

## Caso Clínico:

# Parte III: Las locuras histéricas

Velvet Gho<sup>1</sup>, Marina Cisneros<sup>2</sup>, Sofia Mac-Vicar<sup>2</sup>, Carlos Cruz<sup>3</sup>

## Resumen

### Caso Clínico

Paciente María R.A., 28 años, Escolaridad básica en programa diferencial, dueña de casa, Casada, 9 años de matrimonio. Su pareja tiene 62 años. Actualmente vive con esposo e hijo de 2 años, en Maipú. Durante 2016, María consultó en distintos servicios de urgencia, recibiendo distintos diagnósticos: Conversión, Síndrome conversivo. Se ingresa en Urgencia con diagnóstico: Síndrome Psicótico lúcido.

Paciente en cama, sin movimientos espontáneos, con rigidez, mirada fija, deshidratada, no acepta alimentarse, negativista, no establece contacto visual, no responde preguntas simples, sin embargo, en forma espontánea puede permanecer hablando, dando cuenta de contenidos delirantes.

El día de su ingreso a sector se inició terapia Electro convulsiva, y completó 5 sesiones. Tras la primera sesión paciente evoluciona favorablemente, se levanta de la cama, solicita agua, es capaz de comer. Síntomas psicóticos ceden tras la tercera sesión, señalando además no recordar nada de lo ocurrido. En entrevista de evolución paciente vigil, orientada TE, actitud parcialmente cooperadora.

En cuanto a las psicosis histéricas en sí, es una psicosis aguda, de rápida curación cuando se las trata adecuadamente y Bleuler habla de los llamados estados crepusculares histéricos. La duda diagnóstica es entre un trastorno disociativo tipo psicosis histérica o bien un trastorno psicótico agudo, refiriéndose a trastornos de presunto origen disociativo con sintomatología que podríamos denominar pseudopsicótica.

La CIE-10 clasifica las psicosis agudas no afectivas, como Trastornos psicóticos agudos y transitorios (TPAT), (Acute and Transient Psychotic Disorders (ATPD) en inglés), comparten las características comunes de inicio agudo dentro de dos semanas, y la presencia de síntomas psicóticos típicos. La descripción de TPAT fue influenciada por los conceptos de psicosis cicloide, bouffée délirante y psicosis reactiva.

No es sorprendente, por lo tanto, que los ATPD de la CIE-10 (al menos diagnósticamente) sean un heterogéneo grupo de tras-

tornos. Tanto los sistemas CIE como DSM se basan en síntomas, y descuentan los aspectos "no empíricos" del diagnóstico, que pueden constituir el «fenómeno» esencia de un trastorno psicótico.

Actualmente, no existe una categoría de diagnóstico para definir individuos que están experimentando tal psicopatología y tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar esquizofrenia u otro desorden psicótico.

Trastorno histriónico de la personalidad (HPD), como argumento aquí, no es una patología mental real; más bien, "histriónico" se refiere a un rasgo o grupo de rasgos de personalidad que podría conducir a algún otro trastorno mental.

**Palabras claves:** psicosis aguda, pseudopsicótica, histriónico, trastornos psicóticos agudos y transitorios.

## Clinical case

### Part III: The hysterical follies Summary

Clinical case. Patient María R.A., 28 years old, Basic schooling in differential program, housewife, Married, 9 years of marriage. His partner is 62 years old. Currently lives with husband and 2 year old son in Maipú. During 2016, Maria consulted in different emergency services, receiving different diagnoses: Conversion and conversion syndrome. Urgency is entered with diagnosis: Syndrome Psychotic lucid.

Patient in bed, without spontaneous movements, with rigidity, stare, dehydrated, does not accept to feed, negativist, does not establish visual contact, does not answer simple questions, however, spontaneously can remain talking, giving account of delusional contents.

On the day of his admission to the sector, Electro Convulsive therapy was started, and he completed 5 sessions. After the first patient session he progresses favorably, gets up from bed, requests water, is able to eat. Psychotic symptoms give way after the third session, noting also not remember anything of what happened. In an evolution interview, vigil patient, oriented TE, partially cooperative attitude.

1. Médico Psiquiatra, Jefe Sector 2
2. Residente Psiquiatra 1 año
3. Médico Psiquiatra. Doctor de Ciencias Sociales.

As for hysterical psychoses per se, it is an acute, rapidly healing psychosis when properly treated and Bleuler speaks of so-called hysterical crepuscular states. The diagnostic doubt is between a dissociative disorder type hysterical psychosis or an acute psychotic disorder. Referring to disorders of presumed dissociative origin with symptomatology that we could call pseudopsychotic.

The ICD-10 classifies acute non-affective psychoses, as Acute and Transient Psychotic Disorders (ATPD), share the common characteristics of acute onset within two weeks, and the presence of typical psychotic symptoms. The description of ATPD was influenced by the concepts of cycloid psychosis, bouffée délirante and reactive psychosis.

It is not surprising, therefore, that the ATPD of the ICD-10 (at least diagnostically) is a heterogeneous group of disorders. Both CIE and DSM systems are based on symptoms and discount the "non-empirical" aspects of diagnosis, which may constitute the "phenomenon" essence of a psychotic disorder.

Currently, there is no diagnostic category to define individuals who are experiencing such psychopathology and have a significantly increased risk of developing schizophrenia or other psychotic disorder.

Histrionic Personality Disorder (HPD), as an argument here, is not a real mental pathology; rather, "histrionic" refers to a trait or group of personality traits that could lead to some other mental disorder.

**Key words:** acute psychosis, pseudopsychic, histrionic, acute and transient psychotic disorders.

## Caso Clínico

### Antecedentes generales

Paciente María R.A., 28 años, Escolaridad básica en programa diferencial, repite en dos oportunidades 1° básico, presentando dificultades en áreas de Matemáticas e inglés. Educación media en Liceo Politécnico, en programa diferencial, completa tercero

medio en área gastronómica, sin repitencias. Abandona estudios para trabajar en Santiago.

Dueña de casa, Casada, 9 años de matrimonio. Su pareja tiene 62 años. Actualmente vive con esposo e hijo de 2 años, en Maipú.

Hábitos: Tabaco (-); OH (-); Drogas (-). Alergias: (-)

Hermanos: sin antecedentes psiquiátricos. Padre: Alcohólico

Embarazo normal de término, sin complicaciones perinatales. Es la cuarta de 5 hermanos.

Destaca que no controla esfínter hasta los 10 años. Madre la castigaba haciéndola dormir sobre ropa mojada en las noches. Ella describe a su madre como "una mujer que sufría de una enfermedad mental, tomaba medicamentos", al parecer negligente y severa en el trato.

Abuela materna al ver tal abandono de nietos decide comprar una casa en San Fernando y se hace cargo de la paciente desde los 7 años. Refiere abuso sexual entre los 7 y 9 años por parte de tío materno.

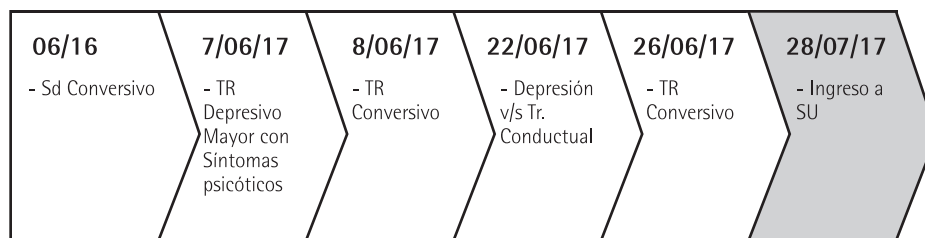
### Antecedentes específicos

A los 19 años se traslada a Santiago para cuidar a sobrino, y se desempeña como auxiliar de aseo en empresa. Sufre acoso sexual por parte de cuñado, abandona trabajo y se va a vivir con actual pareja a quien conoce en la Iglesia adventista. En marzo de 2015 nace hijo. Embarazo de término, parto normal, sin complicaciones.

A los 4 meses le diagnostican depresión post parto, pero no sigue tratamiento.

Da lactancia materna hasta los 2 años. Según pareja habría tenido un apego normal, llama la atención sin embargo que no cumplía los controles de niño sano por olvido.

Durante 2016, María consultó en distintos servicios de urgencia, recibiendo distintos diagnósticos.



Habría presentado crisis con confusión, movimientos disarmonicos generalizados y la convicción de tener un hombre en su interior: Chris Carpentier del programa Master Chef a quien María seguía regularmente con mucho interés. Dichas crisis cedían de manera espontánea con recuperación completa.

