

Psicosis única, reflexiones

Eduardo Déciga-García¹, José Luis Jiménez-López², Fabián Dolores-Velasco¹

RESUMEN

Se presentan reflexiones sobre la vigencia del concepto (y del debate) de psicosis única, a propósito de la variabilidad clínica y diagnóstica observada en un caso. Se revisó la psicopatología de 5 años de evolución de una paciente de 25 años de edad que inició su padecimiento con hiperreligiosidad e ideación delirante de tipo mesiánico; después se agregaron síntomas afectivos de tipo depresivo, por último de tipo expansivo. Fue internada en hospital psiquiátrico en tres ocasiones, con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar en diferentes momentos. Presentó respuesta favorable al manejo farmacológico a pesar de la variabilidad diagnóstica.

Palabras clave: psicosis única, esquizofrenia, trastorno bipolar, psicopatología.

Unitary psychosis, reflexions

ABSTRACT

Reflections on the validity of the concept (and the discussion) in unitary psychosis are presented, with regard to diagnostic and clinical variability observed in a case. It was revised the psychopathology progress of a 25-year-old woman that initiated her condition with hyper-religiosity and messianic delusions; affective symptoms of depressive type were later added and finally of expansive type. She was admitted to a psychiatric hospital on three occasions, with diagnoses of schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder at different times. She had favorable response to the pharmacological management despite the diagnostic variability.

Key words: unitary psychosis, schizophrenia, bipolar disorder, psychopathology.

Mujer de 25 años de edad, originaria y residente del área metropolitana de la ciudad de México, católica, divorciada, con escolaridad superior incompleta, empleada como ejecutiva de ventas en institución bancaria. Sin antecedentes familiares ni personales patológicos relevantes para su padecimiento. Su vida escolar fue descrita como sobresaliente. Inició actividad laboral remunerada a los 18 años de edad, al mismo tiempo que la licenciatura. La excesiva demanda escolar provocó que renunciara a su empleo, pero inició un negocio propio (papelería) que le generaba altos ingresos. Su personalidad premórbida fue descrita como sociable, trabajadora y alegre. Inició relaciones sexuales a los 17 años de edad con hombre de 22, con quien contrajo matrimonio un año después por embarazo no planeado; relaciones de pareja descritas como armónicas

hasta el inicio de su padecimiento. Posteriormente, mantuvo 5 relaciones de pareja que refiere como informales.

Su psicopatología tenía 5 años de evolución, inició de manera insidiosa con hiperreligiosidad manifestada por conductas tales como acudir todos los días a la iglesia,

Recibido: 17 abril 2012. Aceptado: 4 mayo 2012.

¹Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos. ²Departamento de Psiquiatría y Psicología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, UMAE Dr. Antonio Fraga Mouret. Instituto Mexicano de Seguro Social. Correspondencia: Eduardo Déciga-García. Hospital Psiquiátrico Unidad Morelos. Seris y Zaachila s/n Col. La Raza. Delegación Azcapotzalco. C.P. 02990 (Hospital de Especialidades).
E-mail: zwacker@hotmail.com

rezar la mayor parte del día y despertar en la madrugada para rezar en voz alta; con deterioro gradual en su actividad escolar, laboral y en sus relaciones familiares. Paulatinamente se agregaron ideas delirantes de tipo mesiánico como las descritas en el siguiente párrafo:

“...Descubrí, mientras leía libros de historia, que el tiempo del hombre terminó; el pasado y presente son del hombre, pero el futuro es de Dios. Lo sé porque los libros del hombre sólo hablan en un tiempo y fue real en su tiempo, pero la biblia habla en todos los tiempos, pasado, presente y futuro, éste es ahora; el Espíritu Santo me lo dijo, es un ángel hermoso que llegó a mi cuarto mientras estaba leyendo. También Dios y Jesús han llegado a mí, pero a ellos no los vi porque no soy digna; mi cuarto se iluminó y me hablaron, pero no me atreví a verlos, antes tenía que purificarme; el Espíritu Santo me ha dicho que soy la elegida para salvar al mundo, que soy el instrumento mediante el cual Jesús regresará al mundo y debo purificarme”.

