

Informaciones Psiquiátricas

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LOS CENTROS
DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

Fundada en 1955 por el Dr. D. Parellada

DIRECTOR

Dr. JOSEP TRESERRA TORRES

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Dr. J. A. LARRAZ ROMEO

Dr. CARLOS LINARES DEL RÍO

Dr. I. MADARIAGA ZAMALLOA

Dr. M. MARTÍN CARRASCO

Dr. F. DEL OLMO ROMERO-NIEVA

JEFE DE REDACCIÓN

Dr. J. M. CEBAMANOS MARTÍN

CONSEJO DE REDACCIÓN

Sr. J. M. GARCÍA FERNÁNDEZ

Prof. C. GÓMEZ-RESTREPO

Dr. J. ORRIT CLOTET

Dr. P. PADILLA MENDÍVIL

Dr. P. ROY MILLÁN

ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. E. ÁLVAREZ MARTÍNEZ

Prof. Dr. ARANGO LÓPEZ

Prof. Dr. J. L. AYUSO MATEO

Prof. Dr. A. BULBENA VILARRASA

Prof. Dr. J. L. CARRASCO PARERA

Prof. Dr. M. CASAS BRUGUE

Prof. Dr. J. L. GONZÁLEZ RIVERA

Prof. Dr. J. GUIMÓN UGARTECHEA

Dr. M. GUTIÉRREZ FRAILE

Prof. Dr. P. MCKENNA

Dr. M. MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Prof. Dr. L. ORTEGA MONASTERIO

Prof. Dr. J. SÁIZ RUIZ

Prof. Dr. L. SALVADOR CARULLA

Dr. J. TIZÓN GARCÍA

Prof. Dr. M. VALDÉS MIYAR

Dr. E. VIETA PASCUAL

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver:
<http://www.icmje.org>

DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Sor Teresa López Beorlegui

BENITO MENNI, COMPLEJO ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL

Dr. Pujadas, 38 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Tel.: 93 652 99 99 / Fax: 93 640 02 68

e-mail: inf-psiQuiatrics@hospitalbenitomeni.org / <http://www.hospitalarias.org>

Las referencias de esta revista se publican periódicamente en: IME/Índice Médico Español; PSICO-DOC/Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; CINDOC (ISOC) (CSIC) (IBECS)/Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Psiquiatria.com.

Informaciones Psiquiátricas

N.º 211 / 1.º trimestre 2013

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver: <http://www.icmje.org>

INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS aceptará para su publicación, previo informe favorable del Consejo de Redacción, aquellos trabajos que versen sobre temas de Psiquiatría, Psicología o Medicina Psicosomática, y que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los trabajos serán clasificados de acuerdo con las secciones de que consta la Revista y que son las siguientes: Originales, Revisiones de Conjunto, Comunicaciones Breves y Notas Clínicas. A juicio del Comité de Redacción podrán aceptarse aportaciones sobre temas de actualidad, cartas al director, crítica de libros...
2. Los trabajos serán inéditos y no deberán estar pendientes de valoración o publicación en otra revista.
3. Serán remitidos a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, calle Doctor Antoni Pujadas, n.º 38, 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona).
4. Los trabajos deberán presentarse en disquete, utilizando el programa Word 97 e impresos en folios numerados escritos a doble espacio por una sola cara.
5. En la primera página deberán constar, exclusivamente, los siguientes datos:
 - Título del trabajo.
 - Filiación completa del autor principal y coautores.
 - Teléfono/s de contacto y correo electrónico.
 - Centro donde se realizó el estudio.
 - Cargo o cargos del autor o autores en el citado centro de trabajo.
6. En la segunda página figurará, nuevamente, el título del trabajo, un resumen del mismo y se deberán añadir de 3 a 6 palabras clave para la elaboración del índice de la revista, todo ello en español e inglés.
7. La estructura del texto se acomodará a la sección donde deberá figurar el trabajo en caso de su publicación.
En el caso de los trabajos originales de investigación, la estructura del texto deberá contar con los siguientes apartados y por el orden que se citan:
 - Introducción.

- Material y Métodos.
 - Resultados.
 - Discusión.
8. Los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente bibliografía, que se presentará en hoja u hojas aparte. Las referencias bibliográficas se citarán numéricamente en el texto y atenderán a las siguientes normas:
 - a) Se dispondrán las citas bibliográficas según orden de aparición en el trabajo, con numeración correlativa, y en el interior del texto constará siempre dicha numeración.
 - b) Las citas de artículos de **revistas** se efectuarán de la siguiente manera:
 - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
 - Título del trabajo en su lengua original.
 - Abreviatura de la revista, de acuerdo con la norma internacional.
 - Año, número de volumen: página inicial-página final.

Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Sheves P, Cavicchia S, et al. Antidepressants in 'depressed' schizophrenic inpatients. A controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1989;46(10):922-8.
 - c) Las citas de **libros** comprenderán por el siguiente orden:
 - Apellidos e iniciales de los nombres de los autores en mayúsculas.
 - En: Título original del libro.
 - Apellidos e inicial de los (ed).
 - Ciudad, Editorial, Año: página inicial-página final.

Thomas P, Vallejo J. Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En: Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Turón J (ed). Barcelona, Masson; 1997: 164-177.
 9. La iconografía que acompañe al texto (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la suficiente calidad para su reproducción, estar enumerado correlativamente y se adjuntará al final del mismo.
 10. La Redacción de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS comunicará la recepción de los trabajos y, en su caso, la aceptación de los mismos y fecha de su publicación.
El Consejo de Redacción podrá rechazar los trabajos cuya publicación no estime oportuna, comunicándolo, en este caso, al autor principal. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Revista.
Una vez publicado el trabajo, el primer autor recibirá 20 separatas, totalmente gratuitas.

ÍNDICE

- 5 LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS
EN LA CIUDAD DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT
LLUÍS ALBAIGÈS
- 27 EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA
DE SOPORTE A LA PRIMARIA PARA TRASTORNOS
ADAPTATIVOS CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA
RELACIONADOS CON LA ACTUAL CRISIS ECONÓMICA
EN LA POBLACIÓN DE MARTORELL
BERTA NUENO MAIRAL
- 63 A PROPÓSITO DE UN CASO.
LA RELACIÓN ENTRE TOC Y PSICOSIS
EMILIO GONZÁLEZ PABLOS Y CLARA GONZÁLEZ SANGUINO
- 73 PSICOSIS AGUDAS: PSICOSIS REACTIVAS,
BOUFFÉES DÉLIRANTES Y PSICOSIS CICLOIDES
FERNANDO BOATAS ENJUANES

LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS EN LA CIUDAD DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT

LLUÍS ALBAIGÈS

Jefe clínico de Benito Menni CASM. Coordinador Área asistencial de l'Hospitalet.

Recepción: 27-01-12 / Aceptación: 04-12-12

RESUMEN

En el artículo se describen los servicios de salud mental comunitaria que Benito Menni CASM tiene actualmente en l'Hospitalet. A través de un recorrido por los distintos programas y actividades hace hincapié en los valores asistenciales y su aplicación clínica. Caben destacar las reflexiones sobre aspectos organizativos y de coordinación. Se dan recomendaciones desde la experiencia del autor para la mejora del trabajo en red.

Palabras clave

Modelo socio-psico-biológico, contención y comprensión, recuperación de roles sociales en rehabilitación, complejidad y transversalidad, tratamiento centrado en necesidades del paciente, liderazgo participativo.

ABSTRACT

The article describes the community mental health services that Benito Menni CASM is currently in l'Hospitalet.

Through a tour of the various programs and activities emphasize the values of care and clinical application. Notably reflections on organizational and coordination. Recommendations are given from the author's experience for the improvement of networking.

Keywords

Model socio-psycho-biological, containment and understanding, recovery of social roles in rehabilitation, complexity and mainstreaming, treatment focused on patient needs, participative leadership.

INTRODUCCIÓN

La salud mental comunitaria es un campo en el que confluyen diversos significados. Del concepto «comunidad» destacan dos definiciones del diccionario que hacen al caso:

1. Comunidad como lugar en el que conviven personas con lazos de familiaridad o vecindad ciudadana.

2. Comunidad como conjunto de personas unidas por lazos de creencias o experiencias comunes (acepción que no restringe el concepto a nivel geográfico y puede abarcar redes sociales).

La «salud mental comunitaria» ha sustituido en la organización sanitaria al concepto de Psiquiatría Comunitaria que emergió en Occidente en la primera mitad del siglo XX (movimiento de centros de higiene mental) y que se potenció a partir de los años 50 en el complejo proceso de desinstitucionalización psiquiátrica, basado en la mayor tolerancia social hacia el «diferente» y sobre todo gracias al desarrollo de nuevos tratamientos.

Con ese cambio conceptual va implícito que la salud (mental) es un proceso en el que intervienen factores sociales, económicos, culturales y psíquicos que solamente pueden ser abordados de forma multidisciplinar y como tarea de toda la sociedad.

G. Thornicoff y M. Tansella en sus trabajos distinguen tres períodos para la organización de los sistemas de atención de salud mental. En el primero, que abarca desde 1880 a 1950, el cuidado se centraba en el individuo como ente aislado y se custodiaba en instituciones fuera de la comunidad (manicomios) con un trato paternalista.

El segundo período (1950-1980) según los autores viene caracterizado por movimientos contestatarios que introducen la dimensión social y psicológica como fundamental (desarrollándose las especialidades de psicología clínica, trabajo social y terapia ocupacional) y surgen organizaciones sanitarias en las que la psicofarmacología es el eje del tratamiento.

El tercer período según Thornicoff y Tansella va de 1980 al 2000 y se prolonga hasta nuestros días. Se caracteriza por un descenso menor de camas psiquiátricas,

el desarrollo de equipos multidisciplinarios que tienen por eje los centros de salud mental comunitaria, el internamiento en unidades psiquiátricas con estancias breves potenciando el trabajo rehabilitador y terapéutico en la comunidad, otorgando especialmente un papel creciente a las familias y las redes informales de la comunidad.

La salud mental comunitaria actualmente hay que entenderla como un sistema complejo de organización asistencial en red, capaz de atender al paciente en base a las necesidades que presenta en cada una de las distintas fases de su evolución.

La evolución del paciente y su trasfondo han de poder ser modificadas por la intervención combinada de los diversos sistemas sanitarios, sociales y comunitarios de tratamiento. Por lo tanto es un sistema que se ha de fundamentar en datos epidemiológicos, garantizar la accesibilidad y el tratamiento precoz y eficiente.

El trabajo desde la complejidad, necesario en la fase organizativa actual, implica necesariamente la incorporación de las redes sociales, de los avances tecnológicos, de la medicina basada en pruebas, de sistemas de evaluación ágiles que permitan ajustes finos del tratamiento con la participación del ciudadano-paciente en las decisiones terapéuticas en la medida de sus capacidades y dando un mayor protagonismo a los sistemas de soporte próximo al paciente (familia, entorno social y laboral, etc.).

A continuación se describen los servicios de salud mental de l'Hospitalet de Llobregat, pertenecientes a las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús que se han implicado plenamente en estas reformas de la salud mental en consonancia con la evolución social actual y con programas de «mejora continua de la calidad» (EFQM).

EL CENTRO DE SALUD MENTAL (CSMA) Y SUS PROGRAMAS

El centro de salud mental de adultos de l'Hospitalet (CSMA) da asistencia a los barrios de Can Serra, Centro, Sant Josep, Sant Feliu, Sta. Eulàlia, Bellvitge y Gornal, barrios que son atendidos en el nivel primario de salud por el ICS a través de 7 EAP [equipos asistenciales de primaria que en Cataluña atienden cada uno de ellos un área básica de salud (ABS) y que trabajan en 8 CAP (ambulatorios)]. En conjunto suma una población general de 150.000 habitantes.

El equipo asistencial además del coordinador está formado por seis psiquiatras, seis psicólogos clínicos, una trabajadora social, tres enfermeras psiquiátricas y dos administrativas.

Actualmente el centro es eje de dos procesos asistenciales bien diferenciados:

1. «Salud mental en Atención primaria (SMAP)».
2. «Tratamientos en CSMA». Este proceso incluye varios programas:
 - Programa TMS (trastornos mentales severos).
 - Programa de psicoterapias individuales, grupales y familiares.
 - Programa asistencial general de psiquiatría no TMS.
 - Programas docentes.
 - Programa de formación continuada.
 - Actividades de investigación.

El «programa de seguimiento individualizado (PSI)» actúa como complementario al «programa de trastornos mentales severos (TMS)» que se enmarca en el proceso del CSMA. El PSI, sin embargo, tiene un ámbito territorial más amplio

pues abarca toda la ciudad de l'Hospitalet con un total de 270.000 habitantes) y por ello puede considerarse como un servicio aparte del CSMA aunque está en estrecha relación física y funcional con él.

El SMAP se puede considerar un programa con proyección externa al CSMA en tanto que los profesionales que lo constituyen deben participar de la vida del equipo de atención primaria además del de salud mental, sin embargo, funciona también como un organizador *troncal* en el centro de salud mental en tanto que la organización del servicio y flujo de pacientes lo atraviesa y que en ese programa se articulan otros programas fundamentales del CSMA.

Según la tipología de recursos que requieren podemos diferenciar tres grandes grupos de usuarios:

1. Los que presentan un *Trastorno adaptativo* reciben atención dentro del proceso de soporte a primaria (SMAP), en los propios centros de asistencia primaria (CAP).
2. Aquellos con un *Trastorno Mental Común* (TMC) que incluye depresiones no graves, trastornos de ansiedad y de personalidad con posibilidades de buena evolución, etc., atendidos hasta su recuperación en el CSMA y que mayoritariamente precisan la atención de un solo profesional.
3. Los pacientes que presentan *Trastornos Mentales Severos* que incluyen diagnósticos de Psicosis, Bipolares, Depresiones mayores, TOC, Trastornos con Angustia y agorafobia severa y trastornos de personalidad límite y esquizotipia. Estos trastornos solo pueden ser candidatos al programa PAE-TMS si cumplen criterios de discapacidad (GAF inferior a 50) y cronicidad (superior a dos años). A menudo requieren la atención de dos

o más profesionales que se complementan en sus intervenciones terapéuticas.

Los pacientes con diagnóstico de TMS son un 26% de los atendidos en el centro, los TMC un 50% aproximadamente y el otro 24% son trastornos adaptativos con mala evolución. Los TMS son pacientes que van a seguir control en el centro durante muchos años o de por vida, los TMC pueden seguir una media de dos años de tratamiento y los adaptativos se pueden considerar tales con una media de permanencia de seis meses. En total, el año 2010 el centro atendió a 5.000 pacientes que generaron un volumen de 21.000 visitas. De las 1.800 primeras visitas, un 60% fue asistido solo en una o dos ocasiones y comentadas en la propia historia clínica informatizada de primaria y en interconsulta con el médico de cabecera que efectúa el seguimiento. El otro 40% que se tratan en el CSMA se compensan con un volumen semejante de pacientes que se dan de alta en el servicio.

El centro se gestiona en base a Indicadores y cláusulas de compra de servicios de Catsalut. Indicadores internos de mejora y sistema de Dirección por Objetivos, los cuales están en consonancia con el Plan estratégico y operativo de la institución.

PROCESO Y PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA (SMAP)

Este programa se fundamenta en una doble constatación:

- Cuanto más cerca al contexto y más pronto se trate el problema más eficiente puede ser la intervención y con mayor efecto preventivo.

- Cuanto más capacitado esté el profesional de primaria para una atención y orientación adecuada al paciente, más eficiente será el sistema sanitario.

En l'Hospitalet se efectuó entre el 2002 y el 2006 un estudio piloto de implementación del «programa de soporte a primaria» de los centros de salud mental de la ciudad coordinadamente con la organización sanitaria. Participamos los dos centros de salud mental de adultos y el de infantil, así como los 13 equipos de atención primaria. En ese estudio se implementó una dirección inter-institucional unificada y se hizo una evaluación final externa por una entidad independiente.

Los resultados fueron muy positivos tanto por la disminución del consumo de psicofármacos como por la mejora en la coordinación y continuidad de los tratamientos.

Posteriormente se generalizó el programa a toda Cataluña, sin embargo, las partidas se destinaron a dotar a cada institución con algo más de personal asistencial pero se eliminó la subvención para formación y para la dirección unificada.

Ese programa comporta que en cada área básica de salud (ABS) haya una asistencia de los profesionales del centro de salud mental (psicólogo y psiquiatra) al menos un día a la semana y funciona mensualmente un plan de interconsultas y de formación específicas de enfermería psiquiátrica. Se han mantenido la Interconsultas con los profesionales tanto individuales como de todo el equipo asistencial de primaria con frecuencia semanal.

Estos espacios de interconsulta son privilegiados para articular elementos de formación continuada y de coordinación clínica centrada en casos. También se han efectuado Jornadas bianuales de reflexión

con los coordinadores y médicos de primaria referentes de salud mental.

A nivel organizativo se ha suplido la figura de dirección inter-institucional de la etapa anterior por Grupos de reflexión que se reúnen una o dos veces al año en cada ABS liderados por un Referente de salud mental. Ese referente es, generalmente, un médico de cabecera interesado en el tema. Esos grupos de reflexión y las Jornadas bianuales con grupos de trabajo específicos entre profesionales de primaria y de los centros de salud mental han servido para identificar puntos débiles y emprender acciones de mejora organizativa, así como promover actividades de formación en servicio en los distintos centros de primaria.

Se mantiene una reunión mensual del comité directivo en el que participan los centros de salud mental de adultos, infante-juvenil, el centro de atención a drogodependencias y la dirección de primaria sanitaria del ICS con la función de hacer un seguimiento de todo el programa y mejorar la coordinación entre los servicios de la red comunitaria de la ciudad.

Como muestra se expone a continuación la *evaluación del programa* del ejercicio 2010:

• **Puntos fuertes:**

- Relación estrecha y continuada de los profesionales de salud mental y de primaria sanitaria, con coordinación personal y/o a través de informes plasmados en la historia clínica informatizada.
- Organización de un tiempo adecuado y suficiente para efectuar las primeras visitas y la devolución al médico de cabecera^①.
- Sistema de evaluación y reflexión sobre la organización del programa a partir de los referentes de salud mental en los equipos de atención

primaria y de un comité directivo unificado.

• **Puntos débiles:**

- Falta de formación continuada con financiación interinstitucional.
- Dificultades para corregir la cultura de interconsulta individualizada y potenciar el trabajo y la formación continuada en equipo e interconsultas grupales^②.
- Sistemas informáticos independientes distintos y no conectados.
- Sobrecarga asistencial por excesiva demanda de primeras entrevistas para psicología^③.

• **Propuestas de mejora:**

- Conexión de los sistemas informáticos entre servicios.
- Diseño específico de la formación continuada en cada ABS que compense la falta de programa conjunto.
- Reevaluar en cada ABS las necesidades y potenciar las interconsultas grupales.
- Diferenciar de forma más nítida los procesos SMAP y CSMA de asistencia.
- Mejorar la accesibilidad incluyendo interconsultas *on line*.

Comentarios

① **Debemos destacar el «choque de culturas»** que se produce al introducir ese modelo de asistencia en el que los profesionales de salud mental van a efectuar actividad asistencial en los ambulatorios, sin dejar de actuar como miembros del equipo de salud mental.

Los médicos de cabecera atienden al paciente en pocos minutos por lo que la imperiosidad de focalizar rápidamente el problema puede dificultar la atención y comprensión global del caso. A su favor está que si permanece en su puesto de trabajo de forma estable irá teniendo noticia de continuidad y conociendo al paciente y a su familia poco a poco con mayor profundidad. A menudo ese conocimiento diacrónico del paciente y la familia no se valora lo suficiente.

El profesional de salud mental en cambio se enfrenta a un paciente absolutamente nuevo y lo tiene que atender de forma integral, no centrándose solo en el síntoma que presenta. Para ello requiere de tiempo suficiente para hacer una anamnesis, definir un diagnóstico, elaborar y emitir un informe para el médico de cabecera y ocasionalmente instaurar un tratamiento. En nuestro sector prevemos 45 minutos para esas entrevistas.

A menudo se ha criticado desde los niveles de primaria sanitaria, ese tiempo muy superior al que disponen los médicos de cabecera, proponiendo el «primarizar» la asistencia en salud mental, entendiéndola como una reducción del tiempo de entrevista.

Eso lo valoramos como pérdida de un «valor añadido» que es determinante en el trabajo en salud mental. Al paciente hay que tratarlo **socio-psico-biológicamente** ya que la aproximación de dentro a fuera (bio-psico-social) no corresponde a la secuencia real en el acto clínico.

Digamos que tenemos que poner el acento en la observación clínica y en encontrar el sentido del síntoma en los contextos sociales, relacionales, psíquicos y biológicos en los que se mueve el paciente y en el que nosotros estamos implicados.

2 *Los médicos no recibimos formación reglada en relaciones interpersonales, aún menos en relaciones psicoterapéuticas*

y por supuesto, ninguna en trabajo grupal y en funcionamiento en equipo, por lo tanto cuando se plantean las interconsultas como un espacio grupal de trabajo se generan grandes resistencias y los médicos de cabecera tienden a hacer consultas uno a uno sobre manejo del paciente y la reflexión como equipo no se da de entrada.

Consideramos que esa tendencia ha de ser combatida y promover la cultura de «grupo de trabajo» (en el sentido de Bion). Promover esta cultura es tarea de los recursos de salud mental y, por lo tanto, los profesionales, médicos, psicólogos y enfermeras que participan en este programa han de tener conocimiento y experiencia contrastada en estos contextos y formación en dinámicas grupales.

Trabajar en el proceso-programa de salud mental de soporte a la primaria requiere de una formación específica para psiquiatras, psicólogos y enfermeras psiquiátricas que hasta ahora las organizaciones sanitarias no han tenido en cuenta.

3. La mayor prevalencia de trastornos reactivos y adaptativos en la población atendida por los equipos de primaria conlleva un incremento importante de consultas a *psicología*. Este es un dato que habla a favor de no medicalizar una población que no lo necesita.

Pero también se deduce de ese incremento que los médicos a menudo no se ven capaces de asumir el compromiso relacional psicológico que en parte ha de ser inherente al trabajo de médico de familia.

Por lo tanto se necesitan tiempo y más recursos de formación continuada para los médicos de cabecera y en conjunto para los equipos de atención primaria. El médico debe diferenciar entre demanda (por ejemplo de atención psicológica) y necesidad (por ejemplo de ser escuchado y comprendido) para canalizar adecuadamente las peticiones que recibe.

PROGRAMAS ASISTENCIALES DEL CSMA

Atención psiquiátrica

Uno de los problemas más acuciantes en los centros de salud mental en general y del de l'Hospitalet en particular es la acumulación de pacientes en seguimiento. Actualmente un 3% de la población general de la ciudad es visitada al menos una vez al año en el centro de salud mental. La diferenciación organizativa entre los procesos de primaria y de CSMA ha de contribuir a reducir ese porcentaje.

El profesional que trabaja en el centro de salud mental además de la perspectiva integral del sujeto que visita, en sus contextos, ha de tener la habilidad de focalizar elementos a tratar en un período breve de tiempo. Para ello es imprescindible una labor de formación continuada específica en psicoterapia breve; en el CSMA de l'Hospitalet se dispone de supervisión quincenal de casos como espacio de formación continuada.

Los médicos de cabecera, responsables a largo plazo de la asistencia al paciente, delegan temporalmente esa responsabilidad en los especialistas, en los casos con trastornos severos. En los que no son graves, el médico de cabecera sigue siendo el referente con la posible asesoría del psiquiatra. Aunque los médicos de cabecera disponen de poco tiempo, al poder visitar con continuidad paciente y familia tal como indicábamos anteriormente, pueden hacerse una idea bastante completa de los casos. No es razonable pensar que el psiquiatra en una o dos visitas adquiera ese nivel de conocimiento del paciente en su contexto, por lo que requiere también de la transferencia de información del médico de cabecera.

En el centro de salud mental de l'Hospitalet se cuida especialmente la relación médico-paciente y cuando el usuario pide

un cambio de terapeuta, se discute previamente en el equipo asistencial, tomándolo como una oportunidad de reconsiderar el enfoque terapéutico y de abrir conjuntamente con el paciente una reflexión sobre su tratamiento y vínculo asistencial (sea con su terapeuta o con el coordinador).

Otro momento importante para mejorar la calidad es la presentación en sesión clínica semanal de casos que son llevados por más de un terapeuta, habitualmente complejos y que implica la reflexión conjunta de todo el equipo asistencial.

Se plantean como retos importantes del área de psiquiatría durante este año el incremento en el uso de genéricos, de fármacos como clozapina que son eficaces en trastornos psicóticos resistentes pero se infrautilizan por la complejidad del protocolo a seguir en el nivel ambulatorio, la reducción de ansiolíticos y número de antipsicóticos por paciente, la mejora de la organización de atención inmediata de pacientes en tratamiento y el aumento de intervenciones terapéuticas no farmacológicas en pacientes con trastornos menos graves.

Psicoterapia

En el CSMA de Sta. Eulàlia, el número de sesiones de psicoterapia individual focalizada oscila de promedio entre las 12 y 20 para la mayoría de pacientes con TMS o TMC. Se desarrollan a lo largo de un año y por lo tanto tienen frecuencias en su mayoría quincenales. Existen excepciones. Sabemos que pacientes border lines y con otros trastornos de personalidad pueden requerir más tiempo de entrevistas y que en casos adaptativos se pueden reducir a cuatro o seis. La tecnología de intervención predominante es la interpersonal, la cognitiva y la dinámica breve y focal.

Sabemos por un estudio anterior que en Cataluña solo se atienden con psico-

terapias individuales formalizadas y focales en los centros de salud mental menos del 35% de los pacientes en los que estarían indicadas.

Las psicoterapias grupales las consideramos un recurso en desarrollo que ha de aportar no solo beneficios terapéuticos netos sino también un refuerzo de las redes sociales de soporte e incrementar la esperanza en el trabajo del propio paciente para su mejoría, especialmente a través de la comunicación y la relación social.

Es, a nuestro entender, una forma de limitar la medicalización de los trastornos de la salud mental y activar la autonomía y aprendizaje del paciente sobre aspectos de su vida cotidiana, que guardan relación con el cómo tratar las situaciones conflictivas y las alteraciones emocionales. Sabemos que tratar adecuadamente los trastornos leves puede evitar su complicación posterior, que en el caso de los trastornos adaptativos alcanza cifras superiores al 50%, si son dejados a su evolución natural.

En estos momentos tenemos en el servicio dos grupos terapéuticos de pacientes con trastornos ansiosos y depresivos, un grupo de pacientes con síntomas psicóticos en fase de compensación, un grupo de pacientes con patologías derivadas de la inmigración y articulados en el programa SMAP, un grupo de familiares de pacientes con trastornos mentales severos y a punto de iniciar un grupo de pacientes no TMS resistentes y con rigideces en su funcionamiento psíquico, comunicacional y de adaptación al medio.

Cabe destacar un grupo focal que se constituyó para 10 pacientes en situación de baja laboral o en paro. Se trabajó durante 12 sesiones con técnica sistémica y analítica y se pudieron reinsertar laboralmente los pacientes en un 90% de casos.

Consideramos que los grupos heterogéneos presentan algunas ventajas en el

nivel terapéutico en tanto que los contrastes que contienen, pueden ayudar a salir de una visión estrecha y parcializada que propone habitualmente cada paciente afectado por su patología. Estos grupos requieren para su buen funcionamiento disponer de psicoterapeutas grupales bien formados.

Los grupos homogéneos, por otro lado, tienen ventajas en cuanto a aprovechar la identificación mutua de los pacientes y la proximidad vivencial, están más indicados cuando se trata de adicciones o de padecimientos compartidos como en casos de estrés postraumático o cuando se plantean programas de refuncionalización de pacientes crónicos. No requieren de conductores de grupo tan expertos.

Las psicoterapias familiares son otro campo en el que se interviene especialmente para desencallar situaciones patológicas de estancamiento de la dinámica familiar. Con pocas sesiones se consiguen cambios importantes utilizando técnicas sistémicas y psicodinámicas. No existe un servicio de terapia familiar en sentido estricto, lo que juntamente con otras propuestas psicoterapéuticas formarían parte de la cartera de servicios de un Programa de psicoterapias con financiación específica, cuestión difícil en el entorno restrictivo actual de presupuestos.

Cabe destacar la importancia asistencial de los grupos de familiares de pacientes y de los programas psicoeducativos tanto para pacientes como para familiares como elementos de soporte al tratamiento de los casos graves y severos.

Las intervenciones terapéuticas han de guiarse por la medicina basada en pruebas y las recomendaciones de buena praxis. Sin embargo, existen vacíos de estudios fiables en bastantes aplicaciones técnicas, por lo que nuestra experiencia clínica ha de suplir ese desconocimiento, mientras no se dispongan de evidencias concluyentes.

Trastornos mentales severos

El programa para tratar prioritariamente estos pacientes se impulsó en los centros de salud mental hace ya más de 10 años.

TABLA I
Trastornos Mentales Severos

1. *El diagnóstico:*

- Esquizofrenias (cualquier tipo).
- Trastorno bipolar.
- Trastorno depresivo mayor recurrente.
- TOC.
- Trastorno delirante.
- Trastorno de angustia con agorafobia.
- Trastorno límite de personalidad.
- Trastorno esquizotípico.

2. *Cronicidad:* > 2 años de evolución.

3. *Funcionalidad:* GAF < 50.

El paciente entrará en el Programa de TMS específico si cumple los tres criterios.

El paciente con un diagnóstico clínico de TMS:

- Realiza un seguimiento continuado en el centro de salud mental.
- Se garantiza que se controlan los factores somáticos relacionados con obesidad, diabetes y tensión arterial.

El paciente en programa TMS o TMS-PAE además de los dos puntos anteriores:

- Realiza como mínimo una entrevista de seguimiento de enfermería que se focaliza sobre su funcionamiento psicosocial, rehabilitador y del seguimiento clínico (psiquiátrico y si es necesario psicológico).

- Dispone de una valoración social y seguimiento si precisa.
- Se le ofrece la posibilidad de atención familiar individual o grupal.
- Dispone de una evaluación temporalizada interdisciplinar de su PTI (plan de seguimiento individualizado) que se elabora en reuniones periódicas por parte de los terapeutas que intervienen.

Un subgrupo de pacientes de este grupo del programa TMS siguen además un plan de continuidad de curas de enfermería en el circuito asistencial que facilita la coherencia y continuidad en las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras que se efectúan.

El centro de salud mental ha participado en un estudio multi-céntrico en el que se evidencia la eficiencia de la intervención del programa de trastorno mental severo.

El incremento de programas de intervención y de plazas en los Servicios de Rehabilitación de la ciudad en el año 2011 ha abierto nuevas perspectivas para este colectivo de pacientes. También se están iniciando actividades para establecer programas de detección y asistencia a trastornos psicóticos precoces.

EL PROGRAMA DE SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO (PSI)

Es un equipamiento formado, además de por el coordinador y el supervisor de enfermería, por cuatro profesionales (dos D.U.E, una educadora social y una trabajadora social) que hacen funciones de coordinadores de programa individualizado (semejante al «case management» pero con menos atribuciones de tutela asumidas por el profesional y con más trabajo de vinculación con el paciente y con los

servicios asistenciales de la red). El programa atiende a residentes en la ciudad de l'Hospitalet (población de 270.000 habitantes).

La indicación para la intervención del programa es el cuidado más específico de un paciente que tiene tendencia a no vincularse a los otros programas de la red asistencial, con un elevado grado de cronicidad (TMS con GAF inferior a 50 y con alto riesgo de deterioro o descompensación) y que es capaz de aceptar voluntariamente el programa de seguimiento que se le ofrece.

Todo paciente que entra en el programa es estudiado a través de pruebas psicométricas en su funcionalidad cognitiva, psicopatológica, de rendimientos y adaptación a actividades, adaptación social y calidad de vida subjetiva (GAF, CAN, DAS, WOHOL).

La estancia media del paciente en el servicio es de unos dos años, renovándose aproximadamente cada año el 50% de usuarios. Cada CPI (coordinador de caso) tiene una capacidad de atención y seguimiento de unos 12 pacientes.

EL ÁREA ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL DE L'HOSPITALET

En diciembre de 2010, con la apertura de la Unidad Polivalente promovida por Benito Menni CASM, se inicia un plan estratégico de integración organizativa de servicios en la zona geo-demográfica que denominamos Área asistencial de l'Hospitalet.

La integración que pretende la creación del área unificada, ha de representar un impulso organizativo para la promoción de la salud desde la normalidad psicopatológica, focalizando intervenciones preventivas en factores de riesgo y vulnerabilidad, priorizando actuaciones efi-

cientes valorando el coste social y personal de los problemas. Ha de favorecer la complementariedad de las prestaciones a la población y el desarrollo de programas transversales, así como incrementar la rentabilidad de los mismos en términos sociales y económicos.

En el área asistencial de salud mental de l'Hospitalet de Llobregat actualmente están en funcionamiento los siguientes servicios (concertados con el Departament de salut de la Generalitat):

- Centro de Salud Mental de Adultos de l'Hospitalet.
- Hospital de Día de Adultos de l'Hospitalet.
- Unidad de ingreso en la comunidad (UIC) («subagudos» de puertas abiertas).
- Programa de seguimiento individualizado para pacientes graves (PSI).
- Servicio de Rehabilitación integral comunitario I (SRC) que atiende zona sur de l'Hospitalet de Llobregat.
- Servicio de Rehabilitación integral comunitario II que atiende la zona norte de l'Hospitalet de Llobregat.

Y están pendientes de abrirse los siguientes servicios dependientes de la Consejería de Bienestar social:

- Servicio de inserción pre-laboral.
- Club psicosocial.
- Residencia asistida para pacientes con TMS.

La Unidad de Ingreso, Hospital de Día, Servicio de rehabilitación II y los futuros servicio pre-laboral, club psicosocial y residencia se ubican en la Unidad Polivalente de l'Hospitalet, edificio de 5.000 m² que terminó su construcción en el 2010 promovido por las Herma-

nas Hospitalarias con la colaboración del Ayuntamiento de la ciudad y de Bienestar social.

Veamos en la siguiente tabla los procesos asistenciales y los servicios con su actividad complementaria en el área:

TABLA II
Cartera de servicios integrados en el área de l'Hospitalet de Benito Menni CASM

Servicio	Unidad asistencial									
	SMAP	CSMA	HD	UIC	SRC(2)	PSI	P-LB	CS	RESI	
Prevención primaria	**	*								
Asistencia patología leve	***	**								
Asistencia psicosis precoz	*	**	**	*	**					
Atención a la crisis	*	**	**	*						
Tratamiento y seguimiento	*	***	*		**					
Vinculación asistencial		**	*	*		***				
Rehab. cognición, defecto		*	***	***	**	*	*	*	*	
Reinserción comunitaria		**	**	***	**	**	*	**	*	
Rehabilitación laboral		*	*	*	*	*	***			
Rehabilitación social		**	**	**	**	*		**	*	
Alternativa residencial				**					***	

* Alguna participación en el tema.

** Participa y lo tiene dentro de sus programas asistenciales.

*** Es parte esencial de la actividad del equipo.

SMAP = Programa de salud mental en atención primaria de salud (soporte a primaria).

CSMA = Centro de salud mental de adultos.

HD = Hospital de día (de 9 a 17 h).

UIC = Unidad de ingreso en la comunidad (24 h).

SRC = Servicios de rehabilitación comunitaria.

PSI = Programa de Seguimiento individualizado (*case management*) para pacientes de alta cronicidad.

P-LB = Programa pre-laboral (pendiente de iniciar).

CS = Club psicosocial.

RESI = Residencia para pacientes que no pueden volver a su domicilio habitual, espacio con fórmulas alternativas de rehabilitación y pendiente de complementar con pisos asistidos (alguno en funcionamiento).

- *Nota.* Colaboran con el área asistencial los servicios del circuito asistencial especializado como son las Unidades de Agudos (Bellvitge y Benito Menni), Servicios de urgencia (Bellvitge y Parc Sanitari SJD), Unidades de media y larga estancia (B. Menni), Pisos asistidos en Sant Boi, Unidad de salud mental de ICS para zona norte de l'Hospitalet, Centro de atención a drogodependencias, Red de servicios infanto-juveniles, Servicios sociales municipales, Club de la asociación de familiares, Servicios de atención primaria y otros.

LA UNIDAD DE INGRESO EN LA COMUNIDAD (UIC)

Una cuestión de importancia de primer orden para la recuperación del paciente, es evitar y combatir el estigma con el que cargan muchos de ellos, ya sea por el mero diagnóstico o por elementos asociados a su enfermedad. Sobre todo el paciente psiquiátrico grave padece de una reducción de roles sociales y se siente incapaz o imposibilitado para combatir las presiones hacia la marginación personal por motivo de su trastorno. Se generan nuevas dinámicas patológicas en su convivencia y sistema de relaciones con el entorno social y familiar que «fijan» las conductas patológicas.

La mayoría de tratamientos psicofarmacológicos en pacientes graves o severos se han de entender como elementos de contención y ayuda a procesos de rehabilitación que el paciente, con o sin ayuda, tiene que realizar.

Para posibilitar una recuperación máxima de los pacientes con trastornos en nuestra área nos planteamos:

- El cuidado pormenorizado de las actitudes, roles y funciones de los profesionales.
- La coherencia de las intervenciones entre equipos.
- Mejorar los flujos comunicativos.
- Establecer una organización matricial por especialidades que se complementan.
- Dinamizar los equipos asistenciales de cada unidad.
- Favorecer los programas transversales y la conformación de equipos específicos para llevarlos a cabo.
- Diseñar, realizar y evaluar planes terapéuticos centrados en las necesidades del paciente en cada fase de su patología.