Ingreso a SU (28/07/17)

En las semanas previas a su ingreso, a las crisis ya descritas se sumó: Mutismo, manteniendo comunicación a través de señales con las manos o escritura. En los últimos días ya no se comunicaba, se mantenía en cama con los ojos cerrados, golpeaba las paredes y deja de alimentarse e hidratarse.

Al examen físico: solo se constató el enflaquecimiento sin otros hallazgos. Examen neurológico sin alteraciones.

Se ingresa al SU con diagnóstico: Síndrome Psicótico lúcido.

En Servicio de Urgencias evoluciona de forma tórpida, la describen "temblosa, interferida, no establece contacto, psicótica, se niega a alimentarse e hidratarse".

Se decidió iniciar manejo de paciente como Síndrome Catatónico suspendiendo los antipsicóticos e hidratando por vía venosa.

Ingreso a sector (7/07/17)

Paciente en cama, sin movimientos espontáneos, con rigidez, mirada fija, deshidratada, no acepta alimentarse, negativista, no establece contacto visual, no responde preguntas simples, sin embargo en forma espontánea puede permanecer hablando, dando cuenta de contenidos delirantes.

Hablaba de sí misma en tercera persona, siendo el espíritu santo quien se comunicaba a través de ella y señalaba que tiene un hombre en su interior, el cual se alimenta a través de ella "le comía la comida" lo que explica su negativa a alimentarse.

Afirma además que a este hombre le pertenecería su corazón, por lo que exige ser llevada a la UCI para un trasplante de corazón urgente, señalando que solo así se salvaría.

## Exámenes

EEG (3/Julio/17): EEG de sueño espontáneo de predominio beta dentro de límites normales.

TAC cerebral (22/06/17): Dentro de límites normales.

Perfil bioquímico normal.

VDRL no reactivo. VIH no reactivo.

El día de su ingreso a sector se inició terapia Electro convulsiva, y completó 5 sesiones. Tras la primera sesión paciente evoluciona favorablemente, se levanta de la cama, solicita agua, es capaz de comer. Síntomas psicóticos ceden tras la tercera sesión, señalando además no recordar nada de lo ocurrido.

En entrevista de evolución paciente vigil, orientada TE, actitud parcialmente cooperadora.

Psicomotilidad enlentecida, hipomímica. Afecto mal modulado, tendencia al aplanamiento. Discurso pobre en ideas, concreto, con tono de voz monocorde. Bradipsíquica con latencia en respuestas, laxitud asociativa, pararespuestas. No se pesquistan ideas delirantes. Sin alteraciones de la sensopercepción.

No recuerda motivo de ingreso, refiriendo mientras ríe que debe ser "porque estaba un poco confundida y delgada". Alteración en las pruebas de abstracción, alteración de memoria de fijación.

Se inicia Risperidona con buena tolerancia. Dado buena evolución se otorga permiso durante fin de semana, volviendo sin incidentes. Se plantea alta, e inmediatamente reacciona con angustia e inicia movimientos disarmonicos de corta duración señalando: "tengo mucha pena, e inconscientemente reacciono así"; "me siento rara, tengo miedo", no logra distinguir un motivo desencadenante. En este contexto se suspende alta.

18/07/17: Se inicia Risperidona 1mg ½ - 0 - 0, Polivitamínico y Lorazepam 2mg 2 - 2 - 2.

21-23/07/17: Paciente presenta buena evolución por lo que se otorga permiso durante fin de semana, volviendo sin incidentes, comparte con su familia sin problemas.

## Conclusión

María es una paciente de provincia que presentó Enuresis hasta los 9 años, con dificultades de aprendizaje, con una madre maltratadora y negligente, un padre ausente y severamente traumatizada en la infancia.

En su enseñanza media técnica se inclina por la gastronomía y así nace su interés por programas como Master Chef, encontrando allí el objeto de amor totalmente idealizado que posteriormente pasa a ser el centro de su delirio erotomanía y de posesión.

Eligió como pareja a un hombre 34 años mayor que ella, con quien funda su familia y después del nacimiento de su hijo hace dos años se torna progresivamente sintomática.

Por la reconstrucción de su biografía podemos inferir que se trata de una estructura de personalidad frágil, organizada en torno a rasgos infantiles mostrando una clara dificultad de "tolerar" la triada, a propósito de la maternidad y de asumir un rol adulto.

De sus síntomas relevantes al ingreso tenemos la catatonía, la confusión, el delirio erotomaniaco, el delirio de posesión, los espasmos musculares. En ella existen elementos esquizomorfos: pérdida de la soberanía del yo, asociaciones laxas, alucinaciones auditivas, delirios. Sin embargo, es una psicosis confusa que remite rápidamente con TEC. (Holm J, 2017) (Srihari VH. 2006)

¿Es breve? Difícil evaluar si esta manera de estar en el mundo data de uno, dos años, sabemos que es oscilante, se recupera, pero ya se hizo inmanejable para su familia porque se sumó la catatonía, la desnutrición y con ellos el peligro de vida.

A la luz de estos síntomas es posible hipotetizar una grave regresión hacia lo corporal y lo preverbal que se manifiesta en los delirios erotomaniacos y de posesión, y la idea de María quien afirma que "este se solucionaría al encontrarse en la realidad" con el objeto amado, dando cuenta de su deseo inconsciente.

Las psicosis histéricas no existen en las clasificaciones actuales, sin embargo, hemos decidido presentar a María como portadora de una PSICOSIS HISTÉRICA.

"Argumentamos que no fue la histeria la que desapareció, sino el interés médico en la histeria".

Jon Stone

## Correlato teórico

Dificultades nosológicas en el diagnóstico de las Psicosis agudas y transitorias.

### Psicosis histéricas

Wernicke C. (1900) en las *psicosis histéricas* escribe:

"Todavía responde más a este concepto el llamado delirio histérico, es decir, una *psicosis aguda* que se presenta autónomamente acompañada de una hiperactividad motriz condicionada sensorialmente y de una desorientación alopsíquica total, sin que coexista con ella una determinada situación afectiva dominante...El papel principal les corresponde a las alucinaciones táctiles y auditivas, con voces que se localizan con una precisión anormal... que a estas manifestaciones se les aplique la *denominación de estado de seminconsciencia*.

"El origen de estas psicosis histéricas, de rápida curación cuando se las trata adecuadamente, que también desaparecen poco

a poco sin cuidados, Mucho más frecuentemente que las psicosis histéricas son las neurosis histéricas las que afectan a nuestra especialidad. Sin embargo, pueden llegar excepcionalmente a *desencadenar las correspondientes psicosis propiamente dichas*. Sin embargo, el instrumento principal para establecer el diagnóstico es siempre poder *demostrar la existencia de síntomas histéricos* antes de que se desencadene la enfermedad aguda". (Wernicke C. 1998)

Griesinger (1845) describe la locura histérica crónica, diagnosticándola por tres factores: predisposición hereditaria, que el enfermo haya tenido "*globus histéricus*", accesos convulsivos, parálisis, anestias, hiperestesias, y enfermedades locales en los órganos genitales.

La duda diagnóstica entre un *trastorno disociativo tipo psicosis histérica o bien un trastorno psicótico agudo*:

La cuestión se complica cuando además incluimos el concepto, siempre problemático, de psicosis histérica, a veces no nítidamente diferenciable de las otras psicosis agudas y cuyo abordaje terapéutico no siempre está claro en la práctica clínica... refiriéndose a trastornos de presunto origen disociativo con sintomatología que podríamos denominar *pseudopsicótica*. (Libbrecht K. 1995).

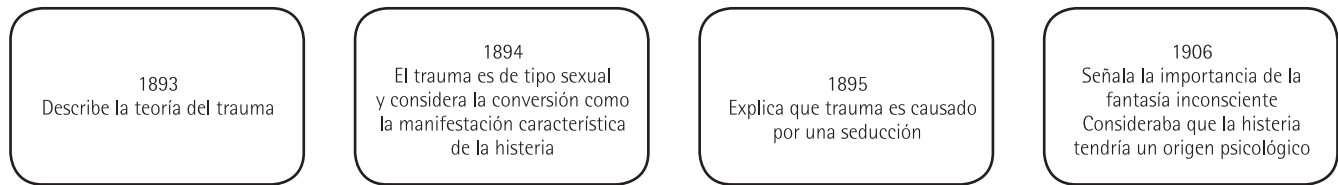
Freud inicio la construcción del psicoanálisis sobre las bases de la histeria (Figura 1)

Por otra parte, en el capítulo de la histeria, Bleuler habla de los llamados *estados crepusculares histéricos*, en los cuales aparece desorientación, ideas aparentemente delirantes de temática mística, paranoide, sexual u otras, cuadros confusionales o estados alucinatorios, con predominio de alucinaciones visuales. No parece difícil ver también en estos estados crepusculares histéricos a los pacientes que con frecuencia se diagnostican de psicosis histérica (Bleuler, E., 1971)

Llama la atención el hecho de que dentro de los factores de buen pronóstico incluya la brusquedad del delirio, su riqueza imaginativa, los trastornos de conciencia, los antecedentes neuróticos (sobre todo histéricos), la dramatización teatral de la vivencia delirante o la brevedad de la crisis.

