

# bouffée délirante – bouffée délirante

Authored by  
**memjavad**

November 9, 2025

## RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *bouffée délirante – bouffée délirante*. Spanish Psychological Databases.  
Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=3568>

## Bouffée Délirante

**Primary Disciplinary Field(s):** Psiquiatría, Psicopatología

### 1. Definición Central y Contexto Nosológico

La **bouffée délirante**, término de origen francés que se traduce literalmente como 'estallido delirante' o 'ráfaga delirante', describe un síndrome psicótico agudo caracterizado por un inicio súbito, una riqueza sintomática notablemente polimorfa y, crucialmente, una duración limitada con un pronóstico generalmente favorable de recuperación completa. Este concepto ha ocupado históricamente una posición central en la psiquiatría francófona, diferenciándose de las psicosis crónicas, particularmente de la [esquizofrenia](#), por su carácter transitorio e inestructurado. A diferencia de las formas psicóticas que presentan un desarrollo insidioso o un delirio sistematizado y fijo, la bouffée délirante se manifiesta como una irrupción caótica de síntomas que pueden variar drásticamente en un corto período, incluyendo alucinaciones, ideas delirantes múltiples y cambiantes, y alteraciones del estado de ánimo que fluctúan entre la euforia, la angustia profunda y la depresión. La importancia de este diagnóstico radicaba tradicionalmente en su valor pronóstico, sugiriendo que el paciente, tras el episodio, recuperaría su funcionamiento premórbido sin el deterioro cognitivo o social asociado a las enfermedades mentales graves crónicas. Aunque el término específico ha sido subsumido en clasificaciones modernas como el ICD-10 bajo la categoría de Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios (F23), su estudio sigue siendo fundamental para comprender la naturaleza de las psicosis de inicio reciente y la necesidad de distinguir entre la psicosis reactiva y la psicosis endógena de peor pronóstico. La presentación clínica a menudo exige una intervención hospitalaria urgente debido a la intensidad del sufrimiento psíquico y el riesgo potencial asociado a la desorganización de la conducta.

El contexto nosológico moderno sitúa a la **bouffée délirante** en un espectro de trastornos psicóticos de corta duración. Mientras que el sistema de clasificación francés mantenía esta entidad como una categoría independiente, la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha integrado, reconociéndola principalmente en el subgrupo de [Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo](#), con o sin síntomas de esquizofrenia. Esta integración refleja un esfuerzo por armonizar los criterios diagnósticos a nivel global, aunque la tradición francesa enfatiza características clínicas y dinámicas específicas --como la "resonancia emocional" del delirio y la ausencia de un sustrato orgánico claro-- que no siempre se capturan completamente en las definiciones más amplias del ICD o del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). En el DSM-5, el concepto más cercano es el [Trastorno Psicótico Breve](#), aunque existen diferencias sutiles, especialmente en la descripción de la polimorfía y la intensidad del afecto. La bouffée délirante, por su propia naturaleza, obliga al clínico a una vigilancia constante, dado que, a pesar de su buen pronóstico inicial, un porcentaje de casos (estimado entre el 20% y el 40%, según diversas cohortes) puede evolucionar hacia un trastorno

psicótico crónico, como la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo, lo que subraya la importancia de un seguimiento longitudinal riguroso para confirmar la benignidad del episodio inicial.

## 2. Etimología y Orígenes Históricos

El concepto de **bouffée délirante** se gestó y floreció dentro de la escuela psiquiátrica francesa del siglo XIX, un periodo caracterizado por la búsqueda de clasificaciones detalladas de las psicosis. Históricamente, la psiquiatría francesa, influenciada por figuras como Jean-Pierre Falret y Valentin Magnan, tendió a categorizar las psicosis no crónicas y reversibles de forma separada de lo que Ewald Hecker y Emil Kraepelin definirían posteriormente como la *Dementia Praecox* (precursora de la esquizofrenia). La necesidad de este término surgió de la observación clínica de pacientes que presentaban cuadros psicóticos de inicio abrupto que, a pesar de su espectacularidad y gravedad inicial, se resolvían completamente sin dejar secuelas duraderas. El término fue popularizado por [Valentin Magnan](#) (1835-1916), quien lo utilizó para describir estados transitorios de excitación delirante a menudo relacionados con el abuso de sustancias o factores tóxicos, aunque pronto se amplió su aplicación a cuadros psicóticos "puros" de etiología desconocida pero buen desenlace. Esta distinción temprana fue crucial, ya que ofrecía una alternativa diagnóstica y pronóstica a la inevitable cronicidad implícita en la *Dementia Praecox* alemana. La bouffée délirante se consolidó, por lo tanto, como una entidad nosológica que protegía al paciente de un pronóstico sombrío y permitía una intervención terapéutica más optimista, enfatizando la reversibilidad y la naturaleza reactiva o situacional de la psicosis.