El *trato personalizado* es la piedra de toque fundamental para construir servicios en la comunidad. Ello va de la mano del *referente*, ese profesional que en realidad debería escoger el propio paciente (y lo hace cuando puede) y que nosotros introducimos en su vida como oportunidad para efectuar un seguimiento clínico a lo largo del tiempo. Un trabajo fundamental es el de potenciar la alianza terapéutica basada en la confianza, empatía, diálogo y trabajo conjunto para que su proyecto de vida personal tenga sentido y sentido compartible.

La contención, que es un aspecto terapéutico fundamental, no puede darse sin comprensión, que puede ser global o más específica. Generar esperanza a partir de las actitudes y conductas es también una tarea fundamental.

La rehabilitación incluye un conjunto de acciones planificadas y adaptadas a cada fase de la evolución de la vida del paciente que tienden a potenciar la recuperación de sus áreas disfuncionales, aprender comportamientos más adaptativos a su entorno social, compensar las alteraciones psicopatológicas que conllevan y disminuir el sufrimiento personal y el de los que conviven con él.

La identidad del paciente con una enfermedad mental es una reconstrucción restrictiva del sí mismo (*self*) y se concibe sobre todo como una pérdida de roles sociales. El paciente deja de hacer multitud de actividades propias de una persona «normal»: no sale con amigos o bien tiene amistades conflictivas o destructivas, no puede trabajar, no puede salir a comprar y tiene pautas disfuncionales de comportamiento. También puede presentar pautas lúdicas inadecuadas y a menudo su tendencia regresiva se manifiesta a través de adicciones y conductas de riesgo como reacción a los sentimientos que provoca su enfermedad.

Las unidades de hospitalización total

que en momentos de crisis pueden ser útiles e imprescindibles, una vez compensada esa patología aguda hacen sentir su influencia negativa en la rehabilitación del paciente a través de la restricción y control de las conductas y de un funcionamiento normativo que ha de dar prioridad al funcionamiento del servicio (habitualmente con ratios de personal asistencial insuficiente). En Cataluña las unidades de agudos se han ido reduciendo en las últimas décadas, en las que ha crecido la inversión en servicios comunitarios, el tiempo de estancia del paciente y se centran en la remisión sintomática.

El paciente con un trastorno crónico tiende al descuido personal y a la desorganización, emergentes patológicos que hay que tratar para evitar una evolución más deteriorante. Así se genera la necesidad de una segunda fase en el tratamiento de la patología psiquiátrica severa cuando el paciente aún no está en condiciones de una reincorporación al núcleo familiar o al lugar habitual de convivencia.

Valorando las aportaciones de la literatura del trabajo en comunidades terapéuticas, de la psicoterapia institucional y de las corrientes de pensamiento sobre psicología social y las perspectivas sistémicas, grupal analíticas y cognitivas, intentamos establecer una organización que promueva formas de tratamiento centrado en la persona que favorezcan la recuperación del paciente y su reincorporación a la sociedad, teniendo presente las características y dimensiones reales de la plantilla y los parámetros que nos marca el convenio del servicio.

El Equipo asistencial de la UIC se plantea el *Entorno Terapéutico Convivencial* como un instrumento de rehabilitación basado en la recuperación de los roles sociales perdidos por el paciente a través de una dinámica de comunidad terapéutica de puertas abiertas.

Por otro lado y utilizando contextos

grupales y relacionales personalizados se desarrolla una metodología de intervención por parte del equipo asistencial de *Reorientación Cognitivo-Contextual* que pretende movilizar los anclajes de esquemas cognitivos reiterativos que impiden la evolución personal del paciente.

La UIC se diferencia claramente de una unidad de internamiento total (agudos, subagudos, larga estancia) en tanto que el equipo asistencial focaliza el esfuerzo terapéutico hacia la recuperación de los vínculos saludables, en una aproximación comprensiva hacia los conflictos que surgen tanto en la convivencia en la unidad como en los contextos sociales en los que vive el paciente.

Un factor clave es el objetivo de la recuperación del sentido de la propia vida. En la segunda fase del tiempo de ingreso se pone el acento en la reconstrucción de los vínculos con la comunidad, la familia, las actividades sociales y de ocio y, si es posible, con el entorno laboral.

El paciente ha de tener una mínima conciencia de enfermedad que permita establecer pactos asistenciales para su recuperación y ha de aceptar voluntariamente el ingreso, con el cual se compromete a seguir las normas de convivencia y funcionamiento interno de la unidad.

Las asambleas acercan los pacientes a una convivencia posible y razonable, con normativas que tienen un sentido funcional y no restrictivo, con posibilidades de debate abierto respecto al sentido que tienen conductas y normas. En las asambleas se da la bienvenida y se despiden los pacientes que entran y salen de la unidad, se ponen en común temas de toda la unidad y se da opción a organizar actividades a iniciativa de los pacientes. Además de las asambleas de toda la unidad que se realizan lunes y viernes, los pacientes se incluyen en un grupo semanal de libre expresión y comunicación más reducido. Esos grupos son llevados

por dos terapeutas de la unidad, participando en ellos también el colectivo de enfermería.

Cada paciente dispone de un Plan Terapéutico Individualizado (PTI) que incluye el programa de actividades individuales y específicas de rehabilitación, además de las visitas psicológicas y psiquiátricas que corresponden. Ese PTI elaborado por el equipo asistencial, se pacta con el paciente y, si el paciente incumple los pactos que contiene, se dialoga con él para encontrar el sentido (sintomático) de esa transgresión. Si la transgresión de las normas de funcionamiento pone en peligro al propio paciente, a la unidad como tal o a otros pacientes o profesionales estamos en el límite que puede producir una expulsión.

Sin embargo, de los 120 pacientes ingresados en el primer año de la unidad solamente se ha llegado a esa medida en dos casos. Los perfiles de pacientes ingresados que predominan en el primer año de funcionamiento, son pacientes con esquizofrenia en un 70%, trastornos afectivos, de personalidad y otros en el 30% restante. Los pacientes para ingresar han de tener un nivel de compensación sintomática que permita la convivencia y autonomía para hacer actividades en régimen abierto.

La unidad tiene un trabajo fundamental de coordinación para la continuidad del tratamiento y rehabilitación en los centros de salud mental, hospital de día, servicios de rehabilitación, club social y otros. Se usan también algunos servicios de la comunidad para actividades de rehabilitación (por ejemplo: polideportivo y centro cultural, aula de informática, etc.).

La unidad cuenta con 35 camas y el equipo está formado, además de por el coordinador y supervisor de enfermería, por dos psiquiatras adjuntos, una psicóloga clínica, una trabajadora social, una educadora social, cinco enfermeras y diez auxiliares (en tres turnos).

Los pacientes tienen una estancia media teórica de 100 días pero en la práctica se reduce a unos 80 días. Ello da pie a establecer tres fases del tratamiento: una primera de adaptación a las actividades y vida en la unidad, otra fase de trabajo rehabilitador más intensivo y la última en preparación del alta de trabajo con su entorno social y familiar para una buena adaptación a su entorno y también se establece un trabajo de continuidad con la asistencia ambulatoria que seguirá posteriormente (circuito asistencial especializado).

EL HOSPITAL DE DÍA

Durante 15 años de existencia, el Hospital de Día ha representado una valiosa alternativa a la hospitalización completa para muchos pacientes con trastornos mentales graves y crónicos.

El Hospital de día cuenta con 30 plazas y el equipo asistencial está constituido por un Psiquiatra coordinador, un psiquiatra adjunto, una psicóloga clínica, una asistente social, una enfermera psiquiátrica y dos auxiliares expertos en tareas de rehabilitación.

El perfil de pacientes no difiere esencialmente del planteado para la Unidad de ingreso en la comunidad, pero requieren una menor contención y organización de sus actividades. El paciente candidato a Hospital de Día ha de estar en situación de convivencia familiar más estabilizada. La estancia media está en unos 50 días.

Cada paciente dispone de un Programa terapéutico individualizado y de un programa de rehabilitación específico. Las actividades de rehabilitación son predominantemente grupales aunque el itinerario del paciente incluye las visitas individuales y familiares necesarias para su activación personal y mejoría clínica y adaptativa al entorno.

LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

Atienden pacientes con mayor grado de cronicidad que los dos equipamientos anteriores y, por lo tanto, su estancia en el servicio es mayor, alrededor de dos años. El paciente tiene pactado un plan terapéutico individualizado y un programa de rehabilitación y reinserción, con un profesional referente que hace el seguimiento.

Cada servicio cuenta con 40 plazas, a menudo ocupada por más de un paciente dado que los pacientes pueden tener un programa de actividades que no sea diario en algunos casos.

Los equipos asistenciales no disponen de psiquiatra puesto que los pacientes siguen su tratamiento en los centros de salud mental correspondientes. Están constituidos por un psicólogo coordinador, un psicólogo clínico adjunto, un trabajador social, un educador social, terapeuta ocupacional y dos auxiliares.

EL TRABAJO EN CIRCUITO Y EN RED

Cuando se inició en Cataluña, en los años 80, la red de servicios de asistencia psiquiátrica pública hubo un debate inicial sobre cómo diseñar la red. El modelo francés de sector tenía las ventajas de mantener la continuidad asistencial a través de la vinculación con el terapeuta en los distintos niveles asistenciales. Ello conllevaba una tendencia a tutelar al paciente de forma continua por un mismo profesional pero ello dificultaba la constitución de equipos multidisciplinares en cada unidad asistencial y, por lo tanto, se propuso la coordinación a través de reuniones de circuito, llamándose dicho modelo asistencial «modelo de circuitos».

Con la dispersión de proveedores de servicios sanitarios propia de Cataluña,

la evolución de dicho modelo de coordinación y continuidad asistencial ha seguido evoluciones dispares según zonas. Concretamente, en l'Hospitalet, hemos mantenido esos encuentros regulares de coordinación asistencial. En este momento hay dos espacios de reunión:

- *Las de Circuito de internamiento* en las que se aporta información sistemática y se coordinan las intervenciones terapéuticas de los pacientes tratados en unidades de ingreso y a la que acuden una representación de los centros de salud mental, unidades de internamiento cerrado (agudos, subagudos y larga estancia), abierto y a medio camino, además de pisos asistidos, unidades de rehabilitación, programa individualizado de seguimiento en la comunidad y club social. Frecuencia mensual de reuniones.
- *Las centradas en el Circuito de rehabilitación comunitario* en las que participan específicamente los equipos comunitarios (unidad de ingreso comunitario, Hospital de Día, Servicios de Rehabilitación, Programa de Seguimiento Individualizado y los Centros de Salud Mental). Ese espacio de coordinación tiene por objetivo articular entre los distintos equipos el proceso individualizado de rehabilitación y reinserción de cada paciente. También la frecuencia de dichas reuniones es mensual y participan, además de representantes de las unidades, los referentes psiquiátricos de los CSMA para tener datos clínicos suficientes para una coherencia en las líneas de trabajo.

Las redes asistenciales constituyen una imagen metafórica y especular en lo sanitario de lo que debería ser el tejido social, unos circuitos de comunicación y soporte entre individuos que viven en sociedad. La inserción social del paciente es un factor fundamental de rehabilitación y las

redes asistenciales no pueden tener un tejido tan tupido ni sustituir a las redes sociales, por lo tanto, desde todos los servicios, debemos potenciar esa trama afectiva y comunicativa esencial para la vida humana.

PROGRAMAS DOCENTES, FORMATIVOS Y DE INVESTIGACIÓN

Los programas docentes están articulados de forma diferencial según los programas y características de cada especialidad. Todos ellos cuentan con un tutor referente que organiza la rotación tanto de alumnos de pre como de postgrado y másters.

En cada servicio del área existen sesiones clínicas periódicas y participación de los alumnos en actividades teóricas y científicas y actividades de supervisión técnica específica. Los alumnos, en la medida de sus conocimientos, desempeñan roles de observador, co-terapeuta o terapeuta con supervisión. Las rotaciones por los distintos servicios está regulada por el plan docente específico de cada uno.

Los programas de formación continuada, como hemos mencionado, incluyen actividades regulares en las áreas básicas de salud para la capacitación del médico de familia y enfermera de atención primaria, actividades que son impartidas por los 15 profesionales que participan en el programa de primaria (psiquiatras, psicólogos y enfermeras especializadas).

En el programa de formación continuada de los propios profesionales de salud mental, en el que se incluyen los residentes de familia, de psiquiatría, psicología y enfermería, están las actividades mencionadas de tipo clínico y teórico (supervisiones semanales, sesión clínica semanal, sesión teórica o científica quincenal) y las facilidades que se ofrecen

desde la empresa para la asistencia a actividades externas de formación, además de algunos cursos y seminarios que la propia empresa Benito Menni promueve.

Los *programas docentes, formativo y de investigación*, a partir de enero de 2011, pasaron a estar articulados en el área asistencial manteniéndose las tutorías directas internas, de modo que se puedan ofrecer respuestas coherentes a las necesidades detectadas por los equipos en aspectos de formación continuada y se puedan articular mejor los programas docentes y de investigación con ámbitos universitarios.

Actualmente está en funcionamiento un Programa de educación sanitaria con institutos de la ciudad sobre salud mental que tiene como objetivo fundamental la erradicación del proceso de estigmatización y marginalidad con que socialmente se trata la conflictiva y patología psiquiátrica y pretende establecer la salud mental como un desarrollo positivo a cuidar por parte de los ciudadanos.

Cada programa docente, las actividades de formación continuada y las actividades de investigación tienen un referente en la zona que se coordina con los comités de docencia y formación de la empresa y con la fundación para la investigación.

VALORACIÓN GLOBAL DEL PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO EN EL ÁREA ASISTENCIAL INTEGRADA DE L'HOSPITALET Y PROSPECTIVA

1. La Unidad Polivalente de l'Hospitalet que inicia su actividad en diciembre de 2010 con los tres servicios actualmente en funcionamiento, posibilita que hablemos del inicio del programa integral de asistencia a la salud men-

tal en el área de l'Hospitalet que se expone en este artículo.

2. En el momento actual de recesión económica, el crecimiento de los servicios en la zona está marcado por la contención del gasto y la imposibilidad material de disponer de equipos de profesionales en número idóneo para las tareas previstas, pero el trabajo en equipo y las supervisiones de las formas de intervención terapéutica son esenciales para la eficiencia de los recursos y consiguen mantener alto el nivel de implicación e ilusión de los profesionales.
3. Los nuevos servicios desarrollan programas de intervención comunitaria en la línea más avanzada de la recuperación en salud mental, planteándose continuamente el sentido de lo que se hace y lo que no se hace, del síntoma conductual como de aquel que se manifiesta en el sufrimiento del sujeto, ubicando su significado en base a la biografía única de cada uno y valorando los aspectos sanos para potenciar la rehabilitación global del paciente.
4. La complementariedad de los servicios y los programas asistenciales y preventivos transversales son elementos a priorizar en las líneas de actuación del área. Y más allá de los servicios también es tarea de los equipos el potenciar las redes sociales de soporte informal (voluntarios, asociaciones, entidades, etc.).
5. La educación para la salud de la población y la potenciación de programas psicoeducativos son piezas clave de la mejora de la salud en la comunidad y temas pendientes de desarrollo conjunto tanto con la primaria sanitaria como con los servicios sociales y de enseñanza.

6. El establecimiento de trayectorias clínicas entre distintos niveles asistenciales, ya esbozadas a partir de las carteras de servicios y del trabajo en circuito asistencial y que deben culminar en programas específicos por patologías, actualmente tienen un grado de desarrollo insuficiente y deben aprovechar las estructuras existentes para adquirir un relieve propio.
7. En el programa especializado de soporte a primaria se están efectuando modificaciones importantes, diferenciando claramente el proceso de interconsulta asistencial, introduciendo elementos de mejora de la accesibilidad (consultas *on line* y organización de la agenda en base a la información previa que da el médico de cabecera con lo que se filtran y evitan algunas consultas). Tomando una de las áreas básicas como ejemplo, destacamos que solo el 17,7 % de las consultas asistenciales atendidas en primaria precisaron de atención posterior en el centro de salud mental y que en un 14 % de las propuestas de atención efectuadas no fue necesario visitar al paciente para efectuar la interconsulta que solicitaba el médico de cabecera. Cerca de la mitad (45 %) de pacientes asistidos en el ABS fueron dados de alta con una sola visita.

CONCLUSIONES

1. Los centros de salud mental en Cataluña van organizándose progresivamente para desarrollar Programas de soporte a la primaria sanitaria. Esos programas han de gestionar:
 - Atención inmediata.
 - Flujos de pacientes entre el sistema sanitario y el subsistema de salud mental.

- Formación continuada de los médicos de cabecera.
 - El seguimiento de pacientes psiquiátricos con patología somática.
 - Seguimiento conjunto de pacientes psiquiátricos.
 - Actividades preventivas en la comunidad.
 - «Educación para la salud» en el ámbito de salud mental.
2. La organización de los programas de soporte a la primaria en cada territorio para ser funcionales han de contar con:
- Un comité de dirección en el que participen los responsables de los centros de salud mental de adultos e infanto-juveniles y los centros de atención a la drogodependencia si no están integrados.
 - La existencia de médicos de cabecera referentes en salud mental en cada ABS que lideren el grupo de trabajo conjunto.
 - Trabajo asistencial en cada ABS por parte de psiquiatra, psicólogo y enfermera especializada, profesionales que han de trabajar también en el centro de salud mental para que no se produzcan discontinuidades.
 - Jornadas periódicas de reflexión conjuntas de los profesionales de primaria y de salud mental.
 - Sistema adecuado de soporte informático compartido.
 - Programa de formación continuado por niveles y según los lugares de trabajo.
3. El programa de primaria en el CSMA supone un programa *troncal* puesto que modifica la estructura, los lugares
- en los que trabajan los profesionales y los flujos asistenciales y, por ello, hemos evaluado muy positivamente la implicación de todos los profesionales del equipo y no debe plantearse como una actividad llevada a cabo solo por algunos.
4. El desarrollo de los programas psicoterapéuticos es fundamental en la actividad del Centro de Salud Mental y no puede proponerse como un tema graciable. La función y las intervenciones psicoterapéuticas forman parte esencial del tratamiento del paciente. Además de la función psicoterapéutica de cualquier acto clínico para lo que todos los profesionales deben tener un entrenamiento adecuado, será necesario el reconocimiento del rol y la especialización de los psicoterapeutas como formación específica que requiere un trato incluso administrativo diferencial.
5. Los programas de tratamiento del trastorno grave (severo) en la comunidad han de desarrollarse no solo por la mejoría que comportan en la calidad de vida del paciente sino también por la eficiencia que tienen y que pueden ayudar a la reducción de costes-sufrimiento y sobre todo para evitar la marginación del paciente. Esos programas de tratamiento comunitario comportan la necesidad de un entrenamiento y formación de los profesionales que participan en términos de Contención, Comprensión y Orientación terapéutica en concordancia con planes de seguimiento y cuidados multidisciplinarios en los que destacará por su importancia el rol de la enfermería psiquiátrica.
6. El paciente psiquiátrico grave ante todo ha de recuperar sus roles sociales, eliminar su sentimiento de marginalidad y estigmatización y establecer una alianza terapéutica que le permita

motivarse para el trabajo de rehabilitación y recuperación que en cada momento puede asumir. Por lo tanto hay que ser especialmente cuidadoso en evitar la actividad terapéutica represiva, en la que podemos caer fácilmente, ante la angustia que nos puede generar el síntoma psicótico. El síntoma es un reto para los profesionales, hay que contextualizarlo y encontrarle sentido. El paciente necesita recuperar dentro de lo posible el proyecto vital que dé sentido y esperanza a su vida.

7. Como la rehabilitación solo es posible potenciando el trabajo con las partes sanas del paciente, también podemos decir lo mismo de la sociedad y la familia. Tenemos que prevenir y tratar la patología de la normalidad con la que convivimos a diario fuera de los consultorios y responsabilizarnos como terapeutas del entorno inmediato para aportar elementos salutíferos puesto que sabemos ahora que la salud no es un producto natural sino que requiere trabajo, pensamiento y afecto.
8. La Salud Mental es un ámbito que hay que contemplarlo, no solo desde los escenarios sanitario y asistencial, sino que tiene una conexión privilegiada con los modos de vida y de felicidad o infelicidad personal. Es pues también un campo educacional en sentido amplio y deberían considerarse las inversiones en políticas de educación para la salud y en salud mental de la población general como inversiones que han de tener un alto rendimiento en mejorar el funcionamiento de los servicios sanitarios en general, la contención del gasto sanitario y sobre todo en la promoción de actitudes más proactivas y de crecimiento personal en la población general mejorando su calidad y nivel de vida. Sería conveniente que los políti-

cos de los que dependen los presupuestos sanitarios tuvieran en mente que el gasto efectuado en sanidad no es tal, sino que es una inversión, en tanto que es posible darle una función de impulso al crecimiento y desarrollo social y económico de la población.

9. Las organizaciones sanitarias, como todo grupo humano, se debate entre un funcionamiento saludable enfocado a objetivos y un funcionamiento de «supuestos básicos» (en los que subyacen elementos emocionales de dependencia, de envidia y confrontación o huida) que actúa contra esos objetivos. Difícilmente podrán cumplir la misión de promover una salud integral de la población en el ámbito comunitario si ellas mismas tienen funcionamientos falaces y rígidos. Propongo que se invierta en análisis institucional, supervisión de funcionamiento de los equipos y formación de los coordinadores en sistemas de liderazgo participativo, para que la red asistencial pueda dar las respuestas sanitarias globales que la sociedad necesita.

En definitiva en este artículo hemos intentado describir los equipos asistenciales y la organización de la asistencia a la salud mental de adultos en l'Hospitalet, con los cambios que se han introducido en la organización y procesos asistenciales en los últimos años, promovidos por las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón. Las conclusiones y reflexiones son únicamente opiniones del autor como responsable organizativo y psiquiatra comunitario en ese territorio desde 1981.

BIBLIOGRAFÍA

Alanen Yrjö O et al. Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas. AEN; 2008.

- Albaigès L, Ramos J. Atención primaria y salud mental. Factores de la relación. Monografías clínicas de atención primaria, Salud Mental, Cap. 2. Ed. Doyma; 1992.
- Albaigès L. La transformación de los servicios de salud mental comunitarios en l'Hospitalet. Informaciones psiquiátricas 2007;(190):461-472.
- Albaigès L, Castell E, otros. Análisis del rol centrado en el caso. Un aprendizaje por la experiencia. Rev de Psi Analítica grupal 5; 2009.
- Argullol R. Una filosofía nómada. Ed. Acantilado; 2007.
- Arminjon M, Ansermet F, Magistretti P. The homeostatic psyche: Freudian theory and somatic markers. Journal of psychology 104;2010:272-278. Paris.
- Ansermet F, Majistretti P. Freud, un avenir pour les neurosciences? Les Grands Dossiers des Sciences Humaines n.º 11, Dec 2010/Jan 2011.
- Ansermet F, Magistretti P. Les enigmes du plaisir. Ed. Odile Jacob; 2010.
- Armstrong D, Bassalgette D, Hutton J. What does management really mean? Casamora R et al. South Bank University Press, London; 1994.
- Armstrong D. Organisation in the mind. Ed. Robert French.
- Batram A. Navegar por la complejidad. Secc. I. Ed. Granica, Barcelona; 2001.
- Bion WR. Experiencias en grupo. Ed. Espaxs; 1995.
- Caper R. Els fets immaterials. Ed. Viena; 2003.
- Carneiro R. Fundamentos da Educaçao e da Aprendizagem. 2001.
- Cartera de serveis de salut mental i addiccions a l'APS. Camfyc; 2010.
- Castilla del Pino C. Conductas y actitudes. E. Tusquets; 2009.
- Chbani H, Pérez Sánchez M. Lo cotidiano y el inconsciente. 1998.
- Esping-Andersen G. Ed. Family formation and family dilemmas in contemporary Europe. F. BBVA; 2007.
- Foz Gil G, Gofin J. Atención primaria orientada a la comunidad. En Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Manual de Atención Primaria. Barcelona; 2003.
- Guia de psicoteràpies. Dcc. Gral. de planificació i avaluació. Pla dtor. Generalitat de Catalunya. Sèrie documents. Barcelona; 2006.
- Guttman D. La transformation. Ed. L'Hermes; 2000.
- Hinshelwood, Chiesa M. Organisation, anxieties & defenses: toward a psychoanalytic social psychology. London-Philadelphia; 2002.
- Liberman RP. Recovery from disability. American Psychiatric Publishing Inc.; 2008.
- Martindale B et al. Las Psicosis. Ed. Herder; 2009.
- Molina A. La inteligencia fracasada. Ed. Anagrama; 2004.
- Morin E. La Vía para el futuro de la humanidad. Ed. Paidós; 2011.
- Navarro J. Caos, complejidad y consultoria. Depart. de psicología social Univ. de Barcelona; 2005.
- Pla Director de Salut Mental i Addiccions. Ed. Generalitat de Catalunya; 2006.
- Pla Integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Ed. Generalitat de Catalunya; 2010.
- Projet de loi relatif aux droits et a la protection des personnes faisant l'objet des soins psychiatriques. Ass. Nationale 22; mars 2011.

Roma Vergès J. Mitos del liderazgo: la responsabilidad acumulada. Rev Staff Empresarial n.º 55.

Sloterdijk P. Esferas I, II. Biblioteca de ensayo. Siruela; 2003.

Tavistock clinic consulting. The unconscious at work. Cap. 6. Ed. Antón Obholzer et al.; 1993.

Thomas J. Niveles de la organización mental. Serie psicología evolutiva. EEIPP; 1995.

Thornicroft G, Tansella M. La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de servicios. Ed. Triacastela, Madrid; 2005.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE SOPORTE A LA PRIMARIA PARA TRASTORNOS ADAPTATIVOS CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA RELACIONADOS CON LA ACTUAL CRISIS ECONÓMICA EN LA POBLACIÓN DE MARTORELL

BERTA NUENO MAIRAL

Enfermera Residente de Salud Mental.

Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús, Serveis de Salut Mental (Martorell).

Escuela de Enfermería de Bellvitge (Barcelona).

Recepción: 29-05-12 / Aceptación: 04-10-12

RESUMEN

Desde finales de 2008 estamos sumergidos en una crisis económica que está afectando a la salud mental de muchos ciudadanos. En estos últimos meses no han dejado de aparecer estudios que ratifican que los problemas de salud mental han aumentado, y sobre todo los denominados «menos graves», como son la ansiedad y la depresión, derivados de un trastorno adaptativo.

Los objetivos consistirán en identificar los distintos estresores que pueden influir en la aparición de un trastorno adaptativo con sintomatología ansiosa, para posteriormente evaluar la eficacia de un programa psicoeducativo con la finalidad de disminuir la influencia de estos estresores y consecuentemente la sintomatología que crean.

La metodología a seguir, será un diseño descriptivo transversal, con una duración de dos meses y medio. La muestra se obtendrá de los tres Centros de Atención Primaria (CAPS) de la ciudad de Martorell. Posteriormente el diseño utilizado será un estudio prospectivo, pretest posttest, analítico casi experimental. Se elegirá aleatoriamente una muestra $N = 20$ en cada CAP, para realizar el programa psicoeducativo, que se llevará a cabo en el período de seis meses y medio.

Con el siguiente proyecto se quiere demostrar la influencia de la crisis económica como estresor en la aparición de nuevos trastornos adaptativos con sintomatología ansiosa, y usando esto como punto de partida, actuar directamente en primaria sobre el estresor, evitando la derivación a Salud Mental, y desaturando los centros, además de minimizar el estigma que ello conlleva.

Palabras clave

Crisis económica, trastorno adaptativo con ansiedad, atención primaria, salud mental.

ABSTRACT

The effects of the economic crisis are also tangible on the mental health of many citizens since its outburst in 2008. The recent appearance of multiple studies seems to confirm the increase on mental health problems on the population, specially the so-called «less serious», such as anxiety and depression, resulting from and adjustment disorder.

The aim of the present study is to identify different stressors that may influence the occurrence of an adjustment disorder with anxiety symptoms, and subsequently, to assess the effectiveness of a psycho-educational program designed to reduce the influence of these stressors and consequently minimize the symptoms they create.

The proposed methodology is based on a descriptive cross-sectional design with a duration of 2 months. The sample is to be obtained from the 3 primary health attention center (CAPS), of the city of Martorell. Subsequently, the design used is an analytical prospective pretest-posttest quasi-experimental. We will randomly choose an $N = 20$ in each CAP for the psycho-educational program to be held in the period of 6 months and a half.

The proposed project is to demonstrate the influence of the economic crisis as a stressor in the emergence of new adjustment disorders with anxiety symptoms and using this as a starting point, act directly on the primary stressor, thus reducing the usage of Mental Health and easing the capacity of the centers, as well

as avoiding the social stigma associated with it.

Keywords

Economic crisis, adjustment disorder with anxiety, primary care, mental health.

INTRODUCCIÓN

Si de algo puede presumir la humanidad es de que en estos dos últimos siglos se ha desarrollado una capacidad científico-técnica que nos sorprende a todos, sin embargo se ha olvidado de algo importantísimo: desarrollar a la vez la conciencia. Aparte de la tecnología, la medicina también ha avanzado muchísimo; pero me pregunto cómo es posible que haya miles de enfermedades nuevas, que afectan a miles de personas; pero sobre todo qué significa la enfermedad por excelencia del siglo XXI: la ansiedad y la depresión y por qué se dobla cada año la venta de ansiolíticos y antidepresivos¹.

El concepto mismo de salud mental es un concepto discutible y muy subjetivo y este está muy marcado por el relativismo cultural; lo que cada uno de nosotros entiende hoy por salud mental no es lo mismo que lo que piensan en otras culturas, ni es lo mismo que lo que entendíamos años atrás.

En España casi resulta tragicómico hablar de crisis cuando hace décadas que hay más de tres mil millones de personas que están en la pobreza absoluta. La forma capitalista de pensar de los últimos siglos nos ha llevado a una situación insostenible, tanto social como ecológicamente¹.

Economía en el fondo es hablar de seres humanos, de vida, de lo que nos relaciona, y lo hemos basado todo en matemáticas. Los seres humanos para vivir en el planeta tenemos que trabajar y trans-

formar la tierra y además tenemos que relacionarnos entre nosotros, es ineludible. Tenemos que dedicar tiempo y espacios de reflexión a nosotros mismos, a nuestra parte superior, no somos solo células¹.

Por otra parte el desarrollo de la psiquiatría moderna ha conducido a la formulación de la hipótesis que la enfermedad mental tiene una etiología social. Es el momento de la sociología de la medicina y la salud. La forma en que la enfermedad afecta a los grupos humanos y las pautas de reacción ante la enfermedad, nos hacen replantear los aspectos sociales de la sanidad.

Cabe resaltar que las enfermedades no se distribuyen ni uniforme ni aleatoriamente y que se reacciona diferente a la enfermedad según la posición del individuo en la estructura social⁷.

Pero, como agente de control social, la medicina se convierte en una forma de reproducción de la estructura social capitalista y de la ideología de las clases dominantes del sistema. Estamos viendo tratamientos médicos para comportamientos considerados como socialmente desviados que se exponen como ejemplos del «progreso» de la sociedad moderna⁸. De hecho el aumento del número de diagnósticos psiquiátricos ha sido muy considerable en estos últimos años⁹, atribuyéndolo fundamentalmente a la presión de la industria psicofarmacéutica para aumentar los trastornos mentales y su correspondiente tratamiento y posterior venta de medicamentos¹.

No cabe la menor duda de que la aplicación de tales diagnósticos médicos al comportamiento desviado es fruto de su íntima y directa relación con el orden moral de la sociedad, y que a menudo se convierte, entonces, en un instrumento de control al servicio directo del Estado¹⁰.

La medicina está destinada a convertirse en el más importante modo formal de

control social. La medicalización de la desviación social tiene varias consecuencias. El individuo deja en parte de ser considerado el responsable de su estado. La responsabilidad es situada en el mundo de la biofisiología o de la psique. Ello tiene como consecuencia la creación de una doble clase de ciudadanos: los responsables de sus actos y aquellos que no lo son, convirtiéndose estos en ciudadanos de segunda fila; un gran ejemplo serían los enfermos mentales y el estigma que crea la sociedad hacia ellos¹¹.

Antecedentes y estado actual del tema

En nuestra cultura occidental puntualizamos un par de momentos históricos. El primero hacia finales del siglo XIX cuando en todos los campos del conocimiento se vive un proceso de clasificación, que en salud mental, giraba entorno a que la patología mental era siempre consecuencia de una lesión cerebral².

Pero a las puertas del siglo XX aparece Sigmund Freud, que significará cambiar el ojo por la oreja y producir un acortamiento de las distancias entre el supuestamente sano y el supuestamente enfermo. Freud nos dice que los mismos mecanismos que operan en la patología, operan en cada uno de nosotros, los así llamados *normales*. Esto es, que entre el enfermo y la persona llamada *normal*, simplemente hay una diferencia de grado, de cantidad, no de cualidad².

La evidencia de que la salud mental no obedece solamente al funcionamiento de las estructuras cerebrales, ni que tampoco depende en exclusiva de la carga genética del sujeto, sino que también el medio, las experiencias concretas, las interacciones con los otros y la historia de cada sujeto, cuentan para entender el por qué de su mayor o menor equilibrio emocional. Esto hace que se desmedicalice la enfer-

medad mental, le quita esta imagen de patología física que tiene que ver exclusivamente con el saber médico e introduce los factores psicológicos, los factores antropológicos y los factores sociales. A esto lo llamamos visión holística del individuo².

La salud y la enfermedad reflejan la interacción entre el ser humano y el entorno. En 1948 la OMS definió la salud como «estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo ausencia de enfermedad, incluyendo otros factores como la espiritualidad, la percepción del entorno, el hogar y la economía»³.

La idea de calidad de vida es un concepto cardinal en la evaluación del nivel económico y social de un país, pero esto no nos llevará muy acertadamente a la realidad porque también necesitamos preguntarnos al menos, acerca de la distribución de los recursos y de lo que hacen en las vidas de la gente; necesitamos saber no solo el dinero que tienen, sino saber la forma en que la sociedad de que se trata permite a las personas imaginar, maravillarse, sentir emociones como el amor o la gratitud, que hacen presuponer que la vida es más que un conjunto de relaciones comerciales⁴.

A lo largo de la historia nos encontramos que para los griegos, en la Antigüedad Clásica, el concepto de crisis invitaba a pensar inmediatamente en su superación, nunca como una forma de estancamiento⁵.

En la Edad Media, el feudalismo dio paso a un sistema económico y social en el que la fuerza de la solidaridad era tal que se le dejaba a Dios la solución de las crisis⁵.

La burguesía, en cambio, más avariciosa que ahorrativa, más emprendedora que reflexiva, convirtió a la crisis en una tragedia, porque esta tenía que ver con sus procesos y mecanismos de acumulación de riqueza. Y la acumulación era la espi-

na dorsal de ese sistema económico que nació en la segunda parte del siglo XVI y que hoy trata de salir adelante, sirviéndose del que menos tiene⁶.

El periódico *La Vanguardia* del 16/09/07 alertaba que uno de cada cuatro europeos padecería algún trastorno mental en su vida; fundamentalmente depresión y ansiedad. El mismo diario, dos años después, publicaba que el 30 % de las consultas al CAP son por motivos de salud mental¹².

En el año 2005 la Unión Europea (UE) elaboraba un documento donde afirmaba que el 27 % de los europeos adultos padecerían alguna forma de alteración psíquica a lo largo de su vida. Se espera que la depresión sea la primera o segunda causa de enfermedad durante el año 2020 en el mundo desarrollado. También se menciona el hecho que los costes económicos lleguen al 4 % del producto interior bruto (PIB), debido a las pérdidas de productividad, a la jubilación anticipada y a las pensiones por discapacidad¹³.

Algunos expertos consideran que la actual crisis económica mundial comportará algunos de los retos más grandes que se hayan presentado nunca para la salud pública:

1. Desnutrición y consumo de alimentos menos nutritivos.
2. Incremento de la población sin hogar.
3. El paro y lo que comporta: pobreza relativa, pérdida de autoestima, comportamientos poco saludables, aumento de suicidios, etc.
4. Drogadicción, depresión, más tasas de alcoholismo, suicidios.
5. Mortalidad aumentada.
6. Salud infantil deteriorada.
7. Violencia (producto de la frustración, desesperación de estar en paro, subocupación).

8. Problemas de salud ambiental y laboral.
9. Injusticia social y violación de derechos humanos.
10. Problemas de disponibilidad, accesibilidad de los servicios de atención médica, etc.¹⁴.

Las razones, como vemos, son varias, pero lo peor es la percepción de inseguridad, es más, se ha comprobado que el mayor factor de riesgo para la salud emocional no es tanto la pérdida objetiva de recursos o ayudas, como la percepción subjetiva de disminución de apoyos percibidos, ya sean familiares, laborales o sociales, incluyendo los financieros¹.

Sabemos que a lo largo del siglo XX las grandes crisis económicas (crack del 29, corralito) se asociaron con repercusiones notables para la salud mental individual y colectiva, con aumento de enfermedades psicosomáticas, cardiovasculares, depresiones, suicidios, etc.¹⁵.

No hay datos precisos aún sobre las repercusiones de la actual crisis en la salud porque falta perspectiva, pero encontramos un artículo en *El País* con fecha 30/11/10 en el que la agencia de salud pública de Barcelona cifraba en un 7% el aumento de casos en el último año. Y este número podía ser superior en zonas con alta concentración industrial y aumento del paro¹⁶.

