

Palabras clave: Trastorno psicótico, Validez del diagnóstico, Evaluación retrospectiva, Estudio de seguimiento.

Estudio Clínico de las Psicosis Cicloides

Jirí Modestin, MD, Profesor de Psiquiatría*

Annette Rausch, MD, Médico Psiquiatra**

Paul Sonderegger, MD, Médico
Psiquiatra**

Kurt M. Bachmann, MD, Médico
Psiquiatra**

Thomas Erni, Estadístico del Equipo
de Investigación***

* Hospital Psiquiátrico Universitario
de Zurich

** Hospital Psiquiátrico Universitario
de Berna

*** Hospital Psiquiátrico Universitario
de Zurich

SUIZA

RESUMEN – Se realizó un estudio sobre una muestra de 210 mujeres en su primer ingreso valorando la frecuencia de la Psicosis Cicloide, psicosis funcionales no afectivas y evaluando además la validez del diagnóstico. Se revisaron las historias clínicas y se compararon de forma retrospectiva a las pacientes diagnosticadas de Psicosis Cicloide frente a otras psicosis funcionales. Además, un subgrupo formado por el 20% de las pacientes de ambos grupos fue evaluado 11 años después. En total 51 (24%) de las pacientes cumplieron con el criterio diagnóstico de Psicosis Cicloide, observándose varias diferencias significativas entre éstas y las pacientes con otro tipo de psicosis funcionales en el momento de su primer ingreso, sin embargo la mayoría de ellas presentó criterios diagnósticos de Psicosis Cicloide. No se encontraron diferencias significativas en el seguimiento. No tuvimos éxito en cuanto al mantenimiento del diagnóstico y sobre todo en lo referente a la validez del pronóstico de las Psicosis Cicloides. De todos modos deben tenerse en cuenta estos resultados, pero con el cuidado debido dadas las limitaciones de este estudio.

Introducción

El término “Psicosis Cicloide” fue introducido por Kleist (1928) y elaborado por Leonhard (1980); con respecto al actual criterio diagnóstico fue definido por Perris (1974) y Perris y Brockington (1981). Su definición incluye el criterio de una condición psicótica no relacionada con consumo de drogas y sin fundamento orgánico alguno. El primer episodio suele presentarse entre los 15-50 años, apareciendo de forma súbita con una progresión rápida hacia una psicosis. Son necesarias al menos cuatro de los siguientes criterios de inclusión: confusión, humor incongruente, generalmente delirios, alucinaciones, intensa ansiedad, sentimientos de felicidad o de éxtasis, alteraciones de la motilidad de tipo acinético o hiperkinético, ideas de muerte y discretos cambios del humor. La sintomatología puede cambiar con bastante frecuencia mostrando un carácter bipolar.

Las Psicosis Cicloides pertenecen a un grupo de psicosis atípicas (Modestin & Bachmann 1992) y se caracterizan principalmente por su curso en forma de fases agudas, que se repiten con cierta periodicidad, tras lo cual acaban produciendo un importante defecto residual (Perris 1974). Su clasificación nosológica no está del todo clara: las Psicosis Cicloides han sido consideradas bien como trastornos psicóticos independientes, alteraciones independientes (Perris 1988, Maj 1990, Zaudig 1990) o bien como una variedad atípica de las psicosis afectivas (Cutting 1990). En contraste con ello la ICD-10 considera a las Psicosis Cicloides como forma de desarrollo perteneciente al espectro de la esquizofrenia. Pero además, incidentalmente, las Psicosis Cicloides son responsables de la mayoría de las psicosis postparto (Pfuhmann *et al.* 1998).

Nosotros hemos evaluado la frecuencia de Psicosis Cicloides en una muestra de pacientes que fueron diagnosticados de psicosis funcionales no afectivas en su primer ingreso. Para demostrar la validez del diagnóstico de Psicosis Cicloide, nosotros estudiamos las diferencias potenciales existentes entre Psicosis Cicloides y otras psicosis funcionales en el momento del primer ingreso, y después, tras un periodo medio de seguimiento. Dado que las Psicosis Cicloides se dan excepcionalmente entre los hombres (Cutting *et al.* 1978, *et al.* Lindvall *et al.* 1986), se estudiaron sólo mujeres.