En cuanto a las psicosis histéricas en sí, Ey no habla de ellas directamente. Hace referencia, dentro de las llamadas «reacciones neuróticas agudas o psiconeurosis emocionales» a las *crisis confusoansiosas e histeroansiosas*, que describe como crisis agudas de angustia desencadenadas ante un shock emocional. (Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, Ch., 1998)

Figura N°1



Nuestra conceptualización del proceso está esencialmente de acuerdo con la formulación de Freud en su segundo artículo sobre las neuropsicosis en la medida en que vemos la perturbación como una forma de alteración del ego. (Hollender MH, Hirsch SJ. 1964)

### Clasificación de trastornos mentales CIE 10 y «histeria»

#### *Histeria o Histeria de conversión, Reacción de conversión y Psicosis histérica:*

"El término "conversión" se utiliza ampliamente para alguno de estos trastornos, e implica que sentimientos insatisfactorios originados por los problemas y conflictos, que el enfermo no puede resolver, se transformen de alguna manera en síntomas. El comienzo y la terminación de los estados disociativos suele ser repentino y rara vez pueden ser presenciados" (OMS. CIE-11. 2011)

Anotación Latinoamericana: Este y los trastornos que siguen son trastornos frecuentes en poblaciones poco "sofisticadas" educacionalmente, tanto en países subdesarrollados como en países altamente industrializados. Se discute si su sitio taxonómico es entre los trastornos disociativos o entre los somatomorfos. (Berganza Carlos E., 2004)

*Psicosis histérica*, que nunca ha formado parte de las clasificaciones oficiales, ha asistido a la nosología psiquiátrica en el pasado cien años. Su conclusión, fue que la psicosis histérica es esencialmente una psicosis reactiva que ocurre contra el fondo de rasgos de carácter histéricos. Por lo tanto, el término "*Psicosis histérica*" es redundante y no debe utilizarse. (Ungvari G.S, Mullen P.E 2000) (de Leon J..2013) (Figura 2)

La Sinopsis de Psiquiatría de Kaplan-Sadock de 2015 sigue de forma estricta los criterios del DSM-IV-TR, pero reconoce que el *trastorno psicótico breve* recogido en esta clasificación incluye pacientes que previamente eran diagnosticados de *psicosis reactiva, histérica, por estrés y psicógena*. (Kaplan-Sadock (2015)

En este orden de ideas, con frecuencia manejamos una *polisemia diagnóstica* que incluye términos supuestamente en des-

uso y ya superados, lo que demuestra que a pesar de las clasificaciones por categorías y los consensos, seguimos recurriendo a conceptos nosológicos anteriores porque utilizamos una mezcla de "comprensiones", "intuiciones" e "inferencias". Por todo ello, creemos conveniente buscar un mejor modo de ubicar la psicosis histérica, no volviendo a la polisemia anterior ni a denominaciones que ya han sido cuestionadas. Algunos médicos han intentado reintroducir esta categoría de diagnóstico, pero no ha recuperado el reconocimiento oficial. Una razón puede sea que para muchos otros clínicos el término "histérico" tiene connotaciones peyorativas.

Es posible hipotetizar la existencia de un continuo entre el polo psicótico (que sería casi indistinguible de las *psicosis agudas*) y el disociativo, como es frecuente en otros trastornos difíciles de ubicar a nivel clasificatorio (García-Valdecasas J. 2005)

Señala el psiquiatra y psicoanalista vasco José Guimón: "En el campo de la psiquiatría confluyen muchas patologías, pero no todas cumplen los criterios de enfermedad por cuanto la causa no es orgánica sino psicosocial". (Guimón, J. 2007) (Hueso H. (2008) (Keshavan MS, Kaneko Y. 2013)

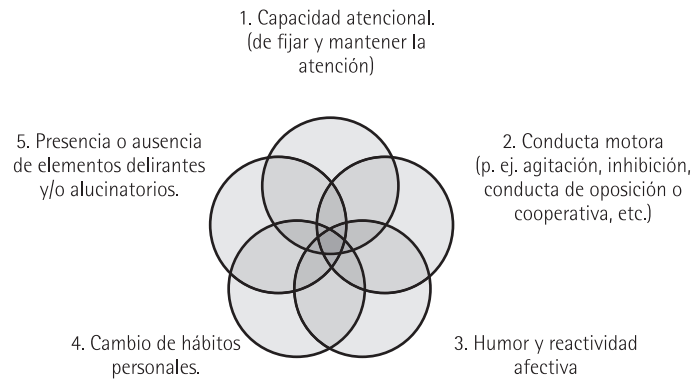
### La locura histérica vs Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios (TPAT)

Desde principios del siglo XX, un grupo de psicosis no afectivas con inicio agudo y estas psicosis han sido nombradas de manera diferente en diferentes países, incluyendo la psicosis cicloide en países de habla alemana, bouffée délirante en países que hablan francés y la psicosis reactiva o psicogénica en los países escandinavos.

La CIE-10 clasifica las psicosis agudas no afectivas como Trastornos psicóticos agudos y transitorios (TPAT), comparten las características comunes de inicio agudo dentro de dos semanas, y la presencia de síntomas psicóticos típicos. (Pillmann F., Haring A., 2003) (Jäger M D M1. 2003) (Castagnini AC. 2010). Sin embargo, las variaciones en los nombres y detalles minuciosos de la sintomatología han ensombrecido las similitudes básicas a través de estas diversas descripciones. (Bertelsen A. 2007)

Figura N°2

Exploración de los pacientes con alteración de la conciencia:



Empero, los diagnósticos no se superponen en la práctica, una mayoría de casos con estos diagnósticos más antiguos no se pueden clasificar como TPAT. Esto es parcialmente debido a diferencias en la presentación o duración de los síntomas durante 1-3 meses, lo que excluye una diagnóstico TPAT. (van de Kerkhof N.,) 2012)

En general, hay pocos hallazgos replicados en la gama de factores psicosociales y biológicos, factores de riesgo y correlatos reportados para las psicosis agudas no afectivas. Entre estos, la experiencia de un marcado estrés fisiológico o psicológico en el período anterior a la aparición de la psicosis parece ser más consistente.

La recurrencia de episodios psicóticos es común en este grupo de psicosis, pero no tan común como en la esquizofrenia o el trastorno bipolar. En más de 15 años de seguimiento, el 30% de los pacientes TPAT, presentaron un episodio único, el 50% tenía un curso episódico-remitente y el 20% tenía un curso crónico. (Vispe A, 2015)

La estabilidad diagnóstica es un tema controvertido y difiere ampliamente por el diagnóstico y el *follow-up*. Los predictores de estabilidad diagnóstica y resultado favorable incluyen el inicio repentino, el sexo femenino, duración inferior a un mes, y buen funcionamiento premórbido (Nugent K, Paksarian D. 2011)

Nuestros resultados muestran un alto nivel de acuerdo con el concepto original de *Psicosis psicógena*. Los características clínicas: Comportamiento extraño (95.5), Ilusiones (80.6), Alucinaciones (58.2), Falta de insight (83.6), T. del pensamiento formal (76.1), Agresión (72.1), Autolesiones (16.2), Confusión (14.9)

Pero estos llevan poca relación con el DSM-IV (1994) y CIE-10 (OMS, 1993) para los criterios desorden psicótico breves o agudos. (Salem MO, 2009) (Figura 3)

Estos conceptos no son idénticos - a pesar de algunas superposiciones - con el concepto de *trastornos esquizoafectivos*. Obviamente, los trastornos esquizoafectivos y los TPAT, son psicopatológicamente, clínicamente y genéticamente diferentes grupos de trastornos, sólo teniendo algunos solapamientos. Las *Psicosis Breves* del DSM-IV están definidas más estrechamente que los TPAT (Marneros A, Pillmann F, 2003)

A pesar de las nuevas definiciones y criterios, sólo existen raras investigaciones sobre el tema y, según la OMS, puede decirse lo siguiente: "La nomenclatura de estos trastornos agudos es incierta como su estado nosológico [...]. La información clínica sistemática que proporcionaría una guía definitiva sobre la clasificación de los trastornos psicóticos agudos aún *no está disponible* y los datos limitados y la tradición clínica que deben ser utilizados en su lugar no dan lugar a conceptos que puedan ser claramente definidos y separados entre sí ..." (OMS. CIE-11. 2011)

Parece que no hay independencia nosológica del trastorno psicótico agudo y transitorio. El argumento principal contra su *independencia nosológica es su inestabilidad sindrómica*.

