

El rescate de las parafrenias como categoría diagnóstica

Paula Echevarrieta¹, Mariana Aprivelo², Gervasio Insua³

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 18, N° 2, abril de 2013, págs. 99 a 105.

Resumen

Las parafrenias hoy en día excluidas de los actuales sistemas clasificatorios vigentes, continúan siendo un diagnóstico adecuado en ciertos pacientes, es por lo cual se abordará su concepto, historia y desarrollo a través de autores clásicos y actuales. Como H Ey, E. Kraepelin, R. Sarró y C. Pereyra., y se expondrá un caso clínico observado en el hospital Paroissien, en el partido de la Matanza, Provincia de Buenos Aires.

Palabras claves

Parafrenia - Lógica delirante - Psicosis delirantes crónicas.

Summary

Paraphrenias, nowadays excluded from the current classification systems, continue to be a right diagnosis in certain patients. For this

reason, the concept, history and development of paraphrenia will be approached through classic and current authors, such as H. Ey, E. Kraepelin, R. Sarró and C. Pereyra, and a clinical case observed in the Hospital Zonal General de Agudos Dr. Diego Paroissien (La Matanza, Buenos Aires, Argentina) will be presented.

Introducción

En la presente publicación se trabajará, a partir de un caso clínico actual el concepto de parafrenias, hoy en día olvidada en los vigentes sistemas clasificatorios estandarizados. Se abordará por medio de un recorrido histórico del término. Así como también de perspectivas actuales.

Caso clínico

C es un paciente de 30 años quien vive con sus padres y su hermana.

Completó su escolaridad, con buena adaptación y rendimiento académico, obteniendo el título de técnico electricista. Luego realizó ingresos a diferentes carreras universitarias

1 Médica UBA. Residente Psiquiatría 4 año HIGA Paroissien. Email: luze83@yahoo.com.ar

2 Médica UBA. Residente Psiquiatría 4 año HIGA Paroissien.

3 Psicólogo. Residente Psicología 4 año HIGA Paroissien.

como ciencias matemáticas, arquitectura y educación física, las cuales abandonó. A la vez repartía su tiempo entre el trabajo y actividad deportiva.

Su sintomatología empezó en el 2002, después de 3 intentos fallidos por completar el ingreso a la universidad sumado a las exigencias que plantea la adaptación a la vida adulta, con un cuadro que el mismo describe: "me volví autista, con mutismo" (sic). Explica que se recluyó en su casa, dormía gran parte del día y estaba menos comunicativo con su familia. Es entonces cuando comienzan las primeras alucinaciones auditivas a las que el paciente describe "como la voz de una mujer" que con el tiempo la llamó "Elena". Entonces inicia tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico de manera ambulatoria en distintos hospitales públicos. En el transcurso de los siguientes años C se desempeña en diferentes actividades laborales. Entre ellas se destaca la incorporación a un Call Center, changas como electricista y mecánico. Sostiene una vida social limitada a su entorno familiar más cercano y eventualmente algún amigo.

En abril del 2011 se conoce a C en el contexto de su primera internación psiquiátrica, luego de una descompensación, tras un episodio de heteroagresividad hacia su padre.

Desde ese momento se inicia una serie de entrevistas con él, en las cuales empezó a desplegar su historia, la cual nunca había contado hasta ese momento, puesto que no sentía confianza para hacerlo dado que el último espacio terapéutico al que asistió era grupal.

Comenta que su malestar se inició cuando conoció a Elena a quien describe como un ángel que lo acompaña desde ese momento. Refiere que ella tiene un rostro de 15 años pero es mucho mayor, viene del "Otro Mundo" y tiene mucha información la cual en un

comienzo no puede revelar. Agrega que unos seres oscuros la quieren lastimar y es él quien la debe proteger. Ese es el motivo por el cual ella debe permanecer a su lado. C confiesa tener mucha curiosidad por saber los secretos de Elena.

A medida que pasan los años él comienza a tener revelaciones de "la otra vida" (el paciente utiliza los términos "la otra vida" y "el otro mundo" como sinónimos) de a poco los secretos que portaba su ángel se van revelando. Cuenta que "en el otro mundo" el cual está compuesto por el Árbol Máximo y 5 planetas que lo rodean, es el enviado y cumpliría un papel muy importante. Agrega que cada ser humano cumple un rol en "la otra vida". Inclusive comentó el rol que representaban sus entrevistadores.