Los trastornos depresivos adaptativos con síntomas de estrés emocional y de ansiedad son algunos de los más habituales, aunque la recesión económica también afecta a patologías clásicas como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, al ser un colectivo más vulnerable.

Por definición un trastorno adaptativo es un estado de malestar subjetivo acompañado de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de

adaptación a un cambio biográfico significativo o de un acontecimiento vital estresante. Debe resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del factor estresante. Hay que aceptar que el trastorno no se habría presentado en ausencia del agente estresante^{17, 9}.

El paro tiene una gran influencia en las patologías mentales, no solo por los problemas económicos que genera, sino también por la pérdida de elementos no materiales relacionados con el trabajo, como el estatus, la estructura temporal diaria, la motivación para vivir, la autoestima, la actividad física y mental y las relaciones interpersonales (4.231.000 de desempleados en 01/2011¹⁸).

Los colectivos más vulnerables a la crisis son las personas menos cualificadas y con menor nivel de estudios y las mujeres con trabajos manuales. El impacto que tienen las crisis económicas en la salud es paradójico: la mortalidad disminuye en épocas de crisis económicas y aumenta en épocas de bonanza. Sin embargo, en las crisis aumentan los problemas de salud mental, los suicidios y el abuso de alcohol y otras sustancias, aumentan los conflictos en general y en las familias. También cabe destacar que en situaciones de crisis se reduce el absentismo laboral¹⁹.

Por otra parte no hay que olvidar a quienes se quedan en la empresa. Varios estudios realizados indican que entre ellos también aumentan los trastornos ansioso-depresivos. Las causas son una mayor incertidumbre sobre el futuro laboral, el aumento de los conflictos internos y los problemas derivados del recorte de plantillas, que supone más volumen de trabajo¹⁹.

La Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para salud mental (Helsinki 01/2005), reconoce que la salud mental es fundamental para la calidad de vida y productividad

de las personas, las familias, la comunidad y los países²⁰.

Dado que la salud se está convirtiendo en uno de los bienes más preciados de nuestra sociedad, y más si cabe la salud mental, y por tanto la dependencia con respecto a la asistencia y consejo médico es cada vez mayor, el papel de la medicina en su papel de definidor de lo normal y lo anormal, a pesar de quedar encubierto por la apariencia altruista de sus servicios, se eleva al mismo nivel de importancia que el de la Religión, la Ley y la Cultura⁷.

Justificación

Evidentemente nadie podría negar en mayor o menor medida que nos encontramos ante una crisis, pero, ¿una crisis de qué? ¿Realmente nos encontramos ante una crisis económica, o nos encontramos ante una crisis de valores del ser humano?

Hemos visto a lo largo del tema expuesto el considerable aumento de enfermedades mentales, y sobre todo de los trastornos adaptativos con ansiedad y/o depresión, y su consiguiente correlación con la actual crisis económica que nos afecta desde finales de 2008; también hemos visto la inexistencia de un protocolo de actuación hacia estos «trastornos adaptativos», en los que solo se trata la sintomatología y se deja de lado los estresantes, que son la verdadera causa que los provoca. Sabemos además que como enfermeros especialistas en salud mental, tenemos un papel fundamental en el acercamiento de los individuos y familias a los servicios sanitarios, actuando como observadores, conductores y contenedores, y participando en la comunidad, accediendo al entorno natural de los individuos, condición que nos permite un papel privilegiado para la educación y promoción de la salud desde una perspectiva biopsicosocial (integral). Además conta-

mos con nuestras propias herramientas enfermeras para detectar carencias en ella, como sería la valoración integral por los patrones funcionales de Marjory Gordon²³.

En España, más concretamente en Cataluña, se remarca que la Atención Primaria (AP), es la puerta de entrada del sistema sanitario, y que de una buena gestión de esta, dependerá la efectividad y la eficiencia del sistema de salud, teniendo un papel clave en la detección, mejora y resolución de los trastornos mentales menos graves²¹.

Actualmente en AP se realiza la detección de nuevos casos menos graves con el cuestionario de Goldberg. Se usa esta herramienta por su facilidad de uso para médicos no psiquiatras y por su corta duración; además de haber mostrado en su estudio de validación una sensibilidad del 83 % y una especificidad del 82 %²².

También se remarcan como objetivos la mejora del soporte del equipo de Salud Mental (SM) en la AP, formando a los profesionales de AP, y colaborando en el mismo centro en las tareas asistenciales, actividades grupales, acciones preventivas y de promoción de la salud²¹.

Por todo esto se propone la realización de un proyecto, en la ciudad de Martorell, en la zona del Baix Llobregat, afectada por el creciente paro, que consistirá en obtener datos sobre la repercusión que está teniendo la crisis en los CAPS de la localidad, ya que consideramos que son la puerta de entrada hacia los recursos de Salud Mental, centrándonos en el diagnóstico de trastorno adaptativo con ansiedad, por ser uno de los más significativos. A partir de aquí se creará un programa psicoeducativo, dentro del programa de soporte a la primaria, con un grupo control para valorar la eficacia de este programa.

Además se intentará mediante este programa, la desaturación de los Centros de

Salud Mental de Adultos (CSMA) y minimizar el estigma que lamentablemente crea en muchos pacientes la derivación a Salud Mental. Se elige el diagnóstico «trastorno adaptativo con ansiedad», por considerar que lo que se quiere detectar, trabajar y solucionar, es decir, a qué se dirige posteriormente este proyecto, es a la patología psiquiátrica de reciente aparición y de complejidad baja.

HIPÓTESIS

La actual crisis económica es un factor desencadenante de ansiedad (**H1**); y la implementación de un programa de soporte a la primaria dirigido a este factor desencadenante, disminuirá la ansiedad (**H2**).

OBJETIVOS

Objetivo general

H1. Detectar la relación existente entre el diagnóstico de trastorno adaptativo con ansiedad y la actual crisis económica.

H2. Evaluar la eficacia del programa psicoeducativo de «soporte a la primaria para trastornos adaptativos causados por la crisis económica».

Objetivos específicos

- H1.**
1. Identificar pacientes con sintomatología ansiosa mediante la escala de Goldberg.
 2. Identificar los factores desencadenantes de esta sintomatología ansiosa.
- H2.**
3. Identificar los patrones funcionales de salud de cada paciente.
 4. Evaluar el nivel de satisfacción del programa psicoeducativo post-intervención.

METODOLOGÍA

Diseño de investigación

El proyecto que se propone consta de dos partes. En primer lugar, es decir **H1**, en dónde se realizará un estudio descriptivo transversal, que se llevará a cabo en el período de dos meses y medio.

Posteriormente, en segundo lugar, es decir **H2**, constará de un estudio prospectivo, pretest posttest, analítico casi experimental. Se elegirá aleatoriamente una muestra de $N = 20$ en cada CAP, para realizar el programa psicoeducativo, que se llevará a cabo en el período de seis meses y medio.

Muestra

H1. La muestra para la primera parte del proyecto se obtendrá de los tres CAPS de la ciudad de Martorell. Formarán parte los pacientes que durante los dos primeros meses del proyecto sean diagnosticados de trastorno adaptativo con sintomatología ansiosa mediante la escala validada de Goldberg; para este proyecto se usará solamente la subescala de ansiedad. Según la subescala de ansiedad, cumplen criterio de diagnóstico de sintomatología ansiosa aquellos pacientes que en la escala obtengan un «sí» en dos o más de los cuatro ítems iniciales, y cuatro o más de los siguientes cinco ítems. Por último la muestra debe cumplir criterios de inclusión/exclusión.

H2. La muestra para la segunda parte del proyecto se obtendrá de los pacientes que hayan cumplido todos los criterios para **H1** y que además obtengan en la herramienta «Estudio de factores de estrés desencadenantes», que la causa de su sintomatología ansiosa, esté directamente relacionada con la crisis económica. Esta herramienta es de creación propia por no haber encontrado ninguna validada para

este fin, tras haber realizado una exhaustiva búsqueda bibliográfica. Uno de sus apartados es de opinión, el cual se cumplimentará de manera voluntaria para ampliar información y conocer más detalladamente qué piensan los participantes. Se considerarán factores de estrés desencadenantes relacionados con la crisis:

- Paro.
- Problemas económicos.
- Sobrecarga en el trabajo.
- Pérdida de rol por paro.
- Sobrecarga de rol por paro.

La muestra en esta segunda parte del proyecto estará formada por todos los pacientes de los tres CAPS que cumplan los criterios de inclusión/exclusión. A partir de aquí, en cada CAP, se elegirá aleatoriamente un grupo de casos con una $N_{\text{máxima}} = 20$, por considerar que es el número adecuado para que funcione un grupo psicoeducativo, y este no esté masificado. El resto de pacientes pasarán a formar parte del grupo control.

Criterios de inclusión

- H1.**
- Todos los pacientes diagnosticados de trastorno adaptativo con ansiedad entre el 1 de abril de 2011 y el 31 de mayo de 2011 en los CAPS donde se llevará a cabo el estudio, tanto en visitas ordinarias como en urgencias, y que no hayan sido derivados anteriormente a Salud Mental.
 - Todos los pacientes anteriormente descritos \geq de 16 años (por considerar que es la edad legal para poder trabajar) y $<$ de 65 años (edad actual de jubilación).
 - Todos los pacientes que hayan firmado el consentimiento informado y que deseen participar

de manera voluntaria en el estudio.

- H2.**
- Todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión H1 y de los cuales, en el «Estudio de factores de estrés desencadenantes», hayamos obtenido un diagnóstico de trastorno adaptativo con ansiedad causado directamente por la crisis económica.

Criterios de exclusión

- H1.**
- Todos los pacientes seleccionados que refieran no querer participar en el proyecto.
 - Todos los pacientes que tengan antecedentes psiquiátricos o que hayan sido derivados anteriormente por causas psiquiátricas a Salud Mental.
- H2.**
- Todos los pacientes cuyo factor de estrés desencadenante no tenga que ver directamente con la crisis económica.

Variables

Variables independientes

- Programa «Soporte a la primaria para trastornos adaptativos causados por la crisis económica» (H2).

Variables dependientes

- Cuestionario validado de Goldberg, subescala de ansiedad (H1, H2).
- Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon (H2).
- Cuestionario de satisfacción del programa (H2).

Variables sociodemográficas

- Edad.
- Sexo.

- Estudios.
- Clase social.
- Estado civil.

Variables relacionadas con los factores de estrés desencadenantes

- Situación familiar.
- Antecedentes psiquiátricos.
- Factores de estrés desencadenantes.
- Tipo de actividad laboral.
- Situación laboral.
- Tratamiento farmacológico.
- Situación laboral del resto de los miembros del núcleo familiar.

Instrumentos y procedimiento

La primera parte del proyecto consistirá en realizar un primer contacto con los CAPS de la ciudad con el fin de informar de la idea del proyecto y obtener los permisos pertinentes por parte de los centros. El documento en el que quedará constancia de la aceptación por parte del comité ético de cada CAP será el siguiente:

■ **Consentimiento informado para el comité de ética (H1, H2) (Anexo I).** Una vez obtenida la aprobación de los centros, se pasará a explicar a cada médico y enfermera de primaria en qué consiste el proyecto, obteniendo verbalmente su colaboración.

Realizar el cuestionario de Goldberg entra en el protocolo de primaria de pre-visibility diagnósticos de trastornos mentales, pero la puesta en común entre primaria y especializada sobre el proyecto, mejorará el entendimiento y evitará malentendidos.

Los pacientes realizarán el cuestionario validado de Goldberg cuando acudan

a su médico de atención primaria. Esto servirá para captar a los pacientes con trastornos adaptativos con sintomatología ansiosa, y como dato del estado de ansiedad preprograma.

■ **Cuestionario de ansiedad-depresión de Goldberg validado (H1) (Anexo II).** Se trata de una escala que fue desarrollada por este autor en 1988 con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de cribaje. Consta de dos subescalas dentro de la misma escala, una de ansiedad y otra de depresión, con nueve ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (sí/no). Se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. No se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad.

Pediremos la contestación solo a la subescala de ansiedad, que consta de cuatro ítems iniciales de despistaje; si se obtienen dos o más respuestas afirmativas se pasarán a contestar los siguientes cinco ítems. El punto de corte es cuatro o más respuestas afirmativas²².

Al final de cada semana (viernes a última hora), se acudirá a los CAPS para recoger los datos de los pacientes que hayan sido diagnosticados de trastorno adaptativo con sintomatología ansiosa y que cumplan todos los criterios de la muestra, antes descritos. Los datos serán recogidos durante dos meses. Semana a semana se realizará el reclutamiento telefónico (se intentará contactar con ellos durante máximo una semana).

Si aceptan la participación, se les explicará en qué consiste el proyecto y se les citará a todos juntos en el CAP correspondiente para una reunión la primera semana del tercer mes, pactando previamente con los centros una sala totalmente equipada con soporte informático y au-

diovisual, que se intentará que sea la misma durante todo el programa.

En la reunión se volverá a explicar el proyecto, con un espacio para resolver ruegos y preguntas y pasaremos a comenzar la recogida de datos con los siguientes instrumentos:

- Lo primero será firmar el **consentimiento informado (H1, H2)** (Anexo III).
- A continuación, los pacientes realizarán el instrumento/cuestionario: «Estudio de factores de estrés desencadenantes» (Anexo IV) (H1).

■ **Estudio de factores de estrés desencadenantes** (Anexo IV). Este instrumento es de creación propia, ante la imposibilidad, tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica, de encontrar ninguna escala/instrumento que nos permitiera cuantificar la afectación de la crisis económica sobre la salud mental.

El estudio consiste en obtener por un lado datos sociodemográficos y por otro, obtener datos como situación familiar, existencia de antecedentes psiquiátricos y cuánto tiempo se tardó en acudir al médico de cabecera desde que estos ocurrieron, factor de estrés que crea el paciente que ha sido el desencadenante, tipo de actividad laboral, situación laboral actual, situación y cambios laborales del resto de los miembros del núcleo familiar, situación y cambios laborales de personas de confianza, tratamiento farmacológico y diagnóstico. Además habrá un espacio para expresión personal, pero este será exclusivamente voluntario, con el fin de ampliar información a la enfermera.

Se tendrán en cuenta todos los ítems y se considerarán factores de estrés desencadenantes relacionados con la crisis económica los citados anteriormente en criterios de muestra H2.

Después de haber rellenado el consentimiento y el cuestionario, pasaremos a despedir a los pacientes y les avisaremos de que los que hayan sido seleccionados para el programa serán avisados vía telefónica y agradeceremos a los que luego no reciban ninguna llamada su participación hasta este punto del proyecto.

La enfermera especialista en salud mental, responsable del programa, se encargará de introducir los datos en una base de datos específica para el proyecto. El estadístico se encargará del análisis de los datos. La enfermera especialista se encargará de publicar los datos obtenidos de esta primera hipótesis, a poder ser la 2.^a o 3.^a semana de ese mismo mes (H1).

Tras haber verificado los pacientes que cumplan los criterios de inclusión para H2, la segunda parte del proyecto consistirá en elegir aleatoriamente en cada CAP un grupo de casos con una $N_{\text{máxima}} = 20$, por considerar que es el número adecuado para que funcione el grupo psicoeducativo que queremos llevar a cabo y este no esté masificado. El resto de pacientes que han cumplido criterio de inclusión para H2, pasarán a formar parte del grupo control, sin ellos saberlo, siguiendo el circuito habitual en Atención Primaria.

Se realizará el reclutamiento telefónico la 3.^a semana de ese tercer mes (se intentará contactar con ellos durante máximo una semana), y se les citará un día de la última semana del tercer mes para la primera sesión del programa psicoeducativo, ya explicado y firmado el consentimiento en la primera fase. Se intentará consensuar un día y hora que favorezca a la mayoría.

Se informará a todos los profesionales, ya sean DUES o médicos de primaria de cada CAP, los pacientes finalmente incluidos en el programa y la duración y fechas del mismo.

Las herramientas que usaremos en esta segunda hipótesis (H2) serán:

■ **Valoración por los patrones funcionales de Marjory Gordon** (Anexo V). Se recogen datos personales mediante la valoración de 11 patrones funcionales, de forma individualizada, a cada paciente. A través de esta valoración obtendremos datos de un modo integral (bio-psico-social) del paciente, para poder así adaptar las sesiones del programa lo mejor posible al grupo²³. (A partir de los patrones funcionales cabe la posibilidad de obtener diagnósticos de enfermería de la NANDA, y valorar cuantitativamente la evolución de estos en los pacientes a lo largo del programa²⁴.) Se añadirá además un último punto en el que se les pedirá a los pacientes que escriban qué expectativas tienen del programa, qué esperan aprender de él y qué esperan cambiar y resolver gracias a él.

■ **Programa «Soporte a la primaria para trastornos adaptativos con ansiedad causados por la crisis económica»** (Anexo VI). El programa se llevará a cabo con una frecuencia semanal, intentando ser siempre el mismo día de la semana y en la misma aula en cada CAP, con una duración de dos horas por sesión.

Constará de 22 sesiones a lo largo de cinco meses y medio. El programa también incluirá tres sesiones conjuntas con todos los familiares. La *evaluación del programa* será:

- Apareamiento de datos de la escala de ansiedad validada de Goldberg.
- Demandas al médico de primaria por motivos psiquiátricos y si ha sido necesaria su derivación a Salud Mental durante el tiempo que ha durado el programa.
- Resultados obtenidos sobre los patrones funcionales de Marjory Gordon.

El último día del programa, para valorar la satisfacción de los usuarios, se

realizará el siguiente cuestionario de satisfacción:

■ **Cuestionario de satisfacción del programa** (Anexo VII). Se administrará postprograma. Es una encuesta realizada para el proyecto por la residente de enfermería para recoger la opinión del grado de satisfacción de los pacientes participantes.

■ **Ficha de seguimiento de los pacientes incluidos en el programa** (Anexo VIII). Esta ficha servirá para ir dejando constancia de cada sesión que realice el paciente, de su participación y de su evolución. Además se reflejará la asistencia.

También habrá un espacio donde se dejará constancia de las demandas al médico de primaria por motivos psiquiátricos y si ha sido necesaria su derivación a Salud Mental en este tiempo.

Controles

A la par que se realiza la escala post de Goldberg, se contactará con los controles que no incluimos en nuestro programa psicoeducativo (se intentará contactar con ellos máximo una semana). Los citaremos para:

- Realizar de nuevo la escala de Goldberg, ítems de ansiedad.
- Preguntarles si han demandado por motivos psiquiátricos consulta en el CAP y si han sido derivados a Salud Mental (CSMA). Estos datos los corroboraremos con la base de datos del CAP.

Análisis de los datos

Los datos serán recopilados por la DUE especialista en salud mental que llevará a cabo el proyecto y será quien los introducirá en una base de datos diseñada para este fin.

Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables a estudio. Los datos *cuantitativos* incluirán media, mediana, frecuencias, varianza y desviación estándar. Los datos *cualitativos* se agruparán por categorías.

La valoración principal del estudio se hará mediante la prueba de la T de Student, de comparación de medias y el análisis de la varianza para establecer la relación entre la variable independiente y las variables dependientes.

Los datos serán analizados por medio del programa estadístico SPSS/8 (Special Package for Social Sciences). Esta función la realizará un estadístico.

Se extraerán las conclusiones del estudio y se procederá a la información y difusión de los resultados.

Limitaciones del estudio

Podemos encontrar una falta de colaboración por parte de los coordinadores de los CAPS, lo que obligaría a replantear la muestra a estudio. Por otro lado la selección de los participantes es mediante contacto telefónico, lo que nos puede suponer que haya dificultades a la hora del reclutamiento, en tanto se debería ajustar de

nuevo el tiempo que se ha pactado (una semana) para un primer contacto. Tras la selección de la muestra y la aceptación de participar en el estudio por parte de los sujetos, otra limitación que podríamos encontrar sería el fijar las fechas oportunas para llevar a cabo las sesiones del programa; se intentará obtener la decisión de la mayoría y llegar a un consenso. Otro tema a planificar con antelación para evitar posibles inconvenientes sería la disponibilidad de las instalaciones requeridas, aspecto que se trataría con los coordinadores de los CAPS para reservar con anticipación los recursos necesarios.

La necesidad de evaluación durante el desarrollo del programa para detectar problemas como falta de motivación por parte de los pacientes participantes para adaptar las sesiones a las necesidades de estos, el abandono de algún paciente durante el desarrollo del proyecto, sobre todo cuando coincida alguna sesión con período vacacional, la negativa de participación de las familias y la complejidad para evaluar algo tan subjetivo de forma cuantitativa, como es la ansiedad que siente cada paciente ante un estresor determinado, serían otras de las limitaciones a tener en cuenta.

Cronograma

PRIMERA PARTE DEL PROYECTO	
1. ^{er} mes <i>Abril 2011</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto con los CAPS. • Petición de permisos y autorizaciones necesarios. • Búsqueda de pacientes con criterios de inclusión H1 y reclutamiento telefónico. • Introducción de datos de subescala de ansiedad de Goldberg.
2. ^o mes <i>Mayo 2011</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuación de la búsqueda de pacientes con criterios de inclusión H1 y reclutamiento telefónico. • Continuación de la introducción de datos de subescala de ansiedad de Goldberg. • Preparación del aula y del material.

PRIMERA PARTE DEL PROYECTO *(continuación)*

- | | |
|---|--|
| 3.º mes
<i>Junio 2011</i>
(1.ª, 2.ª
y 3.ª semana) | <ul style="list-style-type: none"> • Firma del consentimiento informado. • Rellenar «Estudio de factores de estrés desencadenantes». • Publicación de datos H1. • Obtención de la muestra H2 y reclutamiento telefónico. |
|---|--|

SEGUNDA PARTE DEL PROYECTO

- | | |
|---|--|
| 3.º mes
<i>Junio 2011</i>
(4.ª semana) | <ul style="list-style-type: none"> • 1.ª sesión: sesión de presentación. • Rellenar la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon. |
|---|--|

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 4.º mes
<i>Julio 2011</i> | <p>MÓDULO 1: LA ANSIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de la 2.ª a la 5.ª. |
|-------------------------------------|---|

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 5.º mes
<i>Agosto 2011</i> | <p>MÓDULO 1: LA ANSIEDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6.ª sesión + reclutamiento telefónico personas de referencia. <p>MÓDULO 2: CRISIS ECONÓMICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de la 7.ª a la 9.ª. |
|--------------------------------------|---|

- | | |
|--|--|
| 6.º mes
<i>Septiembre 2011</i> | <p>MÓDULO 2: CRISIS ECONÓMICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de la 10.ª a la 13.ª. <p style="text-align: center;">+</p> <p>SESIONES DIRIGIDAS A LAS PERSONAS DE REFERENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de la 1.ª a la 3.ª (fechas orientativas dependiendo de la disponibilidad de las personas de referencia). |
|--|--|

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 7.º mes
<i>Octubre 2011</i> | <p>MÓDULO 2: CRISIS ECONÓMICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de la 14.ª a la 16.ª. <p>MÓDULO 3: PATRONES FUNCIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • 17.ª sesión. |
|---------------------------------------|---|

- | | |
|---|--|
| 8.º mes
<i>Noviembre 2011</i> | <p>MÓDULO 3: PATRONES FUNCIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones de la 18.ª a la 21.ª. |
|---|--|

- | | |
|---|--|
| 9.º mes
<i>Diciembre 2011</i> | <ul style="list-style-type: none"> • 22.ª sesión: sesión de clausura. • Contestación a la subescala de ansiedad de Goldberg (casos y controles). • Rellenar la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon. • Rellenar la encuesta de satisfacción. • Análisis y publicación de los datos H2, y H1 + H2 conjuntamente. |
|---|--|

Cuestiones administrativas y éticas

El estudio contará con la aprobación de las comisiones de ética e investigación general del centro y respetará las recomendaciones de la declaración de Helsinki, así como sus posteriores revisiones (incluida la de Corea de 2008) para investigación biomédica y la legalidad estatal y autonómica sobre este tipo de estudios.

Se solicitarán los permisos pertinentes de los CAPS donde se realice el proyecto (ver Anexo I), y a todos los participantes del estudio, que firmen el consentimiento informado (ver Anexo III). A los usuarios menores de edad, incapacitados legalmente y/o incapaces de entender y dar su consentimiento, se informará a los tutores y/o familiares y se obtendrá el consentimiento de los mismos.

Con el objetivo de garantizar la confidencialidad y seguridad de los datos personales de los usuarios participantes en el estudio se cumplirá con los preceptos de la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos personales.

Recursos y presupuesto

Recursos humanos

1. DUE Especialista en Salud Mental (7.000 euros).
2. Estadístico (1.000 euros).

Recursos materiales

1. Una sala de cada CAP.
2. Ordenador portátil (400 euros).
3. Cañón de proyección.
4. Pizarra.
5. Material de oficina (300 euros).
6. Escalas de evaluación que vamos a utilizar.

7. Paquete estadístico SPSS (dentro del presupuesto del estadístico).

Total del presupuesto: 8.700 euros

RELEVANCIA Y APLICABILIDAD DE RESULTADOS

Si se confirma la primera hipótesis (H1), estaremos demostrando que realmente la crisis económica ha influido en la salud mental de la población de Martorell.

De confirmarse la segunda hipótesis (H2), y el programa consigue disminuir la ansiedad en estos pacientes y así disminuir la derivación de estos a Salud Mental, y por lo tanto conseguir de esta forma la desaturación de los CSMA, disminuir la iatrogenia y el estigma causado por una mala derivación, y evitar además la habituación a los servicios de Salud Mental, su implementación en todos los CAPS sería una herramienta muy útil para conseguir todas estas premisas citadas.

Esto además conllevaría a la reducción de los costes socio-sanitarios al reducirse la inversión necesaria para tratamientos y al evitar la utilización de tantos recursos, ya sean ambulatorios u hospitalarios.

Además otro punto muy importante sería la desaturación de las carteras de pacientes que atienden los profesionales de Salud Mental, con la consecuente mejora de la atención a los pacientes que realmente requieren los servicios del CSMA por el momento de desarrollo o gravedad en el que se encuentra su patología.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, padre, tato, abuelita, tíos y primo/as, por estar siempre ahí siempre, en lo bueno y en lo malo y ayudarme siempre que lo he necesitado.

Al resto de personas que forman parte de mi vida (Huesca, Monzón, Zaragoza, Verona, Madrid, Barcelona), sin ese granito de arena que habéis aportado cada uno de vosotros a mi vida, no sería la persona que soy hoy.

A todos mis compañeros de Residencia, por compartir desconocimiento, dudas, estrés, satisfacción, recompensa, alegría, pero también sobre todo por creer que entre todos podemos hacer de este mundo un sitio mejor para vivir, donde las barreras de los prejuicios y el estigma se pueden romper.

A María Plana, mi tutora de Residencia; a Montserrat Puig, mi tutora de proyecto. A todos los profesionales con los que he rotado en el Sagrat Cor, no os podéis imaginar lo que me habéis aportado, porque está claro que como más se aprende es trabajando.

Y a todos los pacientes por enseñarme a comprender que ante todo son personas.

BIBLIOGRAFÍA

- Melé AJ. Dinero y conciencia. ¿A quién sirve mi dinero? Barcelona, Plataforma; 2009.
- Sierra Monjaraz H. «Salud mental y fin de siglo» (en línea). En: monografias.com. 1998. Ciudad de Rafaela. Disponible en URL: <http://www.monografias.com/trabajos/smenfins/smenfins.shtml> (consultado el 12/01/2011).
- Fernández Ballesteros R, Zamarrón MD, Maciá A. Calidad de vida en la vejez en distintos contextos. Madrid, Inerser; 1996.
- Nussbaum MC, Sen A. The Quality of Life. Oxford, Oxford University Press; 1993.
- Quesada Monge R. Las crisis económicas en el sistema capitalista. Elementos para su historia (en línea). Globalización. Revista Mensual de Economía, Sociedad y Cultura. N.º Mayo de 2009. ISSN 1605-5519 2009. Disponible en URL: <http://rcci.net/globalizacion/2009/fg857.htm> (consultado el 14/01/2011).
- Chingo J. El capitalismo mundial en una crisis histórica (en línea). Revista Estrategia Internacional. N.º 25. Diciembre 2008-Enero 2009. Disponible en URL: http://www.ft-ci.org/rubrique.php3?id_rubrique = 95?lang = es (consultado el 14/01/2011).
- Rodríguez JA. Salud y sociedad. Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español. Madrid, Tecnos; 1987.
- Navarro V. Medicine under capitalism. Nueva York, Prodist; 1976.
- American Psychiatric Association (en línea). Disponible en URL: [http://www.psych.org/search.aspx?SearchPhrase=5 DSM](http://www.psych.org/search.aspx?SearchPhrase=5%20DSM) (consultado el 14/01/2011).
- Waitzkin HB, Waterman B. The exploitation of illness in Capitalism Society. Indianápolis, BobsMerrill; 1977.
- Pitts J. Social Control: The concept. Nueva York, International Encyclopedia of Social Sciences, vol. 14, Macmillan; 1968.
- Raventós S. Crisis económica y salud mental (en línea). Revista Sin Permiso. info: Barcelona 2010. Disponible en URL: [http://www.sinpermiso.info/articulos/ficheros/11 %20mental.sergi.pdf](http://www.sinpermiso.info/articulos/ficheros/11%20mental.sergi.pdf) (consultado el 15/01/2011).
- Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la unión Europea en salud mental. Bruselas 2005 Oct 14. Bruselas, Comisión de las Comunidades Europeas; 2005.

14. Barry SL, Sidel VW. Crisis económica y salud pública (en línea). *Revista Medicina Social: Nueva York/ México DF*, 2009;4(2). Disponible en URL: <http://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/322/646> (consultado el 15/01/2011).
15. Rojas Soriano R. *Sociología Médica*. México DF, Plaza y Valdés; 1999.
16. Ambrojo JC. Los trastornos mentales aumentan un 7 % en un año (en línea). *El País*. 2010 Nov 30. Disponible en URL: <http://www.elpais.com/articulo/salud/trastornos/mentales/aumentan/ano/elpepusocsal/20101130elpepisa1/Tes> (consultado el 17/01/2011).
17. CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades (en línea). Disponible en URL: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_indice.html (consultado el 18/01/2011).
18. Ministerio de trabajo e inmigración (en línea). Disponible en URL: <http://www.mtin.es/estadisticas/bel/index.htm> (consultado el 18/01/2011).
19. Artazcoz L. Crisis económica y salud pública. Hacia un probable escenario de incremento de las desigualdades en la salud. M.: XI Monográfico teórico-práctico en salud mental. *Repercusiones de la crisis en la salud mental. Más allá de la crisis*; 26/11/2010.
20. Organización mundial de la salud. Conferencia ministerial para salud mental. Plan de acción en Salud Mental. Helsinki, OMS; 2005. Disponible en URL: <http://www.aen.es/web/docs/Helsinki05.pdf> (consultado el 20/01/2011).
21. Plan director de Salud Mental y adicciones de una CCAA; 2006. Disponible en URL: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/ms_rg_spain_es.pdf (consultado el 20/01/2011).
22. Montón C, Pérez Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12:345-349.
23. Gordon M. *Manual de diagnósticos enfermeros*. 10.ª edición. Madrid, Elsevier (Mosby); 2003.
24. NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*. Madrid, Elsevier; 2005.

ANEXOS**ANEXO I**

(Elaboración propia)

Consentimiento informado para la conformidad por parte del comité de ética del Centro de Atención Primaria (CAP), a la utilización de sus instalaciones durante el desarrollo del proyecto: evaluación de la eficacia de un programa de soporte a la primaria para trastornos adaptativos con sintomatología ansiosa relacionados con la actual crisis económica en la población de Martorell

El/la coordinador/a del comité de ética; Sr/Sra.

del CAP

con DNI y n.º de colegiado/a

AUTORIZA a la enfermero/a especialista en salud mental

.....

.....

con DNI y n.º de colegiado/a

A llevar a cabo el proyecto citado en el título, en su Centro de Atención Primaria, facilitándole las infraestructuras y material necesario citado en el apartado de recursos materiales, y comprometiéndose el/la profesional de enfermería especialista en salud mental a tratar adecuadamente los recursos facilitados.

Firma y fecha del especialista de enfermería en salud mental

Firma y fecha del coordinador/a de ética del centro

ANEXO II³¹
Escala de Goldberg validada

Nombre y apellidos

DNI

Fecha

A continuación, si no le importa, me gustaría que contestara unas preguntas para saber si ha tenido en las **dos últimas semanas** algunos de los siguientes síntomas:

SUBESCALA DE ANSIEDAD

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Se ha sentido muy irritable? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Si hay 2 o más respuestas afirmativas seguir contestando

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. ¿Ha estado preocupado por su salud? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

ANEXO III

(Elaboración propia)

**Consentimiento informado para la participación en el proyecto de investigación:
evaluación de la eficacia de un programa de soporte a la Primaria
para trastornos adaptativos con sintomatología ansiosa relacionados
con la actual crisis económica en la población de Martorell**

Yo,

- He leído la hoja informativa que me ha sido entregada.
- He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.
- He recibido respuestas satisfactorias.
- He recibido suficiente información en relación con el estudio.

Entiendo que la participación es voluntaria.

Doy mi consentimiento solo para la extracción de los datos necesarios en la investigación de la que se me ha informado sin posibilidad de compartir o ceder estos, en todo o en parte, a ningún otro investigador, grupo o centro distinto del responsable de esta investigación o para cualquier otro fin.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

Firma del paciente

Firma del investigador

Firma del testigo o tutor legal¹

En, a de de 20.....

¹ Firma del testigo o tutor legal en caso de que el paciente no estuviera capacitado para firmar el consentimiento informado.

- **La información del programa se encuentra en el Anexo VI, este será fotocopiado y entregado a los participantes (excluyendo la zona subrayada, que son indicaciones dirigidas a los profesionales).**

ANEXO IV
(Elaboración propia)

Estudio de factores de estrés desencadenantes

Nombre y apellidos del paciente:

N.º de historia: Tiempo transcurrido entre el factor estresante y su primera visita al médico de cabecera:

CAP de referencia:

En días:

- CAP Martorell
- CAP Torrent dels Llops
- Consultori Local Martorell Vila

Tipo de actividad laboral:

Sexo:

Situación laboral:

- Hombre
- Mujer

- Activo
- Baja
- Paro con prestación
- Paro sin prestación
- Pensión de invalidez
- Otros:

Edad:

Situación familiar:

- Familia de origen
- Solo
- Casado o pareja
- Casado o pareja con hijos:
- Otros:

Tratamiento farmacológico:

- Antidepresivos
- Ansiolíticos
- Estabilizadores del ánimo
- Otros:

Antecedentes psiquiátricos:

- Sí
- No

Situación laboral del resto de los miembros del núcleo familiar:

Factor de estrés desencadenante:

- Duelo por pérdida de ser querido
- Separación afectiva
- Sobrecarga de rol por paro
- Problemas económicos
- Sobrecarga en el trabajo
- Pérdida de rol por paro
- Paro
- Otros:

- Activo:
- Baja:
- Paro con prestación:
- Paro sin prestación:
- Pensión de invalidez:
- Otros:

P (pareja), H1, H2, H3... (hijos), PD (padre), MD (madre), O (otros).

Percepción de la situación personal:

ANEXO V³²

(Ha sido adaptado a las necesidades del estudio)

Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon

Nombre y apellidos:

CAP: Fecha:

1. Patrón de percepción de salud-manejo de salud

¿Cómo ha sido su salud en general?

 Buena Regular Mala

¿Qué cosas importantes realiza para mantenerse sano?

.....
.....

¿Cree que estas cosas provocan un cambio en la salud?

 Sí No

¿Fuma cigarrillos?

 Sí No ¿Cuántos?

¿Toma drogas?

 Sí No ¿Cuáles?

.....

¿Toma bebidas alcohólicas?

 Sí No A diario Cantidad Semanalmente Cantidad Mensualmente Cantidad

¿Cuándo bebió por última vez?

.....

¿Ha sufrido accidentes?

 Sí No

En el pasado, ¿le resultó fácil seguir las recomendaciones que su médico o enfermera le indicaron?

 Sí No

Estado de vacunación:

ANEXO V³² (continuación)
(Ha sido adaptado a las necesidades del estudio)

Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon

Medicación:

Sí No

Conocimientos sobre su enfermedad:

Aceptación Rechazo Indiferencia

2. Patrón nutricional-metabólico

¿Cuál es la ingesta típica diaria de alimentos? (describir):
.....

Apetito:

Normal Aumentado Disminuido

¿Suplementos?

Sí No

¿Cuál es la ingesta típica de líquidos? (describir):
.....

¿Ha habido pérdida/ganancia de peso?

Sí No Cuantificar

Respecto a los alimentos o a la alimentación: ¿malestar?

Sí No

¿Restricciones en la dieta?

Sí No

¿Náuseas?

Sí No

¿Vómitos?

Sí No

¿Nota usted la piel y las mucosas hidratadas?

Sí No

(A rellenar por enfermería) Peso: Talla: IMC:

ANEXO V³² (continuación)

(Ha sido adaptado a las necesidades del estudio)

Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon**3. Patrón de eliminación**

Patrón de eliminación intestinal (describir):

.....

¿Molestias?

.....

¿Problemas con el control?

 Sí No

¿Uso de laxantes?

 Sí No

Patrón de eliminación urinaria (describir):

.....

¿Problemas de control?

 Sí No**4. Patrón de actividad-ejercicio**

Patrón de ejercicio. Tipo:

.....

Regularidad:

.....

