

## Parafrenias: revisión histórica y exposición de un caso

Carlos José Pino Serrano

Médico Psiquiatra. Unidad de Agudos . Servicio de Psiquiatría. Sanatorio «N<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> de la Merced». Poyo (Pontevedra)

### Revisión histórica:

Las parafrenias son un grupo de entidades que E. Kraepelin las colocó como una «cuña» entre la paranoia y la «dementia praecox». Este autor las diferenció de las demencias precoces (esquizofrenias) pues sostenía este último diagnóstico basándose fundamentalmente en el curso evolutivo y en el deterioro, de forma que sólo lo mantenía si la enfermedad abocaba irremisiblemente a la cronificación y al defecto. Jaspers sostenía que la paranoia se trataba de un «desarrollo de una personalidad», mientras que la parafrenia era un «proceso psíquico».

E. Bleuler al introducir el concepto unitario de «esquizofrenias» engloba en él las parafrenias y paranoias. Este autor alza prima la sintomatología en corte transversal sobre el curso evolutivo, a diferencia de Kraepelin.

Mayer Gross también se muestra partidario de mantener la unidad nosológica «esquizofrenia» incluyendo en ella las parafrenias. Para Kleist las parafrenias son un tipo especial de esquizofrenia, al que llama «psicosis progresiva de referencia», que está dominado por ideas de referencia y vivencias de significación, sin que existan trastornos esquizofrénicos profundos.

H. Ey y Bumke mantienen la separación entre parafrenias y esquizofrenia paranoide. Este último separa la paranoia de la parafrenia sistemática y coloca entre esta última y la esquizofrenia, la esquizofrenia paranoide.

Cabaleiro Goás, coloca a las parafrenias al lado de las esquizofrenias paranoides, como una forma más, pero no identificadas con aquella, pues como dice H. Ey, son síndromes delirantes crónicos caracterizados «por la riqueza lujuriosa

de la imaginación y por el modo del pensamiento paralógico, **sin evolución demencial**». En el sentido bleuleriano son ambas esquizofrenias, pero en la clínica debe mantenerse la separación, pues la forma paranoide «*deteriora más*» la personalidad del enfermo (si excluimos a la parafrenia fantástica que conduce, en un relativo breve plazo, a un auténtico estado demencial).

Wilmanns observó la presencia de esquizofrénicos y parafrénicos en una misma familia y Bumke admite que la mayoría de los casos que inicialmente se encuadran en la parafrenia de Kraepelin terminan siendo esquizofrenias.

W. Mayer, en 1921, estudiando la evolución de 78 pacientes parafrénicos diagnosticados por Kraepelin, observó que 28 mantuvieron el diagnóstico mientras que los 50 restantes evolucionaron hacia otras formas (de los cuales 30 terminaron siendo diagnosticados de esquizofrenia). En el citado estudio, compuesto por 45 casos de parafrenia sistemática, 13 de expansiva, 11 de confabulatoria y 9 de fantástica, fue en esta última forma la que más casos evolucionaron a esquizofrenia (8 de los 9).

Mayer, basándose en los trabajos hereditarios de Hoffman, admitió la existencia de nexos entre parafrenias y esquizofrenias, negando la autonomía nosológica de aquellas. Dicho trabajo fue criticado por Kraepelin que se oponía a incluir estas psicosis en la esquizofrenias, si bien reconocía que quizá la forma fantástica tuviera tal naturaleza.

Kraepelin definió las formas clínicas de las parafrenias, integrándolas en 4 grupos:

- **Sistemática:** Forma más frecuente en varones. Se inicia sobre los 30-40 años en la mitad de los casos, y entre los 40-50 años, en

un 20%. Consiste en un «desarrollo extraordinariamente lento e insidioso de un delirio de persecución fatalmente progresivo, al que se agregan en última instancia, ideas de grandeza, sin destrucción de la personalidad psíquica».

- **Expansiva:** Casi exclusiva de las mujeres. Se inicia entre los 30-50 años. Predomina un exuberante delirio de grandeza, con ánimo elevado y fácilmente irritable, junto con ideas delirantes de tipo misticoreligioso y de matiz erótico.
- **Confabulatoria:** Se inicia entre los 30-50 años, en un 75% de casos, sin predilección por sexo alguno. Es una forma infrecuente y en ella existe un falseamiento de los recuerdos, dando lugar a confabulaciones, aunque con la conciencia lúcida. Generalmente el estado anímico es alegre, pero a la larga los delirios se hacen cada vez más absurdos, desembocando en un derrumbamiento psíquico y apareciendo entonces los pacientes irritados e indiferentes. Cursa sin alucinaciones.
- **Fantástica:** Predomina en el varón y se inicia en el 50% de los casos entre los 30-40 años. Es la forma que más se parece a la esquizofrenia ya que conduce a una destrucción de la personalidad. La evolución de esta forma es rápida, y en 4-5 años (a veces, más) se llega a la demencia. No obstante, la carencia de síntomas típicos de esquizofrenia hace que se considere un proceso independiente. Suele debutar como una distimia, apareciendo luego ideas delirantes de persecución que aquí son verdaderamente fantásticas, así como delirio de grandeza, pero siempre expresado por el propio enfermo con indiferencia emocional y en relación con las preguntas que se le formulan. Las pseudopercepciones son de tipo auditivo y cenestésicas, y el cuadro clínico presenta una gran riqueza de pseu-