Su relato continúa dando cuenta que en esta vida los vecinos lo acusan de violador, pedófilo e incestuoso, sin embargo el paciente aclara que es casto, aunque en la otra vida tiene varias esposas y es allí donde enjuiciaron a sus vecinos por estos dichos.

Luego habla en relación a los pares terrenales que son personas que comparten intereses y cierto material genético. Él tiene varios entre ellos uno sería Van Damme, con quien comparte su interés por las artes marciales. Érica su ángel tiene otros tantos pares, entre ellos una vecina con la misma cara de ella (aunque él nunca la vio a Érica, sólo la escucha) y una bailarina que vio en la televisión.

Por otra parte menciona ser portador de un don que implica tener clarividencia al tomar contacto con objetos, pudiendo dar cuenta de situaciones pasadas y futuras relaciones a los propietarios de estos.

Completa su relato mencionando que en el "otro mundo" es Jesús en su segunda venida. Sin embargo aclara que entre la primera veni-

da de Jesús y esta última, unos "gobernantes" han sido los encargados de otorgar orden aun planeta que define como caótico.

Manifiesta no poder compartir estos pensamientos con su familia ya que le preocupa lo que podrían pensar de él. Ellos no lo consultan sobre las decisiones familiares y esto lo hace sentir ajeno a su familia. Habla acerca de la discusión que tuvo con su padre la llama "catarsis". Esta se presenta en los momentos en que "está nervioso"(sic), es entonces cuando siente que "su familia no es su familia"(sic).

Luego del alta de su internación C continúa con tratamiento ambulatorio psicoterapéutico y psicofarmacológico hasta la actualidad.

Hoy C pasa sus días ayudando a su padre en el comercio que recientemente abrió.

Coincidiendo con un cambio farmacológico (pasaje de risperidona a olanzapina) C se formula una serie de inquietudes respecto a su constructo delirante. Entre estas aparece un cierto malestar por la permanente compañía de Elena quien le quita la posibilidad de desenvolverse completamente en esta vida, interfiriendo a su vez con la oportunidad de conseguir pareja. Sin embargo estos interrogantes no afectan su estado anímico y no le impiden desarrollar su papel en el otro mundo y su adaptación al mundo real.

Discusión

A partir del caso presentado, surgen diversos cuestionamientos acerca del diagnóstico de este paciente.

Si se busca en el DSM IV y en la CIE-10 no se encuentra ninguna descripción que se ajuste a este caso^(1,2). No parece que se trate de una esquizofrenia de acuerdo a como se describe la misma en estos manuales, ya que este paciente no presenta deterioro cognitivo

ni un gran déficit en la esfera social, ni en las actividades laborales típica de los pacientes con esta patología.

Por otra parte el tipo de delirio que presenta nuestro paciente, no se ajusta al correspondiente, a un trastorno delirante ya que la temática de los mismos se presenta como pausable de ocurrir en la vida real, sin contenido fantástico, ni manifestaciones de pensamiento mágico.

Por lo tanto el no poder referenciarse con la nosografía actual genera interrogantes que serán enumerados y discutidos a continuación.

En primer plano se ubica el tipo de construcción delirante que despliega el paciente. Acerca del mismo se puede destacar el gran parecido que presenta con la descripción que plantea Henry Ey respecto a los delirios fantásticos de la escuela francesa. Estos se caracterizan según este autor por presentar los siguientes elementos

1. Pensamiento paralógico. El pensamiento mágico está desbocado, no responde en exclusiva a las experiencias alucinatorias, y toma de la fantasía ideas que tienen su fuente en el pensamiento arquetípico y primitivo. La fábula delirante se desarrolla fuera de la comprensión posible, adaptando el espacio y el tiempo a la nueva visión en la que personas, acontecimientos y situaciones adquieren nuevos significados.