Actividades de tiempo libre/actividades de juego:

.....

(A rellenar por enfermería) TA: FC: FR:

5. Patrón de sueño-descanso

Generalmente, ¿se encuentra descansado y preparado para las actividades de la vida diaria después de dormir?

 Sí No

Horas de sueño:

¿Tiene problemas para conciliar el sueño?

 Sí No

ANEXO V³² (continuación)
(Ha sido adaptado a las necesidades del estudio)

Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon

¿Ayudas?

Sí No Tipo:

¿Sueños (pesadillas)?

Sí No

¿Despertar temprano?

Sí No

¿Períodos de descanso-relax?

Sí No

6. Patrón cognitivo-perceptual

¿Tiene dificultad para oír?

Sí No

¿Ayudas?

Sí No

Visión. ¿Lleva gafas?

Sí No

¿Cuándo se hizo la última revisión?

¿Algún cambio en la concentración de memoria?

Sí No

¿Le resulta fácil/difícil tomar decisiones?

Sí No

¿Algún malestar?

Sí No

¿Dolor?

Sí No ¿Cómo lo trata?

¿Tiene alguna alteración del tacto?

Sí No

¿Tiene algún tipo de retraso intelectual?

Sí No

ANEXO V³² (continuación)

(Ha sido adaptado a las necesidades del estudio)

Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon**7. Patrón de auto percepción-autoconcepto**

¿Cómo se describe a sí mismo?

.....

.....

La mayor parte del tiempo, ¿se siente a gusto consigo mismo?

Sí No

¿Ha habido cambios en sus sentimientos hacia sí mismo?

Sí No

¿Hay cosas que le hacen enfadar frecuentemente?

Sí No

¿Le hacen sentir miedo?

Sí No

¿Le producen ansiedad?

Sí No

¿Le deprimen?

Sí No

Marque los sentimientos que haya sentido en los últimos dos meses:

Tristeza Impotencia Inferioridad Euforia

Culpabilidad Ansiedad Inutilidad

¿Qué le ayuda?

.....

¿Alguna vez ha perdido la esperanza?

Sí No

¿No se siente capaz de controlar las cosas en su vida?

Sí No

¿Qué le ayuda?

.....

ANEXO V³² (continuación)

(Ha sido adaptado a las necesidades del estudio)

Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon

¿Qué le preocupa?

.....

Si procede: ¿de dónde percibe exigencias o presiones?

• Origen (personal, ideas, sensaciones):

• Ámbito/lugar:

8. Patrón de rol-relaciones

Estructura familiar (edad, sexo, actividad) (diagrama).

Personas con las que convive:

Rol/responsabilidad dentro del núcleo familiar:

¿Cómo trata la familia por regla general los problemas?

Bien Regular Mal

La familia, ¿qué tal lo trata?

Bien Regular Mal

¿Dificultad para tratar con ellos?

Sí No

Reacción de la familia a la enfermedad:

Preocupación Desinterés Apoyo Ansiedad

Tranquilidad Culpa Otras

¿Pertenece a algún grupo social?

Sí No

¿Tiene amigos cercanos?

Sí No

ANEXO V³² (continuación)

(Ha sido adaptado a las necesidades del estudio)

Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon

¿Se siente solo (con frecuencia)?

 Sí No

Tiempo que pasa solo y por qué:

¿Se siente parte (o aislado) del barrio dónde vive?

Personas de su entorno más significativo y principal confidente:

.....

9. Patrón de sexualidad-reproducción

Si procede según la edad y situación: ¿Las relaciones sexuales son satisfactorias?

 Sí No

¿Ha habido cambios?

 Sí No

¿Problemas?

 Sí No

Si procede: Sentimientos frente a ellos:

 Ansiedad o preocupación Miedo Culpabilidad Tristeza Rabia Otros (especificar)

Si procede: ¿Utiliza anticonceptivos?

 Sí No

¿Problemas?

 Sí No

En mujeres: ¿Cuándo comenzó la menstruación?

Último período menstrual:

¿Problemas menstruales?

 Sí No

¿Embarazos?

 Sí No

ANEXO V³² (continuación)
(Ha sido adaptado a las necesidades del estudio)

Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon

10. Patrón de adaptación-tolerancia al estrés

¿Se ha producido algún cambio importante en su vida en el último año/dos últimos años?

Sí No

¿Alguna crisis?

Sí No

Cuando está tenso, ¿qué le ayuda?

¿Utiliza alguna medicina, droga o alcohol?

Sí No

Cuando (si) ha habido grandes problemas (cualquier problema) en su vida ¿cómo los ha tratado?

.....

La mayor parte del tiempo, ¿esta (estas) forma(s) ha(n) tenido éxito?

Sí No

11. Patrón de valores-creencias

Generalmente, ¿consigue en la vida las cosas que quiere?

Sí No

¿Tiene planes de futuro importantes?

Sí No

La religión ¿es importante en su vida?

Sí No

Si procede: ¿le ayuda esto cuando surgen dificultades?

Sí No

OTROS

¿Hay alguna otra cosa de la que no hayamos hablado y que quiera mencionar?

Sí No

.....

Comente qué expectativas tiene del programa, qué espera aprender de él y qué espera cambiar y resolver gracias a él:

.....

ANEXO VI

(Elaboración propia)

**Programa «soporte a la Primaria para trastornos adaptativos
causados por la crisis económica»**

SESIONES DIRIGIDAS A LOS PACIENTES

El programa se dividirá en tres módulos, con un total de 22 sesiones, de dos horas de duración cada una con un descanso de 10 minutos. *El primer módulo irá dirigido a abordar la ansiedad y su sintomatología, que es el motivo por el que llegaron los pacientes a la consulta; una vez hayamos abordado esto continuaremos abordando al estresor, que en este caso es la crisis económica y sus consecuencias; y por último abordaremos el resto de patrones funcionales de Marjory Gordon que no se habían abordado todavía en los dos módulos anteriores, porque consideramos la visión integral del individuo (bio-psico-social), para un abordaje completo de este.* Las sesiones se dividirán por lo general en una acogida donde se comentará lo que se ha hecho a lo largo de la semana y cómo se han sentido, sin entrar en temas muy personales (unos 20 minutos). A continuación se pasará a exponer teóricamente el tema a tratar en cada sesión, ayudados de *power-point* y fotocopias (unos 40 minutos). Seguidamente se hará un descanso (unos 10 minutos) y pasaremos a poner en común lo aprendido favoreciendo la participación, la interrelación y las habilidades sociales, así como un ambiente de apoyo entre los participantes del grupo (unos 20-30 minutos). Por último realizaremos una sesión de relajación, poniendo en práctica cada día distintas técnicas (unos 20-30 minutos). Cada paciente tendrá una carpeta para guardar las fotocopias que se vayan entregando a lo largo del programa.

1.ª sesión: presentación

- Presentación de cada miembro del programa.
- Explicación del programa.
- Realización de la «Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon».
- Consenso de horarios.

MÓDULO 1. LA ANSIEDAD**2.ª sesión**

- Acogida de la semana.
- Mecanismos físicos y psíquicos de la ansiedad. Diferencia con miedo y estrés.
- Lluvia de ideas, opiniones y debate.

3.ª sesión

- Acogida de la semana.

- Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la ansiedad.

- Lluvia de ideas, opiniones y debate.

4.ª sesión

- Acogida de la semana.
- Introducción a la relajación. Explicación de técnicas: Jacobson, visualización, etc.
- Sesión de relajación.

5.ª sesión

- Acogida de la semana.
- Continuación con la introducción a la relajación. Explicación de la importancia de la respiración y más técnicas de relajación.
- Lluvia de ideas, opiniones y debate.
- Sesión de relajación.

ANEXO VI (continuación)
(Elaboración propia)

**Programa «soporte a la Primaria para trastornos adaptativos
causados por la crisis económica»**

6.ª sesión

- Acogida de la semana.
- Yoga, sofrología, taichí. Medicinas alternativas.
- Lluvia de ideas, opiniones y debate.
- Sesión de relajación.

MÓDULO 2. CRISIS ECONÓMICA

7.ª sesión

- Acogida de la semana.
- Crisis económica a lo largo de la historia. Sistema capitalista. Distintas clases de sociedades y estratos sociales.
- Lluvia de ideas, opiniones y debate.
- Sesión de relajación.

8.ª sesión

- Acogida de la semana.
- Crisis económica y estigma en la sociedad. Estigma en la salud mental.
- Lluvia de ideas, opiniones y debate.
- Sesión de relajación.

9.ª sesión

- Acogida de la semana.
- Reconocer situaciones que producen estrés. Técnicas de afrontamiento.
- *Role-playing*.
- Sesión de relajación.

10.ª sesión

- Acogida de la semana.
- Autoestima: técnicas para aumentarla.
- Lluvia de ideas, opiniones y debate.
- Sesión de relajación.

11.ª sesión

- Acogida de la semana.
- Habilidades sociales e inteligencia emocional. Educación en valores.
- Lluvia de ideas, opiniones y debate.
- Sesión de relajación.

12.ª sesión

- Acogida de la semana.
- Actividades y *hobbies*. «No me gusta, me gusta, me encanta».
- Lluvia de ideas, opiniones y debate.
- Sesión de relajación.

13.ª sesión

- Acogida de la semana.
- Realización de un Curriculum Vitae.
- Sesión de relajación.

14.ª sesión

- Acogida de la semana.
 - Entrevista de trabajo. Técnicas, lenguaje verbal y no verbal.
 - *Role-playing*.
 - Sesión de relajación.
-

ANEXO VI (continuación)

(Elaboración propia)

Programa «soporte a la Primaria para trastornos adaptativos causados por la crisis económica»**15.ª sesión**

- Acogida de la semana.
- Uso de internet como herramienta de búsqueda de empleo.
- Sesión de relajación.

16.ª sesión

- Acogida de la semana.
- Prensa y actualidad. Influencia de los medios de comunicación.
- Lluvia de ideas, opiniones y debate.
- Sesión de relajación.

MÓDULO 3.**PATRONES FUNCIONALES****17.ª sesión**

- Acogida de la semana.
- Patrón percepción de salud-manejo de salud: tóxicos y sus consecuencias. Hábitos de vida saludables.
- Lluvia de ideas, opiniones y debate.
- Sesión de relajación.

18.ª sesión

- Acogida de la semana.
- Patrón nutricional-metabólico: beneficios de distintos tipos de alimentos. Dieta equilibrada. Falsos mitos.
- Lluvia de ideas, opiniones y debate.
- Sesión de relajación.

19.ª sesión

- Acogida de la semana.

- Patrón de eliminación y patrón de actividad-ejercicio: beneficios del deporte en la salud y su relación con los beneficios en la eliminación. Alimentos beneficiosos para la eliminación. Uso de coadyudantes.

- Lluvia de ideas, opiniones y debate.

- Sesión de relajación.

20.ª sesión

- Acogida de la semana.

- Patrón sueño-descanso y patrón cognitivo-perceptual: la importancia de un buen descanso, técnicas de higiene de sueño. Trabajo en la toma de decisiones y técnicas para mejorar la concentración y la memoria.

- Lluvia de ideas, opiniones y debate.

- Sesión de relajación.

21.ª sesión

- Acogida de la semana.

- Patrón rol-relaciones y patrón sexualidad-reproducción: rol dentro de la familia, adaptarse a los cambios. La importancia de una buena vida sexual y de revisiones periódicas.

- Lluvia de ideas, opiniones y debate.

- Sesión de relajación.

22.ª sesión de clausura

- Realización de la subescala validada de ansiedad de Goldberg.

- Realización de la «Valoración por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon».

- Realización de la encuesta de satisfacción del programa.

- Clausura del programa.

ANEXO VI (continuación)
(Elaboración propia)

**Programa «soporte a la Primaria para trastornos adaptativos
causados por la crisis económica»**

SESIONES DIRIGIDAS A LAS PERSONAS DE REFERENCIA

El programa también incluye tres sesiones de dos horas de duración dirigidas a los componentes del núcleo familiar o personas de referencia de los pacientes incluidos en el programa. Las sesiones se realizarán con periodicidad semanal, serán durante tres semanas seguidas. *Se contactará vía telefónica y se consensuará el día y horario que mejor cuadre a todo el mundo. Se considera muy adecuada la realización de estas sesiones por la importancia que en la buena evolución de un paciente tiene el contar con un apoyo estable, que dé soporte y contención al paciente en momentos de crisis.*

1.ª SESIÓN: «Enseñanza del proceso de enfermedad: la ansiedad»

- Presentación del especialista de enfermería, de las personas de referencia de los pacientes y del desarrollo de las sesiones.
- Proporcionar información acerca de los mecanismos de funcionamiento de la ansiedad.
- Puesta en común de situaciones y valoración de los progresos de los pacientes.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para controlar el proceso de la enfermedad.
- Instruir a la familia sobre las medidas para prevenir/minimizar síntomas y efectos secundarios de la enfermedad. Técnicas de relajación.
- Explorar recursos/apoyos posibles.
- Preguntas y dudas sobre el tema.

2.ª SESIÓN: «Fomentar la implicación de la/as persona/as de referencia»

- Identificar y poner en común la capacidad y la disposición de la/as persona/as de referencia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Identificar y poner en común la percepción y expectativas de la/as persona/as de referencia ante la situación, sucesos desencadenantes, sentimientos y conductas del paciente.
- Reconocer qué situaciones producen más estrés y dar pautas para mejorar y centrarse en los aspectos positivos del paciente y de la/as persona/as de referencia.
- Preguntas y dudas sobre el tema.

3.ª SESIÓN: «Apoyo a la familia»

- Valorar la reacción emocional, inquietudes y sentimientos de la/as persona/as de referencia frente a la enfermedad del paciente.
 - Responder a todas las preguntas de la/as persona/as de referencia o ayudarles a obtener respuestas.
-

ANEXO VI (continuación)

(Elaboración propia)

Programa «soporte a la Primaria para trastornos adaptativos causados por la crisis económica»

-
- Proporcionar a la/as persona/as de referencia el conocimiento necesario acerca de las opciones que les pueden ayudar en la toma de decisiones sobre los cuidados del paciente, y facilitar oportunidades de apoyo de grupos del mismo tipo.
 - Poner en común entre todas las personas de referencia experiencias vividas con los pacientes, y cómo las han afrontado, para así entre todos buscar enfoques para situaciones similares.
 - Preguntas y dudas sobre el tema.
 - Clausura de las sesiones.
-

ANEXO VII

(Elaboración propia)

Cuestionario de satisfacción del proyecto de investigación: evaluación de la incidencia de la actual crisis económica en la salud mental de la población de los CAPS de la ciudad de Martorell (Barcelona), y posterior evaluación de la eficacia de un programa de «soporte a la Primaria para trastornos adaptativos causados por la crisis económica» en dicha población

Este es un cuestionario de carácter anónimo con el que se pretende valorar su grado de opinión acerca del proyecto arriba nombrado del que ha formado parte.

Lea atentamente antes de contestar y sea lo más sincero posible.

PRIMERA PARTE DEL PROYECTO

1. Me ha resultado fácil comprender la explicación acerca del funcionamiento y finalidad del proyecto.
 Sí No
2. Me ha resultado fácil rellenar la subescala de ansiedad de Goldberg.
 Sí No
3. Me ha resultado fácil rellenar el estudio de factores de estrés desencadenantes.
 Sí No

SEGUNDA PARTE DEL PROYECTO

1. ¿Ha faltado a alguna sesión del Programa?
 Sí No En caso de Sí ¿Cuántos días?
-

ANEXO VII (continuación)
(Elaboración propia)

Cuestionario de satisfacción del proyecto de investigación: evaluación de la incidencia de la actual crisis económica en la salud mental de la población de los CAPS de la ciudad de Martorell (Barcelona), y posterior evaluación de la eficacia de un programa de «soporte a la Primaria para trastornos adaptativos causados por la crisis económica» en dicha población

2. ¿Considera que el tiempo de dos horas por sesión es adecuado?
 Es adecuado Es excesivo Es escaso
 3. ¿Considera que una sesión a la semana es adecuada?
 Es adecuada Es excesiva Es escasa
 4. ¿Considera adecuados los horarios en los que ha sido impartido el programa?
 Sí No
 5. ¿Le ha resultado gratificante asistir al programa?
 Sí No
 6. La enfermera especialista en salud mental que ha impartido el programa ¿se ha adaptado bien a las necesidades de los participantes?
 Sí No
 7. ¿Considera que el material y los medios utilizados para la presentación y desarrollo de las sesiones han sido adecuados?
 Sí No
 8. ¿Considera que la exposición de los contenidos de las sesiones por parte de la enfermera especialista en salud mental han sido adecuados?
 Sí No
 9. ¿Considera que la disponibilidad de la enfermera especialista en salud mental para aclarar preguntas, dudas, ha sido adecuada?
 Sí No
 10. ¿Considera que la dinámica de las sesiones ha sido la adecuada?
 Sí No
 11. ¿Considera que ha sido adecuado realizar técnicas de relajación en todas las sesiones?
 Sí No
-

ANEXO VII (continuación)

(Elaboración propia)

Cuestionario de satisfacción del proyecto de investigación: evaluación de la incidencia de la actual crisis económica en la salud mental de la población de los CAPS de la ciudad de Martorell (Barcelona), y posterior evaluación de la eficacia de un programa de «soporte a la Primaria para trastornos adaptativos causados por la crisis económica» en dicha población

12. ¿Considera que ha sido suficiente el tiempo dedicado a la relajación?

Sí No

13. ¿Qué sesión considera que, en general, ha satisfecho más sus expectativas?

.....

14. ¿Qué sesión considera que ha sido más útil y práctica respecto con su patología?

.....

15. ¿Considera que ha adquirido habilidades para controlar su ansiedad?

Sí No

16. ¿Considera que ha adquirido habilidades para disminuir su ansiedad?

Sí No

17. ¿Considera que el programa, en general, le ha sido útil para su patología?

Sí No

18. ¿Tiene menos ansiedad que cuando comenzó el programa?

Sí No

19. ¿Recomendaría a otra persona en su situación el programa?

Sí No

20. Sugerencias y mejoras del programa:

.....

.....

.....

.....

.....

ANEXO VIII
(Elaboración propia)

Ficha de seguimiento de los pacientes incluidos en el programa «soporte a la Primaria para trastornos adaptativos causados por la crisis económica»

Nombre y apellidos:

CAP:

Sesión n.º: Fecha:

Acude a la sesión: Sí No

Actividades/sucesos a lo largo de la semana:

.....

Actitud con el profesional:

.....

Actitud con los compañeros:

.....

Participación:

.....

Valoración/evaluación/adaptación o cambios respecto al programa por parte del profesional:

.....

.....

Demanda de consulta a Atención Primaria en la última semana:

Sí No

Demanda por motivos psiquiátricos:

Sí No

Derivación a especialista de salud mental:

Sí No

Otros comentarios:

.....

.....

.....

A PROPÓSITO DE UN CASO. LA RELACIÓN ENTRE TOC Y PSICOSIS

EMILIO GONZÁLEZ PABLOS
CLARA GONZÁLEZ SANGUINO
Complejo Hospitalario San Luis. Palencia.

Recepción: 25-09-12 / Aceptación: 06-11-12

RESUMEN

La presencia de síntomas psicóticos en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se ha recogido en la literatura desde hace muchos años.

El diagnóstico adicional de un nuevo cuadro (trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado), o la especificación de poca conciencia de enfermedad del TOC, es posible en DSM IV-TR.

Presentamos un caso de trastorno obsesivo-compulsivo que años después presenta también sintomatología psicótica congruente con el diagnóstico de trastorno delirante.

Se realiza una revisión sobre el tema. El diagnóstico diferencial y las fronteras y límites entre ideas obsesivas y delirios parece el centro del caso.

El tratamiento con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) junto con antipsicóticos de segunda generación parece la opción más eficaz, aunque se requieren más

estudios para conocer mejor las estrategias terapéuticas a seguir.

Palabras clave

Trastorno obsesivo-compulsivo, sintomatología psicótica, síntomas asociados.

ABSTRACT

The presence of psychotic symptoms in patients with an obsessive-compulsive disorder has been recorded in literature for many years.

The additional diagnosis of a new disorder (delusional disorder, or psychotic disorder not otherwise specified), or the clarification of little awareness in the obsessive-compulsive disorder is possible in DSM IV-TR.

We present a case of obsessive-compulsive disorder, which years later, also presents psychotic symptoms, congruent with the delusional disorder diagnosis.

The study also made a revision of the topic. The differential diagnosis, and borders and boundaries between obsessive ideas and delusions, seems to be the focus of the case.

The treatment with antidepressants serotonin-specific reuptake inhibitor (ISRS) with second generation antipsychotics (ASG), seems the most effective option, however more studies are needed to better understand the therapeutic strategies to follow.

Keywords

Obsessive-compulsive disorder, psychotic symptoms, associated symptoms.

INTRODUCCIÓN

La característica esencial del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es la presencia de obsesiones o compulsiones de carácter recurrente que ocasionan un malestar clínicamente significativo (tabla I).

La comorbilidad con otros trastornos del eje I es posible, siendo la más frecuente con depresión, trastornos fóbicos, esquizofrenia y trastorno delirante¹.

La concurrencia de sintomatología obsesiva con sintomatología psicótica es un fenómeno descrito de antiguo. Por otro lado el diagnóstico diferencial entre obsesiones y compulsiones y síntomas delirantes a veces es muy difícil.

El diagnóstico adicional de un nuevo cuadro (trastorno delirante o trastorno psicótico no especificado), o la especificación de poca conciencia de enfermedad del TOC es posible en DSM IV-TR².

Presentamos un caso de trastorno obsesivo-compulsivo que años después presenta también sintomatología psicótica congruente con el diagnóstico de trastorno delirante.

CASO CLÍNICO

Varón de 48 años de edad. Comienzo de la enfermedad a los 15 años. No finalizó sus estudios. No fue capaz de estabilizarse en ningún trabajo. Diagnóstico inicial a los 21 años de trastorno obsesivo-compulsivo, con una clínica inicial de ideas obsesivas de limpieza e higiene, así como rituales de orden y simetría, de repetición y comprobación. Comienzo entonces de tratamientos ambulatorios. Inicialmente fue tratado con clorimipramina con buena respuesta.

Ingresó en varias ocasiones: año 1994 (cuando tenía 22 años), 1997 (a los 25 años) y 1998 (a los 26 años). Los ingresos eran motivados por abandonos de la medicación, abuso de alcohol y episodios de agresividad hacia sus padres.

También se consideró en el último ingreso el diagnóstico de Trastorno de la personalidad no especificado: pocas actividades, poco interés por mantener relaciones sexuales, preferencia por actividades solitarias, ausencia de relaciones íntimas, dependencia, descontrol de impulsos, falta de asertividad, rasgos obsesivos, etc.

Convive con los padres en el domicilio familiar desde hace años, siguiendo tratamiento ambulatorio. Hace aproximadamente 11 meses (a los 38 años) inició sintomatología psicótica. Hace aproximadamente cuatro meses abandona el tratamiento e inicia dieta estricta porque decide adelgazar, entre otras razones. Causa problemas de relación en el entorno familiar: desconfía de la asistente, al creer que le envenena la comida (bromuro), necesita comprobar y repasar lo que previamente se ha limpiado, se aísla en la habitación, fumando continuamente y bebiendo cantidades importantes de alcohol, etc. Cree que en el piso superior están instaladas cámaras para vigilarle y controlarle, «por orden de la fiscalía, tras la denuncia

TABLA 1

Criterios para el diagnóstico de F43.8 Trastorno obsesivo-compulsivo

A. Se cumplen para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por:

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
3. La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
4. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento).

Las compulsiones se definen por:

1. Comportamientos (p. ej.: lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej.: rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.
2. El objeto de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan excesivos.

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. *Nota:* este punto no es aplicable a los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (más de una hora al día) o interfieren con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno del eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej.: preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej.: drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

Tomado de: APA. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson; 2002.

de una vecina que se sentía observada en el patio interior del edificio». Sale solo a los bares, refiere que lee el periódico y toma un café, pero se siente observado y perseguido, cree que le envenenan el café por mirar a las mujeres. «Me echan alguna sustancia que disminuye la sexualidad». Ha cambiado varias veces de ubicación de plaza de garaje del coche, cree que le rayan el coche, le pinchan las ruedas, etc. Cree ser víctima de «una caza de brujas» porque «me tienen envidia, porque vivo sin trabajar». Capta conversaciones de la gente en los bares en las que hablan de él o se refieren a él. Es decir existen claras ideas delirantes de persecución y referencia.

Todas estas circunstancias se acompañan a la negativa de tomar medicación y de acudir a su psiquiatra, motivo por el cual los padres solicitan una orden judicial para ser valorado en el Servicio de Urgencias del Hospital General.

Durante el ingreso tenemos ocasión de estudiarle durante una larga temporada. Los primeros días no existen ideas obsesivas ni rituales compulsivos, predominan las ideas delirantes de persecución, verbaliza claramente que ha sido denunciado, que es seguido por la policía, que la gente habla de él, que comentan cosas acerca de él, que está siendo objeto de una persecución, etc.

Para el estudio del paciente han sido de utilidad los siguientes instrumentos: MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)³, PANSS (Escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia)⁴, MOCI (Inventario obsesivo-compulsivo de Maudsley)⁵, Y-BOCS (Escala de Yale-Brown para el trastorno obsesivo-compulsivo)⁴ y MMPI (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota)⁶.

Siguió tratamiento con olanzapina a dosis de 20 mg/día y fluoxetina a dosis de 20 mg/día. La evolución ha sido muy

positiva, de tal manera que transcurridas varias semanas el paciente continúa sin síntomas obsesivos y han desaparecido las ideas delirantes. Se normaliza su conducta, somete a crítica sus ideas delirantes y tiene conciencia de enfermedad. De un modo progresivo comienza a hacer una vida normal, restablece las relaciones con su familia y es posible un alta en el plazo de varios meses.

DISCUSIÓN

La frecuencia de síntomas psicóticos en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo se ha analizado en varios estudios. En los estudios de seguimiento retrospectivo concluyen que estos pacientes no corrían más riesgo de presentar esquizofrenia que la población general⁷.

En un estudio transversal⁸ encontraron que el 14 % de los sujetos con TOC manifestaban síntomas psicóticos.

En la tabla II⁹ se resume la frecuencia de síntomas psicóticos en TOC.

Según Insel y Akiskal¹⁰ suelen ser episodios paranoides reactivos o trastornos del humor. Pueden ocurrir con una frecuencia de hasta el 20 %.

En este grupo se podría considerar lo que otros autores llaman TOC psicótico o maligno¹¹. Se trataría de pacientes que inicialmente son diagnosticados de TOC y posteriormente desarrollan un cuadro psicótico en el curso de una enfermedad crónica y refractaria al tratamiento.

Solyom¹² definió la psicosis obsesiva como:

- a) Presencia de un síntoma obsesivo principal que interfiera con el desarrollo de la vida cotidiana y sea fuente de otros síntomas obsesivos.
- b) El síntoma obsesivo roza lo delirante, es decir, sin sentimiento de compulsión subjetiva y sin *insight* ni resistencia.

TABLA II
Frecuencia de TOC con síntomas psicóticos (SP) o esquizofrenia (E)

Estudio	n	%
Janet (1903)	300	4 (E)
Schindler (1930)	66	0
Müller (1953)	57	12,3 (E)
Rudin (1953)	130	10 (E)
Pollit (1957)	101	1 (E)
Ingram (1961)	64	6,3 (E)
Kringlen (1965)	91	3,3 (E)
Lo (1967)	88	2,3 (E)
Rosenberg (1968)	144	2,8 (E) 4,2 (SP)
Welner y cols. (1976)	150	2 (E) 9,3 (SP)
Karno y cols. (1988)	468	12 (E)
Elsen y Rasmussen (1993)	475	4 (E)

Tomado de: Vallejo Ruiloba J, Menchón Magriñá JM, Alonso Ortega MP. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C (directores). Tratado de psiquiatría. Volumen II. Barcelona, Ars Médica; 2005: 1278-1310.

c) Con ausencia de los síntomas esquizofrénicos característicos.

Para Vallejo^{13, 14}, los pacientes con psicosis obsesiva no son psicóticos sino auténticos obsesivos, con deterioro psicosocial, cronicidad en la evolución y escasa respuesta a los fármacos.

Algunos graves pacientes de TOC carecen de *insight* acerca de sus síntomas obsesivos y podrían ser considerados en este grupo.

Por otro lado, la presencia de síntomas o trastornos obsesivo-compulsivos en la esquizofrenia es un fenómeno muy documentado. De hecho, desde la época de Bleuler se han descrito.

Las cifras de prevalencia de TOC en esquizofrenia varían del 1 % hasta el 3,5 % en estudios clásicos, al 30 % en es-

tudios más recientes. Los síntomas obsesivos en esquizofrenia obtienen resultados de prevalencia entre el 10 % y el 64 % (tabla III).

Para Bland¹⁵ el índice de prevalencia durante la vida de trastorno obsesivo-compulsivo en la población esquizofrénica es de 59,2 y en la población general es de 4,0.

Una serie de informes de caso han comunicado aparición o empeoramiento de los síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes psicóticos al tomar antipsicóticos de segunda generación¹⁶. Se considera un tema abierto, necesitando más estudios prospectivos controlados.

Algunos autores han propuesto el nombre de esquizofrenia «esquizo-obsesiva» a este fenómeno de la existencia simultánea de síntomas de esquizofrenia y de trastorno obsesivo-compulsivo¹⁷.

TABLA III
**Prevalencia de síntomas obsesivos (SO)
 o trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en la esquizofrenia**

Estudio	Tipo de estudio	n	%
Jahrreiss (1926)	Retrospectivo	1.000	1,1
Harrowes (1931)	Retrospectivo	100	1
Rosen (1959)	Retrospectivo	848	3,5
Fenton y McGlashan (1986)	Retrospectivo	163	12,9
Bland y cols. (1987)	Transversal	21	52,4
Karno y cols. (1988)	Transversal	288	20
Berman y cols. (1995)	Transversal	102	25
Elsen y cols. (1997)	Transversal	77	7,8
Fabisch y cols. (1997)	Transversal	42	19
Porto y cols. (1997)	Transversal		26 (TOC) 6 (SO)
Bermanzohn (1998)	Transversal		59,2
Cassano y cols. (1998)	Transversal	56	24
Poyurovsky y cols. (1999)	Transversal	50	14
Tibbo (2000)	Transversal	42	25

Tomado de: Vallejo Ruiloba J, Mención Magriñá JM, Alonso Ortega MP. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C (directores). Tratado de psiquiatría. Volumen II. Barcelona, Ars Médica; 2005: 1278-1310.

A pesar de existir numerosas hipótesis acerca de este fenómeno, son precisos más estudios para comprender mejor la causa y el efecto de la presencia de TOC en pacientes con esquizofrenia¹⁸.

Algunos pacientes pueden evolucionar de una sintomatología inicial obsesivo-compulsiva a la esquizofrenia. Aunque esta posibilidad ha sido siempre considerada y admitida, los estudios existentes al respecto, con el seguimiento de numerosos pacientes a lo largo de años, ofrecen resultados muy bajos (tabla IV). Parece más frecuente que algunas formas de esquizofrenia puedan iniciarse con manifestaciones clínicas obsesivoides difíciles de diferenciar. Se correspondería a las denominadas esquizofrenias pseudo-neuróticas.

CONCLUSIONES

El caso clínico descrito inicialmente parece un cuadro típico de Trastorno Obsesivo-compulsivo con ideas obsesivas y rituales compulsivos graves, con una afectación notable de su actividad general y un malestar clínicamente significativo. Inicialmente existe conciencia de enfermedad y el sujeto reconoce sus ideas como propias, no impuestas desde fuera, reiterativas y persistentes. Son egodistónicas y se identifican como intrusiones patológicas.

El paciente respondió bien a la medicación durante años: clorimipramina primero y luego fluoxetina. Aunque existía una tendencia a dejar el tratamiento y a realizar abusos de alcohol esporádicos y

TABLA IV
**Porcentaje de pacientes inicialmente diagnosticados
 de trastorno obsesivo-compulsivo que evolucionaron a esquizofrenia**

Autor	Años de seguimiento	(N)	Porcentaje que cambió a esquizofrenia
Rudin (1953)	2-26	130	10
Müller (1953)	15-34	37	12,3
Polit (1957)	0-15	67	1,5
Ingram (1961)	1-11	64	6
Kinglen (1965)	13-20	84	3,6
Lo (1967)	½-4	88	2,3
Rosenberg (1968)	1-28	144	2,8
Bratfos (1970)	12-22	126	0
Welner y cols. (1976)	0-15	150	1,3

Tomado de: Menchón Magriñá JM. Psicosis y trastorno obsesivo-compulsivo. En: Vallejo Ruiloba J, Berrios GE. Estados obsesivos. Tercera edición. Barcelona, Masson; 2006: 599-613.

a mostrarse conflictivo en las relaciones con sus padres.

Posteriormente, la presencia simultánea de ideas delirantes de perjuicio y referenciales obliga a un diagnóstico diferencial. Estas ideas son fijas, creencias falsas, inmodificables, egosintónicas y a las que el paciente se agarra con fuerza.

El diagnóstico diferencial entre ideas obsesivas y delirantes parece la clave. Habitualmente el diagnóstico diferencial es claro y sencillo. Es preciso realizar este diagnóstico basándose en la conservación del juicio crítico y de la capacidad del paciente de considerar estos pensamientos como intrusivos y nacidos en su propia mente (obsesiones), o por el contrario como ajenas a él, creídas y vividas con firmeza (delirio). Así como de la capacidad del paciente de resistirse a los pensamientos y/o comportamientos intrusivos¹⁹.

Por otro lado, las ideas delirantes no son extrañas, son comprensibles, se pueden entender, se puede conectar su génesis con sus experiencias de la vida cotidiana y con sus ideas obsesivas. No

parecen existir alucinaciones, solamente interpretaciones y deformaciones de la realidad claramente paranoides. Su deterioro psicosocial es notable, sobre todo con gran afectación de la relación familiar, hasta el punto de ser preciso una intervención judicial para forzar un tratamiento que había abandonado.

Algunos autores¹¹ admiten la posibilidad de una transición de la idea obsesiva a delirante, cuando se pierde la conciencia de enfermedad y se abandona la resistencia contra la idea. Así, la duda de haber cometido un acto reprimible (en nuestro caso mirar a las mujeres, mirar a la vecina) se sustituye por el delirio de persecución por haber cometido dicho acto (me vigilan con cámaras, me envenenan los cafés, etc.).

Bermanzohn²⁰ llama delirios obsesivos a estos cuadros a veces tan difíciles de diferenciar y señala que son «híbridos: obsesivos en su forma y psicóticos en su contenido».

Además, en el estudio antes citado de Eisen y Rasmussen⁸ de 475 pacientes

obsesivo-compulsivo el 14 % presentaban síntomas psicóticos diversos: el 4 % una esquizofrenia asociada; el 2 % un trastorno delirante asociado no relacionado con el trastorno obsesivo-compulsivo; el 3 % un trastorno esquizotípico de la personalidad y el 6 % convicción delirante sobre la racionalidad de sus obsesiones (trastorno obsesivo-compulsivo delirante o sin conciencia de enfermedad). En este y otros trabajos se ha observado una evolución y una respuesta al tratamiento diferente, siendo mejor la del subtipo delirante²¹.

Respecto al tratamiento, tampoco existen muchos trabajos. Pero la línea general es la utilización de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) junto con antipsicóticos de segunda generación. La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha sido poco utilizada en estos pacientes. Se requieren más estudios para conocer mejor las estrategias terapéuticas a seguir^{18, 19, 22}. En este sentido se puede recordar que en el momento de escribir estas líneas está en marcha una revisión Cochrane sobre el tema con el título: «Intervenciones para los síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia».

BIBLIOGRAFÍA

- Hollander E, Simeon D. Trastornos de ansiedad. En: Hales RE, Yudofsky SC, Gabbard GO (directores). Barcelona, Masson; 2009: 481-575.
- APA. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson; 2002.
- Sheehan D, Lecrubier Y, Ferrando L. MINI Mini International Neuropsychiatric Interview. Spanish Version 5.0.0. Madrid, Instituto de Investigación y Asistencia Psiquiátrica; 1998.
- García Portilla MP, Bascarán MT, Sáiz PA, Parellada M, Bousoño M, Bobes J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 5.^a edición. Barcelona, Ars Médica; 2008.
- Ávila A. Una contribución a la evaluación de las obsesiones y compulsiones: revisión del inventario de obsesión de Leyton (LOI) y del cuestionario obsesivo-compulsivo del Maudsley (MOCQ). *Psiquis* 1986;7:93-99.
- Ávila Espada A, Jiménez Gómez F. Versión española del MMPI-2. Madrid, TEA Ediciones; 1999.
- Goodwin DW, Guze SB, Robbins E. Follow-up studies in obsessional neurosis. *Arch Gen Psychiatry* 1969;20: 182-187.
- Eisen JL, Rasmussen SA. Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *J Clin Psychiatry* 1993;54: 373-379.
- Vallejo Ruiloba J, Menchón Magriñá JM, Alonso Ortega MP. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C (directores). Tratado de psiquiatría. Volumen II. Barcelona, Ars Médica; 2005: 1278-1310.
- Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Is J Psychiatry* 1986;143:1527-1533.
- Hwang MY, Bermanzohn PC, Opler LA. Síntomas obsesivo-compulsivos en pacientes con esquizofrenia. En: Hwang MY, Bermanzohn PC (editores). Esquizofrenia y patologías comórbidas. Barcelona, Masson; 2003: 53-71.
- Solyom L, DiNicola VF, Phil M, Sookman D, Luchins D. Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Cn J Psychiatry* 1985;30:372-380.