domemorias. Con frecuencia, sobre todo en los casos avanzados, hay neologismos en el curso de la conversación de estos enfermos.

Globalmente las parafrenias son más comunes en las mujeres, siguen un curso crónico y el pronóstico respecto a la remisión es pobre. Herbert y Jacobson de 45 pacientes diagnosticados de parafrenia, observaron que 16 permanecían hospitalizados crónicamente y 14 de los restantes ingresaron una 2ª vez.

Las clasificaciones actualmente en vigor (CIE, DSM) no consideran estos cuadros como entidades aisladas, englobándolas en el diagnóstico de esquizofrenia paranoide, de hecho la CIE incluye en la **esquizofrenia paranoide (F20.0)**, la esquizofrenia parafrénica, perdiéndose de esta forma la riqueza descriptiva de los clásicos. La investigación actual denomina a estas entidades como «**esquizofrenias de inicio tardío**».

### Exposición del caso:

#### Introducción al caso:

W, es un varón de raza blanca, de 65 años, soltero, que ingresa en nuestra Unidad de Agudos, tras la demanda judicial interpuesta por un vecino suyo, dado el estado en que se hallaba. Al parecer vivía en la calle y pernoctaba en un coche de su propiedad, se aislaba y sólo acudía puntualmente a su domicilio para cuidar a su mascota (una perrita) y atender a su higiene personal.

Al ingreso en nuestra Unidad, trasladado en ambulancia y acompañado por las F.O.P., se presenta con un gorro que cubre totalmente su cabeza y oídos y con unas grandes gafas oscuras que impiden totalmente verle los ojos y parte del rostro. El aspecto es descuidado y con tendencia a la somnolencia (por la medicación neuroléptica parenteral previamente administrada en el S. de Urgencias). Presenta leve ataxia y disartria (de origen iatrogénico), que cede posteriormente. Refiere que llevaba 3 días sin comer y 24 hs. insomne.

**Patobiografía:**

El paciente es natural de un pueblo costero de la provincia de Pontevedra. No llegó a conocer a su padre y su madre (fallecida por leucemia) no se hizo cargo de él, abandonándolo a los 3 años. Tiene 4 hermanastros (3 varones sanos y una fémina fallecida por un «ictus»), todos de padre diferente, con los que apenas tiene contacto.

A los 3 años fue internado en un orfanato, donde se crió y permaneció hasta los 14 años de edad. Su estancia allí, la describe como «un horror»: *«Eran tiempos de la postguerra...no había comida para todos...allí vivíamos con chicos en edad de hacer la mili»* y *ellos abusaban de nosotros...nos exigían que les diésemos el pan de la comida, bajo amenazas de «hacernos algo» en un pasillo oscuro»* (según información de un hermanastro, el paciente le contó hace años que estando allí, sufrió violaciones).

Cursó la enseñanza primaria en una escuela de Pontevedra, alcanzando posteriormente el último curso del bachillerato, «sin la reválida». A los 14 años abandonó el orfanato yéndose a vivir a casa de unas tías suyas en Pontevedra. Comenzó entonces a trabajar en un taller arreglando motores, hasta que a los 22 años fue llamado para cumplir con sus obligaciones militares, realizando el Servicio Militar en Infantería de Marina, durante 2 años. De los 24 a los 29 años trabajó como marinero,

*«navegando por casi todo el mundo (Holanda, Alemania, Suiza...) en diferentes embarcaciones»*. Finalmente se estableció de forma definitiva en Málaga, donde residió hasta su jubilación hace 5 años (actualmente es pensionista), tiempo desde el cual regresó a su tierra natal, donde actualmente vive.

Refiere que en los años «setenta y tantos» (estando el paciente cercano a cumplir los 40 años), y después de una marea *«en la que lo pasé muy mal»*, *«tuve una depresión muy fuerte»*. En aquel entonces dice haber sido tratado ambulatoriamente con amitriptilina y loracepam. Reconoce otra «depresión» posterior en 1.980, siendo entonces tratado –también ambulatoriamente– con ma-

protalina y alprazolam. Hace años abandonó el tratamiento y no siguió revisiones ni control de ningún tipo.