Método

Estudiamos una muestra de 210 mujeres, a las que se les había diagnosticado originalmente en su primer ingreso 1978-1986 de esquizofrenia (ICD-9. n.º 295, incluyendo a las psicosis esquizoafectivas n.º 295.7) o de psicosis reactivas o psicógenas (ICD-9. n.º 298, excepto la psicosis reactiva depresiva 298.0). La edad media de las pacientes era de 37 años (SD = 16) y todas ellas presentaron al menos uno de los siguientes fenómenos psicóticos: delirios, alucinaciones o incoherencia. También se llevó a cabo una revisión ciega retrospectiva de historias clínicas (A. R.). Se realizó el re-diagnóstico de todos los pacientes con los criterios del DSM-III-R y de la ICD-10 y todos ellos además se evaluaron siguiendo los criterios diagnósticos para la Psicosis Cicloide de acuerdo con los criterios de Perris y Brockington (1981). Además se estudiaron un conjunto de variables sociodemográficas y clínicas, incluido el ritmo de aparición de los primeros síntomas y los acontecimientos vitales previos anteriores a un año del ingre-

so (Paykel *et al.* 1976, Paykel & Mangen 1980), así como la psicopatología presentada por los pacientes (según la ICD-10) y psicofarmacoterapia indicada para cada caso.

En el contexto de otro estudio relacionado con el pronóstico de las psicosis funcionales no afectivas (Modestin *et al.*) y después de obtener el consentimiento informado de un subgrupo de 43 de las 210 pacientes, se realizó un estudio de seguimiento y una entrevista personal en la propia casa de los pacientes 11,0 años (SD = 2,5) después de su primer ingreso. La selección de las pacientes no tuvo relación con el diagnóstico de Psicosis Cicloide y de nuevo el investigador desconocía la asignación de los probandos a los grupos diagnósticos. Aparte de los datos clínicos básicos se obtuvo información acerca del número de rehospitalizaciones así como de los tratamientos ambulatorios, incluida la psicofarmacoterapia. El examen del estado actual se realizó mediante el PSE (Wing *et al.* 1974) evaluando con él la psicopatología de las pacientes. Además se utilizó la Entrevista Social estandarizada SIS (Clare & Cairns 1978), con la que se valoró el funcionamiento y el ajuste social. La PSE contiene 140 síntomas bien definidos, que se agrupan en cuatro grupos sindrómicos: los síndromes delirantes y alucinatorios (DHA), los trastornos del comportamiento del habla y otros síndromes (BSO), los síndromes neuróticos específicos (SNR) y los síndromes neuróticos no específicos (NSN). La SIS cubre tres categorías: condiciones materiales con 10 ítems, manejo social con 14 ítems y satisfacción personal con 18 ítems.

Se compararon aquellos pacientes que cumplían el criterio diagnóstico de Psicosis Cicloide con el resto. La prueba de Chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher se emplearon para las variables categóricas y

la prueba de Kruskal Wallis y el t-test de Student para las variables continuas.

Resultados

En definitiva, 51 (24%) de las 210 pacientes cumplieron los criterios diagnósticos de Psicosis Cicloide, obteniéndose diferencias significativas entre éstas y las pacientes con otras psicosis funcionales en el momento de su primer ingreso, tal como puede verse en la tabla I.