13. Vallejo J. Relación de los trastornos obsesivos con otras patologías psíquicas. Reflexiones en torno a la ubicación nosológica y la clasificación de los trastornos obsesivos. En: Vallejo J, Berrios GE, directores. Estados obsesivos, 2.^a ed. Barcelona, Masson; 1995: 261-295.
14. Menchón Magriñá JM. Psicosis y trastorno obsesivo-compulsivo. En: Vallejo Ruiloba J, Berrios GE, directores. Estados obsesivos. Tercera edición. Barcelona, Masson; 2006: 599-613.
15. Bland RC et al. Schizophrenia: Lifetime comorbidity in a community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1987;75:383-891.
16. Hadi E, Greenberg Y, Sirota P. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: Prevalence, clinical features and treatment. A literature review. *World Journal of Biological Psychiatry*. 2011 May.
17. Zohar J. Is there room for a new diagnostic subtype: the schizo-obsessive subtype? *CNS Spectrums* 1997;2:49-50.
18. Brunett MF, Noordsy DL, Green AI. Trastornos concurrentes por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos. En: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. Tratado de esquizofrenia. Barcelona, Ars Médica; 2008: 221-242.
19. Montgomery S, Zohar J, López-Ibor JJ, López-Ibor Alcocer MI. Trastorno obsesivo-compulsivo. London, Martin Dunitz; 1999.
20. Bermanzohn PG. Síndromes olvidados de la esquizofrenia: penetrancia, perfiles y fenomenología. En: Johannessen JO, Martindale BV, Cullberg JC (eds.). Evolución de las psicosis... Barcelona, Herder; 2008: 389-426.
21. Eisen JL, Rasmussen SA. Fenomenología del trastorno obsesivo-compulsivo. En: Stein DJ, Hollander EH. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona, Ars Médica; 2004: 213-234.
22. Goodwin G, Fleischhacker W, Arango C, Baumann P, Davidson M, de Hert M, Falkai P, Kapur S, Leucht S, Licht R, Naber D, O'Keane V, Papakostas G, Vieta E, Zohar J. Advantages and disadvantages of combination treatment with antipsychotics ECNP Consensus Meeting, March 2008. *J Eur Neuropsychopharmacol* 2009;19(7):520-532.

PSICOSIS AGUDAS: PSICOSIS REACTIVAS, BOUFFÉES DÉLIRANTES Y PSICOSIS CICLOIDES

FERNANDO BOATAS ENJUANES

Psiquiatra. CSMA de Martorell. Hospital Sagrat Cor, Germanes Hospitalàries.

Recepción: 15-01-13 / Aceptación: 12-02-13

RESUMEN

Desde finales del siglo XIX encontramos en la literatura médica ricas descripciones de episodios psicóticos agudos y transitorios. Aunque las descripciones varían según el autor y su procedencia geográfica, se describen cuadros psicóticos que, por su curso agudo, clínica polimorfa que mezcla síntomas psicóticos y afectivos, y evolución hacia la remisión, no podían enmarcarse en alguno de los grandes grupos de psicosis sistematizadas por Kraepelin (esquizofrenias y psicosis maníaco-depresivas). No obstante, la conceptualización actual está lejos de quedar aclarada y la nosología exacta es una fuente de discusión.

La controversia permanece en la actualidad y de los casi 40 nombres acuñados para esos cuadros clínicos de psicosis que no encajaban en la descripción kraepeliniana, se han mantenido relativamente vigentes las **psicosis reactivas**, la **psicosis delirantes agudas** (o *bouffées délirantes*) y sobre todo las **psicosis cicloides**.

Presentamos un amplio estudio de estas tres entidades valorando tanto su recorrido histórico como su vigencia actual.

Palabras clave

Psicosis aguda, psicosis reactiva, *bouffée délirant*, psicosis cicloide.

SUMMARY

Since the late XIXth century we found in the medical literature rich descriptions of acute and transient psychotic episodes. Although descriptions vary by author and geographical origin, describes acute psychotic symptoms, clinical polymorphous mixed psychotic and affective symptoms, and evolution towards remission could not framed in any of the major groups of psychosis classified by Kraepelin (schizophrenia and manic-depressive psychoses). However, the current conceptualization is far from being clarified and the exact nosology is a source of contention.

The controversy remains today and nearly 40 names coined for those of psychosis clinical pictures that did not fit the description of Kraepelinian, have remained relatively force the **reactive psychoses, delusional psychosis acute** (or *bouffées délirant*) and especially **cycloid psychoses**.

We present a comprehensive study of these three entities valuing both its historical journey as its contemporary relevance.

Keywords

Acute psychosis, reactive psychosis, *bouffée délirant*, cycloid psychosis.

1. INTRODUCCIÓN

La psicosis y los trastornos afines han sido descritos en casi todas las culturas y disponemos de amplias referencias bibliográficas a lo largo de la Historia. Aunque las descripciones más técnicas y precisas empiezan a aparecer durante los siglos XVI y XVII, el término concreto de ‘psicosis’ es introducido en 1845 por Ernst von Feuchtersleben (1806-1849) en oposición al concepto de ‘neurosis’ formulado por William Cullen (1710-1790)¹. Von Feuchtersleben definía psicosis como una ‘enfermedad del alma’, entendiendo ‘alma’ en el concepto alemán de ‘pensamiento’ o ‘mente’. Su planteamiento dio inicio a una primitiva estratificación del sistema nervioso: «*la psicosis en una enfermedad de la imaginación (es decir representación del mundo). Por debajo de la imaginación encontramos las enfermedades de los nervios puramente corporales, y por encima de la imaginación, las alteraciones de los pensamientos, los sentimientos y la voluntad*»².

Las ideas embrionarias sobre la psicosis de von Feuchtersleben continuaron

retomándose por sucesivos autores clásicos (principalmente franceses y alemanes) quienes empezaron a considerar la existencia de diferentes subtipos de psicosis. La psiquiatría francesa fue una de las de mayor producción aunque se mantuvieron en una posición descriptivista que pobló la literatura médica de cuadros psicopatológicos particulares. Por su parte, desde la psiquiatría alemana se iniciaron los intentos de sistematización de la psicosis, tratando de delimitar categorías aspirantes a constituirse en enfermedades, según el modelo médico de la época¹.

Y así, se llegó el enorme trabajo monográfico de Emil Kraepelin (1856-1926), basado en un brillante planteamiento patocrónico y evolutivo, quien en 1899, con la 6.^a edición de su tratado de Psiquiatría³ dividió las psicosis endógenas en dos grandes grupos: la *demencia precoz* de curso progresivo y deteriorante (que Eugen Bleuler (1857-1939) rebautizaría con el nombre de *esquizofrenia* al observar que la ‘escisión’ en los pensamientos era la anormalidad fundamental⁴) y la *Psicosis Maníaco Depresiva* (hoy englobada en el apartado de Trastornos Afectivos) de buen pronóstico respecto a la conservación de la personalidad y de curso periódico.

La importancia de esta distinción entre *demencia precoz/esquizofrenia* y la *enfermedad maníaco-depresiva* fue rápidamente adoptada por la clase psiquiátrica debido a su utilidad tanto clínica como pronóstica y sigue siendo uno de los episodios fundamentales de la psiquiatría moderna. Años después, las clasificaciones internacionales mayoritarias, la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD, 10.^a edición) de la OMS y el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM IV) de la APA persisten en esta distinción^{5, 6}.

No obstante, en la literatura psiquiátrica se iban acumulando descripciones de cuadros psicóticos que por su curso agu-

do, clínica polimorfa que mezcla síntomas psicóticos y afectivos, y evolución hacia la remisión, no podían enmarcarse en alguno de esos dos grandes grupos. Son trastornos de difícil ubicación nosológica y en los que solo forzando los criterios diagnósticos o incorporando subapartados a los criterios de otras enfermedades, podrían incluirse en los diagnósticos oficiales.

Ya desde principios del siglo XX se propusieron algunas soluciones, como la sugerencia del propio E. Kraepelin de considerar un grupo de *Psicosis mixtas* con síntomas de ambas entidades, o de las *Psicosis atípicas* de Ernst Kretschmer (1888-1964) o las formas intermedias postuladas por el propio E. Bleuler o Kurt Schneider (1887-1967), soluciones que, sin negar la dicotomía kraepeliniana, permitían la existencia de esos cuadros⁶.

Otros autores nunca aceptaron el reduccionismo de Kraepelin y consideraban a estos cuadros agudos y polimorfos según los planteamientos de uno de sus más firmes opositores, Carl Wernicke (1848-1905), que siempre los definió como formas independientes de psicosis⁷. Sus ideas tuvieron una influencia decisiva en la elaboración de las tesis de Karl Kleist (1879-1960) y Karl Leonhard (1904-1988)⁸ quienes se situaron a la cabeza de una serie de autores que intentaron caracterizar la independencia de estas psicosis, que no eran ni esquizofrénicas ni afectivas, proponiendo diversas denominaciones, con similitudes y diferencias, a veces con tradición geográfica o cultural (tabla I).

La controversia permanece en la actualidad y de los casi 40 nombres acuñados⁹ para esos cuadros clínicos de psicosis que no encajaban en la descripción kraepeliniana de demencia precoz/esquizofrenia ni de psicosis maníaco depresiva, se han mantenido relativamente vigentes las **psicosis reactivas**, las **psicosis**

TABLA I
Algunos nombres históricos de Psicosis Agudas no Esquizofrénicas⁹

PSICOSIS AGUDAS «clásicas»
– Paranoia aguda de Westphal (1876).
– <i>Bouffée délirante</i> de Magnan (1895).
– Psicosis periódicas de Wernicke (1900).
– Psicosis imaginativas de Dupré y Logre (1914).
– Psicosis psicógena de Wimmer (1916).
– Psicosis degenerativas de Schöder (1921).
– Psicosis marginales de Kleist (1928).
– Psicosis esquizoafectiva de Kasanin (1933).
– Estados esquizofreniformes de Langfeldt (1939).
– Psicosis cicloide de Leonhard (1960).

delirantes agudas (o *bouffées délirantes*) y sobre todo las **psicosis cicloides**.

Todos estos cuadros comparten una doble característica común: un comienzo abrupto, que puede ir de horas a días, pero en cualquier caso se trata de una instauración brusca de un estado psicótico desde un estado previo de normalidad. Y segundo, una recuperación rápida, en pocos días y sin que el cuadro psicótico completo supere más allá de un mes, volviendo el paciente al nivel premórbido, es decir, lo que clásicamente se consideraba *restitutio ad integrum*.

Los matices en los cursos o en la clínica de estas psicosis agudas son los que permiten su diferenciación (tabla II). En las psicosis reactivas aparece un factor de estrés psicosocial evidente y previo, que conduce a considerar el cuadro psicótico como secundario al mismo. Las *bouffées délirantes* o simplemente psicosis delirantes agudas, descritas profundamente en la literatura psiquiátrica fran-

TABLA II
Características y diferencias básicas entre psicosis agudas

	Psicosis reactiva	<i>Bouffée délirante</i>	Psicosis cicloide
Inicio	Agudo, entre 1 hora y 2 semanas		
Resolución	Breve, menos de 1 mes		
Clínica principal	Psicótica	Delirante	Polimorfa y polar
Evolución	Episodios únicos, posible repetición		Recurrente
Desencadenante	Factor de estrés	Inespecífico o desconocido	

cesa, la clínica psicótica, delirios y alucinaciones, eclosiona súbitamente imponiéndose al sujeto y se acompaña de una profunda alteración emocional. Las psicosis cicloides comparten muchas características de las anteriores aunque han adquirido una considerable independencia nosológica. Presentan también una clínica polimorfa, es decir, con gran variabilidad clínica y con oscilación casi polar, a veces en el mismo día, en una mezcla de síntomas psicóticos y afectivos. Son además las que más tendencia tienen a la recurrencia.

Reconocer la existencia de estos trastornos psicóticos agudos no es simplemente una cuestión nosológica. Una clasificación diagnóstica tiene un sentido si sirve para precisar un tratamiento y ofrecer un pronóstico. Y si se llega a un diagnóstico correcto de psicosis aguda, el pronóstico puede ser muy diferente al de una psicosis crónica como la esquizofrenia. La expectativa de evolución de un trastorno psicótico agudo sería excelente, tanto en términos del propio episodio como respecto a la evolución a largo plazo¹⁰.

Aunque comparten muchas características, revisaremos en nuestro trabajo estas tres entidades por separado (psicosis reactivas, *bouffées délirantes* y psicosis cicloides), siguiendo en todas ellas un mismo esquema: recorrido histórico,

revisión de su clasificación y su diagnóstico, y una mirada a los aspectos clínicos: epidemiología, etiopatogenia, curso y tratamiento (apartados 2, 3 y 4).

Concluiremos nuestro estudio con una aproximación al futuro de estos cuadros psicótico agudo y transitorio (apartado 5).

No se tendrán en cuenta en nuestro estudio los trastornos psicóticos agudos provocados por sustancias tóxicas y drogas o por enfermedades médicas o metabólicas, ya que se trata de entidades heterogéneas en las que la presencia de los síntomas psicóticos constituyen un síndrome fisiopatológico de naturaleza diferente a las llamadas psicosis ‘funcionales’.

2. PSICOSIS REACTIVA

2.1. Recorrido histórico

La literatura psiquiátrica clásica ha sido prolífica en la descripción de cuadros clínicos de psicosis que se presentaban de forma brusca, presentaban una evolución limitada en poco tiempo y concluían con una remisión total. Con la distinción de Karl Jaspers (1883-1969) entre proceso y desarrollo y su conceptualización de la que llamó reacción psicógena, quedaba definido un poderoso criterio de causalidad de algunas de esas psicosis

agudas: la etiología psicógena, circunstancia que marcaría definitivamente su historia^{11, 12}.

Según Jaspers, una reacción psicótica puede ser psicógena si ocurre inmediatamente tras una experiencia traumática, dando al trastorno un carácter de *comprensibilidad* psicológica. De esta manera quedarían determinadas las cuatro características básicas de una reacción psicótica psicógena¹²:

1. El contenido del cuadro refleja la naturaleza y significado del trauma.
2. Existe una relación temporal entre el trauma y el inicio de la reacción psicótica.
3. La supresión del trauma conlleva la recuperación del cuadro psicótico, si bien se describe que aunque persista el trauma, la psicosis acaba desapareciendo.
4. Tiene un pronóstico favorable con remisión completa.

La posibilidad de una causa 'psicógena' de algunas psicosis había ya sido sugerida por el propio Kraepelin al estudiar estados patológicos que se observaban en prisioneros de guerra¹³, aunque un discípulo de Jaspers, Schneider, lo veía como una contradicción en los términos pues la psicosis era, por definición (y para él) una enfermedad mental fruto de una anomalía o malformación¹⁴.

Kretschmer planteó de una forma clara y decidida la posibilidad de estados psicóticos producidos por causas puramente psicógenas en su obra *El delirio sensitivo de referencia*¹⁵ en donde sostuvo que la constitución especial del individuo junto a una serie de motivos o contenidos vivenciales, desarrollarían el delirio y el estado psicótico.

Históricamente, el término psicogénico había sido propuesto por primera vez

por Robert Sommer (1864-1937) en 1894 al hablar de «estados mentales patológicos que pueden evocarse y ser influidos por las ideas», aunque se atribuye a August Wimmer (1872-1937) la conceptualización, en 1916, del significado tradicional en la descripción de psicosis independientes de las dos grandes psicosis endógenas y que estaban desencadenadas por traumas psíquicos en sujetos predispuestos¹⁶. Wimmer era un psiquiatra danés y la descripción de cuadros psicóticos agudos desarrollados por causas psicológicas se extendió por autores escandinavos de donde surgió el concepto de 'psicosis reactiva'¹⁷. Autores como Langfeldt, Eisler, Strömngren o Astrup describieron formas clínicas de psicosis de aspecto esquizofrénico reactivas a situaciones vivenciales con trauma psicógeno, llegando a considerar una forma esquizofrénica procesual (que seguiría las pautas de las psicosis endógenas clásicas) y otra forma no procesual o reactiva, que sería la psicosis psicógena tan ligada a la literatura psiquiátrica escandinava^{18, 19}.

Ernst Strömngren defendía la independencia nosológica de estas psicosis aduciendo una serie de razones: el pronóstico de la psicosis reactiva era favorable comparado con la esquizofrenia o el trastorno bipolar y, aunque puede haber recidivas, no son tan frecuentes como en este último. Un aspecto importante que refleja su independencia sería el tratamiento en que, según este autor, consistiría básicamente la psicoterapia de apoyo, que podría combinarse brevemente con ansiolíticos, mientras que el uso prolongado de psicofármacos sería innecesario y provocaría efectos secundarios¹⁹.

De nuevo siguiendo a Jaspers y su distinción entre proceso y desarrollo, la descripción de esos cuadros clínicos permitiría distinguir psicosis en las que existiría un factor desencadenante psicológicamente comprensible. Gabriel Langfeldt

(1895-1983) en 1936 propuso distinguir entre dos grupos: las psicosis tipo Kraepelin o procesuales y otro grupo que llamó psicosis reactivas o esquizofrenoides, caracterizadas por la existencia de factores desencadenantes de tipo trauma psicológico. Estas últimas tendrían como característica un curso agudo: síntomas atípicos en el sentido de existir una mezcla de sintomatología esquizofrénica, histeroide y depresiva; ser todo el cuadro clínico psicológicamente comprensible y, sobre todo, con evolución benigna hacia la remisión²⁰.

Investigaciones posteriores como, por ejemplo, la de Paul Faergeman en 1963, mostraron que no todas las evoluciones de estas psicosis reactivas eran benignas ya que por lo menos un 30 % de los casos tenían una evolución análoga a las esquizofrenias clásicas o procesuales. De hecho, se acuñaron dos tipos de psicosis reactivas, ambas derivadas de reacciones psicológicas ante acontecimientos traumáticos: una forma sería una verdadera esquizofrenia procesual (que el factor desencadenante traumático 'libera' la esquizofrenia no desencadenada) y otra forma de verdadera psicosis reactiva o síndrome esquizofrenoide, esta vez sí, de buen pronóstico²¹.

El concepto de 'esquizofrenia liberada' por causas psíquicas no era nuevo. Ya E. Bleuler había sugerido el posible origen psicógeno de algunas formas de lo que él creía grupo heterogéneo de las psicosis esquizofrénicas. Ello llevó a otros autores a desarrollar esta idea y fue William Mayer-Gross (1889-1961) quien, admitiendo que la esquizofrenia era siempre un cuadro de origen orgánico, podía darse el caso de esquizofrenia 'liberada' por factores psicológicos que actuarían como desencadenantes. Como sostenía Oswald Bumke (1877-1950), la influencia 'psicógena' en la psicosis esquizofrénica sería un factor que 'colorea'

el cuadro clínico pero no la génesis del mismo²².

El caso es que aunque con diferentes nombres como *esquizofrenias benignas* de Vaillant, *esquizofrenia de buen pronóstico* de Fowler, *esquizofrenia reactiva* de McCabe, el término de psicosis reactiva ha prevalecido hasta nuestros días describiendo un cuadro clínico de psicosis de comienzo agudo, con síntomas semejantes a esquizofrenia, buen ajuste premórbido, claros acontecimientos precipitantes y remisión rápida del cuadro al nivel premórbido²³.

En la actualidad, el término permanece entre los clínicos con mayor o menor fortuna, siendo un debate no cerrado su ubicación nosológica. Son numerosos los autores que abogan por la necesidad de tener presente este tipo de psicosis cuya génesis reactiva permite aproximarse a los trastornos mentales desde una visión patobiográfica en la que contemplen íntegramente los contenidos de su estructura psicológica y del contexto social^{23, 24}. También se sugiere que quizá debiera considerarse una nueva conceptualización del estrés llegando a valorar la reacción psicótica psicógena como una forma de estrés postraumático, en las que se incluirían neurosis de guerra o psicosis de prisioneros^{24, 25}.

2.2. Clasificación y diagnóstico

En la literatura actual encontramos numerosos artículos a favor de consagrar estos cuadros psicóticos agudos reactivos, de comienzo brusco, de buen ajuste previo, con factores desencadenantes traumáticos y buena evolución²³. En su contra, otros autores alegan que la buena evolución no es norma, observando recaídas y un pequeño porcentaje (entre el 5-12 %) de mala evolución^{26, 27}. También se presenta en su contra los datos de algunos, escasos, estudios de seguimiento que

ponen de manifiesto la escasa estabilidad diagnóstica, encontrándose que un 39 % de los pacientes tiene un cambio de diagnóstico al año de seguimiento, generalmente de esquizofrenia o trastorno afectivo^{28, 29}.

La necesidad de establecer criterios diagnósticos que fueran aceptados por la mayoría de los clínicos obligó a un ejercicio de consenso entre las escuelas psiquiátricas internacionales y las psicosis reactivas o psicógenas, de gran tradición escandinava y norte-europeas, sufrieron una considerable pérdida de peso en las clasificaciones modernas, dominadas por la psiquiatría anglosajona.

Fruto de ese interés por el consenso, la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) formuló el primer manual de los DSM (1952) como una variante a la clasificación de enfermedades de la OMS (la ICD 6) y el segundo en 1968, que facilitaron la comunicación entre psiquiatras y trató de dar consistencia a los diagnósticos².

Tanto el DSM I como el II consideraron que la esquizofrenia no era necesariamente crónica, por lo que los trastornos psicóticos agudos podían definirse tranquilamente como episodios agudos de esquizofrenia. Las críticas procedentes, sobre todo, de la psiquiatría británica y europea pusieron de manifiesto las grandes diferencias entre los países, en el diagnóstico clínico de entidades como la propia esquizofrenia, debido a las diferencias teóricas y de concepto que sustentaban los diferentes sistemas diagnósticos. El porcentaje de esquizofrenias diagnosticadas por los psiquiatras americanos era muy superior al de sus colegas europeos, porcentaje alimentado por todos los trastornos psicóticos agudos que en Europa seguían tradicionalmente excluidos de la esquizofrenia³⁰.

En la siguiente edición, (el DSM III en 1980), planteada con una mayor relación

con su homólogo europeo, la ICD 9, se eliminó la dicotomía conceptual organogénico/psicogénico que impregnaba las dos primeras ediciones y se elaboraron estrictos criterios para codificar los síndromes psicopatológicos típicos³⁰.

En el grupo de las psicosis, se precisaron los criterios diagnósticos de esquizofrenia, dándose mayor importancia a delirios, alucinaciones y trastornos del pensamiento (síntomas fundamentales según Bleuler). Se enfatizó el deterioro (criterio de Kraepelin), se excluyeron los trastornos afectivos y, con un cuarto criterio de cronicidad se restringió el diagnóstico y excluyó a los episodios psicóticos breves, ya que por ese requerimiento, los síntomas deben estar presentes, al menos, durante seis meses².

De esa manera, en el DSM III, los trastornos psicóticos parecidos a la esquizofrenia en la clínica sintomática, pero sin el criterio de cronicidad, con curso agudo y la evolución hacia la remisión son excluidos del diagnóstico de esta. Se definen entonces en este grupo el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo, la psicosis atípica y la psicosis reactiva breve, que hereda las características de las psicosis psicógenas tan europeas.

Con el DSM III, los trastornos psicóticos agudos (junto con una forma de delirio paranoide agudo) pasaron a considerarse un grupo de '*Trastornos Psicóticos Atípicos*' con unos criterios de clasificación simplistas que lo convirtieron en un grupo a la espera de ser resuelto conceptualmente³¹.

En el DSM III, la psicosis reactiva breve quedaba enmarcada en estos criterios³²:

- a) Síntomas psicóticos que se presentan tras un estrés psicosocial reconocible, que pueden provocar síntomas de malestar en cualquier persona.

- b) El cuadro clínico comprende alteraciones emocionales y uno de los siguientes síntomas, como mínimo:
1. Incoherencia o notable pérdida de la capacidad asociativa.
 2. Ideas delirantes.
 3. Alucinaciones.
 4. Conducta catatónica o claramente desorganizada.
- c) Los síntomas duran más de unas horas, pero menos de dos semanas, y hay una definitiva restitución al nivel premórbido de actividad.
- d) En el período inmediatamente anterior a la aparición del estrés psicosocial, no hay incremento de la actividad de la psicopatología del sujeto.
- e) La alteración no es debida a ningún trastorno mental orgánico, episodio maníaco o trastorno ficticio con síntomas psicológicos.

La propia definición de criterios incluía una nota que especificaba que el diagnóstico podía hacerse al iniciarse los síntomas psicóticos, sin esperar a la recuperación. Si los síntomas psicóticos duraban más de dos semanas, debería cambiarse el diagnóstico. Siguiendo un criterio de temporalidad lógico, una psicosis aguda que se alargaba más de dos semanas debería diagnosticarse de trastorno esquizofreniforme, que cumplía todos los criterios de esquizofrenia excepto la duración, que iba desde las dos semanas hasta los seis meses, cuando ya se debería hablar de esquizofrenia.

Como vemos, los psiquiatras e investigadores del DSM III aceptaron el concepto de reactividad al uso europeo, es decir, con un factor psicosocial desencadenante, con lo que el diagnóstico de psicosis reactiva era perfectamente super-

ponible a la psicosis psicógena de Langfeldt y su escuela escandinava.

Quedaba así definido un trastorno psicótico de inicio repentino, de una duración verdaderamente breve pues bastaban unas horas y no más allá de dos semanas, y con un regreso al nivel premórbido definitivo. Para su diagnóstico, no cabía duda alguna de la naturaleza ‘psicógena’ del cuadro pues los síntomas se presentaban como resultado de un estrés psicosocial evidente, *«que a cualquier persona del mismo entorno cultural le podía provocar un malestar significativo»*, aunque no necesariamente una psicosis. El propio manual del DSM III citaba como ejemplos de acontecimientos precipitantes traumas de estrés relevante, pérdidas de relación afectiva, procesos traumáticos de duelo o estados psicológicos tras un combate. Se tenía especial atención (se le otorgó un apartado directo) a que no hubiera clínica psicológica previa al acontecimiento estresante, circunstancia que obligaría a reconsiderar el diagnóstico pues el factor de estrés psicosocial sería entonces un factor modulador y agravante de la psicosis, pero no una causa reactiva o ‘psicógena’ de ella³².

Pese a la claridad con la que los autores del DSM III y III-R creían haber desarrollado los criterios, lo cierto es que la psicosis reactiva breve quedó lejos de obtener su consagración. Demasiadas ambigüedades en los criterios, demasiada inespecificidad en los factores desencadenantes ‘universales’ y, sobre todo, demasiada controversia con el concepto de psicosis psicógena, llevó a su oscurecimiento en la siguiente edición del DSM, la IV⁵.

En la cuarta edición del DSM se mantuvo el diagnóstico de psicosis breve, pero el adjetivo ‘reactiva’ desapareció como criterio principal con lo que el cuadro clínico quedó desprovisto de toda su idiosincrasia (la naturaleza reactiva psi-

cogénica). Consecuentemente, se eliminó directamente el criterio A sobre la presencia de un factor psicosocial causante siempre del cuadro psicótico. Se mantuvo el concepto de trastorno psicótico de corta duración, enmarcándolo entre más de un día y menos de un mes (tabla III).

No obstante, el DSM IV mantuvo una posibilidad para hacer referencia a la posible reactividad del proceso: añadir un código adicional si los síntomas psicóticos aparecían poco después y como consecuencia de acontecimientos estresantes. La formulación quedaba con un escueto y ambiguo ‘con (o sin) desencadenante

grave’ que lejos de aclarar el cuadro lo confundía y desnaturalizaba.

En realidad, la objeción de los creadores del DSM IV era la dificultad razonable de definir un acontecimiento estresante ‘reconocible’ y ‘que provoque malestar en cualquier persona’, tal como lo habían definido sus predecesores del DSM III. Ni siquiera un suceso tan evidente como un duelo era vivenciado de igual forma entre personas y culturas, por lo que dar rango de causalidad en la génesis de un cuadro psicótico a un hecho emocional no podía admitirse como ‘universal’.

TABLA III

Comparativa entre DSM III y DSM IV del trastorno psicótico reactivo/breve

DSM III Psicosis reactiva breve	DSM IV Trastorno psicótico breve
A. Presencia de al menos un síntoma. Incoherencia. Ideas delirantes. Alucinaciones. Conducta catatónica o desorganizada.	A. Presencia de al menos un síntoma. Ideas delirantes. Alucinaciones. Lenguaje desorganizado. Comportamiento catatónico desorganizado.
B. Alteraciones emocionales.	
C. Los síntomas A y B aparecen en respuesta a acontecimientos que provocarían estrés notable en cualquier individuo del mismo medio cultural.	
D. Ausencia de síntomas prodrómicos de esquizofrenia ni trastorno esquizotípico.	
E. Duración entre una hora y un mes con definitiva restitución al estado premórbido.	B. Duración de al menos un día pero inferior al mes, con retorno completo al nivel premórbido.
D. No se debe a ningún trastorno psicótico del estado de ánimo y no puede demostrarse causa orgánica.	C. No atribuible a trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia. Ni a sustancia tóxica o enfermedad médica.
	.81: Con desencadenante(s) grave(s) .80: Sin desencadenante(s) grave(s) <i>Especificar si inicio post-parto</i>

La decisión final fue fundir de dos conceptos en la codificación diagnóstica (cuadro agudo y cuadro reactivo) pero que el criterio definitorio fuera la agudeza del cuadro y que la naturaleza reactiva fuera una codificación accesoria y no imprescindible.

Por su parte, en la ICD de la OMS, de fuerte raigambre europea, la historia ha sido similar aunque el peso de 'lo psicógeno' no se ha perdido completamente. En las clasificaciones anteriores a la edición 10 actual, encontramos una mención expresa a los cuadros psicóticos agudos psicógenos que recogía la concepción clásica más tradicional. Las categorías 298.0 hasta la 298.8 se reservaron para un pequeño grupo de psicosis que eran atribuibles, en parte o enteramente, a experiencias traumáticas recientes de la vida. De forma clara, mencionaban que los factores ambientales podían desempeñar algún papel en la etiología de toda la amplia gama de psicosis, pero no el principal, como se reservaba enfáticamente a las clasificadas en estas subcategorías³³.

De esta forma, la ICD 9 consideraba el código 298 para las que llamaba como '*Otras psicosis no orgánicas*':

- **Psicosis de tipo depresivo o psicosis psicógena depresiva (298.0)**, que consistía en un cuadro psicótico con clínica similar a la psicosis maníaco depresiva de tipo depresivo pero provocada por una «*tensión emocional entristeecedora tal como la pérdida de un ser querido, una grave decepción o frustración*».
- **Psicosis de tipo agitado o psicosis psicógena agitada (298.1)**, similar en el planteamiento anterior, es decir, con una clínica parecida a la psicosis maníaco depresiva pero producida por acontecimientos vitales traumáticos o, como dice textualmente «*tensión emo-*

cional». Podía existir variación diurna de los síntomas y presencia de ideas delirantes que serían, a menudo, comprensibles con las experiencias de la vida.

- **Confusión reactiva o confusión psicógena (298.2)** (o estado crepuscular psicógeno), que describía un trastorno mental caracterizado por obnubilación de conciencia, desorientación (aunque menos marcada que en la confusión mental de origen orgánico) y accesibilidad disminuida, a menudo acompañada de actividad excesiva. Por supuesto, quedaba bien definido que todo ello era producido por tensión emotiva.
- **Reacción paranoide aguda (298.3)**, que era un estado paranoide provocado por alguna sobrecarga emocional, a veces erróneamente interpretada como ataque o amenaza. Era un estado que se argumentaba frecuentemente en prisioneros o como reacción aguda ante un ambiente extraño y amenazador como podía ocurrir con inmigrantes. Curiosamente, se admitía que las *bouffées délirantes* podían diagnosticarse en este apartado si bien en su definición original por Magnan o en los criterios de H. Ey no se consideraba que la existencia de un trauma psíquico desempeñara un papel relevante en la etiología.
- **Psicosis paranoide psicógena (298.4)** o psicosis reactiva prolongada que se reservaba para cuadros similares a los anteriores, es decir, cuadros paranoides, reactivos a circunstancias de estrés emocional, pero que se prolongaban en el tiempo. Desgraciadamente no se precisaba este tiempo, con lo que la ambigüedad y confusión estaban servidas.
- **Otras psicosis reactivas (298.8) y psicosis reactivas sin especificar (298.9)**,

categoría que permitía el diagnóstico de la psicosis histérica o del estupor psicógeno, cuadros mal definidos y que contribuían a la difuminación del concepto de psicosis reactiva.

Como ya hemos comentado en el caso del DSM IV, en la actual edición de la ICD, la 10.^a, el criterio de reactividad ha sido algo relegado, si bien no con tanta evidencia como en el DSM IV donde solo se mantiene como un código adicional si es deseo del clínico el reflejarlo como una característica accesoria⁴.

En la ICD 10 se produjo una verdadera revolución en las definiciones de trastornos psiquiátricos y, en el caso de los trastornos psicóticos agudos y reactivos, se suprimió la mayoría de las entidades antes definidas.

Los episodios psicóticos reactivos se han englobado en un nuevo capítulo, el F23 de *‘trastornos psicóticos agudos y transitorios’*, entre los que se permiten dos diagnósticos en los que se mantienen las características básicas de las psicosis reactivas tradicionales: episodio psicótico agudo, relacionado directamente con la

presencia de un factor estresante crónico y remisión total en pocas semanas en la mayoría de los casos.

- **Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes (F23.3)** que incluye la psicosis psicógena paranoide o reacción paranoide.
- **Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación (F23.9)** que incluye la psicosis reactiva breve (tabla IV).

El F23.3 (*Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes que incluye la psicosis psicógena paranoide*) se reserva para aquellos trastornos psicóticos agudos en los que la característica principal es la presencia de ideas delirantes de comienzo claramente agudo (en menos de dos semanas se ha de pasar de un estado claramente no psicótico a otro claramente psicótico) pero que no satisfacen los criterios de esquizofrenia ni son persistentes en el tiempo. Se permite la presencia de alteraciones sensorio-perceptivas, pero lo que marca el diagnóstico es la presencia de delirios de persecución o de referencia, principal-

TABLA IV
Comparativa entre ICD 9 y ICD 10
de los trastornos psicóticos agudos reactivos

ICD 9 Otras psicosis no orgánicas	ICD 10 Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23)
Psicosis depresiva psicógena (298.0)	
Psicosis psicógena agitada (298.1)	
Confusión psicógena (298.2)	
Reacción paranoide aguda (298.3)	Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes que incluye <i>psicosis psicógena paranoide</i> o <i>reacción paranoide</i> (F23.3).
Psicosis paranoide psicógena (298.4)	
Otras psicosis reactivas (298.8)	Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación que incluye <i>psicosis reactiva breve</i> (F23.9).
Psicosis reactivas sin especificar (298,9)	

mente, aunque pueden aparecer otras temáticas delirantes. El F23.9 (*Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación que incluye la psicosis reactiva breve*) es una categoría accesoria para cuadros similares pero sin que se dé más especificación.

Sorprendentemente, si bien la ICD 10 incluye en ambas categorías cuadros de naturaleza reactiva (*psicosis psicógena* el F23.3 y *psicosis reactiva* el F23.9), no incluye una referencia directa a este concepto en los criterios particulares que sugiere como pautas diagnósticas. Tan solo que, de forma genérica en todos los subpartados de este grupo de trastornos psicóticos agudos y transitorios, permite añadir un quinto carácter (0 o 1) para que quede reflejado si el trastorno es secundario o no a una situación estresante aguda, en una solución similar a la adoptada por el DSM IV.

Pese a todo, la descripción en la ICD de esta categoría, implica una posición conceptual diferencial frente a las psicosis llamadas endógenas (las tradicionales y kraepelinianas de esquizofrenia y psicosis afectivas) ya que legitiman establecer factores de estrés psicosocial como elementos directamente relacionados con la etiopatogenia de la psicosis, nada más y nada menos. Es cierto que se engloba todo en un amplio concepto de multicausalidad y se hace referencia a la vulnerabilidad individual, pero la autorización directa de un factor psicosocial en la génesis de un episodio psicótico es toda una declaración de intenciones³⁴.

2.3. Manifestaciones clínicas³⁵⁻³⁹

El cuadro esencial es un trastorno psicótico de inicio repentino, a veces en horas, que se presentan tras un evidente episodio de estrés agudo psicosocial.

La persona se presenta gravemente alterada y manifiesta trastornos de al menos

una de las áreas habituales de los síntomas positivos de la psicosis: delirios, alteraciones sensorceptivas, trastorno formal del pensamiento con desorganización o incoherencia en el discurso y conductas catatónicas o desorganizadas.

Por supuesto, no hay evidencia de enfermedad médica, intoxicación por alguna sustancia u otra patología psiquiátrica que pueda presentar esos síntomas.

Siempre hay una intensa actividad emocional con un gran desorden o confusión afectiva, a veces con cambios disfóricos rápidos que se suceden sin que haya una tonalidad afectiva estable. La colorida afectación emocional puede confundir con conductas intencionales mal consideradas como histeroides.

El paciente puede ser autodestructivo y peligroso para el entorno por la frecuencia de conductas agitadas y aberrantes. El nivel de deterioro cognoscitivo suele ser elevado y la persona puede realizar comportamientos descontrolados y potencialmente lesivos e incluso suicidas.

Son habituales los sentimientos de perplejidad y confusión, manifestados por el paciente en la forma de responder a las preguntas en la entrevista. A menudo la perplejidad o extrañeza se manifiesta en forma de vaga ideación paranoide, sin llegar a estructurar una trama delirante consistente.