**Clínica actual:**

Refiere que tuvo que salir huyendo de su casa, pues desde hace tiempo es víctima de una secta (grupo «AZTLAN»), con sede en Gran Canaria, que entra en su mente y domina sus actos a través de conjuros y de magia negra. Interrogado acerca de cómo puede ser esto, nos explica que se siente perseguido y víctima de esta secta desde el año 2000 (hace 4 años), en que se enfrentó a su casero por un problema de la Comunidad de Vecinos, y éste le amenazó con hacerle daño a través de la mente. Añade que él, entonces le contestó: *«aunque soy pequeño, no importa, porque la fuerza no la tengo en los músculos, sino en la mente»*. Este es el hito que el paciente señala como inicio de la pesadilla que vive.

Dice que su casero es en realidad un sicario y que tiene bajo su mando a otros sicarios colombianos o cubanos, lo que justifica añadiendo que en varias ocasiones vió gente en el edificio donde vive, que hacían conjuros. Esa gente –«que son una secta»– ejerce sobre él su influencia a través de energía que le entra en su cuerpo, procedente del piso contiguo, a través de la pared o de diferentes maneras. Se declara creyente en la parapsicología y asegura que su casero contrató a un sicario de Colombia para hacerle daño y practicar con él magia negra. Esto lo explica diciendo que *«ellos usan una olla en la cual echan unos productos que no conozco, pero entonces noto una fuerza dentro de mí... una energía que aparece tras 2 golpes que percibo»*. Esta energía le provoca migrañas, escozor de ojos y otros síntomas molestos (por eso justifica el uso del gorro y gafas). Frente a estos conjuros el paciente realiza contraconjuros, utilizando a este fin «la Cruz de la Caravaca», que es un libro que lleva constantemente consigo a todas partes, junto con la citada Cruz que me enseña. Relata que estas experiencias le suceden estando en su casa (motivo que alega para no poder

seguir residiendo en ella y desear venderla, *«aunque aun no me salió comprador»*), pero a veces, también hallándose en otros lugares. *«En casa no puedo estar... me voy a otros sitios y el 1<sup>er</sup> día bien, hasta que me localizan y entonces ya empiezan otra vez»* (léase: a hacerle las mismas cosas). Añade que se ve obligado a hacer cosas que le ordena esta secta a través de su mente. Piensa que su piso (al igual que su mascota) terminarán pasando a manos de la citada secta (en la cual también incluye a su hermanastro que lo visitó durante su ingreso), por lo cual no quiere seguir ingresado *«pues tengo que vigilar el piso»*. *«Son ángeles satánicos que preconizan lo que va a venir»*. Tras su extenso relato delirante, el paciente me enseña una libreta donde *«tengo escritas todas estas cosas, pues es más fácil escribirlas que decir lo que siento... es muy difícil explicarlas, son más sentimientos»*.

Sobre el vecino que puso el atestado, el paciente dice que es un psicólogo, coronel del Ejército, al que conoció en un curso de parapsicología.

### Examen mental:

Consciente, orientado y colaborador. No se aprecian déficits mnésicos ni proséxicos. Bien orientado auto y alopsíquicamente. No deterioro cognitivo. Inteligencia dentro de la normalidad (clínicamente valorada).

Se aprecia un sistema delirante bizarro, mal sistematizado, consistente en ideas delirantes de daño-perjuicio, junto con trastornos formales del pensamiento (influencia y vivencias de control). Así mismo se aprecian pseudoalucinaciones auditivas y cenestésicas. El delirio es más de naturaleza sensorio-perceptiva que interpretativa y no se acompaña de trastornos del estado de ánimo. Se aprecia importante angustia e insomnio.

El relato es prolijo y en el discurso no se aprecian alteraciones sintácticas ni semánticas. No alteraciones conativas.

No existen síntomas negativos ni deterioro alguno de la personalidad, la cual se halla perfectamente conservada. No hay datos de alcoholismo, ni otras toxicofilias.

Existe una nula conciencia de enfermedad mental, pero acepta el tratamiento mostrando buena adherencia terapéutica (Ver Evolución).

### Exploración orgánica y pruebas complementarias:

Hernia de hiato.

Hemograma sin anomalías. Bioquímica sanguínea dentro de la normalidad, con leve aumento de la urea 53 mg% (V.N.: 15-39). Cl: 97 mEq/L (V.N.: 98-107). Serología luética, VHB, VHC y VIH: Negativa. Análisis elemental de orina con cetonuria (+) y sedimento con 2-4 leucocitos/campo y mucina; resto dentro de la normalidad. «Screening» toxicológico negativo frente a opiáceos, cocaína, cannabis, metanfetaminas y barbitúricos; y positivo para benzodiazepinas (prescritas al ingreso).