La mayoría de los síntomas observados, con el 96 y 94% respectivamente, fueron trastornos psicomotores y delirios. Por término medio, un paciente experimentó 3,2 acontecimientos vitales en el año anterior a su ingreso. Además el 92% de todas las pacientes recibieron neurolépticos, el 16% antidepresivos y el 24% benzodiazepinas. Con respecto a la psicopatología anteriormente mencionada, el número, tipo y gravedad de los acontecimientos vitales y la psicofarmacoterapia empleada, no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos. La nueva evaluación del diagnóstico con ayuda del DSM-III-R confirmó la distribución de los diagnósticos según la ICD-10, lo cual podemos ver en la tabla I. Mientras que el 69% de las pacientes con Psicosis Cicloide fue diagnosticado según el DSM-III-R, de una psicosis breve reactiva o atípica, los diagnósticos más frecuentes en el grupo de las otras psicosis funcionales fueron en el 45% de los casos esquizofrenias o trastornos esquizofreniformes.

Por otro lado la muestra sobre la que se realizó el seguimiento, formada por 11 pacientes con Psicosis Cicloide y 32 con otro tipo de psicosis funcionales, reprodujo

Tabla I

Diferencias significativas entre las Psicosis Cicloides y otras psicosis funcionales
(Los porcentajes figuran entre paréntesis)

	Psicosis Cicloides	Otras psicosis funcionales	Significación		
	n1 = 51	n2 = 159	t*/c ²	df	p
Edad (años): MN ± SD	32 ± 10	39 ± 17	3,65*	137,3	.0004
Intervalo (días) entre el inicio de los síntomas y su ingreso: MN ± SD	8 ± 9	470 ± 1.838	37,01	1	.0001
Factores precipitantes	43 (84)	89 (56)	12,10	1	.0005
Síntomas afectivos	50 (98)	130 (82)	7,08	1	.008
Cambio de la sintomatología	44 (86)	52 (33)	42,52	1	.0001
ICD-10 Esquizofrenia	3 (6)	50 (31)	60,53	5	.0001
Trastorno esquizofreniforme agudo	4 (8)	23 (14)			
Trastorno psicótico agudo polimorfo	34 (67)	22 (14)			
Trastorno esquizoafectivo	6 (12)	14 (9)			
Trastorno afectivo	3 (6)	32 (20)			
Otros	1 (2)	18 (11)			

la proporción inicial de 1 a 3 de ambos diagnósticos. Además el 72% de todas las pacientes estaban en tratamiento ambulatorio en el momento del estudio, el 67% seguía tratamiento con psicotrópicos y el 49% con neurolépticos; sin embargo, solamente 13 (30%) de 43 pacientes fueron rehospitalizadas durante los 11 años del periodo de seguimiento. A pesar del bajo umbral (sólo presente un síntoma), el síndrome de DAH se encontró en el 16%, el BSO en el 44%, el SNR en el 37% y el NSN en el 51% de las pacientes. Con respecto al ajuste psicosocial de todas las pacientes, la proporción de no/dificultades menores, detectadas con el SIS, fue del 73% para las condiciones materiales y del 91% para el manejo social; la proporción de no/disastifacción menor fue del 90%. Así, las pacientes parecen estar relativamente bien aceptadas socialmente. No se

encontraron diferencias significativas entre ambos grupos con respecto a lo clínico ni a las variables psicopatológicas y el mismo resultado se obtuvo con respecto al SIS con una sola excepción: las pacientes con Psicosis Cicloide mostraron una mayor capacidad en el manejo social ($c^2=7,86$, df 1, $p = .005$); sin embargo, las diferencias no eran más significativas al introducir la corrección de Bonferroni para las comparaciones múltiples.

Discusión

En el 24% de nuestros primeros ingresos con psicosis funcional no afectiva, las Psicosis Cicloides podrían diagnosticarse utilizando los criterios de Perris y Brockington (1981), siendo este hallazgo, comparable