La mencionada definición de ATPD por parte de la OMS tiene en cuenta varios conceptos, definiciones y nomenclaturas más o menos nacionales; las más importantes se muestran en la Figura 4



## Figura N°3

### Algunas descripciones clásicas de condiciones psicóticas predominantemente no-afectivas con inicio agudo y curso de remisión en la literatura

#### DESCRIPCIÓN

##### Psicosis cicloide

Trastorno psicótico de inicio agudo y buen pronóstico, pero recurrencias frecuentes, caracterizado por confusión, delirio incongruente en el estado de ánimo, alucinaciones, ansiedad abrumadora, sentimientos profundos de felicidad o éxtasis, alteraciones de la motilidad de tipo acinético o hipercinético, preocupación particular por la muerte, cambios de humor, y un cambio rápido en los síntomas dentro de un episodio. Karl Kleist (1879-1960) describió dos variantes del trastorno: la locura confusional, caracterizada por fases contrastantes de excitación y estupor confusos, y la psicosis de la motilidad, caracterizada por las fases contrastantes de la hipercinesia y la acinesia. Una tercera variante, la psicosis de ansiedad, fue introducida por Karl Leonhard (1904-1988). El diagnóstico de la psicosis cicloide sigue siendo utilizado por los psiquiatras alemanes, escandinavos y otros europeos.

##### Bouffée délirante

Trastorno psicótico con inicio agudo en una persona sin historia psiquiátrica previa. El episodio remite completamente sin síntomas residuales. Los episodios se caracterizan por delirios, alucinaciones, despersonalización y desrealización, confusión, cambio de humor y cambios en los síntomas durante el transcurso del episodio. Los episodios no se deben a la disfunción orgánica o al consumo de sustancias. El síndrome fue introducido por Valentin Magnan (1835-1916) y Paul-Maurice Legrain (1860-1939) en 1895 como causado por la degeneración, un concepto del siglo XIX que ligó la enfermedad mental a la extensión de la civilización moderna y de la vida urbana. Si bien esta formulación etiológica ya no es aceptada, el diagnóstico sigue siendo utilizado por los clínicos de habla francesa en Europa, África Occidental y el Caribe.

##### Psicosis reactiva

Trastorno psicótico de inicio agudo tras estrés externo. En comparación con la esquizofrenia, el inicio es más probable que sea agudo y ocurra más tarde en la vida. El ajuste premórbido tiende a ser mejor que en la esquizofrenia. Hay más síntomas afectivos y confusionales y síntomas menos extraños, y una historia familiar de esquizofrenia es menos probable. El pronóstico de esta afección es mejor que el de la esquizofrenia. Los diagnósticos de las psicosis psicógenas o reactivas eran populares entre los psiquiatras escandinavos en la primera parte del siglo XX y continuaron siendo utilizados a través del siglo pasado, pero encontraron uso limitado fuera de estos países.

##### Psicosis esquizofreniforme; Trastorno esquizofreniforme (DSM-III)

El psiquiatra noruego Gabriel Langfeldt (1937-1966) introdujo el concepto de psicosis esquizofreniforme como una condición con inicio repentino después de un factor precipitante identificable y con buen resultado en un individuo con personalidad premórbida bien ajustada. Los pacientes a menudo presentan trastornos del estado de ánimo y nubosidad de la conciencia. El término, pero no el concepto, fue adoptado por el DSM-III como un síndrome psicótico con síntomas esquizofrénicos, que se distingue de la esquizofrenia por una duración de menos de 6 meses. El diagnóstico se mantuvo en las ediciones posteriores del DSM.

##### Psicosis reactiva breve (DSM-III, DSM-III-R) y trastorno psicótico breve (DSM-IV)

El diagnóstico de la psicosis breve reactiva se introdujo en el DSM-III para caracterizar un episodio psicótico que aparece inmediatamente después de un estresante psicosocial que evocaría síntomas significativos en casi cualquier persona. El episodio implica confusión emocional, así como síntomas psicóticos y dura más de unas pocas horas, pero menos de 2 semanas. La duración se amplió a un mes en DSM-III-R. Este diagnóstico fue reemplazado por el de trastorno psicótico breve en el DSM-IV, que no requiere un evento estresante anterior para el diagnóstico.

##### Trastornos psicóticos agudos y transitorios (CIE-10)

Los trastornos psicóticos agudos y transitorios se introdujeron en la CIE-10 como un grupo de cuatro condiciones específicas y dos no específicas. Las condiciones específicas incluyen: 1) trastorno psicótico polimórfico agudo sin síntomas de esquizofrenia, 2) trastorno psicótico agudo polimórfico con síntomas de esquizofrenia, 3) trastorno psicótico agudo esquizofrénico y 4) trastorno psicótico agudo predominantemente delirante. Las categorías inespecíficas o residuales son para casos que no cumplen los criterios para trastornos específicos e incluyen 1) otro trastorno psicótico agudo y transitorio y 2) trastorno psicótico agudo y transitorio, no especificado. Estas condiciones se caracterizan por un inicio agudo (dentro de 2 semanas) y una remisión completa dentro de 1-3 meses, dependiendo de la afección.

(Mojtabai, R., 2003) (Pichot P. 1986)

#### ¿Qué son Trastornos psicóticos agudos y transitorios?

Este es un grupo de trastornos:

- a. que afectan principalmente a las mujeres;
- b. con posible aparición en la vida adulta, pero usualmente entre los 30 y 50 años;
- c. tienen un inicio agudo o incluso abrupto;
- d. cuya aparición es rara vez dependiente del estrés grave agudo;
- e. con un período psicótico muy corto;
- f. con una muy buena respuesta a los fármacos antipsicóticos;
- g. usualmente con un resultado favorable, a pesar de que son frecuentemente recurrentes.
- h. (Pedrós A, 2009)

Figura N°4  
Sinónimos de TPAT

Bouffée délirante
Psicosis Ciclóide
Esquizofrenia aguda
Oneirofrenia
Reacción paranoide
Psicosis Psicogénica (paranoica)
Psicosis reactiva
Reacción esquizofrénica
Ataque esquizofreniforme o psicosis
Esquizofrenia remitida
Esquizofrenia de buen pronóstico

(Marneros A, Pillman F. 2002)

Finalmente, las preguntas abiertas para futuras investigaciones necesitan ser identificadas. Esta revisión se centrará, por lo tanto, en las siguientes preguntas: (1) clasificación; (2) epidemiología; (3) tratamiento; (4) preguntas abiertas para futuras investigaciones. (Crocq MA. 2015)

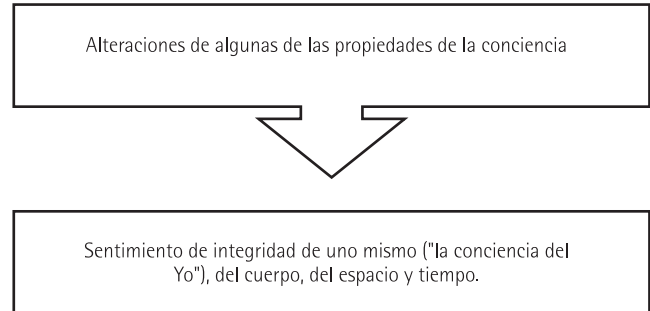
Reconocimiento de la disociación en el trauma establecidos en el DSM-IV, que contendrán una categoría de diagnóstico para las reacciones de estrés agudo probablemente llamado *Trastorno Disociativo Reactivo Breve (TDRB)*. Los criterios dimensionales alternativos para el TDRB, según los que más comúnmente se describen en las *psicosis agudas*, podrían ser:

- a. Dimensión psicótica: si predominan las alucinaciones, delirios u otros síntomas psicóticos.
- b. Dimensión afectiva: si predominan las fluctuaciones afectivas o afectividad inapropiada.
- c. Dimensión disociativa - confusional: si predomina la sintomatología disociativa y/o conversiva, o las conductas confusionales o desorganizadas.

Un notable factor en este proceso fue descubrir el papel de disociación, como defensa primaria ante los eventos angustiosos. (González H., 2000)

Es útil trazar la evolución de la disociación en la psicología a través de la historia de la histeria, específicamente, psicosis histérica. TRDB integra las características clásicas de personalidad histriónica (PH) con la mayoría de los pensamientos sobre la psicosis inducida por traumatismos.