Durante la primera mitad del siglo XX, la bouffée délirante se mantuvo como un pilar de la psicopatología francesa. Figuras como Henri Ey defendieron su existencia como un trastorno psicótico autónomo, enfatizando el carácter "onírico" (similar a un sueño febril) del delirio y la intensa participación afectiva del paciente, un fenómeno conocido como **resonancia afectiva**. El desarrollo histórico del concepto estuvo intrínsecamente ligado a la tensión entre las escuelas psiquiátricas europeas: mientras que la escuela alemana, dominada por Kraepelin y Bleuler, se centró en identificar los signos de deterioro y cronicidad (los famosos síntomas fundamentales de Bleuler), la escuela francesa mantuvo una categoría para los cuadros agudos que no cumplían con los criterios de progresión hacia la demencia. Este debate no era meramente académico, sino que tenía profundas implicaciones prácticas en el manejo del paciente, el tratamiento y la estigmatización social. La persistencia del término en los sistemas de clasificación europeos, incluso después de la hegemonía diagnóstica del DSM en Norteamérica, atestigua la fuerza de la tradición clínica que subraya la importancia de la temporalidad y la fenomenología del episodio psicótico inicial como predictores clave de la evolución a largo plazo. La evolución del concepto ha llevado a que las clasificaciones modernas intenten capturar la esencia de la bouffée délirante mediante la inclusión de límites temporales estrictos para los episodios psicóticos agudos, aunque la riqueza descriptiva del término original a menudo se considera perdida en la simplificación

categorial.

### 3. Criterios Diagnósticos y Presentación Clínica

La presentación clínica de la **bouffée délirante** es notable por su naturaleza explosiva y su sintomatología cambiante, lo que justifica el adjetivo "polimorfo". Los criterios tradicionales franceses y los que se reflejan en el ICD-10 (F23) se centran en la rapidez del inicio y la inestabilidad de los síntomas. El inicio debe ser **agudo**, generalmente desarrollándose en menos de 48 horas, a menudo desencadenado por un evento estresante o vital significativo, aunque no siempre identificable. El contenido delirante es típicamente **múltiple**, no sistematizado y de corta duración; las temáticas pueden ser de persecución, místicas, megalómanas, o de referencia, pero cambian rápidamente. El paciente experimenta una profunda desorganización del pensamiento y la percepción, con alucinaciones vívidas, predominantemente auditivas y visuales, que suelen ser intensamente angustiantes. Un aspecto definitorio es la ya mencionada resonancia afectiva: el paciente no es indiferente a su delirio, sino que reacciona con euforia, terror, perplejidad o desesperación, lo que contrasta marcadamente con el aplanamiento afectivo observado en muchos casos de esquizofrenia de inicio más crónico. Esta intensa participación emocional es considerada un signo de buen pronóstico y de la naturaleza reactiva del episodio.

Los componentes clave de la presentación clínica pueden resumirse en los siguientes elementos diagnósticos, que deben estar presentes en ausencia de una causa orgánica o tóxica primaria evidente, aunque la diferenciación es compleja y requiere una exhaustiva evaluación médica: la **polimorfía** es quizás la característica más distintiva, refiriéndose a la variación sintomática que ocurre día a día o incluso hora a hora, donde los síntomas psicóticos coexisten con síntomas afectivos (manía, depresión o ansiedad intensa), dificultando una clasificación pura. La duración es estrictamente limitada, con remisión completa del episodio dentro de un plazo de uno a tres meses, siendo la remisión generalmente rápida una vez que comienza la mejoría. La ausencia de un deterioro significativo de la personalidad o de las habilidades sociales tras el episodio es fundamental para mantener el diagnóstico de bouffée délirante y no reclasificarlo como una psicosis crónica. Además, la presencia de síntomas de despersonalización y desrealización, así como alteraciones de la conciencia (estado oniroide), son comunes y contribuyen a la riqueza fenomenológica del cuadro. La combinación de estos factores subraya la naturaleza transitoria y la reversibilidad del trastorno, aunque siempre bajo la sombra del riesgo de cronicidad.