con el porcentaje indicado por Lindvall *et al.* (1993), quienes identificaron Psicosis Cicloide en un 24% de todos sus primeros ingresos con psicosis funcionales. Entre las mujeres las Psicosis Cicloides constituyen una parte sustancial de las psicosis funcionales (Lindvall *et al.* 1986). Entre los ingresados por primera vez, pueden identificarse diferencias significativas entre las psicosis cíclicas y las psicosis funcionales (tabla I). Algunas de estas diferencias, como la rapidez de inicio, la alta frecuencia de síntomas afectivos y los frecuentes cambios sintomatológicos en las Psicosis Cicloides reflejan claramente la definición de este trastorno. Los episodios de Psicosis Cicloide ocurren frecuentemente sin ningún factor externo claro (Perris 1974), no habiéndose detectado diferencias en cuanto a la frecuencia, tipo o gravedad de los acontecimientos de vida. Los factores precipitantes más frecuentes, aparecidos en las Psicosis Cicloides se refieren a factores subjetivamente percibidos por los pacientes como los causantes del comienzo de su enfermedad. Teniendo en cuenta el inicio de los síntomas en las Psicosis Cicloides podría haber sido más fácil para los pacientes relacionar a estos factores con su enfermedad.

El diagnóstico de acuerdo con la ICD-10 de “trastorno psicótico agudo polimorfo” se hace frecuentemente en la mayoría de los pacientes con Psicosis Cicloide (ello de acuerdo con el manual ICD-10).

De acuerdo con el hallazgo de Brockington *et al.* (1982), sólo excepcionalmente fueron estas pacientes diagnosticadas de trastornos esquizoafectivos. Cuando se volvió a diagnosticar a los pacientes utilizando los dos sistemas ICD-10 y DSM-III-R, resultó sumamente raro en las pacientes con Psicosis Cicloide el ser diagnosticadas de un trastorno afectivo. Este hallazgo sin embargo podría tratarse de un artefacto,

que refleja la exclusión de pacientes con trastornos afectivos de la muestra original. Casi la mitad (45%) de las pacientes con “otras psicosis funcionales” fueron diagnosticadas de nuevo de esquizofrenia o de trastorno esquizofreniforme, siendo sólo unas pocas las pacientes con Psicosis Cicloide a las que se les volvió a diagnosticar de Psicosis Cicloide. Esto está en consonancia con la línea de Sigmund y Mundt (1999) quienes concluyen cómo es posible esa diferenciación en cuanto a la sintomatología de la Psicosis Cicloide, implicando un buen pronóstico, a diferencia del pobre pronóstico de los cuadros más nucleares de la esquizofrenia. También todo ello está en consonancia con el trabajo de Warkentin *et al.* (1992), los cuales encontraron un modelo de flujo sanguíneo regional cerebral en los pacientes con Psicosis Cicloide, diferente del observado en la esquizofrenia.

En el pequeño grupo de seguimiento, la alta frecuencia de reingresos entre los pacientes con Psicosis Cicloide (Cutting *et al.* 1978) no pudo ser confirmado. Normalmente no existen diferencias entre los pacientes con Psicosis Cicloide y otras psicosis funcionales con respecto a los resultados clínicos en términos de tratamiento, psicopatología y al funcionamiento psicosocial. Así, la presumible mejor adaptación social de las pacientes con Psicosis Cicloide (Brockington *et al.* 1982, Jónsson 1991) no llegó a demostrarse. Sin embargo nótese que el resultado en la totalidad del grupo de mujeres fue más bien positivo con respecto a la baja tasa de rehospitalizaciones, a la ausencia de síndromes psicóticos y a la adaptación psicosocial. Por otro lado fue posible identificar a un grupo de pacientes con Psicosis Cicloide siguiendo los criterios de Perris y Brockington (1981); estas pacientes no parecían diferir

de otras con psicosis funcionales, salvo en lo referente a los criterios por los que el grupo fue definido. El seguimiento de una pequeña muestra de estas pacientes no demostró la validez en cuanto al pronóstico de las Psicosis Cicloides. Estos hallazgos no deben sobrevalorarse, debido al método de investigación (revisión retrospectiva y no entrevistas estructuradas) en el caso de la primera parte de la investigación, y con respecto a la segunda parte debido al escaso número de pacientes, pero también debido al número limitado de variables, incluidas las dos partes del estudio. Además la falta de diferencias significativas entre las pacientes con Psicosis Cicloide y con otras psicosis funcionales en el seguimiento podrían ser debidas al resultado generalmente favorable que se da en todas estas pacientes. Lo último podría ser consecuencia de la restricción de nuestro estudio a solo mujeres y a la edad media más alta en la aparición de los primeros episodios en nuestra cohorte de enfermas. Así una proporción considerable de nuestra muestra original femenina cae enferma por primera vez con cuadros psicóticos reactivos o psicógenos a edades más tardías.