Esto paciente construye un mundo propio "El Otro Mundo" caótico y atemporal donde no rigen las mismas leyes que gobiernan este. Integrado por personajes de esta tierra pero con otros roles específico, con características fantásticas y arquetípicas (ángeles protectores, gobernantes)

2. Megalomanía. Asociada a ideas de influencia, control y persecución (conspiraciones misteriosas, luchas políticas...), ideas de envenenamiento, de transformación de órga-

nos, de embrujamiento, convierten a estos enfermos en víctimas acorraladas por innumerables perseguidores. Los temas de grandeza (la identificación con grandes reyes o profetas, la intervención de todas las potencias sobrenaturales en los acontecimientos de la fabulación) son aquí preponderantes. Esta ideación compleja, generalmente extravagante e inverosímil sitúa al sujeto en el primer plano de su realidad haciéndolo imprescindible.

Se destaca en el delirio el rol protagónico que desarrolla el paciente dentro de la trama delirante, describiéndose como Jesús en su segunda venida, nexo entre dos mundos, cargado de valiosa información, poseedor de dones y virtudes únicos.

3. La primacía de la fabulación sobre las alucinaciones. A pesar de que las experiencias alucinatorias suelen estar presentes en forma de voces, presagios, revelaciones, comunicaciones telepáticas y visiones entre otros, prima el delirio en forma de discursos llenos de detalles y de contenido extravagante, muy ricos en ideas fantasiosas.

Si bien las alucinaciones auditivas aparecen como cimiento del constructo delirante, las mismas ceden paso con el correr del tiempo a las fabulaciones que enriquecen constantemente el delirio.

4. Integridad paradójica del yo. Es llamativa la adecuada adaptación a la realidad, a pesar del pensamiento paralogico-fantástico que inunda las experiencias del sujeto. Típicamente viven la yuxtaposición de dos mundos, el imaginario y el real, sin que esto genere un conflicto y sin que influya mayormente en las actividades y en los rendimientos de los pacientes⁽³⁾.

Pese a su "ocupado labor en el Otro Mundo" el paciente sigue conectado a este mundo, sin perder sus rasgos identitarios. Sin embargo el tiempo y energía que le consume su

rol en el Otro Mundo, le produce cansancio y un menor rendimiento físico e intelectual en su vida diaria, tornándose por momentos egodistónico.

Hasta aquí y por lo antedicho se puede concluir que se está en presencia de un tipo de parafrenia. Sin embargo si recorremos la historia del término encontramos que en 1913, Emil Kraepelin, como resultado de una revisión de su clasificación de las psicosis endógenas, habla por primera vez del subgrupo de las parafrenias, concibiendo al mismo con una serie de pacientes que anteriormente habían sido diagnosticados dentro del grupo de las demencias paranoides (demencia precoz), pero cuya evolución clínica no había progresado hacia la demencia. Se trataba de "delirios crónicos endógenos, con debilitación intelectual y afectiva muy poco manifiesta". Los delirios que caracterizaban a este grupo se presentaban como exuberantes, acompañados de alucinaciones y de gran actividad fabulatoria que le conferían al mismo un carácter fantástico. De este modo y siempre sin consideración de la edad de inicio del cuadro, diferenciaba las parafrenias de otras entidades como la demencia precoz (en la que se resaltaba el trastorno de la afectividad y la volición) y por otra parte la paranoia (en la cual se desarrollaba un sistema delirante permanente, resultado de cambios internos pero con una perfecta presencia del pensamiento lógico, la conducta y la voluntad).

Respecto a la evolución clínica de nuestro paciente observamos en cuanto a la esfera intelectual, que se encuentra inalterada a lo largo del tiempo. En contraposición advertimos un defecto en el plano volitivo y afectivo, evidenciándose una marcada diferencia con distintos tratamientos farmacológicos. Cabe destacar que con la incorporación de Olanzapina se registra una mejoría en cuanto a la

bulia y a la tímida, las cuales se encontraban notablemente afectadas al inicio del tratamiento.

Con respecto a la adaptación a nuevas situaciones y contextos sociales el paciente presenta algunas dificultades.

Esta discrepancia entre la descripción planteada por Kraepelin en cuanto a las áreas volitivas y afectivas conduce a formular un interrogante: ¿Se trata de una parafrenia? ¿O es una esquizofrenia con una presentación atípica?

El debate nosográfico a lo largo de la historia

Entonces nos volvemos a plantear el término parafrenias. Para lo cual repasaremos su evolución a lo largo de la historia.