La conducta es también extraña, incluso su presentación (indumentaria, aspecto) puede ser extravagante, con comportamientos peculiares.

El discurso es incoherente, extraño, con frecuencia presenta respuestas absurdas, a veces inapropiadas y claramente absurdas. Puede llegar a ser una jergafasia incomprensible, traducción de un proceso de pensamiento igualmente incoherente.

Las alucinaciones suelen ser catatímicas, con alto componente emocional, y transitorias.

2.4. Etiopatogenia

Por definición, el principal factor precipitante es una experiencia de estrés agudo psicosocial, relacionada temporalmente con la aparición de los síntomas por su inmediatez.

El acontecimiento precipitante debe ser de una naturaleza relevante, sugiriéndose como los tradicionales las experiencias de duelo de personas importantes para el paciente o los episodios de guerra o catástrofe. Y la reacción del psiquismo estaría en la línea de la reacción psicógena de Jaspers¹¹.

No existe una teoría validada que explique cómo una reacción emocional desencadena síntomas psicóticos aunque se han sugerido tantas como escuelas tiene la psiquiatría: alteraciones neurobiológicas resultado de la activación emocional, liberación de núcleos psicóticos inconscientes por el trauma que preconiza la escuela psicoanalítica o la desestructuración del campo de la conciencia del modelo de H. Ey (en contraposición con la desestructuración del campo de la personalidad que sería la base de los delirios crónicos y la esquizofrenia según el modelo organodinámico de H. Ey⁴⁰).

Se ha sugerido que existe una vulnerabilidad especial en algunas personas con estilos caracteriales vulnerables: histeroides, narcisistas, paranoides... llegando a cifrarse la comorbilidad con trastornos de la personalidad entorno al 60%⁴¹. Particularmente estrecha es la relación de la psicosis reactiva con el trastorno límite de la personalidad, sugiriendo que los episodios psicóticos o 'minipsicosis' que con frecuencia aparecen en el TLP son verdaderas descompensaciones psicóticas reactivas breves provocadas por situaciones de estrés para las que los pacientes límites son especialmente vulnerables^{41, 42}.

No se conocen datos sobre la influencia de factores genéticos pero el trastorno

no se enmarca dentro del espectro de los trastornos esquizofrénicos⁴³.

2.5. Epidemiología

Se desconocen datos sobre incidencia de la psicosis breve reactiva aunque no parece un trastorno raro. Algunos estudios hablan de una prevalencia de entre el 4 y el 10% entre los trastornos psicóticos tomados de forma general⁴⁴.

Se ha sugerido que es más frecuente en países menos desarrollados por tratarse de una 'mala gestión' del estrés que ocurre en personas vulnerables, con menor capacidad personal y social de contención emocional. En los países más desarrollados el trastorno suele darse en adolescentes y adultos jóvenes con una edad media situada alrededor de los 30 años, dato a favor de esa vulnerabilidad por inmadurez emocional⁴¹.

Al igual que otros trastornos psicóticos agudos, también se ha aportado el dato de una mayor frecuencia entre el sexo femenino, apenas un ligera diferencia, pero contraria a la distribución que suele sugerirse de la esquizofrenia, de predominio en varones^{26, 45}.

También se ha considerado su aumento en condiciones de guerra y desastres^{25, 46}.

2.6. Curso y pronóstico

Como la propia definición lleva implícito, es una psicosis breve. Los síntomas pueden desaparecer en apenas unos días y, como criterio definitorio, no duran más de tres semanas.

La recuperación es completa, pudiendo permanecer de forma transitoria síntomas depresivos leves, una ligera apatía. No obstante, a medio plazo la recuperación se considera que ha de ser completa y sin secuelas. Algunos investigadores han constatado que al menos un 30-35% de las psicosis reactivas no siguen un cur-

so benigno [algunas veces francamente malo (5-12%)], con recaídas o permaneciendo con síntomas residuales o secuelas^{26, 27, 47-49}. Se ha propuesto dividir estas psicosis en dos grupos, las verdaderamente psicosis reactivas breves (breves en su curso y sin secuelas) y una especie de síndrome esquizofrenóide (en terminología DSM o ICD sería una forma atípica o no especificada) próxima a la esquizofrenia cuya clínica (como citábamos en el capítulo anterior al comentar la opinión de Mayer-Gross) había sido ‘liberada’ por el trauma psíquico.

Las psicosis reactivas breves no son un cuadro recidivante (como sí se considera que lo son las psicosis cicloides y, en ocasiones, las *bouffées délirantes*). Lógicamente, al aceptar la etiopatogenia de un factor de estrés psicosocial en una personalidad vulnerable, la reaparición de traumas y situaciones vivenciales anómalas puede comportar una reaparición de la clínica⁵⁰.

2.7. Tratamiento

El tratamiento sintomático con antipsicóticos y la contención en un medio tranquilizador suele ser suficiente para la resolución de un cuadro que no es improbable que se autolimita, a veces sin tratamiento. Algunos médicos sugieren esperar un día o dos antes de iniciar terapia con antipsicóticos con objeto de descartar patología médica o relación con uso de sustancias tóxicas y prefieren inicial el tratamiento con benzodiazepinas⁵¹.

Suele recomendarse una hospitalización breve por el riesgo auto y heteroagresivo, más por la agitación y confusión que por que exista verdadero peligro de pasaje al acto agresivo. La decisión del ingreso debe tomarse valorando exhaustivamente la necesidad de separar al paciente del entorno, proporcionar un ambiente

confortable y evitar conductas agresivas y autolesivas^{51, 52}.

Una vez iniciado el tratamiento antipsicótico, los de mayor potencia sedante son los de elección. Si predomina un componente delirante y/o alucinatorio se debe recurrir a los de alta potencia, tipo haloperidol. Suele ser aconsejable su uso en administración parenteral en las primeras horas del trastorno para facilitar su cumplimiento. No se recomienda el uso de TEC, precisamente por la benignidad del cuadro⁵¹.

Se recomienda la intervención psicoterapéutica de seguimiento, no solo para afrontar las secuelas del proceso agudo sino para intervenir en los trastornos subyacentes de la personalidad y facilitar una mejor gestión de las reacciones vivenciales^{53, 54}.

Las psicosis reactivas no son cuadros con tendencia clara a la recurrencia más allá de la existencia de un patrón de vulnerabilidad que eventualmente puede responder de forma similar ante un nuevo episodio de estrés psicosocial agudo. Algunos autores han valorado la inconveniencia de realizar tratamientos prolongados con psicofármacos, teniendo en cuenta la naturaleza psicógena del cuadro, proponiendo básicamente el uso de la psicoterapia⁹. No obstante, la opinión mayoritaria recomienda mantener la atención médica y psicológica durante uno o dos años, con dosis bajas de psicofármacos o sin ellas, pero asegurando un seguimiento y atención clínica eficaz^{50, 54}.

3. BOUFFÉES DÉLIRANTES

3.1. Recorrido histórico

El célebre psiquiatra francés Valentin Magnan (1835-1916) describió en 1886 un grupo de psicosis agudas que denominó *bouffées délirantes de los degene-*

rados que se caracterizaban por ser súbitas, transitorias, parciales o generales, sin causa ocasional apreciable aunque en ocasiones con relación a un acontecimiento incidental menor (puerperio, emoción moral, trastorno orgánico leve...)⁵⁵. El concepto de ‘degeneración’ estaba tomado de la Teoría de la Degeneración de Bénédict Morel (1809-1873), considerando que esta eclosión de síntomas psicóticos ocurría en el terreno frágil de un sistema nervioso *degenerado* o enfermo, susceptible de heredarse de padres a hijos.

El propio Magnan y su discípulo Maurice Legrain (1860-1939), describieron toda la nosografía de psicosis agudas y que denominaron *bouffées délirantes* y las ordenaron en varios subtipos⁵⁶:

1. **Exaltación cerebral o excitación maníaca**, con la que Magnan sugería una relación con la epilepsia por su aparición y resolución brusca. Hoy parece superponible a reacciones maníacas atípicas.
2. **Depresión melancólica delirante**, cuadros depresivos atípicos con presencia de ideas delirantes típicamente de persecución y/o culpabilidad. Parecen superponibles a depresión con síntomas psicóticos.
3. **Estados confusionales**.
4. **Delirios d’emblée** (delirio inmediato). Cuadros delirantes únicos o sucesivos que respetan la integridad psíquica del paciente entre los episodios. Henri Ey (1900-1977) los consideró como las verdaderas *bouffées délirantes*.
5. **Delirios de los degenerados**, delirios agudos de evolución continuada que debían diferenciarse de los delirios crónicos de evolución sistemática descritos por el propio Magnan en compañía de Paul Serieux (1864-1947).

A principios del siglo XX, las *bouffées délirantes* englobaron una serie de cuadros de delirios agudos que se acuñaban en función de los mecanismos atribuidos en su génesis. Básicamente franceses, encontramos cuadros diversos como las *psicosis alucinatorias agudas* de Ballet, *psicosis imaginativas esenciales* de Dupré y Logre, *estados interpretativos agudos curables* de Serieux y Capgras⁵⁷.

Pero la irrupción de la nosografía de Kraepelin y su arrolladora presencia condujo a una relativa ‘crisis’ en la psiquiatría francesa, desapareciendo de la literatura psiquiátrica las referencias a estos cuadros. Hasta la aparición de Henri Ey, figura emblemática de la psiquiatría francesa, quien otorga nueva vitalidad al concepto de *bouffées délirantes*⁴⁰.

Ey aportó un análisis clínico exhaustivo, ricas y meticulosas descripciones sintomatológicas y, sobre todo, una tesis patogenética consistente, basada en su teoría organodinámica. Su planteamiento, inspirado en las ideas de la organización neurológica John H. Jackson (1835-1911), consistía en la concepción de la organización psíquica como un armazón dinámico y jerarquizado, resultante de la integración de las diferentes funciones nerviosas, la conciencia y la personalidad. La enfermedad mental era consecuencia de la desintegración de esta estructura y la posterior reorganización en un nivel inferior. Con esta teoría podía explicar el mecanismo patogenético de las psicosis y de toda la psicopatología, convirtiéndose su tesis organodinámica en un elemento integrador que da unidad a la clínica psiquiátrica. En el caso de las psicosis agudas, se trataba de la desintegración de la conciencia, diferente a la desintegración de la personalidad, base fisiopatológica de las psicosis crónicas⁴⁰.

En su conjunto, los cuadros englobados bajo el apelativo de *bouffées délirantes*, quedaban enmarcados en unos rasgos

comunes, la mayoría señalados por Mag-nan, aunque los criterios los estableció el propio H. Ey⁵⁶.

- Comienzo repentino, sin factor desencadenante.
- Semiología delirante polimorfa e inestable. Los temas son variables y múltiples: ideas de persecución o de grandeza, de transformación de sí mismo o el mundo, sentimientos de posesión, experiencias que pueden combinarse o sucederse sin que se organicen alrededor de un tema prevalente. Todos los mecanismos son posibles: intuiciones, imaginaciones delirantes, interpretaciones... También son posibles las alucinaciones en todos los sistemas: visuales, auditivas, cenestésicas... El cuadro es extremadamente variable y el sujeto vive, según palabras de H. Ey, «*un desfile caleidoscópico de síntomas*»⁴⁰.
- Variación importante del estado de conciencia y de las emociones del sujeto, lo cual constituye una de las características importantes del cuadro clínico. El cuadro varía desde la normalidad hasta la intensa confusión y la ansiedad, combinado con variaciones del humor que van desde la euforia hasta el abatimiento. El cuadro puede variar de un día a otro, con particular recrudescimiento en las fases parahípnicas.
- Continuidad de las experiencias delirantes y alucinatorias con las vivencias provocadas por la narcosis.
- Estado de fascinación y distracción a causa del acontecimiento delirante incoercible, con distanciamiento del entorno y vaguedad del pensamiento.
- Oscilaciones de la creencia y de la perplejidad crítica con respecto al delirio.
- Fondo tímico de exaltación o de angustia en relación con la vivencia delirante.

- En general, ausencia de síntomas físicos.
- Remisión rápida con frecuente *restitutio ad integrum*.

En su conjunto, el episodio psicótico de las *bouffées délirantes* dura como máximo unas semanas y puede concluir con la misma agudeza con la que se instauró, volviendo el sujeto a su estado anterior.

Es cierto que Ey señalaba que la remisión no siempre era buena. Citaba como factores de buen pronóstico: brusquedad en el inicio, antecedentes neuróticos sobre todo histéricos, dramatización teatral de la vivencia delirante y la brevedad de la crisis⁵⁷.

Las *bouffées délirantes* han seguido su curso en la historia de la psiquiatría, ligadas indefectiblemente a la psiquiatría francesa. Más recientemente, otro importante psiquiatra francés, Pierre Pichot, en 1987, propuso unas características diferenciales en un intento de precisar el diagnóstico^{57, 58}:

1. Edad de inicio entre 20-30 años.
2. Inicio brusco sin antecedentes psiquiátricos previos.
3. Delirio polimorfo no sistematizado y/o alucinaciones.
4. Posibles episodios de despersonalización/desrealización con confusión o sin ella.
5. Humor depresivo o eufórico.
6. Variabilidad de síntomas de un día a otro.
7. Remisión completa en semanas o meses con posibles recaídas.

Como consecuencia del enorme peso de estos autores en la psiquiatría francesa, la clasificación oficial francesa INSERM dividía los trastornos delirantes agudos en tres categorías: *bouffées déli-*

rantes agudas, según la descripción inicial de Magnan y Legrain, una variante reactiva de psicosis aguda y episodios agudos delirantes de la esquizofrenia⁵⁹⁻⁶¹. Siempre suele citarse la encuesta de Dardennes y Samuel-Lajenneuse en la que cuatro de cada cinco psiquiatras franceses ven válida y necesaria la conservación del término como definitorio de un tipo independiente de psicosis⁵⁸.

Charles B. Pull presentó una gradación de cuatro criterios que ha tenido bastante éxito entre la literatura médica y que permite delimitar el diagnóstico de estas *bouffées délirantes*⁶²:

1. Inicio agudo o abrupto sin antecedentes psiquiátricos previos (exceptuando cuadros similares).
2. Ausencia de cronicidad: los estadios activos desaparecen en semanas. Las recaídas pueden ocurrir pero no hay sintomatología entre episodios consecutivos.
3. Síntomas específicos: delirios y/o cualquier tipo de alucinación, despersonalización y/o desrealización con confusión o sin ella, alteración emocional bajo forma de depresión o euforia. Los síntomas son cambiantes entre días incluso horas.
4. No se dispone de pruebas de trastorno mental orgánico, alcoholismo o toxicomanía.

Debe citarse también a un psiquiatra español, Carlos Castilla del Pino, quién denominó como psicosis paranoide aguda a un cuadro superponible a las *bouffées délirantes*. En palabras suyas, se trata de «un cuadro clínico delirante alucinatorio, de carácter benigno, con tendencia a la curación sin secuelas, de evolución breve y que comienza y concluye de forma abrupta»⁶³. Describía como característicos los delirios polimorfos y pluri-

temáticos, alucinaciones diversas, discurso incoherente y ánimo exaltado o, por el contrario, inhibido.

A diferencia de las psicosis reactivas, la existencia de trauma psíquico no desempeña un papel importante en la etiología de las *bouffées*, quedando por tanto sin resolver los posibles factores etiológicos de estos cuadros, más allá del abstracto concepto original de la degeneración acuñado por Morel y Magnan y reformulado por Ey en una desintegración de la conciencia^{34, 40}.

3.2. Clasificación y diagnóstico

Como se ha comentado a propósito de las psicosis reactivas o psicógenas, en las clasificaciones internacionales principales (DSM y ICD), el concepto de cuadros psicóticos de curso agudo y resolución en pocas semanas apareció con bastante protagonismo en las primeras ediciones para ir difuminándose en las más recientes.

En el DSM III y el III-R³², el verdadero DSM realizado por amplio consenso, admitía episodios psicóticos agudos, ya fuera provocados por un acontecimiento de estrés psicosocial (que reflejaría la idea de la psicosis reactiva o psicógena) o simplemente episodios psicóticos agudos sin ese trauma psíquico desencadenante. Ambos se enmarcarían en una categoría definida de manera ambigua como *trastornos psicosis atípicas* y a ella llegarían desde las psicosis con síntomas inusuales, transitorios, polimorfos y que no presentan deterioro hasta psicosis con clínica similar a la esquizofrenia pero que no presentan una duración superior a las tres semanas y, sobre todo, en las que no se identifica un estrés psicosocial evidente. Las psicosis agudas tipo *bouffée*, en sentido estricto descritas en la literatura francesa (agudas, polimorfos, con delirios y/o alucinaciones, sin antecedentes, transitorias en pocos días y con remisión sin se-

cuelas) debían diagnosticarse con este inespecífico código. Para acabar de difuminar aún más el concepto, en este mismo apartado se permitía incluir las psicosis puerperales e incluso las psicosis en las que no hubiera información adecuada para precisar el diagnóstico.

Con tan infortunados criterios, no fue extraño que el concepto de '*bouffées délirantes*' perdiera toda su riqueza y, excepto en Francia y algunas escuelas europeas, pasara a formar parte de la historia psiquiátrica.

La cuarta edición del DSM eliminó el diagnóstico de psicosis reactiva pero mantuvo el de psicosis breve, en la que la reactividad a factores de estrés era una posibilidad diagnóstica accesoria a decisión del clínico. Ello dio como resultado un código diagnóstico que serviría igual para todos los trastornos psicóticos agudos, fueran las antiguas psicosis psicógenas o las *bouffées délirantes* o cualquier forma de psicosis agudas⁶. Los autores del DSM IV creyeron que existía una clara dificultad práctica en su distinción y priorizaron el criterio de cuadro psicótico agudo, dejando a deseo del clínico incluir una referencia a la posible presencia de un factor de estrés desencadenante. De esta manera, los criterios del trastorno psicótico breve se superponen a los de las *bouffées délirantes*:

1. Presencia de síntomas psicóticos clásicos como delirios y/o alucinaciones.
2. Duración breve, entre un día y un mes.
3. Retorno completo al nivel de actividad premórbido.

No obstante, no se hizo referencia al clásico y característico humor variable, depresivo o eufórico o la variabilidad de los síntomas casi de un día a otro, descrito tan habitualmente en estos pacientes con lo que ante un cuadro psicótico agu-

do con una alteración extrema y variable del humor (tan claramente significado en los criterios de Pull y Pichot antes descritos) solían derivarse de forma confusa hacia el aún más confuso diagnóstico de trastorno esquizoafectivo⁴³.

Mejor éxito han tenido las *bouffées délirantes* en la ICD, de mayor tradición europea. Ya se ha señalado, a propósito de la psicosis psicógena, que en la edición novena de la ICD se equiparó sorprendentemente la *bouffées délirantes* a la reacción paranoide aguda, considerando que era un estado paranoide agudo consecuencia de una sobrecarga emocional, incluyéndola en el apartado 298.x, reservado a un grupo heterogéneo denominado *Otras psicosis no orgánicas*³³.

Esta situación cambia radicalmente con la edición actual, la ICD 10⁵. En el apartado Esquizofrenia, *Trastorno esquizotípico* y *Trastornos de ideas delirantes* incluye un subapartado, el F23, enteramente dedicado a los *Trastornos psicóticos agudos y transitorios*. Entre ellos, dos quedan consagrados a las *bouffées délirantes*, aunque en ambos casos no las distingue de las psicosis cicloides, equiparando ambos diagnósticos:

- **F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia** que incluye de forma expresa las *bouffées délirantes* y psicosis cicloides sin síntomas de esquizofrenia.
- **F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia** que incluye de forma expresa las *bouffées délirantes* y psicosis cicloides con síntomas de esquizofrenia.

El F23.0 (Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia que incluye de forma expresa las *bouffées délirantes* sin síntomas de esquizofrenia) refleja un trastorno psicótico agudo en el que las alucinaciones, las ideas delirantes

y las alteraciones de la percepción son evidentes, pero marcadamente variables de un día a otro, e incluso de una hora a otra. También suele estar presente un estado de confusión emocional con intensos sentimiento fugaces de felicidad y éxtasis o de angustia e irritabilidad. Este cuadro cambiante, polimorfo e inestable es característico, suele tener un inicio súbito quedando instaurado en menos de 48 horas. De igual forma, es de resolución rápida en todos los síntomas. En la mayoría de los casos, no es posible identificar un factor de estrés precipitante⁵.

En F23.1 (Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia que incluye de forma expresa las *bouffées délirantes* con síntomas de esquizofrenia) refiere a un cuadro también agudo, también polimorfo, pero que satisface de forma consistente los síntomas típicos de esquizofrenia durante la mayor parte del tiempo que dura el proceso, es decir, alucinaciones persistentes en cualquier modalidad, voces alucinatorias que comentan o discuten la actividad del enfermo, ideas delirantes de control, de influencia, eco o robo del pensamiento, bloqueos en el curso del pensamiento, manifestaciones catatónicas e incluso sintomatología negativa. Por supuesto, falta el criterio de duración de un mes o más que es requisito para el diagnóstico de esquizofrenia⁵.

Este cambio en la sistemática sobre los trastornos psicóticos agudos permite un abanico diagnóstico considerable, aunque los propios autores de la compilación aclaran que la delimitación entre ellos es poco clara, al menos en comparación a otras entidades psiquiátricas definidas en propia ICD 10.

3.3. Manifestaciones clínicas

Es frecuente que las descripciones clínicas de las psicosis agudas tipo *bouffée*

délirante se superpongan a las de las psicosis cicloides, aunque estas presentan características diferenciales (oscilación polar, recurrencia...) que veremos en el siguiente apartado.

Lo característico de las *bouffées* es la aparición súbita de actividad delirante, usando una bella y lúcida expresión del propio Legrain: «*es un rayo en el cielo sereno*», que liga con el concepto clásico de *delirio d'emblée* o delirio inmediato⁵⁶. Esta brusquedad de inicio, a veces puede precederse de un estado de nerviosismo anormal, trastornos del sueño, irritabilidad... Cuando emerge el delirio la conciencia se oscurece, se somete al dominio de la actividad delirante y el paciente se muestra abstraído y confuso. Los temas delirantes son diversos e incluyen grandiosidad, persecución, influencia, posesión, transformación del cuerpo, desrealización o alteración del mundo y se vivencian como una experiencia irrefutable con absoluta convicción. Los te-

TABLA V

Clínica de las *bouffées délirantes* (adaptado de Pull y Pichot⁶⁰)

-
- Comienzo brusco.
 - Delirio intensamente vivenciado con clínica polimorfa.
 - Variación del cuadro de un día a otro.
 - Continuidad de los delirios con la narcosis.
 - Estado de fascinación con distanciamiento del medio.
 - Fondo tímico de exaltación o de angustia ante el delirio.
 - Oscilaciones sobre la creencia y la crítica respecto al delirio.
 - Carácter de inmediatez de la experiencia delirante.
 - Remisión en pocos días sin secuelas.
-

mas pueden combinarse y evolucionar durante el episodio^{64, 65}.

H. Ey catalogó varios subestados dentro de las *bouffées délirantes* a modo de subsíndromes: *estado onírico* que sería una especie de ensueño en el que el sujeto asiste a la actividad delirante y alucinatoria de forma intensa pero ajena, sin apenas intervenir y con angustiada carga emocional; *estado oniroides* que estaría próximo a los episodios crepusculares histeroides en los que el paciente mantiene un cierto contacto con lo real y lo delirante invade el entorno social y familiar y un tercer *estado maníaco-depresivo* en el que predomina la excitación y la ansiedad provocadas por la propia actividad delirante a la que la conciencia se somete de forma dramática. En cualquier caso, lo fundamental es la presencia de intensa producción delirante, un dramático compromiso emocional y la progresiva desintegración de la conciencia⁶⁶.

Puede aparecer perplejidad, confusión y ansiedad consecuente con la actividad delirante y todo conlleva a la desintegración de la vida psíquica del paciente⁵¹.

Los trastornos sensorio-perceptivos son frecuentes y afectan a todas las áreas de percepción: visuales, auditivas, olfativas, cenestésicas. Se han citado como algo propio las alucinaciones visuales, visiones pintorescas de metamorfosis de objetos con colorido y dramatismo, que para los autores clásicos era señal inequívoca de lesión neurológica. Están asociados a interpretaciones delirantes, a elementos imaginativos, ilusiones, sentimientos e impresiones que manifiestan la incoercibilidad de la experiencia delirante vivenciada⁶⁶⁻⁶⁸.

El estado emocional está al servicio de la actividad delirante siguiendo su curso paralelo. Puede presentarse desde un estado ansioso y agitado en el que el paciente explica sus delirios con dramatismo y terror, hasta un estado de éxtasis

y felicidad extravagante en el que el paciente refleja una plenitud y satisfacción igualmente delirante y absurda. Todo ello permite que el enfermo se presente con importantes cambios de humor y violentas oscilaciones, aunque sin la polaridad tan marcada que se preconiza para las psicosis cicloides⁵¹, siendo más similar a las variaciones emocionales de los delirios orgánicos.

La conciencia fluctúa con las convicciones delirantes y la alteración del humor. Se produce desorientación temporal y espacial.

3.4. Etiopatogenia

La etiopatogenia de las *bouffées délirantes* es desconocida. No hay datos contrastados en la literatura médica sobre heredabilidad o factores biológicos subyacentes^{51, 68}.

Al igual que otras psicosis agudas, los factores de estrés psicosocial puede jugar un papel desencadenante. Se ha postulado que el estrés sería el factor que desencadena la actividad delirante en personas con una vulnerabilidad previa que facilita la interpretación delirante. Queda por resolver este abstracto concepto de vulnerabilidad, demasiado próximo al clásico y no menos abstracto de la idea de 'degeneración' acuñada por Magnan para las *bouffées*⁶⁹.

Recientes investigaciones sobre la génesis de la experiencia delirante sugieren un origen patogénico diferente para los delirios agudos cuya causa no sería una disregulación dopaminérgica sino una hiperreactividad autonómica provocada por una alteración en el tono afectivo⁷⁰.

3.5. Epidemiología

No se conocen datos fiables epidemiológicos respecto a las *bouffées délirantes* pues la producción científica actual es

escasa y en su mayoría se consideran de forma global con los trastornos psicóticos agudos y transitorios tal y como preconiza la ICD 10. Algunos autores cifran que entre el grupo de trastornos psicóticos agudos, las *bouffées* (con los criterios restrictivos de H. Ey) se corresponderían con el 28 %⁷¹.

Se ha sugerido también que son más frecuente en mujeres (2/3) y alrededor de los 30 años, datos que se solapan con los de la psicosis reactiva⁵¹.

3.6. Curso y pronóstico

Es norma de la recuperación del episodio en pocas semanas o meses, cesando la actividad delirante y con recuperación del nivel premórbido. Por lo general el paciente expresa una especie de despertar como si regresara de un sueño, aunque puede permanecer un estado residual de confusión y extrañeza que se alargue unos meses^{66, 67}. Si los síntomas permanecieran activos más de tres meses sería necesario plantearse una modificación diagnóstica hacia un trastorno delirante persistente (F22 según ICD 10).

Pueden existir recaídas, con menos frecuencia que en las psicosis cicloides. Utilizando los criterios de Pull antes descritos, se encontró que tras más de seis años del episodio de *bouffée délirante*, un 34 % no presentó recaídas, un 24 % presentó episodios similares recurrentes y un 41 % tuvo que modificar su diagnóstico hacia esquizofrenia o trastorno afectivo⁷².

Parece ser más frecuente la recaída en pacientes que experimentan la clínica tras un acontecimiento estresante, aún siendo un factor no habitual en las *bouffées délirantes*, lo que conduce a considerar el factor de vulnerabilidad personal, como factor etiopatogénico, que daría testimonio de una predisposición constitucional hacia el delirio^{73, 74}.

3.7. Tratamiento

Ante un episodio delirante agudo, el primer paso es la hospitalización, no solo para proteger al paciente de su propia actividad sino para iniciar un proceso diagnóstico que descarte otras patologías, principalmente enfermedades médicas. Es obligado un exhaustivo diagnóstico diferencial de enfermedades neurológicas, perturbaciones metabólicas o uso de sustancias tóxicas^{74, 75}.

El tratamiento de elección son los anti-psicóticos de alta potencia, siendo preferible la vía intramuscular ante la escasa garantía de cumplimiento. Una vez pasada la fase más aguda se puede continuar con la vía oral durante varias semanas⁵¹.

La TEC se había empleado con profusión para acortar la evolución de una *bouffée* aunque en la actualidad no parece el método terapéutico más indicado, reservándose para aquellos casos en los que la actividad delirante no se interrumpe después de varios días⁴⁰.

Al tratarse de un cuadro agudo, existe controversia respecto al mantenimiento de la medicación una vez superada la fase delirante. El criterio habitual es mantener una dosis menor durante uno o dos años y proporcionar al paciente un estricto seguimiento psiquiátrico. Existe el riesgo de evolución a un delirio crónico⁵¹.

Se ha recomendado la psicoterapia para la fase de mantenimiento como método para evaluar y tratar posibles aspectos psicológicos generadores de la vulnerabilidad hacia el delirio^{74, 75}.

4. PSICOSIS CICLOIDES

4.1. Recorrido histórico

Si fueron los psiquiatras escandinavos quienes dieron mayor peso científico a las psicosis reactivas y, como hemos visto,

las *bouffés délirantes* son inseparables de la tradición psiquiátrica francesa, la noción de las psicosis cicloides tiene sus raíces en la psiquiatría alemana de mediados del siglo XIX.

Varios psiquiatras alemanes, encabezados por Wernicke, son influenciados por la doctrina de la degeneración de Morel y posteriormente por la descripción de Magnan de las *bouffées délirantes*, cuadros psicóticos bruscos, de corta duración y remisión completa⁷⁶. Estos cuadros de buen pronóstico no entraban en la clasificación dicotómica de Kraepelin y, convencidos de su realidad clínica pero, sin desdeñar completamente los postulados de Kraepelin, trataron de demostrar la validez de un grupo de psicosis intermedias que no satisfacían ni los criterios de la demencia precoz/esquizofrenia ni los de la psicosis maníaco-depresiva¹⁰.

El propio Wernicke, más opuesto a la tesis dicotómica de Kraepelin, describió cuadros clínicos que denominó de diferentes formas (psicosis de angustia, psicosis de la motilidad, autopsicosis expansiva...) nosológicamente ubicados en un grupo que denominó '*psicosis periódicas*' por su tendencia a la repetición⁷⁷. En este grupo independiente de psicosis, Wernicke incluyó cuadros dispares que tenían como características comunes: su naturaleza psicótica, su presentación abrupta, una remisión completa y una marcada tendencia a la repetición. Finalmente los concretó en seis tipos:

1. Psicosis de angustia.
2. Autopsicosis expansiva de ideas autóctonas.
3. Psicosis cíclica de la motilidad, incluyendo aquí la catatonía periódica.
4. Confusión agitada.
5. Autopsicosis maníaca periódica.
6. Acinesia intrapsíquica.

Su trabajo llevaría a Kleist a describir el grupo de las *Psicosis marginales*⁷⁸, manejando tanto los conceptos de Wernicke como los de la tradición francesa de Magnan así como los de otros cuadros psicóticos agudos parecidos descritos en la entonces rica literatura psiquiátrica (*Paranoia primaria* de Westphal, *Psicosis degenerativa metabólica* de Schröder y Binswanger, *Confusión alucinatoria* de Krafft-Ebing entre otros)⁷⁸.

Este grupo, que reducía y simplificaba la clasificación original de Wernicke, se caracterizaba por todo lo descrito anteriormente (cuadros psicóticos agudos, bruscos en su aparición y en sus remisión, restauración al nivel premórbido, con tendencia a la repetición) y añadía un factor que marcaría claramente el futuro de los cuadros cicloides: el curso clínico oscilaba entre polos sindrómicos opuestos.

Particularmente influyentes en la concepción de Kleist fueron las descripciones de Paul Schröder (1885-1957) y Ludwig Binswanger (1881-1966). Schröder incluía en sus descripciones cuadros psicóticos agudos, fásicos, sin defecto, y que cursaban con una variada y rica sintomatología (delirios y alucinaciones), alteraciones de la psicomotricidad (acinesia e hipercinesia) y con un tono afectivo maníaco-depresivo, lo que le llevó a considerarlas variaciones de la psicosis maníaco-depresiva⁷⁹. Por su parte, Binswanger, manteniendo la tesis original de psicosis degenerativas, las clasificó en tres grupos: enfermedades episódicas en las que incluía formas delirantes y crepusculares, psicosis degenerativas polimorfas (superponibles a las descritas por Magnan y que derivan en las *bouffées délirantes*) y cuadros agudos y subagudos incompletos con excitación, paranoia y episodios catatónicos⁷⁹.

Kleist⁸⁰ se encontró con un elevado número de psicosis descritas en la literatura médica que compartían esos rasgos

comunes: presentación aguda, curso fá-sico, evolución benigna, oscilación sín-drómica... Retomó la mayoría de los cua-dros, los reclasificó en una nosología compleja que los englobaba y desarrolló su tesis de las psicosis marginales, ya que las concebía como relacionadas con las psicosis endógenas de Kraepelin en algu-nos aspectos de la clínica, pero indepen-dientes y autóctonas a todos los efectos (tabla VI).

TABLA VI
Grupo de las psicosis marginales
de K. Kleist

-
- Psicosis cicloides.
 - Psicosis del Yo.
 - Psicosis paranoides.
 - Psicosis epileptoides.
 - Psicosis de referencia.
-

Distinguió cinco grupos, cada grupo dividido en dos subgrupos⁷⁷⁻⁸⁰:

1. *Psicosis cicloides*

Divididas en dos subgrupos: psico-sis de la motilidad y psicosis confu-sionales. Son cuadros que se manifiestan en fases de dos a cuatro semanas y que cursan con episodios polares: hipercinesia/acinesia en las psicosis de la motilidad y confusión/estupor en las confusionales.

Kleist cree que guardan relación con la psicosis maníaco-depresiva aunque no tienen tanta tendencia a la repetición. Son más propias de edades juveniles y preferentemente en muje-res. Por supuesto, cuando cesa la fase psicótica no dejan defecto alguno.

2. *Psicosis del Yo*

De nuevo las subdivide en dos subgrupos: la psicosis hipocondríaca y la confabulosis aguda expansiva.

Lo que las distingue de los otros gru-pos es que se presentan con un tras-torno en la conciencia de Sí mismo, con activación psicótica delirante del Yo propio (autopsicosis) y del Yo cor-poral (somatopsicosis) en la confabu-losis y solamente del Yo corporal en la psicosis hipondríaca.

El curso es fá-sico, con períodos más largos que en la psicosis cicloide, con amplio contenido delirante ex-pansivo, fuga de ideas, a veces hiper-cinesia y confusión y el humor mani-forme.

3. *Psicosis paranoides*

Kleist consideró que las psicosis paranoides de Kraepelin no habían quedado claramente definidas y que muchas formas no tenían el curso cró-nico e incurable que se le atribuía sino que presentaban evoluciones agudas, abortivas y transitorias que las acerca-ban claramente a lo que quería definir como psicosis marginales.

Kleist quiso englobarlas y consti-tuirlas como un subgrupo homogéneo entendiendo que existía una conti-nuidad en su desarrollo, apareciendo primero una alucinosis persecutoria aguda que significaba una alteración del Yo social y que podía después in-corporar una alteración del Yo pro-pio con exaltación delirante del senti-miento de Sí mismo y que daría a un segundo subgrupo que llamó psicosis aguda expansiva de inspiración con temática delirante redentora, salvado-ra y profética.

Era un tipo de psicosis aguda que con mayor frecuencia podía derivar en crónica, siempre en función de la predisposición constitucional/heredi-taria del individuo que la padeciera.

4. *Psicosis epileptoides*

En este grupo incluyó todos los cuadros relacionados con la epilepsia,

tanto clínica como genéticamente. Los llamó estados crepusculares periódicos y en ellos encontramos: fenómenos como *déjà vu*, *jamais vu...* y lo que llama «fenómenos de modificación de conciencia» que son cuadros de enturbiamiento de la conciencia, cortos de duración (apenas una semana), de inicio y cese brusco y que se manifiestan con angustia, agitación, estados de éxtasis e inspiración delirante, interpretaciones, ideas de persecución... en lo que constituiría un cuadro de características psicóticas diferente a la propia epilepsia, aunque claramente emparentados. El enfermo sufriría un estado de perplejidad, desrealización y autorreferencia angustiosa. Una vez más, su cese ocurriría sin defecto alguno.

5. Psicosis de la cualidad de relación o psicosis de referencia aguda

Dividido en dos subgrupos, las psicosis aguda de relación y la psicosis de extrañamiento.

La psicosis aguda de relación describe un cuadro agudo, en fases, con alteración en la cualidad de reconocimiento, en la que el enfermo percibe al mundo y así mismo como extraño, con autorreferencia y angustia importante, pero sin alteración en la conciencia como ocurría en las epileptógenas. En la psicosis de extrañamiento el enfermo manifiesta que todo cuanto percibe le parece extraño, lejano, sin resonancia, pero no le afecta, no le interesa. Podía referir sentirse como un autómatas sintiendo extraños hasta sus propios movimientos y su pensamiento.

Sus planteamientos fueron seguidos por Leonhard⁸¹⁻⁸³ quien propuso el nombre de psicosis cicloides para referirse a la totalidad de los cuadros que, si bien eran reconocibles en la clínica, no siem-

pre se presentaban de forma pura sino que se entremezclaban unos con otros.