Figura N°5



Según Janet (1894/5), una psicosis podría ser considerada histérica si su naturaleza disociativa podría ser establecida. Los criterios para ello son: (1) la psicosis es incrustada en los fenómenos disociativos, (2) la psicosis debe ser un estado mental disociado, (3) una división o duplicación de la mente (*dédoublement de la personnalité*) ocurre, (4) existen fenómenos subconscientes, y (5) estados alterados de conciencia ocurren.

Creemos que la característica esencial del diagnóstico preciso de las *psicosis reactivas breves* no es de corta duración, sino con fundación disociativa. Por lo tanto, podría argumentarse que el PDR debía situarse en la categoría de los trastornos disociativos, al igual que el RBD (van der Hart O., 1993)

El concepto de disociación es errático. Dependiendo de la forma en que se define, la disociación puede ser vista como un estado de la mente, como un síntoma, como un síndrome o como un diagnóstico clínico. Sugerimos que un diagnóstico conservador de *psicosis atípica* es más fiable y probablemente menos apropiado que un diagnóstico de espectro disociativo para estos pacientes. (Raja M. and Azzoni.1999) (Figura 5)

**Ajuste premórbido**

Las psicosis reactivas suelen surgir sobre antecedentes de una personalidad vulnerable. Ha habido una gran variedad de rasgos de personalidad observados, por ejemplo, "sensible", "sospechoso", "tímido", "excitable" y "asocial". Otro estudio evaluó sistemáticamente rasgos de personalidad en sus casos y notó timidez, hipersensibilidad, labilidad de afecto, falta de confianza en sí mismo e hipocondría y rasgos ansiosos.



De acuerdo con DSM-III-R, el trastorno límite de la personalidad se asocia con psicosis breve reactiva y DSM-IV reconoce más trastornos de la personalidad (paranoico, histriónico, narcisista, Esquizotípico y límite) como predisponentes al trastorno psicótico breve. (Hueso H. (2008). Una alta tasa (63%) de trastornos de la personalidad se observó en una muestra de pacientes hospitalizados

### *Historia familiar*

Existen algunas pruebas limitadas del papel de los factores hereditarios, un informe mostró un riesgo tres veces mayor de ATPD en primer grado parientes de los pacientes índice con ATPD en comparación con la esquizofrenia. En otro estudio, la proporción de parientes de primer grado con cualquier trastorno mental fue mayor en un grupo de ATPD pacientes (20,3%) en comparación con los controles sin trastornos mentales (3,6%)

### *Curso*

La recurrencia de episodios psicóticos es común en este grupo de psicosis, pero no tan común como en la esquizofrenia o el trastorno bipolar. En más de 15 años de seguimiento, el 30% de los pacientes ATPD presentó un episodio único, el 50% tenía un curso episódico-remite y el 20% tenía un curso crónico. Los predictores de estabilidad diagnóstica y resultado favorable incluyen el inicio repentino, el sexo femenino, duración inferior a un mes, y buen funcionamiento premórbido. (Singh SP, 2004) (Abe T. 2006)

### *El estrés como factor de riesgo*

Varios estudios han examinado los factores biológicos y psicosociales de riesgo para las psicosis agudas no afectivos. Eventos en vivo en el período inmediatamente precedente han sido una característica común o definitoria de estos diagnósticos en la descripción de estos síndromes en la DSM-IV y CIE-10.

### *Datos epidemiológicos*

Las psicosis agudas no afectivas son raras en los países industrializados. En Nottingham, Reino Unido, la tasa de incidencia estandarizada por edad y sexo de la ATPD "verdadera" (determinada después de 3 años de seguimiento) fue de 1,36 por 100.000. La incidencia del ATPD en Dinamarca fue mayor: 9,6 por 100.000, aunque en aproximadamente el 60% de estos casos, el diagnóstico fue cambiado en una admisión posterior (la mayoría a la esquizofrenia o trastornos afectivos).

No está claro, sin embargo, si las variaciones entre países de incidencia y prevalencia reflejan verdaderas variaciones en las tasas o diferencias en las prácticas diagnósticas. Además, el uso de diferentes sistemas de diagnóstico hace que la comparación entre los estudios sea difícil. (Mehta S. 2015) Los estudios epidemiológicos sistemáticos con métodos estandarizados del ATPD son raros.

La psiquiatría biológica necesita categorías diagnósticas y el concepto clásico de *Psicosis reactivas* no responde a esta expectativa. Además, en los Estados Unidos y otros países desarrollados de habla inglesa en los que la psiquiatría biológica domina en la investigación psiquiátrica, las psicosis reactivas nunca se han aceptado plenamente como categorías. (Marneros A, 2004)

### *El "continuum" psicótico*

Este estudio (Pillmann F. 2012) compara *trastornos delirantes persistentes* (PDD) y ATPD según la CIE-10. Con la excepción de la duración de los síntomas psicóticos, los pacientes con PDD fueron significativamente diferentes de los pacientes ATPD en nivel de sexo (predominio femenino sólo en la ATPD), la edad de inicio (mayor en PDD), el número de antecedentes de eventos estresantes de la vida en el índice de hospitalización (Más frecuente en ATPD), riqueza y variedad de los síntomas (mayor en ATPD) y la persistencia de síntomas psicóticos positivos (en PDD). El resultado a largo plazo fue marcado por la cronicidad de los síntomas delirantes y la disminución del funcionamiento global mayor en PDD que en ATPD. En el subgrupo de pacientes rehospitalizados, el cambio diagnóstico más común fue la esquizofrenia, que tuvo lugar en los primeros dos años de la enfermedad. (Rusaka M, 2014) (Suda K, 2005) (Scribante L, 2002) (Muller JE, 2004) (Ting JH, 2009)

La investigación ha demostrado que una delimitación exacta de los trastornos prototípicos, como la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo, no es posible. Hay supuestamente superposiciones genéticamente determinadas entre un espectro esquizofrénico y un espectro afectivo dando lugar a trastornos psicóticos que tienen características de ambos prototipos. Tales trastornos psicóticos, llamados *Paratipos*, por ejemplo, trastorno esquizoafectivo o trastorno psicótico agudo y pasajero, tienen similitudes clínicas y paraclínicas y forman un continuo entre los dos prototipos. Esto es apoyado por numerosos argumentos fuertes en los campos de premorbilidad, fenomenología, curso del desorden, pronóstico, genética, biología y neuropsicología (Marneros A. 2010) (Esterberg ML. 2009) (Krabbandam L1, 2005) (van Os J. 2003) (Marneros A. (2006)

En el DSM-IV el BPD es un trastorno psicótico con amplia concordancia con ATPD como se define en la CIE-10. Sin embargo, el criterio de tiempo DSM-IV para BPD puede ser demasiado estrecho. El grupo de trastornos psicóticos agudos con buen pronóstico se extiende más allá de los límites del TLP e incluye un subgrupo de *trastorno esquizofreniforme* del DSM-IV. (Pillmann F. 2002) (Modestin J, 1992)

La detección temprana y la prevención de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos están recibiendo un rápido crecimiento en la atención posterior a la sugerencia de que los resultados están asociados con el inicio tardío del tratamiento

entre los pacientes en su primer episodio psicótico. (Castagnini A, 2009) (Queirazza F, 2014) (Castagnini A, 2008) (Maier W, 2003) (Strömngren, Erik. (1940) (Singh S, 2004) (Figura 6)

Posteriormente, Schröder y Kleist revisaron el concepto de las psicosis agudas en una serie de trabajos. Así, Kleist (1921) estableció la „autochthone-konstitutionelle Psychosen —es decir, las psicosis constitucionales sin la mediación de factores externos— que, a su juicio, se debían a factores somáticos desconocidos (probablemente de naturaleza endocrina) y que resultaban en "crisis endógenas" y psicosis "reactivas-constitucionales", es decir, psicosis "psicogénicas" e "histéricas" (Luque R (2006)

#### Comportamiento suicida

En un estudio longitudinal, se investigaron 42 pacientes que cumplían los criterios de la CIE-10 del ATPD en comparación con los grupos controlados con esquizofrenia positiva (PS) y trastorno esquizoafectivo bipolar (TEB). El comportamiento suicida se estudió en el episodio índice y durante el curso a largo plazo, incluyendo un seguimiento prospectivo de 5 años. La prevalencia de conducta suicida durante todo el curso de la enfermedad en ATPD fue de 35.7% comparado con 57.1% en TEB y 40.5% en PS. (Nugent KL, 2011) (Zielasek J. 2017) El comportamiento suicida en ATPD es frecuente, en particular durante el episodio agudo. Parece estar asociado con la dramática sintomatología psicótica durante el episodio agudo (Pillmann F, 2003)