**Inicio Súbito:** El desarrollo de síntomas psicóticos floridos ocurre en un período inferior a 48 horas.

**Polimorfismo Sintomático:** Presencia de síntomas delirantes, alucinaciones y alteraciones del estado de ánimo que cambian rápidamente y coexisten.

**Resonancia Afectiva:** El paciente demuestra una intensa reacción emocional (terror, euforia, perplejidad) ante el contenido de su delirio.

**Ausencia de Sistematización:** Las ideas delirantes carecen de la estructura lógica y la fijeza observadas en las psicosis crónicas.

**Remisión Completa:** El episodio se resuelve generalmente en menos de tres meses, con recuperación del nivel de funcionamiento premórbido.

#### 4. Curso, Pronóstico y Evolución

El curso típico de la **bouffée délirante** es dramático pero breve. La fase aguda, que requiere hospitalización en la mayoría de los casos debido a la intensidad del delirio y el riesgo de auto o heteroagresión, suele durar desde unos pocos días hasta varias semanas. La evolución natural del trastorno, sin intervención, tiende hacia la remisión, pero el tratamiento con medicación antipsicótica y medidas de apoyo acelera significativamente el proceso de estabilización. El factor pronóstico más favorable asociado a este diagnóstico es precisamente su inicio agudo y la presencia de factores desencadenantes claros, en contraste con el inicio insidioso que caracteriza a la esquizofrenia. Además, la buena adaptación premórbida del paciente, la ausencia de antecedentes familiares de psicosis crónicas graves y la rápida respuesta al tratamiento farmacológico son indicadores positivos de una recuperación completa y duradera. El pronóstico es, por definición, optimista; la expectativa es que el individuo retome su vida, trabajo y relaciones sociales sin déficits residuales significativos, a diferencia de las psicosis que dejan una "cicatriz" en la personalidad o el funcionamiento cognitivo.

Sin embargo, la benignidad del pronóstico no es universal, y la evolución del trastorno exige cautela. Se estima que entre el 20% y el 40% de los pacientes inicialmente diagnosticados con bouffée délirante experimentarán una recurrencia o, más preocupante, una evolución hacia un trastorno psicótico crónico. La recurrencia, si ocurre, puede seguir siendo un episodio de bouffée délirante o puede manifestar signos de sistematización delirante o aplanamiento afectivo que sugieran una transición hacia la esquizofrenia. Los factores de riesgo para una evolución desfavorable incluyen la presencia de síntomas que persisten más allá de los tres meses, un historial familiar de esquizofrenia, o la manifestación de síntomas negativos (retraimiento social, pobreza del lenguaje) una vez que la fase florida del delirio ha remitido. Por esta razón, el diagnóstico de bouffée délirante es a menudo considerado un diagnóstico provisional o "de trabajo" durante los primeros seis meses después del inicio de los síntomas, requiriendo un seguimiento clínico prolongado para confirmar la remisión total y la ausencia de deterioro, cumpliendo así con la premisa pronóstica que define históricamente a este concepto.

#### 5. El Rol en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD)

La **bouffée délirante**, en su forma pura y clásica, no aparece como una categoría diagnóstica independiente en las versiones más recientes de los sistemas de clasificación internacionales hegemónicos, sino que se subsume en categorías más amplias que buscan la homogeneidad

transcultural. En la [ICD-10](#) (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión, utilizada globalmente por la OMS), el concepto se mapea directamente a la sección F23: Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios. Específicamente, los cuadros que cumplen con la descripción de polimorfía sintomática, inicio agudo y duración corta se codifican bajo F23.0 (Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia) o F23.1 (Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia). Esta categorización permite reconocer la naturaleza aguda y cambiante del episodio, al tiempo que establece una distinción crucial basada en la presencia o ausencia de síntomas que, si persistieran, serían indicativos de esquizofrenia (como la persistencia de delirios bizarros o síntomas de primer rango de Schneider). La inclusión de la palabra "polimorfo" es un claro homenaje a la fenomenología de la bouffée délirante, reconociendo la naturaleza variada y afectivamente cargada de la presentación.