Ante la complejísima clasificación de Kleist, elaboró una más sencilla y subdividió las psicosis cicloides en tres formas principales según el 'polo' sintomático sobre el que oscilaran (tabla VII): psicosis de angustia/felicidad, psicosis confusional incoherente-estuporosa y psicosis de la motilidad acinética-hipercinética.

La psicosis de angustia-felicidad era descrita con ansiedad extrema, intensa y fluctuante, oscilando con su polo de felicidad, éxtasis y delirio místico-religioso. Eran posibles toda clase de síntomas psicóticos como alucinaciones auditivas y visuales.

La psicosis confusional tenía como síntoma característico el trastorno del pensamiento con incoherencia, ruptura en la línea directriz del discurso, verborrea o, por el contrario, estupor y lentificación.

La psicosis de la motilidad se describía como una alternancia de fases hipercinética y acinética con movimientos en cortocircuito, paracinesias, hipercinesias expresivas o inmovilidades catatónicas con rigidez y negativismo.

Pese a la división, Leonhard insistió en que las psicosis cicloides conservan una estructura característica global que mantiene la coherencia del grupo: son episodios agudos, con variabilidad polimórfica en la presentación, se presentan con sin-

TABLA VII
Subtipos de psicosis cicloides
de K. Leonhard

-
- Psicosis de angustia-felicidad.
 - Psicosis confusional (incoherente-estuporosa).
 - Psicosis de la motilidad (acinética-hipercinética).
-

tomatología psicótica brusca, de la estirpe esquizofrénica, que altera en pocos días el pensamiento, afecto y conducta. Tienen una estructura polar característica, con fluctuaciones extremas (angustia/felicidad, hipercinesia/acinesia, exaltación/estupor) y en apenas tres o cuatro semanas cesan. El enfermo no presenta defecto y, lo que es habitual, ni siquiera recuerda la totalidad de los síntomas, viviéndolos de un modo análogo a los sueños⁷⁷.

Tanto Kleist como Leonhard, conocedores de la obra de Ey, mantuvieron la explicación original organodinámica de la existencia de una desestructuración de la conciencia en sujetos predispuestos con ‘constitución autóctona lábil’ como causa patogénica⁷⁸.

Las psicosis cicloides han permanecido hasta la actualidad como un verdadero reto psicopatológico. Varios autores, de diversas procedencias geográficas, han defendido con mayor o menor vehemencia su espacio propio dentro de la nosología psiquiátrica, independiente de la esquizofrenia y los trastornos afectivos, herederos de la dicotomía kraepeliniana de las psicosis endógenas.

Es destacable la escuela japonesa de Hisatoshi Mitsuda (1938-1979) que, aunque con el nombre de psicosis atípicas, han insistido en la legalidad e independencia de estas formas de psicosis agudas^{84, 85}.

Existe, no obstante, mucha confusión conceptual, debido especialmente a los numerosos nombres con los que se las ha conocido a lo largo de la historia psiquiátrica del concepto⁹. Especialmente significativo es el término propuesto por Jacob Kasanin (1897-1946) en 1933 de ‘psicosis esquizoaffectivas’⁸⁶ que ha permanecido en la actualidad para describir unos cuadros que apenas tienen que ver con su descripción original. Kasanin presentó nueve pacientes adultos con cuadros su-

perponibles a las psicosis cicloides de Kleist (si bien en la época aún las llamaba psicosis marginales) con síntomas psicóticos agudos, polimorfos, con gran oscilación polar entre excitación y confusión y remisión *ad integrum*. En la clínica polimorfa, describía una mezcla de síntomas clásicamente psicóticos con otros clásicamente afectivos. Con el tiempo, el término ha resistido y actualmente, tanto en DSM como en ICD se citan las psicosis esquizoaffectivas pero con características diferentes a la concepción original: ahora solo describen pacientes con criterios de esquizofrenia y que cursan con episodios de depresión y manía, habiendo desaparecido los conceptos básicos de la descripción original de agudo, cíclico y recuperación completa⁸⁷.

Carlo Perris (1928-2000), uno de los autores de mayor producción científica sobre psicosis cicloide propugnaba que era imposible mantener los subgrupos de Leonhard y que debería hablarse de la psicosis cicloide como entidad única^{88, 89}.

Demetrio Barcia, el verdadero defensor de la independencia nosológica de las psicosis cicloides en España, también lo admite, aunque sus estudios describen episodios con clínicas bastante puras y cercanas a los subtipos clásicos^{57, 78, 79}. Barcia desarrolla las ideas de Peter Bräunig y sugiere seis tipos ideales: síndrome paranoide cicloide, síndrome cicloide de excitación y confusión, síndrome cicloide retardado de confusión, síndrome de hiperactividad cicloide y síndrome de hipoactividad cicloide aunque la distinción era por un interés descriptivo, admitiendo que era característica (y no excepción) el cambio de un síndrome a otro, la intensa labilidad y mezcla tanto interfásica (de un episodio a otro) como intrafásica (dentro del mismo episodio)^{87, 90}.

Barcia sostiene que las psicosis cicloides son cuadros absolutamente diferentes a las esquizofrenias manteniendo la teo-

ría patogenética de Ey. Las esquizofrenias típicas, procesuales, eran trastornos de la personalidad mientras que las psicosis cicloides (como psicosis agudas, como *bouffées délirantes*) eran alteraciones de la conciencia. Barcia se refiere a la esquizofrenia como una enfermedad biográfica ya que es imprescindible analizar el cuadro desde el nacimiento para entenderla en su conjunto, mientras que la psicosis cicloide es una alteración biológica que ocurre en pacientes con desarrollo de la personalidad normal, buen ajuste premórbido y postepisódico^{78, 79}.

Perris y Brockington^{91, 92} llegaron más lejos y propusieron criterios operativos diagnósticos que permitirían su aplicación en estudios de seguimiento que serían básicos para confirmar la independencia de las psicosis cicloides de la esquizofrenia y los trastornos afectivos así como su tendencia a la recuperación total (tabla VIII):

- a) Condición psicótica aguda entre los 15 y los 50 años.
- b) Comienzo brusco, repentino en unas cuantas horas o, como mucho, unos cuantos días.
- c) Para el diagnóstico definitivo se requiere la concurrencia de, al menos, cuatro de los siguientes síntomas:
 1. Confusión de algún grado, frecuentemente expresada como perplejidad.
 2. Delirios con humor incongruente, de cualquier tipo, la mayoría de las veces de contenido persecutorio.
 3. Experiencias alucinatorias, de cualquier tipo, a menudo relativas al temor a la muerte.
 4. Una arrolladora, espantosa y persuasiva experiencia de ansiedad, no relacionada con una particular situación o circunstancia.

TABLA VIII

Criterios diagnósticos de psicosis cicloides de Perris y Brockington⁹¹

-
- A. Psicosis aguda entre 15 y 50 años.
 - B. Comienzo repentino en horas o pocos días.
 - C. Concurrencia de al menos cuatro síntomas de los siguientes:
 1. Confusión o perplejidad.
 2. Delirios.
 3. Alucinaciones.
 4. Ansiedad intensa.
 5. Sentimientos de felicidad o éxtasis.
 6. Alteración de la motilidad.
 7. Preocupación por la muerte.
 8. Cambios de humor.
 - D. Cambio de la sintomatología frecuente con bipolaridad del humor.
-
- 5. Profundos sentimientos de felicidad o éxtasis, la mayoría de las veces de tonalidad religiosa.
 - 6. Alteraciones de la motilidad de tipo acinético o hipercinético.
 - 7. Una particular preocupación por la muerte.
 - 8. Cambios de humor en origen, no lo bastante pronunciados para justificar el diagnóstico de trastorno afectivo.
- d) No hay una constelación sintomatológica fija, por el contrario, los síntomas pueden cambiar frecuentemente en el curso del mismo episodio, desde luego mostrando características bipolares.

Pero las psicosis cicloides continúan siendo un reto para su análisis psicopatológico y su ubicación nosológica, no

siendo descartado incluso, por algunos autores^{93, 94}, que se trate de un grupo heterogéneo en el que se distinguen dos subgrupos según la presencia o no de sintomatología afectiva.

4.2. Clasificación y diagnóstico

La Psiquiatría Americana nunca ha tenido en cuenta a las psicosis cicloides, considerándolas un trastorno psiquiátrico atípico, infrecuente y muy determinado por la cultura. Es significativo que un clásico como el Tratado de Psiquiatría Kaplan & Sadock se ha limitado, edición tras edición, a citarlas de pasada entre «*otros trastornos psiquiátricos atípicos*» infrecuentes^{95, 96}.

En una peculiar clasificación, distinguen cuatro apartados:

1. Síndromes específicamente situacionales: en los que lo que fundamenta la aparición de la clínica psicopatológica es el ambiente. En este apartado se incluyen fenómenos tan dispares como el síndrome de Ganser (un trastorno disociativo que puede aparecer entre prisioneros sometidos al estrés de la reclusión), la *folie à deux* o locura compartida y la mismísima psicosis reactiva breve, el trastorno psicótico breve del DSM IV pero en su versión reactiva a acontecimiento estresante.
2. Síndromes idiopáticos en los que simplemente se postula una predisposición constitucional para agruparlos y entre los que se incluyen desde la Enfermedad de Gilles de la Tourette a los Síndrome de Capgras, Síndrome de Cotard e incluso el Síndrome de Munchausen.
3. Síndromes de características psicótico-disociativas ligados a la cultura o el folclore entre los que aparecen los habituales: Amok, Latah, Withigo o el mismo Vudu.

4. Psicosis atípicas que parecen pertenecer a entidades diagnósticas bien definidas pero cuyos perfiles clínicos eran demasiado indeterminados como para concederles categorías diagnósticas. Entre estos últimos es donde aparecen las psicosis cicloides o, como allí se denominan, psicosis cíclicas atípicas de Leonhard.

Ante tan poca consideración, no es de extrañar que el DSM haya ignorado en sus sucesivas ediciones un diagnóstico que pueda acoger a las psicosis cicloides, viéndose el clínico en la obligación de recurrir a las psicosis atípicas (código 298.90 del DSM III) o trastorno psicótico no especificado (el código F29 del DSM IV y IV-TR)^{36, 6}.

Como era de esperar, la ICD de la OMS sí ha seguido la tradición clínica europea y la psicosis cicloide ha conservado una presencia clara en su clasificación diagnóstica^{33, 5}. Los pacientes que presentan los síntomas típicos, bien delimitados en los criterios de Perris y Brockington⁹¹, entran en alguno de los dos apartados del ya citado capítulo F23 de la CIE 10 que incluye los trastornos psicóticos agudos y transitorios, en los que sí se hace mención expresa de la psicosis cicloide. Concretamente:

- **F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia** que incluye de forma expresa las psicosis cicloide sin síntomas de esquizofrenia.
- **F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia** que incluye de forma expresa las psicosis cicloides con síntomas de esquizofrenia.

Desafortunadamente para la mejor independencia de este cuadro, los autores de la ICD decidieron equipararlas a las

bouffées délirantes, aunque a juzgar por muchos autores^{78, 79, 87}, los criterios propuestos en estos dos diagnósticos, coinciden ampliamente por los propuestos específicamente por Perris y Brockington para las psicosis cicloides (tabla VIII).

4.3. Manifestaciones clínicas

La sintomatología de las psicosis cicloides se caracteriza por tres rasgos fundamentales^{67, 87}:

1. **Polimorfismo**, entendiéndolo como una variada presentación de síntomas psicóticos, con cambios frecuentes en la presentación, ya en días, ya en horas. Es habitual la mezcla con síntomas afectivos, alteración emocional y en ocasiones confusión.
2. **Globalización del trastorno**, en el sentido que la afectación altera 'globalmente' a la vida psíquica de la persona, en lo que Henrique Barahona Fernandes (1907-1992) llamaba *holodisfrenias*⁹⁷. El paciente sufre una completa transformación en pocos días, cambiado radicalmente su pensamiento, razón y conducta. Siguiendo la doctrina de H. Ey que lo atribuye a una desestructuración de la conciencia, la consecuencia se manifiesta en el pensamiento (delirios), en los sentimientos (alteración afectiva) y en la conducta (alteraciones psicomotoras).
3. **Polarización**, siendo característico de la sintomatología en las psicosis cicloides su organización entre dos 'polos' sintomáticos entre los que la clínica fluctúa, polos que parecen contrapuestos aunque son reflejo de esa alteración global de la vida psíquica.

Esta variada sintomatología puede dar lugar a manifestaciones diferentes que algunos autores han tratado de delimitar

en subgrupos o tipos. No obstante, lo habitual observado es una mezcla de síntomas, cuya variabilidad y dificultad no facilita que sean circunscritas a un tipo clínico^{98, 99}. En parte esta dificultad está también determinada por la actitud terapéutica de rápida intervención con anti-psicóticos, que se puede entender que 'corta' la expresión de la clínica y no permite que el cuadro se manifieste con la expresividad que llevó a las ricas descripciones de los autores clásicos.

No obstante, seguiremos la clasificación ya citada de Leonhard por ser la más aceptada y por la conveniencia de algunos autores de establecer este diagnóstico subsindrómico^{87, 100}.

Este autor distinguía tres tipos de polarización que se corresponderían con tres subtipos de psicosis cicloide: psicosis de angustia-felicidad, psicosis de inhibición-excitación y psicosis de motilidad hipercinética-acinética.

■ Psicosis de angustia-felicidad (tabla IX)

El síntoma fundamental de este subsíndrome es la ansiedad, que no suele aparecer de forma 'pura' sino acompañada de ideas delirantes paranoides de referencia. Es frecuente que se sumen percepciones alucinatorias de cualquier fuente perceptiva, frecuentemente auditiva aunque también visual, constituyendo más bien

TABLA IX

Rasgos clínicos del subtipo 'angustia-felicidad' de psicosis cicloide

-
- Ansiedad intensa y fluctuante.
 - Angustia desconfiada.
 - Felicidad, éxtasis, placidez.
 - Delirios místico-religiosos.
 - Alucinaciones visuales complejas.
 - Preocupación por la muerte.
-

una «*angustia desconfiada*», en palabras del propio Leonhard.

La ansiedad o angustia es vivenciada entonces con terror, con clara sensación de malestar, el paciente puede expresarlo con lamentos o gritos e incluso movimientos defensivos o de fuga¹⁰¹.

Y, por la polaridad característica, la ansiedad es fluctuante, oscilando su intensidad de un momento a otro hasta cambiar a su expresión contraria, en una suerte de sensación de felicidad, casi un estado de éxtasis calmado y placentero. Con frecuencia en este estado también se observa producción delirante y alucinatoria, que en este caso sería agradable, casi mística. En cierta manera, el polo de 'felicidad' de este subsíndrome recuerda a la euforia maníaca aunque la diferencia radica en su duración breve y curso rápidamente fluctuante. Se ha señalado que la euforia maníaca es fenomenológicamente diferente pues surge de una vivencia de fuerza y poder que invade al maníaco, mientras que la felicidad del cicloide es más extática, más contemplativa. El enfermo se siente extraño, conmovido a realizar cosas importantes, en lo que sería realmente un estado delirante de inspiración^{77, 87}.

Es más persistente y duradero el estado de angustia que el de felicidad, aunque ambos estados pueden solaparse y presentarse de forma confusa y abigarrada, aunque no debe confundirse con el subsíndrome confusional que luego describimos.

Todos los síntomas (delirios, alteraciones de la percepción, alteraciones emocionales) pueden fluctuar y variar en intensidad llegando a ser dominantes. Puede predominar la alteración en el pensamiento (delirios de referencia, de iluminación, hipocondríacos), las alteraciones perceptivas (visiones, alucinaciones auditivas, sensaciones corporales) o las emocionales (angustias desgarradoras, estados depresivos). Es frecuente un componente motriz,

pasando de la inquietud a la franca agitación.

La psicomotricidad puede verse también alterada, ya sea por aumento (agitación) o disminución (bloqueo) pero como consecuencia secundaria a la hiperactividad emocional y a la angustia e inquietud o a la plenitud y éxtasis^{77, 87}.

■ Psicosis incoherencia-estupor (tabla X)

También llamada psicosis confusional como herencia de la confusión agitada de Wernicke y que fue también considerada por Kleist como una de sus psicosis marginales⁸⁰.

El síntoma principal sería la alteración del pensamiento y su curso, que se polariza entre una aceleración excitada que conduce a la incoherencia y a un entecimiento que provoca estupor e inhibición, por lo que también se llama fase de excitación-inhibición.

La fase excitada se manifiesta con taquipsiquia más que con el pensamiento ideofugal del maníaco, aunque lógicamente se parecen. En la psicosis cicloide excitada el pensamiento se descarrila por la velocidad, un tema de discurso se conecta con otro, a menudo inconexo, siendo difícil establecer la asociación (a diferencia de la fuga de ideas maníaca en la que hay una cierta línea argumental y se pueden rastrear las asociaciones de un tema a otro)^{77, 87}.

TABLA X

Rasgos clínicos del subtipo 'incoherencia-estupor' de psicosis cicloide

-
- Incoherencia del pensamiento.
 - Verborrea.
 - Falsos reconocimientos.
 - Confusión mental.
 - Perplejidad, estupor.
-

Este curso acelerado o inhibido del pensamiento tiene un correlato en la exploración del lenguaje, observándose taquifasia, a menudo incoherente o mutismo, en el polo inhibido, percibiéndose un gran esfuerzo para hablar.

La psicomotricidad está alterada y al servicio de la polaridad, con ralentización o verdadera acinesia en la inhibición o agitación y aceleración de movimientos automáticos (mover las manos, expresividad mímica) en el polo agitado.

Una vez más la confusión diagnóstica puede ser con trastornos afectivos, ya sea manía confusa o depresión estuporosa, aunque la fluctuación polar y el curso evolutivo orientan hacia una psicosis cicloide.

No son habituales los trastornos en el contenido del pensamiento aunque como en todos los subsíndromes pueden aparecer. Los contenidos delirantes suelen estar ocultos por un estado de perplejidad y confusión, al igual que las percepciones. Los pacientes suelen referirse a este estado (una vez superado el cuadro) como un estado onírico, como vivido en un sueño extraño. Los delirios son desestructurados, vagamente referenciales, citándose comúnmente extrañeza, perplejidad, falsos reconocimientos, sensaciones paranoides de que el entorno les oculta algo. Las percepciones también son susceptibles de estar alteradas aunque la propia perplejidad del paciente suele ocultarlas.

Es frecuente que este subtipo transite hacia el de la psicosis cicloide de motilidad, siendo por tanto complejo delimitar un contenido sintomático de otro. En cambio, no suelen presentar la típica ansiedad del primer subsíndrome, si acaso un tinte subdepresivo al mostrarse el polo inhibido.

■ Psicosis de motilidad hipercinética-acinética (tabla XI)

En este tipo la sintomatología principal afecta a la psicomotricidad, alternan-

TABLA XI

Rasgos clínicos del subtipo 'hipercinesia-acinesia' de psicosis cicloide

-
- Hipercinesia expresiva.
 - Movimientos en cortocircuito.
 - Paracinesias.
 - Inmovilidad de tipo cataléptico.
 - Rigidez mímica y negativismo.
-

do fases de hipercinesia con acinesia. Luis Rojas (1905-1974), psiquiatra español, la había descrito y llamado 'psicosis de expresión' por la presencia de movimientos hipercinéticos exagerados que pueden recordar expresiones histéricas⁸⁷.

En la fase hipercinética predominan movimientos pseudoespontáneos a reacciones sensitivas y con carácter en '*cortocircuito*' (terminología del propio Kleist). Los movimientos serían guiños, gestos, movimientos primitivos rápidos y bruscos, especialmente en cara y manos que pueden remedar un comportamiento casi chistoso, como de baile. No hay naturalidad sino que parece claramente responder a agitación o inquietud psicomotriz^{77, 87}.

En la fase acinética la falta de movimientos puede ser total, con el enfermo completamente inmóvil, caras inexpressivas y respuestas catatoniformes ante el movimiento forzado. Es obvio el diagnóstico diferencial con la catatonía y con la esquizofrenia catatónica, si bien en esta la clínica motora es permanente, sin esa típica variabilidad de las psicosis cicloides que someten al enfermo a fases de excitación confusa o de estupor perplejo y el curso está lejos de ser breve además de no remitir sin secuelas^{102, 103}.

No es habitual la presencia de alteraciones en el pensamiento aunque puede existir un pensamiento incoherente en las fases hipermotrices y, en el polo acinético

co, aturdimiento o confusión acompañados de alteraciones correspondientes en el lenguaje. En algunas ocasiones se han descritos alteraciones verbales en forma de gruñidos, gritos o frases inconexas en la fase hiperkinética^{77, 87}.

Tampoco son frecuentes en este síndrome las alteraciones sensorio-perceptivas o los delirios estructurados, siendo más vagas sensaciones de referencia y sobre todo vivencias de extrañeza.

Pese a la división en tres subgrupos, ya Leonhard insistió en que las psicosis cicloides conservan una estructura característica global que mantiene la coherencia del grupo: son episodios agudos, con variabilidad polimórfica en la presentación, se presentan con sintomatología psicótica brusca, de la estirpe esquizofrénica, que altera en pocos días el pensamiento, afecto y conducta. Con frecuencia el inicio brusco de la clínica se ve precedido por pequeñas alteraciones del humor y más evidentes alteraciones del sueño, siendo citada con frecuencia la aparición de insomnio global algunos días antes de la eclosión sintomática de la psicosis. Esta peculiar presentación de trastornos del sueño (p. e.: un insomnio total en un paciente con antecedentes de psicosis cicloide) puede ser un síntoma prodrómico a tener en cuenta en las posibles recurrencias del cuadro^{78, 79}.

4.4. Etiopatogenia

La etiopatogenia de las psicosis cicloides es desconocida y, dada la heterogeneidad de la clínica y sus subtipos, se sugiere que sea también de causas diversas^{104, 105}.

Pese a la mayor producción científica sobre psicosis cicloides que con las *bouffées* o con las psicosis reactivas, no se dispone de datos verdaderamente concluyentes respecto a la heredabilidad aunque el propio Leonhard ya sugería que era

más baja que en las psicosis endógenas clásicas. Existen estudios en gemelos que hablan de una tasa del 0,21 con concordancias similares entre monocigóticos y dicigóticos¹⁰⁶.

Así mismo, el riesgo de morbilidad familiar es bajo para familiares de primer grado de pacientes cicloides, comparable a sujetos control y tampoco se aumenta el riesgo de otras psicosis afectivas¹⁰⁷.

Estos datos, concordantes tanto en estudios de gemelos como familiares, parecen mostrar que los factores genéticos no juegan un papel importante en la etiopatogenia de las psicosis cicloides por lo que la herencia es un argumento a favor de la nosología diferenciada de las psicosis cicloides respecto a otras psicosis funcionales¹⁰⁸.

Se han postulado otros factores no genéticos como agentes etiopatogénicos como las complicaciones obstétricas que conllevarían alteraciones en la maduración cerebral. Varios estudios apoyan esta tesis aunque todos adolecen de lo mismo: la falta de criterios claros para admitir un cuadro clínico como una psicosis cicloide. No obstante, se ha sugerido que la nada desdeñable tasa de 60% de pacientes cicloides podrían haber sufrido algún tipo de complicación neonatal^{105, 109}.

Estas alteraciones parecen ser la respuesta a noxas externas, similares a las atribuidas a la esquizofrenia, por ejemplo, infecciones de la madre durante el primer trimestre del embarazo, lo que no las diferenciaría demasiado de las atribuidas a la esquizofrenia^{109, 110}.

También se ha sugerido una relación con las concentraciones de estrógenos, hipotetizando una relación etiopatogénica con las psicosis puerperales^{105, 111, 112}.

Es particularmente interesante la relación de las psicosis cicloides con la epilepsia, relación ya sugerida por Kleist en sus primeros trabajos^{77, 87}. El fenómeno de comienzo súbito, la remisión a veces

espontánea, la clínica polimorfa con alucinaciones visuales, alteración psicomotriz, obnubilación de la conciencia y remisión sin secuela son argumentos a favor de la hipótesis de *kindling* (encendido) que provoca una epilepsia focal⁸⁷.

Algunos estudios han mostrado alteraciones en el patrón electroencefalográfico. Barcia en España y el grupo japonés de Mitsuda y Fukuda han hecho constar las concomitancias de las psicosis cicloides con las psicosis epilépticas, aunque otros estudios no los han replicado y los patrones de EEG parecen ser simplemente desorganizados^{77, 85, 113}.

Una alteración neurofisiológica en cambio sí parece mostrar cierta característica en las psicosis cicloides: una onda P300 ampliada que podría ser resultado de un elevado nivel de activación. Se ha hipotetizado que esta activación estaría relacionada con una activación noradrenérgica que sería la base de la excitación, la distorsión perceptiva y la actividad acelerada del pensamiento^{114, 115}.

Los estudios de neuroimagen estructural y funcional en pacientes con psicosis cicloides son aún demasiado dispares y poco concluyentes. Algunos señalan la presencia de alteraciones neuroanatómicas que podrían deberse a las lesiones prenatales o perinatales¹¹⁶⁻¹¹⁸. En algunos estudios con pacientes afectados de psicosis cicloide parece que no muestran la hipofrontalidad característica de la esquizofrenia, siendo otro dato a favor de las diferencias biológicas en la etiología de ambas psicosis^{119, 120}.

Dada la similitud de las psicosis cicloides con otros trastornos psicóticos agudos, se ha estudiado también la relación con factores de estrés psicosocial. Leonhard ya lo daba por habitual y la propia ICD 10 sugiere que las psicosis cicloides, como parte del amplio grupo de psicosis agudas, puede tener un origen en trauma psicosocial. No hay muchos estudios

aunque los existentes sugieren una influencia notable, entre el 30 y el 60% de presencia de factores precipitantes de estrés, cifras muy superiores a las obtenidas en esquizofrenia y psicosis afectivas^{121, 122}.

4.5. Epidemiología

Los estudios epidemiológicos están, como casi todos los datos publicados en la literatura, mediatizados por la falta de criterios homogéneos en el diagnóstico de psicosis cicloide. Pese a ello, los estudios existentes anuncian que la incidencia por primer ingreso de psicosis cicloide se sitúa en torno al 3-5/100.000 habitantes. Si se refiere a pacientes ingresados en unidades de psiquiatría, las cifras se sitúan entre el 8 y el 24%¹²³⁻¹²⁵.

También se ha documentado que parece existir un predominio en mujeres que contrasta con lo observado en la esquizofrenia, de predominio masculino. El rango de edad es amplio, entre los 15 y los 50 años, siendo excepcional más allá de esta edad¹²³⁻¹²⁵.

4.6. Curso y pronóstico

Los estudios clásicos de Leonhard, Kleist y los más recientes pero antiguos, constataban como hecho esencial de las psicosis cicloides la recuperación total, sin deterioro, siendo cuadros muy benignos a largo plazo, circunstancia diferencial con la esquizofrenia^{77, 87, 126}.

Los estudios recientes, siguen planteando esa benignidad evolutiva, aunque no se descarta la existencia de algún tipo de defecto. Pese a todo, la comparativa con la esquizofrenia sigue siendo favorable, tanto en términos de defecto como si se usan escalas de calidad de vida^{127, 128}.

Otro hecho fundamental, constado en estudios clásicos y replicado en los modernos es la tendencia a la repetición de los episodios. En un principio se había

sugerido que algunos subsíndromes (psicosis cicloide de la motilidad) tenían mayor tendencia recidivante⁸⁷ pero actualmente se considera que lo habitual es que se mezclen los tipos y sea difícil establecer un diagnóstico concreto. Puede aparecer un episodio con predominio de clínica ansiosa y en una recidiva ser más preponderante la sintomatología psicomotriz¹²⁷.

4.7. Tratamiento

No disponemos de estudios a doble ciego que validen un tratamiento sobre otro en las psicosis cicloides, por lo que las recomendaciones terapéuticas están basadas en las experiencias clínicas particulares. Obviamente, los antipsicóticos son los fármacos recomendados como primera elección^{77, 87, 130}.

Se ha sugerido que la presentación clínica debe orientar el tratamiento. De esta forma, ante un predominio de angustia podría ser adecuado el uso de ansiolíticos en combinación con antipsicóticos, o los propios antipsicóticos de carácter más sedante. Si lo predominante es la agitación psicomotriz o la excitación mental con taquipsiquia, los antipsicóticos son evidentes, no tanto si lo que predomina es el mutismo acinético y la inhibición. En estos casos se ha recomendado el uso de terapia electroconvulsiva como terapia de primera elección^{131, 132}.

No existen tampoco datos fiables sobre el mantenimiento del tratamiento a medio y largo plazo. Sin que existan criterios diagnósticos aceptados es difícil realizar estudios de seguimiento validados. De nuevo la experiencia de algunos autores es la guía y se sugiere mantener el tratamiento dada la tendencia a la repetición, de forma que ejercerían un papel profiláctico de las recaídas. En este sentido también se ha recomendado el uso de litio o eutimizantes, en este último caso

apoyado en la relación entre las psicosis cicloides y la epilepsia⁷⁷.

También existen sugerencias que abogan por la importancia de diagnosticar estas psicosis, a que podría bastar controlar solo las fases agudas ya que la recuperación es completa y los riesgos de un tratamiento con antipsicóticos permanente superarían los beneficios ante una eventual recaída, circunstancia completamente diferente al tratamiento de mantenimiento de la psicosis esquizofrénica¹³³.

5. CONTROVERSIA ACTUAL Y PRESPECTIVAS DE FUTURO DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS

Los episodios psicóticos agudos y transitorios vienen definiéndose en la literatura médica desde finales del siglo XIX, aunque las descripciones varían según el autor y su procedencia geográfica, con lo que la conceptualización actual está lejos de quedar aclarada. La nosología exacta es una fuente de discusión y las conexiones entre estas psicosis agudas y las psicosis crónicas (esquizofrenias, psicosis afectivas y trastornos delirantes crónicos) son controvertidas.

Las soluciones propuestas por los grupos de expertos responsables de las dos clasificaciones internacionales más importantes (ICD y DSM) para la ubicación nosológica de estos cuadros no satisfacen a la mayoría de los autores, ya sea por la escasa definición e importancia que se les da, o por su contrario, por su excesiva prolijidad y compartimentación. No faltan críticas tampoco a su desubicación, ajena a la división kraepeliniana de las dos psicosis endógenas principales, a las que deberían remitirse (el grupo de las esquizofrenias y el de las psicosis afectivas)^{134, 135}.

El mantenimiento de esta controversia se sostiene en parte por la baja estabili-

dad diagnóstica de las psicosis agudas, que en términos globales, se sitúa por debajo del 40%. Es frecuente su cambio de diagnóstico ya sea hacia esquizofrenia o hacia trastorno afectivo de características bipolares¹³⁵⁻¹⁴⁰.

Pero una vez más, un dato tan inconvertido (la fragilidad en el mantenimiento del diagnóstico) es un argumento polémico, tanto a favor como en contra de la existencia independiente de los trastornos psicóticos agudos. Los que precognizan esta 'tercera vía' en la dicotomía kraepeliniana sostienen que esa falta de estabilidad diagnóstica viene determinada por la inexistencia de criterios diagnósticos claros y la manifiesta ambigüedad de las clasificaciones, especialmente el DSM. Un mayor precisión en esos criterios conllevaría una mayor estabilidad en el diagnóstico y evitaría tantos falsos positivos que, en su mayoría, también satisficían criterios de esquizofrenia o trastorno bipolar, excepto por el criterio de temporalidad^{141, 142}.

En este camino, se sugiere que los criterios de Perris y Brockington para las psicosis cicloides se ajustan mejor a las características de este cuadro y permiten una mayor fiabilidad en estudios de seguimiento evolutivo⁹¹⁻⁹³. Lógicamente, para los que estos episodios agudos de psicosis son cuadros marginales, atípicos y, en su mayoría, formas parciales de esquizofrenia, trastornos afectivos o cuadros disociativos, el frecuente cambio de diagnóstico es una prueba más que concluyente de su inespecificidad.

La no aceptación de estos trastornos psicóticos agudos por mucha parte de la psiquiatría conduce a una discutible fiabilidad de los estudios epidemiológicos, la mayoría locales (europeos). Pese a ello, los datos sugeridos por algunos de los más fiables hablan de incidencias de entre el 5 y el 15% de psicosis agudas (sean cicloides o *bouffées*) de todas las admisiones

psiquiátricas, lo que arroja un colectivo demasiado numeroso como para no valorarlo adecuadamente^{135, 143, 144}.

Por otro lado, hemos visto sospechas de que no solo la alteración genética puede ser diferente a la de la esquizofrenia o el trastorno bipolar, sino que quizá subyazcan mecanismos patogénicos diferentes, por lo que considerar a estos pacientes como miembros del colectivo de alguna de esas psicosis endógenas puede llevar a errores en terapéutica¹⁴⁵. Si un concepto cuasi definitorio de este grupo de las psicosis agudas es su pronóstico excelente, tanto en lo que respecta al episodio agudo como en su futuro a largo plazo, no reconocerlo en el diagnóstico sería claramente lamentable para el paciente.

Pero otro aspecto que alimenta la controversia nosológica es su evolución heterogénea. Uno de los conceptos básico que da sentido a estos trastornos, el de su carácter transitorio, es poco menos que polémico. Parece que considerados globalmente sí muestran una evolución mejor que la esquizofrenia¹⁴⁵, pero los pocos estudios de seguimiento ofrecen pobres resultados en relación a recaídas y evolución con defecto. Cerca del 60% de estos episodios psicóticos agudos y transitorios cursan con recaídas, de hecho, es casi un criterio habitual en las psicosis cicloides. Y si bien es cierto que un 46% parecen tener recaídas sin déficit, un nada desdeñable 12% cursa con recaídas y deterioro. Este es un argumento de peso para los autores que consideran que no estamos ante episodios 'transitorios' sino que probablemente son manifestaciones tempranas y parciales de esquizofrenia¹⁴⁶.

Pese a todo, en la literatura médica de los últimos años se aportan otros argumentos que tratan de mostrar las diferencias entre los trastorno psicóticos agudos y la esquizofrenia, la enfermedad que principalmente los absorbería, reclamando su independencia. La mejor adapta-

ción social premórbida, la presencia de acontecimientos vitales desencadenantes, el mejor funcionamiento social tras el episodio y el menor (o nulo) deterioro psicológico de estos pacientes son motivos más que suficientes para proclamar su independencia^{141, 142, 146}.

Tampoco el trastorno bipolar o los evanescentes trastornos esquizoafectivos son ajenos a las comparaciones y se presentan argumentos que los diferencian. Se ha presentado que los trastornos psicóticos agudos son más frecuentes en mujeres, de comienzo más tardío, con más acontecimientos precipitantes y, por supuesto, comienzo brusco, menor duración de los episodios y mejor pronóstico a largo plazo^{146, 147}.

La clínica que presentan los trastornos psicóticos agudos es otro argumento de controversia. Es característico de estos cuadros el polimorfismo. Los síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios) son evidentes pero marcadamente variables, cambiando de un día a otro e incluso de una hora a otra. Se acompañan de un estado de confusión emocional también inestable, variable, que puede ir de una felicidad casi extásica a un estado de angustia e irritabilidad. La actividad delirante es poderosa, confusa, desligada de la realidad. En palabras de H. Ey: «*el enfermo se abandona al sortilegio de sus creaciones delirantes y, cuando es capaz de percibirlo, las mezcla con el mundo real*»⁶⁶.

Un cuadro de estas características, que coincide plenamente con las descripciones clásicas de Magnan para las *bouffées délirantes*, que además contara con los otros criterios definitorios del grupo (comienzo agudo y curso transitorio) tendría posibilidades de adquirir un cierto grado de independencia. Desafortunadamente, los autores de la ICD, de fuerte raigambre europea lo incorporan junto a otro, exactamente igual, pero con clínica típica

y habitual de esquizofrenia (F23.0 vs F23.1), con lo que la ambigüedad está servida, y la facilidad para falsos positivos bien alimentada¹⁴⁸. El diagnóstico de un trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia apenas difiere de la propia esquizofrenia de la duración, menos de un mes para el primero y más de un mes para la segunda. Y a nadie se le escapa la dificultad de precisar el final de un episodio psicótico sometido a un tipo u otro de tratamiento psicofarmacológico.

La remisión en poco tiempo y sin defecto, uno de los argumentos definitorios del grupo, también está lejos de no ser polémico. Desde los primeros trabajos que postulaban a los trastornos psicóticos agudos como una excepción a la dicotomía de Kraepelin, la evolución breve y benigna se señaló como un criterio de peso. No obstante, existen presentaciones de esquizofrenia, claras en su diagnóstico, pero que evolucionan con buen pronóstico. Se trate de un subsíndrome o una variedad evolutiva está por determinar, pero no es, por si sola, la buena evolución no defectual de una psicosis, un criterio definitorio de una categoría nosológica independiente¹⁴⁹.

Otro problema con el que se enfrentan los trastornos psicóticos agudos y que sería imprescindible aclarar de cara a una clara independencia sobre otras psicosis es la presencia de acontecimientos estresantes como factor desencadenante. Partiendo de la base aceptada de forma casi unánime de que un trauma psíquico puede desencadenar trastorno mental (trastornos adaptativos, reacciones de estrés), considerar la existencia de episodios psicóticos de naturaleza psicógena o reactiva no debería ser un conflicto. Algunos autores^{24, 25, 151-154} proponen una revisión del tema en profundidad y considerar en conjunto las reacciones de estrés y las psicosis reactivas. La reacción psicótica sería

una forma más de adaptación/reacción al trauma, quizá en sujetos predispuestos, pero que quedarían ubicadas en la categoría de reacciones a estrés grave (la F43 tanto del ICD 10 o el DSM IV TR).