#### Lo histérico

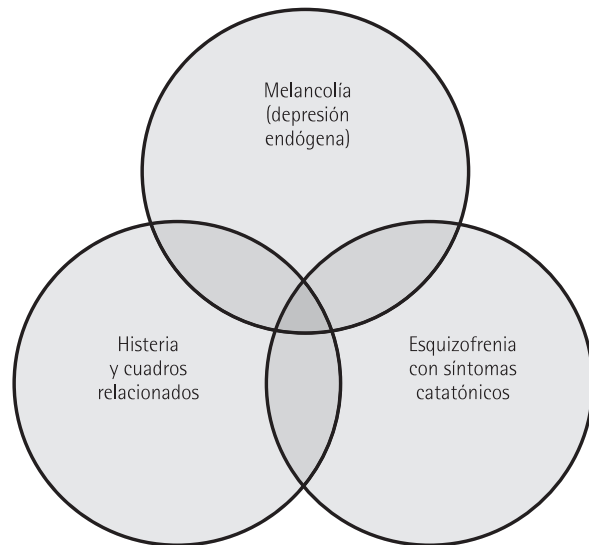
*CIE-10 Trastorno de la personalidad histriónico: Personalidad psicoinfantil e histérica. Trastorno de la personalidad psicoinfantil e histérico.*

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por teatralidad y expresión exagerada de las emociones, sugestionabilidad, afectividad lábil y superficial, desarrollo de actividades en las que importa ser el centro de atención y un deseo inapropiado de seducir, preocupación excesiva por el aspecto físico. Pueden presentarse, además: egocentrismo, indulgencia para sí mismo, anhelo de ser apreciado, sentimientos de ser fácilmente heridos y conducta manipulativa constante para satisfacer las propias necesidades. (OMS. CIE-11. 2011)

#### DSMs

Easser and Lesser, (1965) buscan integrarse en abordajes anteriores: la escuela de psicología de Freud, la hipótesis de la clasificación de los histéricos, la personalidad histérica y el "histeroide" (Borderline). Zetzel, (1968) también dividió a los pacientes en "buena" histérica, que funcionan bien, y "mala" histérica, que

Figura N°6



tienen ego débil y errores en sus objetivos. Este último grupo de pacientes tiene un perfil y nivel de funcionamiento similar al observado en pacientes limítrofes (Easser BR, 1965) (Zetzel, E. (1968)

La primera publicación (DSM-I) en la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (1952) no tenía la categoría de personalidad histérica; algunas de sus características se incluyeron en la "personalidad emocionalmente inestable". El DSM-II (American Psychiatric Association, 1968) fue muy afectado por el psicoanálisis: el nombre de los trastornos de personalidad deben ser diferenciados de otros (por ejemplo, histérico, obsesivo-compulsivo y neurasténicos y neurosis). Modelo creado por Emil Kraepelin, en DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), y los subsiguientes DSM-III-R (Asociación Americana de Psiquiatría, 1987) y DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), trastornos de la personalidad se describieron como tipos discretos y agrupados en tres grupos. (Silk K, 2002) (Novais F, 2015) (Illis L.S. (2002) (Crocq, 2013).

En la literatura clínica actual, se considera que la patología límite es un síndrome clínico bien diferenciado – el trastorno límite de la personalidad (TLP) – la realidad, sin embargo, no es tan simple, pues el concepto de "límite" o "borderline" conlleva importantes problemas de definición. Estos problemas proceden, en parte, de la naturaleza proteica del trastorno – sólo comparable quizá en su variabilidad con la personalidad histérica – como ejemplifica de manera paradigmática su "estable inestabilidad". (Figura 7)

Figura N°7

Comparación entre el trastorno de límite de la personalidad (TLP) y la personalidad histriónica ((PH)

TLP	PH
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Impulsividad</li> <li>2. Relaciones intensas pero inestables</li> <li>3. Enfado intenso e inadecuado</li> <li>4. Trastorno de la identidad</li> <li>5. Inestabilidad afectiva</li> <li>6. Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono</li> <li>7. Amenaza de suicidio</li> <li>8. Sentimientos críticos de vacío y aburrimiento</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Busca ser el centro de atención</li> <li>2. Sexualmente seductor o provocador</li> <li>3. Expresión emocional superficial y rápidamente cambiante</li> <li>4. Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.</li> <li>5. Autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.</li> <li>6. Sugestionable</li> </ol>

(Rodríguez C., 2013)

El término "límite", cuando es utilizado por clínicos psicoanalíticos para denotar el nivel de severidad, tiene un sentido diferente de cómo se lo usa en el DSM, en el que sólo un tipo de organización límite (la manifestación más histriónica y dramática de este nivel de severidad) recibe el diagnóstico de TLP. (Bakkevig JF, 2008-2010)

La organización límite de la personalidad tiene en común con la psicosis, la difusión de la identidad y la predominancia de operaciones defensivas primitivas, centradas en la escisión, pero se distingue por la presencia de un buen juicio de realidad, que indica la adecuada diferenciación entre el yo y las representaciones de objeto, surgido – siguiendo a Margaret Mahler – en la fase separación-individuación.

La idea de que los pacientes tipo borderline fueron psicóticos continúa en la descripción de Hoch y Polatin del "pseudoneurótico esquizofrénico", un paciente que parecía seriamente neurótico, pero se pensaba que empleaba defensas y estilos interpersonales para evitar una psicosis interior. (Hoch P, 1949)

En 1967, Kernberg publicó un artículo, con un concepto relativo a una organización específica de la personalidad basada en relaciones de objeto deterioradas. El constructo, denominado *organización de personalidad límite* (BPO), fue definido por:

- un deterioro de la identidad y la falta de integración de la propia identidad
- el uso de defensas primitivas, incluyendo la división, la rabia y regresión
- capacidad de probar la realidad. (Figura 8)

El diagnóstico de "límite" podría no ser más que una dimensión de inestabilidad o severidad, con el significado que con-

fiere Kernberg a la "organización límite", de trastorno grave de la personalidad, a caballo entre las neurosis y las psicosis. (Rodríguez C. 2013) (Stone J. 2008) (McHug P.R. 1998) (Ohshima T. (2001) (Jørgensen P, 1997) (Nestadt G. 1990) (Pérez E., 1997)

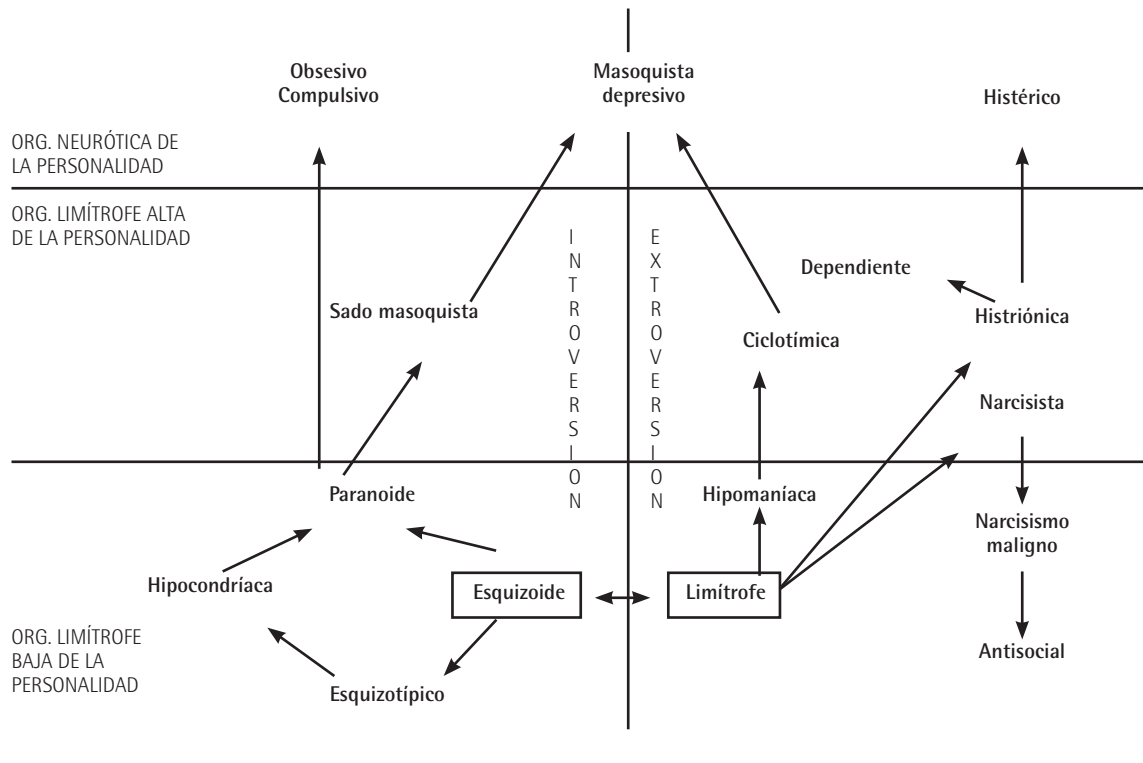
Es una presentación común tanto psiquiátrica como general, con casos diagnosticados con precisión en 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios, 20% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y el 6% de los pacientes de medicina familiar. Estos valores son más altos de lo esperado, de una prevalencia de alrededor del 1% en la población. Estudios retrospectivos han demostrado que los síntomas disminuyen con el tiempo, con el 75% de los pacientes a los 15 años de seguimiento y el 92% de los pacientes a 27 años de seguimiento que ya no tienen el trastorno. (Biskin RS, 2012)

Los trastornos de la identidad del TLP son frecuentes en PH graves. Por ese camino llegamos al asunto igualmente complejo de la definición de las psicosis históricas. Siendo ya difícil la clasificación de los trastornos psicóticos agudos, el concepto de psicosis histérica no está claramente definido, situándose tanto en los trastornos psicóticos agudos como en los trastornos disociativos.