En otros estudios de otros autores realizados sobre Psicosis Cicloides parecen existir resultados igualmente polémicos. Así, algunos investigando 33 síntomas de los indicados por Leonhard no llegaron a identificar ningún perfil específico de síntomas propios de las Psicosis Cicloides, aunque sí que existían seis síntomas significativamente más frecuentes en el grupo de las Psicosis Cicloides (Jönsson *et al.* 1991). Stöber *et al.* (1997) encontraron Psicosis Cicloides asociadas a la gestación durante el primer trimestre de embarazo y en relación con infecciones respiratorias, por lo que especularon sobre las posibles

perturbaciones en la maduración del cerebro fetal. De acuerdo con ello encontraron anomalías ventriculares en la tomografía cerebral computerizada en una proporción de pacientes con Psicosis Cicloide, definida según la descripción original de Leonhard (Franzek *et al.* 1996). Desgraciadamente, este resultado fue confirmado: la tomografía cerebral computerizada no mostró ninguna diferencia en cuanto a la morfología del cerebro entre los pacientes con Psicosis Cicloide (definida por los mismos criterios de Leonhard), ni teniendo en cuenta el primer episodio ni después de muchos años de enfermedad, y desde luego utilizando grupo control (Hoffler *et al.* 1997). Finalmente, intentando validar el concepto nosológico mediante datos biológicos, se encontró un patrón específico de P300 (superior a las amplitudes normales), diferente del de la esquizofrenia y del de la manía (Strik *et al.* 1997, Strik *et al.* 1998); resultado éste verdaderamente prometedor, que espera su replicación. La heterogeneidad de las Psicosis Cicloides recientemente demostrada (Mojtabel 2000) sería responsable de la disparidad de resultados encontrados hasta ahora.

Bibliografía

- BROCKINGTON, I.F., PERRIS, C., KENDELL, R.E., HILLER, V.E., WAINWRIGHT, S. The course and outcome of cycloid psychosis. *Psychological Medicine*, 12: 97-105, 1982.
- CLARE, A.W., CAIRNS, V.E. Design, development, and use of a standardized interview to assess social maladjustment and dysfunction in community studies. *Psychological Medicine*, 8: 589-604, 1978.
- CUTTING, J. Relationship between cycloid psychosis and typical affective psychosis. *Psychopathology*, 23:212-219, 1990.