Pero la bibliografía también aporta datos de un funcionamiento demasiado heterogéneo de estas psicosis reactivas a acontecimientos estresantes¹⁵⁰ con altos porcentajes de re-diagnóstico hacia trastornos disociativos, afectivos o esquizofrenia. La objeción a estos estudios es la habitual: diagnósticos imprecisos^{150, 154}.

Una dificultad añadida a toda la controversia la encontramos en el mismo hecho de la clasificación nosográfica actual, no solo ambigua, sino enormemente dispar. El DSM IV TR y la ICD 10 están muy lejos de ser equiparables en varias patologías, pero especialmente en lo que respecta a los trastornos psicóticos agudos. Es difícil encontrar concordancias entre ambas desde el momento que para la ICD existe un apartado completo dedicado a ellos (el F23, *trastornos psicóticos agudos y transitorios*) mientras que en el DSM apenas se cuenta con un subapartado (el F23.8/298.8, psicosis breve) dentro del apartado *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*. Para mayor complicación, el DSM considera el trastorno esquizofreniforme (F20.8/295.40) dentro de este apartado de esquizofrenia y otros trastornos mientras la ICD lo considera un trastorno psicótico agudo con pleno derecho (F23.2)^{137, 155}.

No parece que el DSM V futuro vaya a aclarar las discordancias pues la propuesta inicial es mantener la clasificación nosológica actual, es decir, un capítulo llamado «*Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*» y, entre estos otros trastornos se incluyen el trastorno delirante, el trastorno esquizoafectivo, el trastorno esquizofreniforme y la psicosis breve, con la simple modificación del criterio «conducta catatónica o gravemente des-

organizada» por el más simple de «conducta catatónica»¹⁵⁶. Además se aporta un nuevo factor de confusión al rebajar el criterio de temporalidad del trastorno esquizofreniforme de «entre un mes y seis» del DSM IV TR a «un mes o menos si es tratado exitosamente». Es fácil imaginar la difuminación de la frontera diagnóstica entre un episodio psicótico breve (menos de un mes), normalmente tratado, y sin un evidente factor de estrés psicosocial dado que cumplirá estrictamente criterios de psicosis breve y de trastorno esquizofreniforme^{157, 158}.

La propuesta RCD 10 (Criterios Diagnósticos de Investigación, basados en la ICD 10) presenta una sólida lista de criterios para validar una investigación con trastornos psicóticos agudos y transitorios que, pese a la homogeneización de todos ellos, permite establecer un principio común que otorgue criterio de credibilidad a futuras investigaciones y es, sin duda, un buen avance en la delimitación nosográfica de estas patologías apoyado en la ICD 10⁵.

Criterios RCD para las psicosis agudas y transitorias:

- G1.** Comienzo agudo de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, marcado trastorno formal del pensamiento o cualquier combinación de los precedentes. El tiempo de comienzo de cualquiera de los síntomas psicóticos y la presentación florida del trastorno no debe exceder de dos semanas y con recuperación completa en pocos días o semanas y nunca más de tres meses.
- G2.** Si se hallan presentes estados de perplejidad, falsos reconocimientos o déficit de atención y concentración, dichos criterios no satisfacen los criterios para un síndrome confusional de etiología orgánica, tal como especifica en F05, criterio A.

- G3.** El trastorno no satisface los criterios de episodio maníaco (F30), episodio depresivo (F32), o trastorno depresivo recurrente (F33).
- G4.** No hay evidencia de consumo reciente de sustancias psicotrópicas (F1x.0), consumo perjudicial (F1x.1), dependencia (F1x.2) o síndromes de abstinencia (F1x.3 y F1x.4). El consumo continuado de alcohol o drogas en cantidad y frecuencia a las que el sujeto está habituado, sobre todo si este es moderado y no se han producido cambios relevantes, no descarta necesariamente el diagnóstico de F23. La decisión deberá tomarse en función del juicio clínico del investigador y de los requisitos del proyecto de investigación en cuestión.
- G5.** Criterio de exclusión más frecuentemente usado: ausencia de enfermedad orgánica cerebral (F0) o de perturbaciones metabólicas graves que afecten al sistema nervioso central (sin incluir parto).
- Debe utilizarse el quinto dígito para especificar si el comienzo agu-

do del trastorno es debido a estrés agudo, producido en las dos semanas que anteceden a la aparición de los primeros síntomas psicóticos (F23.x0 si no se detecta o F23.x1 si es secundario a estrés agudo).

Para fines de investigación, se recomienda especificar además el comienzo del trastorno, considerando como el momento en el que se pasa desde la normalidad a un estado claramente psicótico, de la forma siguiente: *súbito* (comienzo en 48 horas) o *agudo* (comienzo en más de 48 horas pero no menos de dos semanas).

Proponemos un esquemático árbol de decisión que gira en torno al concepto de polimorfismo en modo de esquema, y asumiendo la complejidad de elección del diagnóstico adecuado, la clínica (variabilidad) (tabla XII).

Poco sabemos de la futura revisión de la ICD, la 11.^a edición, aunque iniciativas como la *Deconstructing Psychosis Conference* (una propuesta conjunta de la APA, la OMS y el NIH) proponen una revisión

TABLA XII
Diagnóstico diferencial de los trastornos psicóticos agudos y transitorios (ICD 10)

Presentación clínica	Criterios	Diagnóstico	Cod.
Clínica polimorfa	No tipo esquizofrénico	TPA polimorfo sin síntomas de esquizofrenia	F23.0
	Tipo esquizofrénico	TPA polimorfo con síntomas de esquizofrenia	F23.1
Clínica estable	Tipo esquizofrénico	TPA de tipo esquizofrénico	F23.2
	Tipo delirante	TPA con predominio de ideas delirantes	F23.3
Otras síntomas (p. ej.: alucinaciones, excitación...) o sin especificar	Otras manifestaciones	Otros TPA	F23.8
	Sin especificar	TPA inespecífico	F23.9

profunda en la conceptualización de las psicosis en base a una ruptura del pensamiento clásico. El proyecto pretende analizar los últimos avances en psicopatología de la psicosis, optimizar los criterios de los sistemas de clasificación y que se pueda plasmar en la elaboración de criterios comunes para el diagnóstico nosológico^{159, 160}.

6. CONCLUSIÓN

La controversia sobre la existencia de los trastornos psicóticos agudos como entidades independientes sigue abierta. Pero la bibliografía actual es abundante y parece apuntar hacia la existencia de un grupo de psicosis agudas con características diferentes (inicio abrupto, clínica polimorfa, remisión rápida y sin secuelas) que las independizan de la esquizofrenia y de trastornos afectivos, y que no deberían quedar relegadas a categorías diagnósticas residuales, tanto ‘otros trastornos’ como ‘no especificados’.

Las psicosis cicloides, las *bouffées délirantes*, las psicosis reactivas breves, o por lo menos algunas de ellas, son cuadros clínicos que parecen poner en duda la tradicional dicotomía kraepeliniana de las psicosis endógenas.

La constatación clínica y bibliográfica de trastornos de características psicóticas que se inician tras episodios agudos de estrés obliga a tener en cuenta el concepto clásico de psicosis psicógena o reactiva. Pese a ello, no disponemos de una explicación psicopatológica del fenómeno, que podría enmarcarse en el extenso y heterogéneo abanico que discurre entre los trastornos reactivos al estrés, los trastornos histérico-disociativos o las psicosis... o todos ellos.

Las *bouffées délirantes* siguen teniendo una mayoritaria aceptación entre los psiquiatras franceses y, con los criterios

clásicos de Magnan-Ey, son detectadas en la clínica cotidiana. La aparición brusca de un estado psicótico-delirante florido y polimorfo, sin explicación orgánica o psicológica y que cesa sin secuelas en pocos días, es todo un reto nosográfico por resolver.

Las psicosis cicloides, de las que disponemos de una creciente producción científica, podrían englobar a las anteriores por su clínica abrupta, florida y polimorfa, aunque su característica sintomatología variable y polar y su tendencia a la repetición las significan y las acercan a las clásicas psicosis periódicas. Igual que las *bouffées*, su existencia clínica parece innegable; su independencia nosológica es, en cambio, controvertida.

La distinción clínica de estos trastornos psicóticos agudos no proviene tan solo de un interés taxonómico o histórico sino que va a tener implicaciones directas en la clínica, tratamiento y pronóstico. Parece evidenciarse que la expectativa a corto y medio plazo de un paciente afecto de una de estas formas de psicosis aguda es muy diferente a la de un paciente diagnosticado de esquizofrenia, tanto en lo que se refiere a secuelas y deterioro como nivel de funcionalidad e incluso requerimientos terapéuticos. No son pocos los trabajos en los que se preconiza el innecesario mantenimiento ‘de por vida’ de antipsicóticos en los trastornos psicóticos agudos.

Pero como suele ser habitual, serán necesarias futuras investigaciones que delimiten el concepto de ‘agudo’, ‘reactivo’ y ‘remisión completa’ cuando se refiere a psicosis. Que taxonomicen la sintomatología ‘psicótica polimorfa’ concretando el fenotipo psicótico. Que establezcan diferencias epidemiológicas, de edad y sexo con otras psicosis. Que evidencien concordancias en estudios de neuroimagen. Y, por qué no, que aclaren aspectos de heredabilidad y genética.

Para ello, sería imprescindible que los clínicos dispusieran de unos criterios claros y validados para su diagnóstico y, por supuesto, una mejor concordancia entre las guías comúnmente utilizadas, y en esa línea los criterios RCD antes comentados podrían ser un buen comienzo. Ello permitiría replicar y validar estudios de seguimiento que confirmarían, o no, la tan controvertida independencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Berrios GE. Historical Aspects of Psychoses: 19th Century Issues. *British Medical Bulletin* 1987;43:484-498.
- Baca E. Lo psicótico, historia conceptual de la Psicosis. En: Roca Bennassar M, coordinador. *Trastornos Psicóticos*. Barcelona, Editorial Ars Medica; 2007.
- Kraepelin E. *Psychiatrie* (6th Edition). 1899. Barth, Leipzig. Textos traducidos en: Hoche A, Kraepelin E, Bumke O. *Los síntomas de la locura*. Madrid, Editorial Tricastela; 1999.
- Berrios GE. Esquizofrenia: historia conceptual. En: Gelder MG, López Ibor Jr JJ, Andreasen N, editores. *Tratado de Psiquiatría*, Tomo I. Barcelona, Editorial Psiquiatría Editores; 2003.
- CIE 10, Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de investigación. Madrid, Editorial Panamericana; 2000.
- DSM IV TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Barcelona, Editorial Masson; 2002.
- Cabaleiro Goas M. Psicosis marginales y atípicas endógenas, el concepto de psicosis mixtas y los síndromes esquizofrenoides, maniformes y pseudopresivos. En: Barcia D. *Esquizofrenia: cuadros afines y cuadros delirantes*. Madrid, Editorial ELA; 1987.
- Puente García R, Chinchilla Moreno A, Riaza Bermudo-Soriano C. Concepto de Esquizofrenia, introducción a la esquizofrenia. En: Chinchilla A. *Las Esquizofrenias*. Barcelona, Editorial Elsevier-Doyma; 2007.
- Barcia D. *Psicosis Cicloides*. *Folia Neuropsiquiátrica* 1997;32(1):37-48.
- García Valdecasas J, Vispe Astola A, Díaz Malián D, Martín Olmos M. *Psicosis Cicloides: controversias diagnósticas y nosológicas a propósito de un caso*. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2007; 99:59-73.
- Ivanovic-Zuvic F. El legado de Karl Jaspers. *Rev chil neuro-psiquiatr* 200; 38(3):157-165.
- Jaspers K. *Psicopatología General*. México, Editorial Fondo de Cultura Económica; 1996.
- Kraepelin, E. *Las Manifestaciones de la locura* (1920). Traducido en: Hoche A, Kraepelin E, Bumke O. *Los síntomas de la locura*. Madrid, Editorial Tricastela; 1999.
- Schneider K. *Patopsicología Clínica*. Madrid, Editorial Paz Montalvo; 1970.
- Kretschmer E. *El delirio sensitivo de referencia*. Madrid, Editorial Tricastela; 2000.
- Castagnini A. Wimmer's concept of psychogenic psychosis revisited. *History of Psychiatry*, March 2010;21: 54-66.
- Pillmann F, Marneros A. Brief and acute Psychoses: the development of concepts. *History of Psychiatry*, June 2003; 14,2:161-177.
- Zmitek A. Hommage to reactive psychosis. *Psychiatr Danub* 2009 Sep;21 (1):26-8.

19. Strömngren E. The development of the concept of reactive psychoses. *Br J Psychiatry* 1989;154:47-50.
20. Langfeldt G. *The Schizophreniform States*. Copenhagen, Editorial Munksgaard; 1933.
21. Stengel E. Psychogenic Psychoses: by Poul M. Faergeman. *Int. J. Psycho-Anal.* 1964, 45: 608-609: Tomado de Psychoanalytic Electronic Publishing (<http://www.pep-web.org/document.php?id=ijp.045.0608b>).
22. Bumke O. *Disolución de la Demencia Precoz (1923)*. Traducido en: Hoche A, Kraepelin E, Bumke O. *Los síntomas de la locura*. Madrid, Editorial Tricastela; 1999.
23. Ungari G, Leung H, Wai-Kwong T. Reactive Psychosis: a classical category nearing extinction? *Psychiatry Clin Neurosci* 2000;54:621-24.
24. Moskowits B. Post traumatic stress disorder with psychotic features. *Croat Med J* 2000; Dec 41(4):442-445.
25. Morrison AP, Frame L, Larkin W. Relationship between trauma and psychosis: a rereview and integratios. *Br J Clin Psychol* 2003;42:331-53.
26. Castagnini A, Berrios GE. Acute and transient psychotic disorders (ICD-10 F23): a review from a European perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009 Dec;259(8):433-43.
27. Jäger MDM, Hintermayr M, Bottlinger R, Strauss A, Möller HJ. Course and outcome of first-admitted patients with acute and transient psychotic disorders (ICD-10:F23). Focus on relapses and social adjustment. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003 Aug; 253(4):209-15.
28. Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R, Marneros A. The concordance of ICD-10 acute and transient psychosis and DSM-IV brief psychotic disorder. *Psychol Med* 2002 Apr;32(3): 525-33.
29. Singh SP, Burns T, Amin S, Jones PB, Harrison G. Acute and transient psychotic disorders: precursors, epidemiology, course and outcome. *Br J Psychiatry* 2004 Dec;185:452-9.
30. Pichot P. *El concepto de psicosis*. En: Pichot P Editor. *Actualizaciones en Psicosis*. Madrid, Editorial Aula Médica; 2000.
31. Casarotti H. *La aportación de Henri Ey al diagnóstico de la psicosis delirante*. En: Ey H. *Estudios sobre los delirios*. Madrid, Editorial Tricastela; 1998.
32. *DSM II R, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Association. Barcelona, Editorial Masson; 1989.
33. *ICD-9-CM: International classification of diseases, 9th revision, clinical modification*. London, Editorial Medicine; 1997.
34. Camacho M, Franco MD, Sanmartín A, Giner J. *Psicosis reactiva breve, psicosis psicógena*. En: Vallejo J, Leal C. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, Editorial Ars Médica; 2010.
35. Formoso SM, Romero MA. *Psicosis psicógenas*. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35(3):219-20.
36. Marneros A. Beyond the Kraepelinian dichotomy: acute and transient psychotic disorders and the necessity for clinical differentiation. *Br J Psychiatry* 2006 Jul;189:1-2.
37. Malhotra S, Malhotra S. Acute and transient psychotic disorders: comparison with schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep* 2003 Jul;5(3):178-86.
38. Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R. Features of acute

- and transient psychotic disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003 Aug;253(4):167-74.
39. Monchalbon A. Psicosis reactivas breves. *Alcmeon* 1992;1:66-81.
40. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, Editorial Masson; 1998.
41. Pillmann F, Blöink R, Balzuweit S, Haring A, Marneros A. Personality and social interactions in patients with acute brief psychoses. *J Nerv Ment Dis* 2003 Aug;191(8):503-8.
42. Jørgensen P, Bennedsen B, Christensen J, Hyllested A. Acute and transient psychotic disorder: comorbidity with personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1996 Dec;94(6):460-4.
43. Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R. Is the psychopathology of acute and transient psychotic disorder different from schizophrenic and schizoaffective disorders? *Eur Psychiatry* 2005 Jun;20(4):315-20.
44. Castagnini A, Bertelsen A, Munk-Jørgensen P, Berrios GE. The relationship of reactive psychosis and ICD-10 acute and transient psychotic disorders: evidence from a case register-based comparison. *Psychopathology* 2007;40(1):47-53.
45. Das SK, Malhotra S, Basu D. Family study of acute and transient psychotic disorders: comparison with schizophrenia. *Soc Psychiatr Psych Epidem* 1999;34:328-332.
46. Guldberg CA, Dahl AA, Bertelsen A, Hansen H, Haslerud J, Hytten K, Narud K. The reactivity of psychosis ratingform (RPRF): background, development and psychometrics. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:113-118.
47. Pedrós A, Martí J, Gutiérrez G, Tenías JM, Ruescas S. Two-year diagnostic stability and prognosis in acute psychotic episodes. *Actas Esp Psiquiatr* 2009 Sep-Oct;37(5):245-51.
48. Modestin J, Sonderegger P, Erni T. Follow-up study of hysterical psychosis, reactive/psychogenic psychosis, and schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2001 Jan-Feb;42(1):51-6.
49. Pillmann F, Balzuweit S, Haring A, Blöink R, Marneros A. Suicidal behavior in acute and transient psychotic disorders. *Psychiatry Res* 2003 Mar 25;117(3):199-209.
50. Jørgensen P, Bennedsen B, Christensen J, Hyllested A. Acute and transient psychotic disorder: a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1997 Aug;96(2):150-4.
51. Garrabé J, Cousin FR. Trastornos psicóticos agudos transitorios. En: Gelder MG, López Ibor Jr JJ, Andreasen N, editores. *Tratado de Psiquiatría*, Tomo I. Barcelona, Editorial Psiquiatría Editores; 2003.
52. Opjordoem S. Reactive psychosis and other brief psychotic episodes. *Curr Psychiatry Rep* 2001;3:338-341.
53. Degkwitz R. Psychogenic psychoses. A review of the clinical picture, genesis, prognosis and therapy *Fortschr Neurol Psychiatr*.1985 Jan;53(1):22-8.
54. Lehmann H. Trastornos psiquiátricos poco frecuentes: psicosis atípicas y psicosis reactivas breves. En: Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de Psiquiatría* (2.^a ed). Barcelona, Editorial Masson-Salvat; 1992.
55. Garrabé J, Dreyfus V. Las psicosis delirantes agudas en la nosografía contemporánea. Investigación en salud, Volumen V, n.º 1. México, Universidad de Guadalajara; 2003.
56. Chabrol H. Chronic hallucinatory psychosis, bouffée délirante, and the clas-

- sification of psychosis in French psychiatry. *Curr Psychiatry Rep* 2003 Jul; 5(3):187-91.
57. Barcia D. Descripción de las Bouffées délirantes. En: Barcia D. *Psicosis cicloides*. Madrid, Editorial Tricastela; 1998.
 58. Dardennes R, Samuel-Lajeunesse B. De la Bouffée Délirante aguda a los trastornos psicóticos agudos y transitorios: ¿la tercera vía? En Barcia D. Editor. *Problemas actuales de las esquizofrenias*. Madrid, Editorial Ela; 1996.
 59. Kellam AM. French empirical criteria for the diagnosis of non-affective non-organic psychoses. Comparison between the criteria suggested by Professors Pull and Pichot and those of DSM-III-R. *Br J Psychiatry* 1989 Aug; 155:153-9.
 60. Pull MC, Pull CB, Pichot P. Empirical French criteria for psychoses. III. Algorithms and decision tree *Encephale*. 1987 Mar-Apr;13(2):59-66.
 61. INSERM, «Classification française des troubles mentaux». *Bulletin de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale* 1969;24:1-29.
 62. Pull CB, Pull MC, Pichot P. Nosological position of schizoaffective psychoses in France. *Psychiat Clin* 1983;16: 141-148.
 63. Castilla del Pino C. Introducción a la psiquiatría. En: Castilla del Pino C. *Psiquiatría general: psiquiatría clínica*. Madrid, Editorial Alianza; 1980.
 64. Ey H. Psicosis Delirantes Agudas. En: Ey H. *Estudios sobre los delirios*. Madrid, Editorial Tricastela; 1998.
 65. Barcia D. Características de los cuadros delirantes de las psicosis cicloides. En: Vallejo J, Sánchez Planell L Coordinadores. *Actualización en delirios*. Madrid, Editorial Aula Médica; 2001.
 66. Allodi F. Acute paranoid reaction (bouffée délirante) in Canada. *Can J Psychiatry* 1982 Aug;27(5):366-73.
 67. Barcia D, Galiana M, Ruiz ME, López L. Validity of Morel and Magnan's doctrine of degeneration in psychiatry today. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1984 Mar-Apr; 12(2):97-106.
 68. Berner P. La génesis de la experiencia delirante. En: Ruiz Ogara C, Barcia Salorio D. *Psicopatología de los delirios*. Madrid, Editorial Yon & Us; 1998.
 69. Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R, Marneros A. Bouffée délirante and ICD-10 acute and transient psychoses: a comparative study. *Aust N Z J Psychiatry* 2003 Jun;37(3):327-33.
 70. Marneros A, Pillman F. Acute and transient psychoses. Cambridge (UK), Editorial Cambridge University Press; 2004.
 71. Ferrey G, Zebdi S. The development and prognosis of acute psychotic disorders (polymorphic delirium flushes) *Encephale* 1999 Nov;25(3): 26-32.
 72. Johnson-Sabine EC, Mann AH, Jacoby RJ, Wood KH, Peron-Magnan P, Olié JP, Deniker P. Bouffée délirante: an examination of its current status. *Psychol Med* 1983 Nov;13(4):771-8.
 73. Roberts N. Bouffée délirante in Jamaican adolescent siblings. *Can J Psychiatry* 1990 Apr;35(3):251-3.
 74. Luque R. Psicosis agudas: análisis histórico, conceptual y clínico. En Díez Patricio A, Luque Luque R. Editores. *Psicopatología de los síntomas psicóticos*. Madrid, Editorial AEN/Estudios; 2006.
 75. Giner Ubago J, Giner Jiménez L, Carballo Belloso JJ. Psicosis cicloides. En: Vallejo J, Leal C. *Tratado de Psiquia-*

- tría. Barcelona, Editorial Ars Médica; 2010.
78. Barcia D. Evolución histórica y conceptual de las psicosis cicloides. En: Barcia D. *Psicosis cicloides*. Madrid, Editorial Triscastela; 1998.
79. Barcia D. *Psicosis Cicloides (psicosis marginales o psicosis atípicas)*. En: López Ibor JJ Editor. *Libro del Año Psiquiatría*. Madrid, Editorial Saned; 1995.
80. Teichmann G. The influence of Karl Kleist on the nosology of Karl Leonhard. *Psychopathology* 1990;23(4-6): 267-76.
81. Leonhard K. *Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology*, 2.^a Ed. Viena, Editorial Springer Medicine; 1999.
82. Von Trostorff S, Leonhard K. *Catamnesis of endogenous psychoses according to the differential diagnostic method of Karl Leonhard*. *Psychopathology* 1990;23(4-6):259-62.
83. Cetkovich-Bakmas MG. Karl Leonhard's Cycloid Psychosis and its position in the field of the endogenous psychosis. *Vertex* 2002;13(1):17-21.
84. Hatotani N. The concept of 'atypical psychoses': special reference to its development in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 1996 Feb;50(1):1-10.
85. Fukuda T. Cycloid psychoses as atypical psychoses: 'concordance' and 'discordance'. *Psychopathology* 1990;23(4-6): 253-8.
86. Kasanin J. *Acute Schizoaffective Psychosis*. *Am J Psychiatry* 1933;13:97-126.
87. Barcia D. *Psicosis cicloides*. En: Barcia D. *Tratado de Psiquiatría*, Tomo I. Madrid, Editorial Aran; 2000.
88. Perris C. The importance of Karl Leonhard's classification of endogenous psychoses. *Psychopathology* 1990;23(4-6):282-90.
89. Perris C. A study of cycloid psychoses. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1974;253: 1-77.
90. Bräunig P. Switch processes and rapid cycling in bipolar affective disorders, cycloid psychoses and nonsystematic schizophrenia. *Psychopathology* 1990;23(4-6):291-302.
91. Perris C, Brockington IF. *Cycloid Psychoses and their Relation to the Major Psychoses*. En: Perris C, Struwe G, Jansson B Editores. *Biological Psychiatry*. Amsterdam, Editorial Elsevier; 1981.
92. Brockington IF, Perris C, Meltzer HY. Cycloid psychoses: diagnosis and heuristic value. *J Nerv Ment Dis* 1982 Nov; 170(11):651-6.
93. Peralta V, Cuesta MJ, Zandío M. Cycloid psychosis: an examination of the validity of the concept. *Curr Psychiatry Rep* 2007 Jun;9(3):184-92.
94. Salvatore P, Bhuvaneshwar C, Ebert D, Maggini C, Baldessarini RJ. Cycloid psychoses revisited: case reports, literature review, and commentary. *Harv Rev Psychiatry* 2008;16(3):167-80.
95. Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de Psiquiatría* (6.^a ed). Barcelona, Editorial Masson-Salvat; 1997.
96. García Valdecasas J, Vispe A, Díaz E, Fernández I. *Encuadre nosológico de la «psicosis histórica» versus psicosis agudas: Revisión a propósito de un caso*. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2007; vol. XXVII (99):59-73.
97. Barahona Fernandes A. Current meaning of the work of K. Kleist and the repercussions in the Ibero-American countries. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1979 Nov-Dec; 7(6):341-52.

98. Brockington IF, Perris C, Kendell RE, Hillier VE, Wainwright S. The course and outcome of cycloid psychosis. *Psychol Med* 1982 Feb;12(1):97-105.
99. Pfuhlmann B. The concept of cycloid psychoses. Developments, clinical significance and the state of research *Fortschr Neurol Psychiatr* 1998 Jan; 66(1):1-9.
100. Pfuhlmann B, Franzek E, Stöber G, Cetkovich-Bakmas M, Beckmann H. On interrater reliability for Leonhard's classification of endogenous psychoses. *Psychopathology* 1997 Mar-Apr;30(2):100-5.
101. Strik WK. Anxiety as a primary symptom in cycloid psychosis. *CNS Spectr* 2000 Sep;5(9):47-51.
102. Walther S, Horn H, Koschorke P, Müller TJ, Strik W. Increased motor activity in cycloid psychosis compared to schizophrenia. *World J Biol Psychiatry* 2009;10(4 Pt 3):746-51.
103. Lee JW. Cycloid psychosis, catatonia, and periodic catatonia. *Aust NZJ Psychiatry* 2004 Nov-Dec;38(11-12): 975-6.
104. Dolengevich Segal H, Saiz Ruiz J. Cycloid psychoses. A case report. *Actas Esp Psiquiatr* 2004 Sep-Oct;32 (5):323-6.
105. Peralta V, Cuesta MJ. Cycloid psychosis. *Int Rev Psychiatry* 2005 Feb; 17(1):53-62.
106. Franzek E, Beckmann H. Different genetic background of schizophrenia spectrum psychoses: a twin study. *Am J Psychiatry* 1998 Jan;155(1): 76-83.
107. Pfuhlmann B, Jabs B, Althaus G, Schmidtke A, Bartsch A, Stöber G, Beckmann H, Franzek E. Cycloid psychoses are not part of a bipolar affective spectrum: results of a controlled family study. *J Affect Disord* 2004 Nov;15;83(1):11-9.
108. Jabs BE, Pfuhlmann B, Bartsch AJ, Cetkovich-Bakmas MG, Stöber G. Cycloid psychoses – from clinical concepts to biological foundations. *J Neural Transm* 2002 May;109(5-6):907-19.
109. Stöber G, Kocher I, Franzek E, Beckmann H. First-trimester maternal gestational infection and cycloid psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 1997 Nov; 96(5):319-24.
110. Wright P, Takei N, Rifkin L, Murray RM. Maternal influenza, obstetric complications, and schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1995 Dec;152(12): 1714-20.
111. Kopala LC. Diagnosing cycloid psychosis. *J Psychiatry Neurosci* 1998 Sep;23(4):240-1.
112. Stein D, Blumenshon R, Hanukoglu A, Witztum E. Cyclic psychosis associated with the menstrual cycle. *Harefuah* 2003 Jul;142(7):512-6.
113. Verhoeven WM, Egger JI, Gunning WB, Bevers M, de Pont BJ. Recurrent schizophrenia-like psychosis as first manifestation of epilepsy: a diagnostic challenge in neuropsychiatry. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2010 May 25;6:227-31.
114. Strik WK, Dierks T, Franzek E, Maurer K, Beckmann H. Differences in P300 amplitudes and topography between cycloid psychosis and schizophrenia in Leonhard's classification. *Acta Psychiatr Scand* 1993 Mar;87 (3):179-83.
115. Strik WK, Ruchow M, Abele S, Fallgatter AJ, Mueller TJ. Distinct neurophysiological mechanisms for manic and cycloid psychoses: evidence from a P300 study on manic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1998 Dec;98(6): 459-66.

116. Franzek E, Becker T, Hofmann E, Flöhl W, Stöber G, Beckmann H. Is computerized tomography ventricular abnormality related to cycloid psychosis? *Biol Psychiatry* 1996 Dec 15; 40(12):1255-66.
117. Höffler J, Bräunig P, Krüger S, Ludvik M. Morphology according to cranial computed tomography of first-episode cycloid psychosis and its long-term-course: differences compared to schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1997 Sep;96(3):184-7.
118. Hayashi T, Watanabe T, Kitoh H, Sekine T. Multivariate analyses of CT findings in typical schizophrenia and atypical psychosis. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1992 Sep;46(3):699-709.
119. Ehliis AC, Zielasek J, Herrmann MJ, Ringel T, Jacob C, Wagener A, Fallgatter AJ. Evidence for unaltered brain electrical topography during prefrontal response control in cycloid psychoses. *Int J Psychophysiol* 2005 Feb;55(2):165-78.
120. Warkentin S, Nilsson A, Karlson S, Risberg J, Franze'n G, Gustafson L. Cycloid psychosis: regional cerebral blood flow correlates of a psychotic episode. *Acta Psychiatr Scand* 1992 Jan;85(1):23-9.
121. Peralta V, Cuesta MJ. Cycloid psychosis: a clinical and nosological study. *Psychol Med* 2003 Apr;33(3): 443-53.
122. Modestin J, Rausch A, Sonderegger P, Bachmann K. Estudio clínico de las psicosis cicloides. *Eur J Psychiatr* Vol. 2002. 16, N.º 2: 103-110.
123. Lindvall M, Hagnell O, Ohman R. Epidemiology of cycloid psychosis. *Psychopathology* 1990;23(4-6):228-32.
124. Lindvall M, Axelsson R, Ohman R. Incidence of cycloid psychosis. A clinical study of first-admission psychotic patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;242(4):197-202.
125. van der Heijden FM, Tuinier S, Kahn RS, Verhoeven WM. Nonschizophrenic psychotic disorders: the case of cycloid psychoses. *Psychopathology* 2004 Jul-Aug;37(4):161-7. Epub 2004 Jun 28.
126. Leonhard K. Prognostic diagnosis of endogenous psychoses with reference to cycloid psychoses. *Wien Z Nervenheilkd Grenzgeb* 1967;24(4): 282-96.
127. Beckmann H, Fritze J, Lanczik M. Prognostic validity of the cycloid psychoses. A prospective follow-up study. *Psychopathology* 1990;23(4-6): 205-11.
128. Jabs BE, Krause U, Althaus G, Bartsch AJ, Stöber G, Pfulmann B. Differences in quality of life and course of illness between cycloid and schizophrenic psychoses – a comparative study. *World J Biol Psychiatry*. 2004 Jul;5(3):136-42.
129. Maj M. Clinical course and outcome of cycloid psychotic disorder: a three-year prospective study. *Acta Psychiatr Scand* 1988 Aug;78(2):182-7.
130. Ehliis AC, Zielasek J, Herrmann MJ, Ringel T, Jacob C, Fallgatter AJ. Beneficial effect of atypical antipsychotics on prefrontal brain function in acute psychotic disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005 Oct; 255(5):299-307. Epub 2005 Jan 7.
131. Little JD, Ungvari GS, McFarlane J. Successful ECT in a case of Leonhard's cycloid psychosis *J ECT*. 2000 Mar;16(1):62-7.
132. Montgomery JH, Vasu D. The use of electroconvulsive therapy in atypical psychotic presentations: a case re-

- view. *Psychiatry (Edgmont)* 2007 Oct; 4(10):30-9.
133. Ban TA. Clinical pharmacology and Leonhard's classification of endogenous psychoses. *Psychopathology*. 1990;23(4-6):331-8.
 134. Peralta V, Cuesta MJ. The nosology of psychotic disorders: a comparison among competing classification systems. *Schizophr Bull* 2003;29(3): 413-25.
 135. Castagnini A, Berrios G. Acute and transient psychotic disorders (ICD-10 F23): a review from a European perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009;259:433-443.
 136. Sajith SG, Chandrasekaran R, Sadasnanandan Unni KE, Sahai A. Acute polymorphic psychotic disorder: diagnostic stability over 3 years. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:104-109.
 137. Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R, Marneros A. The concordance of ICD-10 acute and transient psychosis and DSM-IV brief psychotic disorder. *Psychol Med* 2002 Apr; 32(3):525-33.
 138. Suda K, Hayashi N, Hiraga M. Predicting features of later development of schizophrenia among patients with acute and transient psychotic disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59:146-150.
 139. Abe T, Otsuka K, Kato S. Long-term clinical course of patients with acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006;60: 452-457.
 140. Thangadurai P, Gopalakrishnan R, Kurian S, Jacob KS. Diagnostic stability and status of acute and transient psychotic disorders. *Br J Psychiatry* 2006;188:293.
 141. Pillmann F, Marneros A. Longitudinal follow-up in acute and transient psychotic disorders and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2005;187:286-287.
 142. Modestin J, Bachmann KM. A third kind of psychosis. Analysis of the literature. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1992;143(4):307-23.
 143. Albus M, Strauss A, Stieglitz RD. Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (section F2): results of the ICD-10 field trial. *Pharmacopsychiatry* 1990;23(Suppl 4):155-159.
 144. Susser E, Finnerty MT, Sohler N. Acute psychoses: a proposed diagnosis for ICD-11 and DSM-V. *Psychiatr Quat* 1996;67:165-176.
 145. Sigmund D, Mundt C. The cycloid type and its differentiation from core schizophrenia: a phenomenological approach. *Compr Psychiatry* 199;9 40:4-18.
 146. Jäger M, Bottlender R, Strauss A, Möller HJ. On the descriptive validity of ICD-10 schizophrenia: empirical analyses in the spectrum of non-affective functional psychoses. *Psychopathology* 2003;36:152-159.
 147. Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R. The relation of «acute and transient psychotic disorder» (ICD-10 F23) to bipolar schizoaffective disorder. *J Psychiatr Res* 2002 May-Jun;36(3):165-71.
 148. Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Blöink R. Is the psychopathology of acute and transient psychotic disorder different from schizophrenic and schizoaffective disorders? *Eur Psychiatry* 2005 Jun; 20(4):315-20.
 149. Zaudig M. Cycloid psychoses and schizoaffective psychoses – a comparison of different diagnostic classi-

- fication systems and criteria. *Psychopathology* 1990;23(4-6):233-42.
150. Jablensky A. Classification of non-schizophrenic psychotic disorders: a historical perspective. *Curr Psychiatry Rep* 2001 Aug;3(4):326-31.
151. Pitta JC, Blay SL. Psychogenic (reactive) and hysterical psychoses: a cross-system reliability study *Acta Psychiatr Scand* 1997 Feb;95(2):112-8.
152. Das SK, Malhotra S, Basu D, Malhotra R. Testing the stress-vulnerability hypothesis in ICD-10-diagnosed acute and transient psychotic disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2001 Jul;104(1):56-8.
153. Myin-Germeys I, van Os J. Stress-reactivity in psychosis: evidence for an affective pathway to psychosis. *Clin Psychol Rev* 2007 May;27(4):409-24.
154. Guldberg CA, Dahl AA, Bertelsen A, Hansen H, Haslerud J, Hytten K, Nardud K. The Reactivity of Psychosis Rating Form (RPRF): background, development and psychometrics. *Acta Psychiatr Scand* 1996 Feb;93(2):113-8.
155. Marneros A. Beyond the Kraepelinian dichotomy: acute and transient psychotic disorders and the necessity for clinical differentiation. *Br J Psychiatry* 2006 Jul;189:1-2.
156. <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions>
157. Möller HJ. Development of DSM-V and ICD-11: tendencies and potential of new classifications in psychiatry at the current state of knowledge. *Psychiatry Clin Neurosci* 2009 Oct;63(5):595-612.
158. van Os J, Tamminga C. Deconstructing Psychosis. *Schizophr Bull* 2007; (33)4:861-862.
159. Gaebel W, Zielasek J. The DSM-V initiative «deconstructing psychosis» in the context of Kraepelin's concept on nosology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008 Jun; 258(2):41-7.
160. Möller HJ. The forthcoming revision of the diagnostic and classificatory system: perspectives based on the European psychiatric tradition. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008 Nov; 258(5):7-17.