TAC craneocerebral: «No se visualizan lesiones isquémicas ni hemorrágicas a nivel del parénquima cerebral; tampoco hay signos de edema cerebral ni desviación de la línea media. No se visualizan lesiones ocupantes de espacio. Se aprecia una ligera dilatación de los surcos de la convexidad en relación con atrofia incipiente. No hay dilatación de las cisternas basales. Los senos paranasales así como las celdillas mastoideas presentan normal neumatización».

### Evolución:

Al ingreso iniciamos tratamiento neuroléptico con dosis bajas de risperidona (2 mg/d) y ansiolíticos (5 mg/d de loracepam), añadiendo posteriormente hipnoinductores (30 mg/noche de fluracepam) por insomnio. El paciente se va relajando paulatinamente, cede parcialmente su angustia inicial, concilia y mantiene mejor el sueño y se muestra menos preocupado por el entorno. Progresivamente alcanzamos dosis de 6 mg/d. de risperidona, manteniendo intacto el resto del tratamiento, y asistiendo a una mejoría paulatina y mantenida. Conductualmente se muestra adecuado y se asiste a una parcial alogenización del delirio.

A la semana del ingreso pide prolongar éste pues *«aquí me siento muy bien, estoy tranquilo... no*

*puedo irme a casa pues allí están mis peores enemigos».*

Preguntado a que puede deberse esto, responde: *«no sé... la medicación que me dio V.d. a mí, me tapa que ellos me hagan cosas, pues aquí los siento muy poco... no se meten conmigo... la medicación es buena, me tiene un poco alelado pero ellos no me hacen tanto daño en la mente... con la medicación esas cosas son por lo menos un 80% menos que antes y sufro mucho menos. Desde que estoy aquí algo bueno debió sucederme, pues no se meten conmigo; debe ser porque todavía no me localizaron o es que con la medicación...».* Se concede el alta a las 2 semanas del ingreso.

#### **Discusión diagnóstica y Justificación:**

La edad de inicio del cuadro es más sugestiva de las parafrenias que de las esquizofrenias, las cuales suelen presentarse a edades más precoces. El antecedente de una probable distimia años antes de la eclosión del actual cuadro clínico, está descrito en las parafrenias fantásticas. Por otra parte, la personalidad se halla perfectamente conservada, sin escisión, y a pesar de los años de evolución del cuadro no existen síntomas de deterioro, lo que no es característico de las psicosis esquizofrénicas. El paciente lleva una vida normal fuera del tema del delirio, no apreciándose afectación alguna de otras áreas del psiquismo. El delirio –a diferencia de lo que ocurre en las esquizofrenias paranoides- es más de tipo sensorio-perceptivo que interpretativo. No existen signos bleulerianos fundamentales ni trastornos de la afectividad.

La clínica muestra una gran riqueza imaginativa, y las pseudopercepciones son de tipo auditivo y cenestésico.

Finalmente, no existe enfermedad médica ni neurológica que justifique el cuadro que presenta. El TAC craneal es normal, si bien están descritas lesiones inespecíficas, como anormalidades subcorticales de la sustancia blanca, en estos cuadros.

Por todo lo anterior, justificamos el diagnóstico de PARAFRENIA, y en concreto de la forma FANTÁSTICA (forma que más se parece a la esquizofrenia paranoide), pues el cuadro se

precedió de una distimia, apareciendo posteriormente las ideas delirantes de daño-perjuicio, que son verdaderamente fantásticas y las pseudopercepciones citadas anteriormente. A la par, destacar la presencia de síntomas schneiderianos de 1º rango (vivencias de influencia corporal, influencia de pensamiento y todo lo vivido como hecho o influenciado por otros en el campo del sentimiento, de las tendencias y de la voluntad).

Iniciamos tratamiento neuroléptico inicialmente a dosis bajas, pues está descrita la mayor sensibilidad de estos pacientes a los efectos secundarios de estos fármacos y que suelen precisar dosis menores que los esquizofrénicos, amén de por la edad del paciente. No obstante, dada la buena tolerancia a la risperidona, la ausencia de efectos colaterales y la mejoría experimentada por el paciente, decidimos incrementar paulatinamente la posología inicial (2 mg/d), hasta alcanzar los 6 mg. diarios.

Sería interesante conocer la evolución a largo plazo del paciente –en nuestra Unidad permaneció 2 semanas-, pues está descrito que la parafrenia fantástica presenta una evolución rápida a esquizofrenia con destrucción de la personalidad, y la existencia sobre todo en casos avanzados, de neologismos en el curso de la conversación con estos enfermos (que se hallan ausentes en nuestro caso).