A pesar de la afectación de sus actividades cotidianas pudo mantenerse laboralmente activa en su negocio. La idea de la purificación la obligó a rechazar las relaciones sexuales con su esposo quién, aunado al deterioro en su convivencia en general, decide separarse. Asimismo, termina por cerrar su papelería al encontrar una serpiente en la parte trasera del local e interpretarlo como señal de maldición. Por último, se agregan descuido en su higiene y aliño, anergia, llanto fácil, insomnio, anhedonia, dromomanía, irritabilidad y agresividad; por lo que es internada en hospital psiquiátrico. Fue egresada con tratamiento psicofarmacológico y aparente remisión de la ideación delirante ya que reinició su actividad laboral y académica. Sin embargo, persistió la conversación recurrente sobre temas religiosos, cambió su religión a la cristiana. Después de tres meses suspende el tratamiento con el siguiente argumento:

“...No estoy enferma, sólo me acerqué a Dios y a Jesús. Me gusta platicar de religión y eso no es malo, es un tema del que hace falta platicar a la gente”.

Dos meses después inicia con tristeza, disminución del placer por actividades cotidianas, hipersomnias, hiporrexia, y pierde interés por temas religiosos. Estos síntomas se exacerbaban en un lapso de 3 meses hasta agregarse ideación y planeación suicida que culminó con heridas punzocortantes por arma blanca en tórax, por lo que nuevamente es internada en hospital psiquiátrico. Es egresada con manejo psicofarmacológico e indicación de seguir su control por consulta externa. No se adhiere al tratamiento, pero consigue empleo en un banco, con excelente desempeño y ascenso a ejecutivo de ventas; es sociable, inicia nueva relación de pareja, se ocupa del cuidado de su hijo y comparte la responsabilidad económica del hogar con su padre.

Durante 2 años se mantiene animada por diferentes actividades hasta que reincide la hiperreligiosidad, duerme sólo 3 a 4 horas por día, se ausenta de su domicilio la mayor parte del día (*va a predicar la palabra*), deja el empleo y termina su relación de pareja. Al cabo de 2 meses viaja hacia el norte de México llevando consigo sólo un cambio de ropa y tarjetas bancarias. En el camino regala todo su dinero e inicia un ayuno. Después de varias semanas regresa a su casa refiriendo haber terminado su *retiro espiritual* y haber estado en el desierto *para purificarse*. Restablece sus hábitos higiénico-dietéticos, pero se mantiene aislada y duerme durante el día. Un mes después reinicia el ayuno, duerme pocas horas, presenta verborrea, se rapa la cabeza y se evidencian las ideas delirantes de tipo mesiánico: *tengo dones dados por Dios que consisten en la empatía e hiperactividad, aunque la gente crea que son enfermedades*. Una semana antes de su tercer internamiento psiquiátrico, camina a un cerro cercano a su domicilio, llevando una biblia, tijeras y vinagre. Por la noche intenta cortarse la oreja izquierda (cortó el lóbulo) *porque con esa escuchaba la voz del hombre y sólo le interesaba la de Dios*, vierte vinagre en la herida y, después de rezar toda la noche, regresa al amanecer a su casa. Durante el último internamiento continuó con ánimo expansivo, verborrea y euforia. Fue egresada por mejoría y nuevamente con tratamiento farmacológico y vigilancia por consulta externa.

DISCUSIÓN

La dificultad para clasificar a los pacientes con trastornos psicóticos en grupos diagnósticos diferenciados tiene sus primeras referencias en el siglo I con Areteo de Capadocia al sugerir que las diferentes formas clínicas de locura representaban fases sucesivas de una misma enfermedad¹. Desde entonces, el concepto de psicosis única ha tenido periodos de auge y olvido, sin que hasta el momento haya podido desecharse por completo debido a la recurrente presencia de cuadros clínicos inespecíficos e incipiente aplicabilidad de los avances tecnológicos que favorecen el acercamiento a mecanismos fisiopatológicos y genéticos de los trastornos mentales.

La tendencia de las psicosis a manifestarse principalmente con psicopatología afectiva o *intelectual* motivó a Kraepelin a dividir las en dos grandes grupos: psicosis maniaco depresiva y demencia precoz, aunque describía a los síntomas depresivos y maníacos como trastornos primarios de la esquizofrenia². Sin embargo, después fue necesario incluir otro grupo de trastornos mixtos o esquizoafectivos debido a la imposibilidad de clasificar a una gran cantidad de pacientes en un sólo

grupo diagnóstico. Asimismo, se menciona la existencia de casos que comienzan como maniaco-depresivos y terminan como esquizofrénicos, y a la inversa. Algunos autores comparten la idea de las psicosis como un *continuum* o de espectro esquizo-afectivo¹.