En cuanto a la escuela alemana la primera referencia a este término la realiza el psiquiatra alemán Karl Kahlbaum en la segunda mitad del siglo XIX, quien junto a su discípulo Ewald Hecker se referían con este término a cierta psicosis de aparición en periodos de transición vital a edades inusualmente tempranas o tardías⁽⁴⁾.

En las primeras décadas del siglo XX Emil Kraepelin escribe su octava edición del tratado de psiquiatría, por donde primera vez introduce el término parafrenias. Lo hace substituyendo al antiguo grupo de la demencia precoz por un grupo de demencias endógenas: compuesto por demencia precoz y las parafrenias.

Divide a las parafrenias en cuatro grupos

Parafrenia sistemática: análoga a la "psicosis alucinatoria crónica" de los autores franceses. Se caracteriza por el desarrollo extremadamente insidioso de un delirio de persecución continuamente progresivo, al cual se agregan más tarde ideas de exaltación, sin deterioro de la personalidad. Aparecen con más

frecuencia en individuos de sexo masculino, con una edad media de 30 a 40 años.

Parafrenia expansiva: sobre todo afecta a mujeres y se caracteriza por "el desarrollo de una megalomanía exuberante con humor predominantemente exaltado y excitación leve". La actividad delirante se centra en contenidos religiosos, proféticos y eróticos.

Parafrenia confabulatoria. "se distingue por el papel dominante que los falsos recuerdos desempeñan en ella. El comienzo parece ser a veces un cambio en la conducta de los pacientes. Se tornan callados, irritables, se aíslan, rumian y luego gradualmente salen con una narración de experiencias muy extraordinarias en el sentido de delirios de persecución y exaltación".

Parafrenia fantástica: "se trata de un crecimiento florido de delirios altamente extraordinarios, desconectados y cambiantes". Kraepelin observó que algunos de los enfermos afectos de este grupo sufrían algún tipo de deterioro de sus facultades intelectuales"⁽⁵⁾.

Este último subtipo es el que mejor se ajusta a la descripción de nuestro caso.

Más tarde su discípulo Mayer realiza una revisión de los casos diagnosticados de parafrenia concluyendo que la mayoría terminaba defectuándose, rechazando finalmente la existencia del término como entidad nosológica, así como ya lo había hecho Bleuler en 1911 en su monografía sobre el grupo de las esquizofrenias.

De este modo, la separación Kraepeliniana de las parafrenias cae en desuso y queda clasificada en el marco de la psiquiatría alemana, dentro de las esquizofrenias.

En cambio, en la escuela francesa, el término parafrenias corrió otra suerte. Esta escuela siempre ha reconocido la independencia de las psicosis crónicas respecto a la esquizofrenia.

Distintos autores franceses como Halberstadt en 1912, Claude en 1932 y hasta el mismo Henry Ey en 1934 conceden autonomía a las parafrenias, Basándose en la presencia de delirios de carácter polimorfo, con gran riqueza imaginativa, la yuxtaposición del mundo fantástico al real, la buena adaptación social y la ausencia de deterioro, lo que los distingue de la esquizofrenia y la paranoia.

Henry Ey al estudiar este delirio de la imaginación, "esta psicosis fantástica", ha separado estos delirios con base de fabulación de los delirios con base alucinatoria y los de base interpretativa. En este delirio prima el pensamiento paralógico o irreal, estando el pensamiento mágico desbordado, estas ideas tienen su fuente en los arquetipos o representaciones colectivas de los primitivos. De ahí su aspecto tan estético. En el delirio fantástico prima la fabulación sobre la alucinación, o sea la experiencia alucinatoria tienden a borrarse a medida que la imaginación ahoga las alucinaciones. Teniendo estos paciente momentos fecundos en sus delirios donde suman historias inverosímiles a sus relatos. Los pacientes con esta patología viven en dos mundos uno de fantasía y otro real. Ya que pueden contrastar entre las concepciones paralógicas y la adaptación a la realidad.

El concepto de arquetipo al que hace referencia Ey es creado por Jung, haciendo referencia a que los arquetipos son contenidos del inconsciente colectivo, el cual no es de características individuales sino universales, ósea es idéntico a sí mismo en todos los hombres y constituye así un fundamento anímico de naturaleza suprapersonal existente en todo hombre⁽⁶⁾.