- CUTTING, J.C., CLARE, A.W., MANN, A.H. Cycloid psychosis: an investigation of the diagnostic concept. *Psychological Medicine*, 8: 637-648, 1978.
- FRANZEK, E., BECKER, T., HOFMANN, E., FLOHL, W., STÖBER, G., BECKMANN, H. Is computerized tomography ventricular abnormality related to cycloid psychosis? *Biological Psychiatry*, 40:1255-1266, 1996.
- HOFFLER, J., BRAUNIG, P., KRUGER, S., LUDVIK, M. Morphology according to cranial computed tomography of first-episode cycloid psychosis and its long-term course: differences compared to schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96: 184-187, 1997.
- JÖNSSON, S.A. Marriage rate and fertility in cycloid psychosis: comparison with affective disorder, schizophrenia and the general population. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241: 119-125, 1991.
- JÖNSSON, S.A., JONSSON, H., NYMAN, A.K., NYMAN, G.E. The concept of cycloid psychosis: sensitivity and specificity of syndromes derived by multivariate clustering techniques. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83: 353-362, 1991.
- JÖNSSON, S.A., JONSSON, H., NYMAN, G.E. The concept of cycloid psychosis: the discriminatory power of symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84:22-25, 1991.
- KLEIST, K. Über zyklode, paranoide und epileptode Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen. *Schweizer Archiv für Neurologie Neurochirurgie Psychiatrie*, 23: 1-35, 1928.
- LEONHARD, K. *Aufteilung der endogenen Psychosen*, 5. Auflage. Berlin: Akademie, 1980.
- LINDVALL, M., AXELSSON, R., OHMAN, R. Incidence of cycloid psychosis. A clinical study of first-admission psychotic patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242: 197-202, 1993.
- LINDVALL, M., HAGNELL, O., OHMAN, R. Epidemiology of cycloid psychosis. A prospective longitudinal study of incidence and risk in the 1947 cohort of the Lundby Study. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 236: 109-118, 1986.
- MAJ, M. Cycloid psychotic disorder: validation of the concept by means of a follow-up and a family study. *Psychopathology*, 23: 196-204, 1990.
- MODESTIN, J., BACHMANN, K.M. Zur Frage einer dritten Psychose. Eine Literaturanalyse. *Schweizer Archive für Neurologie und Psychiatrie*, 143: 307-323, 1992.
- MODESTIN, J., SONDEREGGER, P., ERNI, T. Follow-up study of hysterical psychosis, reactive/psychogenic psychosis, and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry* (in press).
- MOJTABAI, R. Heterogeneity of cycloid psychoses: a latent class analysis. *Psychological Medicine*, 30:721-726, 2000.
- PAYKEL, E.S., MANGEN, S.P. *Interview for recent life events*, revised. Manual. St. George's Hospital Medical School. London: Department of Psychiatry, 1980.
- PAYKEL, E.S., MCGUINNESS, B., GOMEZ, J. An Anglo-American comparison of the scaling of life events. *British Journal of Medical Psychology*, 47: 237-247, 1976.
- PERRIS, C. A Study of Cycloid Psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 253 Suppl, 1974.
- PERRIS, C. The concept of cycloid psychotic disorder. *Psychiatric Developments*, 1: 37-56, 1988.
- PERRIS, C., BROCKINGTON, I.F. Cycloid psychoses and their relation to the major psychoses. In: Perris, C. et al. (ed.) *Biological Psychiatry*. Biomedical Press, Elsevier/North-Holland, 447-450, 1981.
- PFUHLMANN, B., STÖBER, G., FRANZEK, E., BECKMANN, H. Cycloid psychoses predominate in severe postpartum psychiatric disorders. *Journal of Affective Disorders*, 50: 125-134, 1998.
- SIGMUND, D., MUNDT, C. The cycloid type and its differentiation from core schizophrenia: a phenomenological approach. *Comprehensive Psychiatry*, 40: 418, 1999.
- STÖBER, G., KOCHER, I., FRANZEK, E., BECKMANN, H. First-trimester maternal gestational infection and cycloid psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96: 319-324, 1997.
- STRIK, W.K., FALLGATTER, A.J., STÖBER, G., FRANZEK, E., BECKMANN, H. Specific P300 features in patients with cycloid psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95: 67-72, 1997.
- STRIK, W.K., RUCHSOW, M., ABELE, S., FALLGATTER, A.J., MUELLER, T.J. Distinct neuropsychological mechanisms for manic and cycloid psychoses: evidence from a P300 study on manic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98: 459-466, 1998.
- WARKENTIN, S., NILSSON, A., KARLSON, S., RISBERG, J., FRANZEN, G., GUSTAVSON, L. Cycloid psychosis: regional cerebral blood flow correlates of a psychotic episode. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85: 23-29, 1992.

WING, J.K., COOPER, J.E., SARTORIUS, N. *The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press, 1974.

ZAUDIG, M. Cycloid psychoses and schizoaffective psychoses - a comparison of different diagnostic classification systems and criteria. *Psychopathology*, 23:233-242,1990.

Dirección para correspondencia:

J. Modestin

Hospital Psiquiátrico Universitario de Zürich

Lenggstrasse 32, CH-8029 Zürich

SUIZA

E-mail: modestin@bli.unizh.ch