No todo el mundo está de acuerdo con renombrar el inestable set "borderline" porque la palabra:

- siempre ha sido ambigua
- no connota ni denota ningún criterio específico o características de los pacientes que llevan la etiqueta
- marca al paciente como intratable, desafiante, o simplemente "malo". (Silk K, 2002)

Figura N°8  
Relaciones entre las estructuras y trastornos de personalidad



### Conclusiones

Primero, en la psicosis este campo de las locuras histéricas no sólo es poco investigado, también está mal conceptualizado. La CIE-10 define el inicio como "un cambio desde un estado sin rasgos psicóticos hasta un estado psicótico claramente anormal"

No ha habido prácticamente ninguna investigación en la cronología y los componentes de la aparición de la psicosis, y en algunos la incertidumbre probablemente reside en la nebulosa naturaleza del fenómeno mismo.

Kahlbaum y Kraepelin establecieron el escenario en el que las psicosis breve y aguda parecían "atípicas".

Las clasificaciones modernas, a saber, el trastorno psicótico agudo y transitorio de la CIE-10 y el trastorno psicótico breve del DSM-IV, reflejan la variada historia del concepto.

Sin embargo, el término es de interés en la práctica clínica donde su presencia depende de las habilidades clínicas y la empatía.

También es importante para una comprensión general del desarrollo de la psicosis. La delineación de otras psicosis agudas necesita aclaración. Los estudios sobre confiabilidad y validez son prometedores, pero necesitan extensión (Opjordsmoen S. 2001)

Por lo tanto, en Japón se considera generalmente que las psicosis atípicas son independientes de las principales psicosis "típicas" y se localizan nosológicamente en la zona fronteriza entre esquizofrenia típica, Psicosis maniaco-depresiva y epilepsia (Hatotani N. 1996)

Actualmente, no existe una categoría de diagnóstico para definir individuos que están experimentando tal psicopatología y tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar esquizofrenia u otro desorden psicótico. Además, la nosológica del *síndrome de psicosis atenuada* (APS) con trastorno de personalidad esquizotípica y otras condiciones psiquiátricas no estaba claro. Se espera que otros estudios resuelvan estos. (Fusar-Poli P. 2016) (Tsuang MT. 2013) (Suda K, 2005)

En segundo lugar, la relación entre eventos de vida, estrés y psicosis sigue siendo pobremente entendido. (Singh SP, 2004) (Pillmann F, 2003)

Para concluir, la importancia de revisar el debate (pasado y actual) acerca de las locuras histéricas consiste en que nos ayuda a cuestionar y revisar algunas afirmaciones rígidas y estrechas, tanto del lado del saber psiquiátrico como del psicoanálisis. (Leibson, L. 2005) (González E. (1999)

Con el desarrollo de DSM-V en marcha, la coherencia e integridad del trastorno de la personalidad borderline se mantienen firmes, pero hay que esperar si la etiqueta "borderline" debe ser retenida, si el diagnóstico pertenece al eje I en lugar del eje II, y si el diagnóstico debe ser dado a adolescentes. Creo que el término "frontera" ha ganado el estatus honorífico en virtud de su familiaridad.

Cuando esa sensación de maldad se entiende que se ha derivado en parte de un contexto familiar con mucha crítica y poco cuidado, comenzamos a dar color y distinción al ambiente, experiencias que explican gran parte de la varianza etiológica detrás de las características del paciente. En este momento, el trastorno límite de la personalidad es el único trastorno psiquiátrico en que las intervenciones psicosociales siguen siendo el tratamiento primario. (Gunderson J. 2009)

Con todas las dificultades que se han descrito para las clasificaciones nosológicas, en general, y para encuadrar en ellas diagnósticos como psicosis, histeria y psicosis histérica, la tentación sería dejar descansar en paz a las psicosis histéricas (Hueso H. 2008)

## Bibliografía

1. 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 Aug;60(4):452-7.
2. Bakkevig JF, Karterud S. Is the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, histrionic personality disorder category a valid construct? *Compr Psychiatry*. 2010 Sep-Oct;51(5):462-70.
3. Bakkevig JF - The so-called "good hysterics" revisited. A study of histrionic personality disorder based on its low prevalence in a large Norwegian psychiatric sample (2008). En: <https://www.duo.uio.no/bitstream/.../fuglestvedbakkevig.pdf?...1>
4. Berganza Carlos E., Villaseñor Bayardo Sergio. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP). Asociación Psiquiátrica de América Latina. Sección de Diagnóstico y Clasificación. América Latina, 2004. Ed. TONO CONTINUO.
5. Bertelsen A. Reactive or Psychogenic Psychoses: The Scandinavian Concept. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. PAG. 26-31 2007
6. Biskin RS, Paris J. Diagnosing borderline personality Disorder. *CMAJ*. 2012 Nov 6;184(16):1789-94.
7. Bleuler, E., *Tratado de Psiquiatria* (3ªed), Madrid, Espasa-Calpe, 1971
8. Castagnini AC. Wimmer's concept of psychogenic psychosis revisited. *Hist Psychiatry*. 2010 Mar;21(81 Pt 1):54-66.
9. 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
10. Castagnini A, Bertelsen A, Berrios GE. Incidence and diagnostic stability of ICD-10 acute and transient psychotic disorders *Compr Psychiatry*. 2008 May-Jun;49(3):255-61.
11. Crocq MA. French perspectives on psychiatric classification. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Mar;17(1):51-7.
12. de Leon J. ¿Es hora de despertar a la Bella Durmiente? En 1980, la psiquiatria europea cayó en un profundo sueño. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2014;7:186-94 - DOI: 10.1016/j.rpsm.2013.12.004
13. Easser BR, Lesser SR. Hysterical personality: a re-evaluation. *Psychoanal Q*. 1965 Jul;34:390-412.
14. Esterberg ML, Compton MT. The psychosis continuum and categorical versus dimensional diagnostic approaches. *Curr Psychiatry Rep*. 2009 Jun;11(3):179-84
15. Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, Ch., *Tratado de Psiquiatria* (8ªed), Barcelona, Masson, 1998.
16. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Bonoldi I, Hui LM, Rutigliano G, Stahl DR, Borgwardt S, Politi P, Mishara AL, Lawrie SM, Carpenter WT Jr, McGuire PK Prognosis of Brief Psychotic Episodes: A Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016 Mar;73(3):211-20
17. García-Valdecasas J. Vispe A., Díaz E., Fernández I. Encuadre nosológico de la «psicosis histérica» versus psicosis agudas: revisión a propósito de un caso. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatria*, Vol. XXV, nº 95, Julio/septiembre 2005, páginas 9-23
18. González E. El final de la histeria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*. VOL 19, NO 71 (1999)- 421-435
19. González H., Miguel-Tobal J. J. La consciencia dividida: De Pierre Janet a Ernest R. Hilgard. *Revista de Historia de Psicología*. 2000, Vol 21,Nº 2-3. Pp. 305-328
20. Guimón, J. El diagnóstico psiquiátrico no categorial (Relaciones, dimensiones y espectros). OM Editorial. 2007.
21. Gunderson J. Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *Am J Psychiatry*. 2009 May ; 166(5): 530-539.
22. Hatotani N. The concept of 'atypical psychoses': Special reference to its development in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Volume 50, Issue 1, 1996*
23. Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia *Psychiatr Q*. 1949 Apr;23(2):248-76.
24. Hollender MH, Hirsch SJ. Hysterical psychosis. *Am J Psychiatry*. 1964 May;120:1066-74.
25. Holm J, Brus O, Båve U, Landen M, Lundberg J, Nordanskog P, von Knorring L, Nordenskjöld A. Improvement of cycloid psychosis following electroconvulsive therapy. *Nord J Psychiatry*. 2017 Aug;71(6):405-410
26. Hueso H. Psicosis Histérica o Trastorno Disociativo Psicótico. El Problema de la Nosología Psiquiátrica. VITAE Academia Biomédica Digital, Número 34, enero-marzo- (2008)
27. Illis L.S. Hysteria. *Spinal Cord* (2002) 40, 311 ± 312
28. 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
29. Jäger M D M1, Hintermayr M, Bottlender 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.
30. Kaplan Et Sadock. *Sinopsis de psiquiatria*, 11º Ed. Editorial: Lippincott Williams & Wilkins. 2015