La evolución hacia la [ICD-11](#) ha mantenido esta perspectiva dimensional y temporal, integrando el concepto en el Trastorno Psicótico Agudo. Mientras que el DSM-5 estadounidense opta por un enfoque más estricto basado en la duración (Trastorno Psicótico Breve, limitado a menos de un mes), el ICD ha sido históricamente más flexible y descriptivo, lo que ha permitido una mejor acomodación de la tradición diagnóstica europea. La principal diferencia entre la clasificación del ICD y el concepto clásico de bouffée délirante radica en que el ICD establece límites temporales estrictos para la remisión completa (generalmente dentro de tres meses), mientras que la tradición francesa se centraba más en la riqueza clínica y la ausencia de deterioro residual como el verdadero marcador de la entidad. No obstante, la persistencia de estas categorías subraya la necesidad clínica de identificar rápidamente las psicosis de buen pronóstico, distinguiéndolas de las psicosis crónicas desde el momento de la presentación inicial, lo cual es vital para el manejo terapéutico y la comunicación con el paciente y su familia.

## 6. Diagnóstico Diferencial con la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Breve

El diagnóstico diferencial de la **bouffée délirante** es uno de los desafíos más complejos en la psiquiatría de urgencia, siendo la principal tarea distinguirla de la esquizofrenia incipiente y del Trastorno Psicótico Breve (DSM-5). La distinción con la [esquizofrenia](#) se basa fundamentalmente en cuatro ejes: inicio, duración, polimorfismo y afecto. La bouffée délirante tiene un inicio explosivo y agudo, mientras que la esquizofrenia suele tener un inicio más insidioso y prodrómico. En segundo lugar, la bouffée délirante se resuelve completamente en semanas o pocos meses, mientras que la esquizofrenia requiere una duración de los síntomas de al menos seis meses para el diagnóstico y se caracteriza por un deterioro funcional persistente. El tercer eje es el polimorfismo: el delirio esquizofrénico tiende a ser más sistematizado, fijo y bizarro, mientras que el delirio de la bouffée es cambiante y carece de estructura lógica. Finalmente, la intensa resonancia afectiva de la bouffée contrasta con el aplanamiento o la inadecuación afectiva que a menudo se observa en la esquizofrenia. Sin embargo, la dificultad clínica reside en que una bouffée délirante puede ser la primera manifestación de una esquizofrenia, obligando al clínico a

mantener el diagnóstico de bouffée como provisional hasta que se haya confirmado la remisión sin deterioro.

En cuanto al [Trastorno Psicótico Breve](#) (TPB), la distinción es más sutil y a menudo se reduce a una diferencia de nomenclatura entre sistemas (DSM vs. ICD/Psiquiatría Francesa). El TPB, según el DSM-5, requiere que los síntomas duren al menos un día pero menos de un mes, con remisión completa subsiguiente. La bouffée délirante tradicionalmente permitía una duración algo mayor (hasta tres meses según algunas interpretaciones del ICD-10). La característica clave que diferencia la bouffée délirante del TPB es la exigencia de **polimorfismo** en la sintomatología de la bouffée, es decir, la mezcla de síntomas psicóticos con síntomas afectivos y la rápida variación de los temas delirantes. El TPB del DSM no exige este polimorfismo sintomático tan marcado, centrándose principalmente en el límite temporal. Además de estas distinciones principales, es imperativo descartar las psicosis secundarias a condiciones médicas generales (p. ej., encefalitis, trastornos metabólicos) o inducidas por sustancias, ya que estas también pueden presentar cuadros de inicio agudo y polimorfo que imitan la fenomenología de la bouffée délirante, por lo que una evaluación física y analítica exhaustiva es un paso no negociable en el protocolo diagnóstico.