Aunque algunos síntomas pueden tener valor diagnóstico dentro de las psicosis *funcionales*, no se han podido establecer síntomas patognomónicos de la esquizofrenia ni una separación clara entre la psicosis esquizofrénica y la afectiva basándose en sus manifestaciones clínicas^{3,4}.

Las hipótesis que sostienen que existen correlatos neurobiológicos subyacentes en las dimensiones psicóticas tampoco han podido establecer una clara especificidad. Se ha reportado que la dilatación de los ventrículos laterales y la disfunción pre-frontal están relacionados con los síntomas afectivos aparte del tipo de psicosis; y que la respuesta a los neurolepticos es similar independientemente del tipo de trastorno psicótico^{5,6}.

Los estudios sobre la participación de los genes tampoco han conseguido esclarecer el asunto. Por una parte, los estudios de adopción de niños, que generó el término de *espectro de la esquizofrenia*, han excluido la liga genética entre psicosis maniaco-depresiva y esquizofrenia; por otra parte, se habla de un probable *espectro* de padecimientos que pudieran estar conectados por una misma labilidad genética⁷.

Según Alonso-Fernández (1979) el mismo Sigmund Freud habló por primera vez en 1910 de la unidad en bloque de las neurosis y psicosis:

“La convicción de la unidad y homogeneidad de todas las perturbaciones que se nos muestran como fenómenos neuróticos y psicóticos va imponiéndose cada vez más, a pesar de la resistencia de los psiquiatras”⁸.

La paciente presentada en este caso recibió diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar en diferentes momentos en el curso de la enfermedad (figura 1), y tratamientos acordes con los diagnósticos. Aunque la influencia del concepto de psicosis única es reducida en la psiquiatría nosográfica actual, la diversidad psicopatológica observada cotidianamente en la evolución de los pacientes con

psicosis mantiene la importancia cualitativa del concepto. Creemos que la afirmación de Minkowski en los 50's de que había que preguntarse *no si estamos frente a una esquizofrenia o a una psicosis maniaco-depresiva, sino más bien cuánto de esquizofrénico y cuánto de maniaco-depresivo tiene el enfermo*⁷, no ha perdido vigencia del todo a pesar de que algunos consideren a la psicosis única como una condición no probada ni científica y clínicamente impráctica⁹.

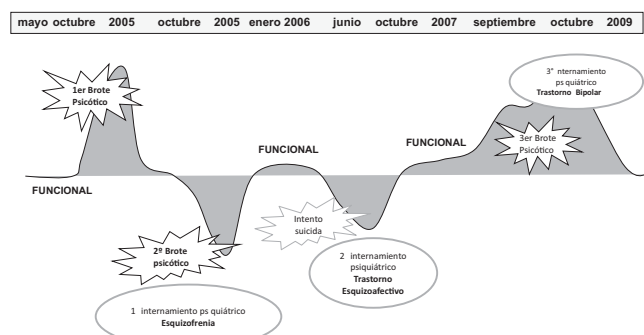


Figura 1. Variabilidad diagnóstica en una paciente de 25 años de edad con tres hospitalizaciones psiquiátricas en 5 años.

REFERENCIAS

1. De la Portilla N. Psicosis única en la actualidad. *Sal Ment* 2010; 33(2):107-9.
2. Hales R, Yudofsky S, Talbott J. DSM-IV, tratado de psiquiatría. 3ª. Edición. Am Psychi Press. Masson, México, 2000.
3. Pope HG, Lipinski JF. Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 811-28.
4. Kendell RE, Brockington IF. The identification of disease entities and the relationships between the schizophrenic and affective psychoses. *Br J Psychiatry* 1981; 137: 341-50.
5. Pearson GDI. Lateral ventricular enlargement associated with persistent unemployment and negative symptoms in both schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatry Res* 1994;12: 1-9.
6. Dolan RJ. Dorsolateral prefrontal dysfunction in the mayor psychoses: symptom or disease specificity? *J Neural Neurosurg Psychiatry* 1993; 56:1290-4.
7. Nicolini-Sánchez H. Bases genéticas de la mente. 1a. edición. México: *Instituto Mexicano de Psiquiatría* 1999:72.
8. Alonso-Fernández F. Fundamentos de la psiquiatría actual. 4a. edición. España: Editorial Paz Montalvo, 1979.
9. Lawrie SM, Hall J, McIntosh AM. The continuum of psychosis: scientifically unproven and clinically impractical. *Brit J Psychiatry* 2010; 197:423-5.