31. Kernberg O. Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 1967;15:641- 85.
32. Keshavan MS, Kaneko Y. Secondary psychoses: an update. *World Psychiatry*. 2013 Feb;12(1):4-15.
33. Krabbendam L1, Myin-Germeys I, Bak M, van Os J. Explaining transitions over the hypothesized psychosis continuum. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005 Mar;39(3):180-6.
34. Leibson, L y Buchanan, V. Vigencia de la locura histérica. 2005 En: <http://www.aacademica.org/000-051/366>
35. Libbrecht K. Hysterical Psychosis: A Historical Survey. Transaction Pub (1 de febrero de 1995). 283 páginas
36. Luque R (2006): Psicosis agudas: Análisis histórico, conceptual y clínico. En A Diez y R Luque (eds.) *Psicopatología de los síntomas psicóticos*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría.
37. Maier W, Cornblatt BA, Merikangas KR. Transition to schizophrenia and related disorders: toward a taxonomy of risk. *Schizophr Bull*. 2003;29(4):693-701.
38. Marneros A. y Pillmann F. *Acute and Transient Psychoses*. Cambridge Univ Pr; Edición: 1 (1 de septiembre de 2004)
39. Marneros A, Pillman F. *Acute and transient psychotic disorders*. 2002, 13:276-286
40. 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.
41. Marneros A. Beyond the Kraepelinian dichotomy: acute and transient psychotic disorders and the necessity for clinical differentiation. *British Journal of Psychiatry* (2 0 0 6), 1 8 9, 1 ^ 2.
42. Marneros A. The psychotic "continuum". *Psychiatriki*. 2010 Oct-Dec;21(4):275-6.
43. McHug P.R. What happened to hysteria?. 1998 French American Psychiatric Meeting. En: [psydoc-fr.broca.inserm.fr/colloques/cr/apa98/McHug.html](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/colloques/cr/apa98/McHug.html)
44. Mehta S. Diagnostic Stability of Acute and Transient Psychotic Disorders in Developing Country Settings: An Overview. *Ment Illn*. 2015 Jun 23;7(1):5640.
45. Mojtabai, R., Susser, E. S., Bromet, E. J. Clinical Characteristics, 4-Year Course, and DSM-IV Classification of Patients With Nonaffective Acute Remitting Psychosis. *Am J Psychiatry* 2003; 160:2108-2115
46. Muller JE, Koen L, Soraya S, Emsley RA, Stein DJ. Anxiety disorders and schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep*. 2004 Aug;6(4):255-61.
47. Novais F, Araújo A, Godinho P. Historical roots of histrionic personality disorder. *Front Psychol*. 2015 Sep 25;6:1463
48. Nugent K, Paksarian D, Mojtabai R. Nonaffective acute psychoses: uncertainties on the way to DSM-V and ICD-11. *Curr Psychiatry Rep*. 2011 Jun;13(3):203-10. doi: 10.1007/s11920-011-0190-6.
49. OMS. CIE-11. Revisión de la clasificación de los trastornos mentales de la OMS para atención primaria, octubre 2011
50. Opjordsmoen S. Reactive psychosis and other brief psychotic episodes. *Curr Psychiatry Rep*. 2001 Aug;3(4):338-41.
51. Pedrós A, Martí J, Gutiérrez G, Tenias JM, Ruescas S. Two-year diagnostic stability and prognosis in acute psychotic episodes. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009 Sep-Oct;37(5):245-51.
52. Pichot P. The Concept of 'Bouffée délirante' with Special Reference to the Scandinavian Concept of Reactive Psychosis. *Psychopathology* 1986;19:35-43
53. Pillmann F, Haring A, Balzuweit S. Bouffée Délirante and ICD-10 Acute and Transient Psychoses: A Comparative Study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003 Jun;37(3):327-33.
54. Pillmann F, Wustmann T, Marneros A. Acute and transient psychotic disorders versus persistent delusional disorders: a comparative longitudinal study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 Feb;66(1):44-52.
55. 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.
56. Pillmann F, Marneros A. Brief and acute psychoses: the development of concepts. *Hist Psychiatry*. 2003 Jun;14(54 Pt 2):161-77.
57. Queirazza F, Semple DM, Lawrie SM. Transition to schizophrenia in acute and transient psychotic disorders. *Br J Psychiatry*. 2014;204:299-305
58. Raja M. and Azzoni A. Long-Term Atypical Psychoses. *German Journal of Psychiatry*. 1999 Vol 2 1 pag 34-48 En: [www.gjpsy.uni-goettingen.de/gjp-article-raja.htm](http://www.gjpsy.uni-goettingen.de/gjp-article-raja.htm)
59. Rusaka M, Ranc ns E. A prospective follow-up study of first-episode acute transient psychotic disorder in Latvia. *Ann Gen Psychiatry*. 2014 Feb 6;13(1):4.
60. Salem MO, Moselhy HF, Attia H, Yousef S. Psychogenic Psychosis Revisited: A Follow up Study. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2009 Jan;3(1):45-9.
61. Scribante L, Joubert P. Anxiety and Hysterical Symptoms in Schizophrenia. *South African Psychiatry Review - November 2002*, 9-12
62. Silk K. Borderline The lability of Psychiatric. *Curren psychiatry*. V o. 1, n o. 1 1 / n o v e m b e r 2 0 0 2
63. 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.
64. Srihari VH1, Lee TS, Rohrbaugh RM, D'Souza DC. Revisiting cycloid psychosis: a case of an acute, transient and recurring psychotic Disorder. *Schizophr Res*. 2006 Feb 28;82(2-3):261-4. Epub 2006 Jan 26
65. 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 Apr;59(2):146-50.
66. Sulz S. [Hysteria I. Histrionic personality disorder. A psychotherapeutic challenge]. *Nervenarzt*. 2010 Jul;81(7):879-87.
67. Strömngren, Erik. *Episodiske Psykoser : fem Forelæsninger*. Published by Ejnar Munksgaard, København (1940) 132 pp
68. Stone J, Hewett R., Carson A., Warlow C., and Sharpe M. The 'disappearance' of hysteria: historical mystery or illusion? *J R Soc Med*. 2008 Jan; 101(1): 12-18.
69. Ting JH, Nor Zuraida, Sharmilla K, Salina M. Conversion symptoms in schizophrenia: a case report. *mjp Online Early*. MJP-01-07-09. EN: <https://pdfs.semanticscholar.org/.../b74ad1e06d86c3d7fbdce0237>
70. Tsuang MT, Van Os J, Tandon R, Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, Gur RE, Heckers S, Malaspina D, Owen MJ, Schultz S, Carpenter W. Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophr Res*. 2013 Oct;150(1):31-5. doi: 10.1016/j.schres.2013.05.004
71. Ungvari G.S, Mullen P.E. Reactive psychoses revisited. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34:458-467
72. van de Kerkhof N., van der Heijden F. Schneider M., Bruno Pfulmann B., Stöber G., Egger J., Verhoeven W. Cycloid psychoses: Leonhard's descriptions revisited. *Eur. J. Psychiat*. Vol. 26, N.º 4, (266-278) 2012
73. van Os J. Is there a continuum of psychotic experiences in the general population? *Epidemiol Psichiatri Soc*. 2003 Oct-Dec;12(4):242-52.
74. van der Hart O., Witztum E., Friedman B. From hysterical psychosis to reactive dissociative psychosis. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 6, No. 1, 1-13, 1993
75. Vispe A., Hernández M, Ruiz-Flores M., García- Valdecasas J. De la psicosis aguda al primer episodio psicótico: rumbo a la cronicidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2015; 35 (128), 731-748.
76. Wernicke C. Las psicosis histéricas. Pérdidas de conciencia histéricas. El delirio histérico. Capítulo 39 de *Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen*. Leipzig; 1900 *Psiquiatría*. Com. Revista electrónica de psiquiatría Vol. 2, No. 1, marzo 1998
77. Zielasek J., Gaebel W. Brief reactive psychoses. 29 may. 2017 En: <https://neupsykey.com/brief-reactive-psychoses/>
78. Zetzel, E. (1968). The so-called good hysteric. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 256-260