Otro autor Ramón Sarró creó el concepto de mitologema, que son temas delirantes identificables y coincidentes y por tanto extrapolables entre los relatos de los enfermos psicóti-

cos, que expresan de forma simbólica inquietudes humanas universales, y pertenecen por ello al universo mítico, Sarró defiende la universalidad nuclear del contenido de los delirios. Contenidos ya latentes en el individuo sano, que el parafrenico desarrollará: la clarividencia, la creación de símbolos, la muerte reversible y la negación de la misma (atansia), la centralidad cosmológica, entre otros. Estos tienen una gran variabilidad, pero tienen un nexo común, su carácter mágicofantástico⁽⁷⁾.

El autor argentino Carlos Pereyra en su obra Parafrenias critica al autor francés Ballet creador de un grupo muy heterogéneo "la psicosis alucinatoria crónica", entidad la cual ocupa un lugar intermedio en la nosografía como las parafrenias.

Ballet propone que en la psicosis alucinatoria crónica el único elemento común y necesario es el fenómeno alucinatorio quedando incluidos todos los delirios con alucinaciones desde los más sistematizados hasta las fantasías incongruentes de la demencia precoz.

Parafrenias y psicosis alucinatorias se hallan limitadas por la paranoia y por la esquizofrenia paranoide.

En la psicosis alucinatoria, la unidad está dada por la alucinación. En las parafrenias la alucinación está pero no le presta características al delirio.

Las parafrenias son homogénea en cuanto a la unidad de comienzo, la relativa integridad intelectual y las características evolutivas. La psicosis alucinatoria crónica es un conglomerado dispar, cuyas bases son las alucinaciones a las cuales Ballet le dio mucha importancia, cuando en la mayoría de los casos está demostrado que son una consecuencia en el curso de los más variados trastornos mentales.

Por lo tanto según Pereyra la psicosis alucinatoria no es cuadro nosográfico unitario⁽⁸⁾.

Conclusión

Para intentar resolver nuestra incógnita en relación al diagnóstico más adecuado para el caso clínico que presentamos nos enfrentamos una vez más a las deficiencias diagnósticas de los sistemas clasificatorios actuales, obligándonos a dirigir la mirada hacia el pasado en busca de otras categorizaciones, resaltando la vigencia de los autores clásicos para poder ir más allá de la categorías actuales lo que nos permitiría profundizar teóricamente el estudio del caso. Así como también reafirmamos que las parafrenias se tratan de delirios crónicos polimorfos y que el subtipo fantástico puede tener una evolución más deficiente que los otros subtipos. Si bien aun no podemos situarlo en la vereda de la demencia precoz o en la de parafrenias, sentimos que al recuperar conceptos clásicos, obtenemos más herramientas para un mejor tratamiento del paciente.

Agradecimiento

Se agradece especialmente al Dr. Federico Rebok por sus aportes y supervisión del artículo.

Bibliografía

1. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR). Masson. Barcelona, 2002.
2. World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. World Health Organization, Geneva, 1992.
3. H Ey, Bernard, Brisset. Tratado de psiquiatría. Masson, Barcelona, 1978.
4. Kahlbaum K. Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seelenstörungen. Danzig: Kafemann Verlag; 1863. [Clasificación de las enfermedades psíquicas, traducción de Reinhard Lamsfub. Ediciones DOR, Madrid, 1995].
5. Mayer W. Über paraphrene Psychosen. Zeitschrift für die gesamte Neurologie un Psychiatrie 1921; 71: 187-206
6. Bleuler, E. (1911/1950) Dementia praecox or the group of schizophrenias. New York: International Universities Press. Translated by J.Zinkin from Dementia Praecox oder der Gruppe.
7. P. Bercherie. Los fundamentos de la clínica. Manantial. Buenos Aires, 1986.
8. Kraepelin E. Daementia Praecox and paraphrenia. 1919. Version inglesa de Barclay, RM; Robert, E., Krieger Publishing, N. York, 1971.
9. C.G.Jung. Arquetipos e inconciente colectivo. Paidós, Argentina, 2008.
10. Sonia Sarró. En defensa de la parafrenia. Rev Psiquiatría. Fac. Med. Barna, 2005.
11. Pereyra Carlos. Parafrenias. Delirio crónico con ideas polimorfos. Ed Salerno, Buenos Aires, 1965.