, también su cese. Además señala como característica asociada la ausencia de deterioro. Para este autor es el trauma mental y no la predisposición, la condición necesaria para la aparición de estas psicosis, si bien muy frecuentemente esta última existe.

En nuestro caso el factor desencadenante es el ingreso de un hijo con meningitis en una unidad de cuidados intensivos. Tras varios días sin dormir la paciente presenta de forma abrupta sintomatología psicótica en relación con el factor de estrés y que desaparece con la resolución de éste (mejoría clínica de su hijo).

Por otra parte, la vulnerabilidad se vislumbra en la personalidad previa de la paciente, donde parecen existir rasgos sensitivoparanoide y rasgos obsesivos que, junto al factor estresante, parecen contribuir a la eclosión de la psicosis en forma de reacción en el sentido de Jaspers.

BIBLIOGRAFÍA

1. Strömngren E. Development of the concept of reactive psychosis. *Psychopathology* 1986;20:62-7.
2. Taylor M. Madness and Maastrich: a review of reactive psychosis from a European perspective. *J R Soc Med* 1994;87:683-6.
3. Lewis A. «Psychogenic»: a word and its mutations. *Psychol Med* 1972;2:209-15.
4. WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR. Washington: American Psychiatric Association, 2000.