## 7. Abordaje Terapéutico

El manejo terapéutico de la **bouffée délirante** requiere una intervención urgente y multimodal, debido a la intensidad del sufrimiento y la desorganización conductual. El primer paso crucial es la **hospitalización**, generalmente involuntaria o de urgencia, para garantizar la seguridad del paciente y de terceros, y para facilitar una evaluación diagnóstica completa que descarte etiologías orgánicas o toxicológicas. La farmacoterapia constituye el pilar del tratamiento en la fase aguda. Los [antipsicóticos](#), particularmente los de segunda generación (atípicos), son la elección principal debido a su eficacia en el control rápido de la agitación, el delirio y las alucinaciones, y su perfil de efectos secundarios generalmente más manejable que el de los antipsicóticos de primera generación. La administración inicial puede requerir dosis más altas o formulaciones de acción rápida para controlar la excitación psicomotora. Dada la naturaleza polimorfa y a menudo afectiva del cuadro, el uso concomitante de estabilizadores del ánimo o benzodiazepinas puede ser necesario para manejar la ansiedad extrema o los componentes maníacos o depresivos que coexisten con la psicosis.

Una vez que la fase aguda remite, lo cual suele ocurrir rápidamente, el foco terapéutico cambia hacia la prevención de la recaída y la reintegración psicosocial. Aunque la bouffée délirante se define por su buen pronóstico, la posibilidad de recurrencia o de evolución a una psicosis crónica obliga a mantener el tratamiento antipsicótico durante un período de seguimiento, que generalmente oscila entre seis meses y un año después de la remisión completa, antes de considerar una retirada gradual. El componente de **apoyo psicosocial** es fundamental; la psicoterapia de apoyo, la psicoeducación dirigida al paciente y la familia sobre la naturaleza

transitoria del trastorno, y la gestión de los factores de estrés que pudieron haber desencadenado el episodio son esenciales para la recuperación funcional. El objetivo final es no solo la desaparición de los síntomas psicóticos, sino la restauración completa del funcionamiento premórbido, lo cual refuerza la diferenciación nosológica de esta entidad respecto a las psicosis con un pronóstico de deterioro funcional a largo plazo.

## 8. Debates y Críticas

A pesar de su rica historia clínica, el concepto de **bouffée délirante** ha sido objeto de importantes debates y críticas en la psiquiatría contemporánea, principalmente en el contexto de la armonización diagnóstica internacional. La crítica principal se centra en su falta de especificidad y su potencial como "cajón de sastre" para psicosis de inicio reciente que aún no han manifestado criterios claros de cronicidad. Los críticos argumentan que la bouffée délirante es, en muchos casos, simplemente la fase inicial de una esquizofrenia o de un trastorno afectivo grave (como el trastorno bipolar con síntomas psicóticos) y que clasificarla como una entidad benigna e independiente puede llevar a una falsa sensación de seguridad, retrasando un diagnóstico y tratamiento más agresivos si el cuadro evoluciona desfavorablemente. Esta crítica ha impulsado a los sistemas de clasificación como el DSM a priorizar la duración como el criterio clave (Trastorno Psicótico Breve), evitando la ambigüedad fenomenológica inherente al término francés.

Otro punto de debate se relaciona con la etiología. La psiquiatría francesa clásica tendía a ver la bouffée délirante como una reacción a un estrés o como una manifestación de una inestabilidad constitucional que no implicaba un proceso neurobiológico degenerativo como el que se postula en la esquizofrenia. Sin embargo, los estudios genéticos y de neuroimagen han demostrado que los pacientes diagnosticados con psicosis agudas polimorfas comparten cierta superposición de vulnerabilidad biológica con aquellos que desarrollan esquizofrenia. Esto sugiere que la distinción entre bouffée délirante y esquizofrenia no es categórica, sino que se sitúa en un espectro de vulnerabilidad psicótica, donde la bouffée representa el extremo de mejor pronóstico. Por lo tanto, el término clásico se mantiene valioso como descriptor clínico y predictor pronóstico a corto plazo, pero su estatus como una entidad nosológica completamente separada de las psicosis crónicas sigue siendo un tema de intensa discusión académica, lo que justifica su inclusión como un trastorno transitorio dentro de las categorías más amplias del ICD.

## Further Reading

[Psicosis](#) (Wikipedia)

[Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios \(ICD-10 F23\)](#) (WHO)

[Esquizofrenia](#) (Wikipedia)

[Trastorno Psicótico Breve](#) (Wikipedia)