

CURSO DE POSTGRADO EN PSIQUIATRIA.

U.N.A.M.

DIRECTOR DEL CURSO:

DR. RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ.

TESINA:

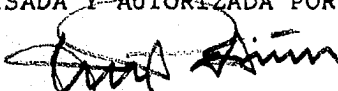
LA PARAFRENIA COMO ENTIDAD NOSOLOGICA.

(TRES CASOS)

QUE PRESENTA PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA:

DRA. MARIA LUISA RODRIGUEZ F. DE GARZA.

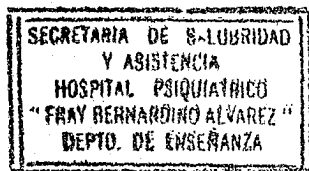
REVISADA Y AUTORIZADA POR:



DR. JOSE LUIS PATIÑO ROJAS.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA.

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ".





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

LA PARAFRENIA COMO ENTIDAD NOSOLOGICA

(TRES CASOS)

CONCEPTO

Kraepelin en 1893, con el nombre de "Demencia Precoz", comprendía: la demencia aguda en algunos casos, el idiotismo adquirido o idiotismo accidental en otros, estados terminales de la degeneración mental hereditaria, las afecciones que Kahlbaum había diferenciado con el nombre de Hebefrenia, y las que este mismo había individualizado con el nombre de Catatonía.

Más tarde en 1899, amplió los límites de la "Demencia Precoz", incorporando al grupo la forma Paranoide, constituida por buena parte de los delirios que integraban el cuadro de la Paranoia. En efecto, según la concepción de Kraepelin, la Paranoia abarcaba: delirios sistematizados crónicos, no alucinatorios, los alucinatorios, los que comportando sello demencial en la sintomatología incipiente - vuelcan en la declinación mental a través de evolución más o menos breve, y los sintomáticos, secundarios a otras manifestaciones patológicas del psiquismo.

Con arreglo a una nueva posición, el cuadro de la Paranoia quedó circunscrito a los casos de delirio sistematizado crónico no alucinatorio y todo el material restante - pasó a integrar el de la forma paranoide de la "Demencia -

Precoz".

Posteriormente, redujo poco a poco, el acerbo del gran grupo nosográfico que había creado y en 1912 decidió desmembrar aquella forma, sustrayéndole buena parte de los casos - que le había asignado, para agruparlos provisionalmente con el nombre de Parafrenias.

Al crear esa nueva entidad, Kraepelin la dividió en cuatro formas: expansiva, confabulatoria, fantástica y periódica (secundaria a la Psicosis Maniaco Melancólica). Por último, modificó posteriormente ese cuadro, describiendo cuatro formas de Parafrenia: la sistemática, la expansiva, la confabulatoria y la fantástica, al mismo tiempo que restituyó a sus respectivos grupos otros casos que había anexado a este cuadro.

Al establecer algunas diferencias entre la Parafrenia y la "Demencia Precoz", principia señalando que la ruina de la personalidad psíquica reviste su máxima expresión en el cuadro clínico de la "Demencia Precoz", razón por la cual comportan valor netamente predominante en su sintomatología las perturbaciones afectivas y volitivas. Y refiriéndose enseguida a las Parafrenias, afirma que constituyen un grupo relativamente pequeño de los casos en los cuales "la continuidad de la vida psíquica es de todas maneras menos afectada por la morbilidad, a causa del desarrollo acentuadamente menor de las perturbaciones de la afectividad y de la voluntad, o en los que, al menos la pérdida de la unidad interior se limita a las operaciones intelectuales".

Así pues, es evidente que existe una significativa diferencia cuantitativa entre "Demencia Precoz" y Parafrenia, consistente en que esta última comporta un grado menor de disgregación psíquica que el que caracteriza a aquella; además, en lo que respecta a los trastornos afectivos, Kraepelin señaló que ni aún en las fases más tardías de la evolución de las Parafrenias, los disturbios del humor redundan en la obtusión y la indiferencia, que tan a menudo constituyen los rasgos más destacados de la sintomatología incipiente de la "Demencia Precoz". Los disturbios de la voluntad autónoma, como los que de ordinario acompañan a la "Demencia Precoz" en sus numerosas formas, no aparecen más que excepcionalmente en la Parafrenia, estableciendo así también, una diferencia cualitativa.

Por otra parte, Tanzi y Lugaro afirman que las Parafrenias se distinguen de la "Demencia Precoz" paranoide, porque en ellas la unidad psíquica está mejor conservada, son leves o faltan los disturbios de la voluntad y especialmente los de los afectos, y predominan en cambio, decisivamente, los trastornos intelectuales.

Recorriendo los cuadros de la Parafrenia descrita por Kraepelin, es fácil advertir que si faltan los graves trastornos de la afectividad, más propios de la forma catatónica, existe en cambio toda una serie de síntomas extremadamente característicos de la disociación psíquica: alucinaciones y pseudoalucinaciones auditivas-verbales; delirios

de posesión, de magnetismo, de sugestión, de robo de pensamiento; metamorfosis de los recuerdos y construcción fantástica de recuerdos falsos, no debida a un proceso de amnesia, sino a la disociación de la capacidad crítica; discordancia entre las ideas, afectos y actos; tranquilidad, a pesar de los delirios más horrorizantes e incongruencia de la conducta con el delirio.

Desde que Bleuler, con la doctrina de la Esquizofrenia, asignó a la "Demencia Precoz" límites mucho más amplios que los que le había otorgado Kraepelin, algunos autores incluyen las Parafrenias, en su totalidad o en parte, entre los síndromes esquizofrénicos. Sin embargo J. Lange describe las Parafrenias como una serie de cuadros morbosos caracterizados en su conjunto por hallarse en primer término las formaciones delirantes; mientras que la característica "transformación esquizofrénica" de la personalidad, con su embotamiento afectivo y sus trastornos de la voluntad, o no se instaura o lo hace de un modo extraordinariamente tardío. Sin embargo debemos tomar en cuenta que a lo que Lange llama "transformación esquizofrénica", por razones obvias, sería más correcto llamarle "fase de pobreza psíquica" como otros autores le han llamado, o simplemente Demencia.

Con ésto nos queremos referir a que en sus comienzos, las formaciones delirantes pueden hallarse relativamente sistematizadas y no ser imposibles por su contenido, pero de un modo creciente van volviéndose disgregadas e incomprensibles y al propio tiempo aparecen alucinaciones casi siempre auditivas y también vivencias corporales de influencia.

Así pues, tenemos por una parte, que las parafrenias no son asimilables a la Paranoia, si se considera lo absurdo y lo incoherente de las construcciones delirantes y la actividad alucinatoria. Por otra parte, la integridad del fondo mental y la ausencia de "transformación esquizofrénica", hacen difícil su vinculación sin objeciones con la Esquizofrenia Paranoide.

Kraepelin, refiriéndose a la Parafrenia Sistemática, afirma que ésta, se encuentra caracterizada por el desarrollo particularmente lento de un delirio de persecución progresivo, con ideas de grandeza que se agregan más tarde, sin desintegración de la personalidad. La evolución de la enfermedad como ya se dijo, es muy lenta pero bastante fatalmente progresiva. A pesar de todo, los enfermos quedan después de veinte o treinta años de progresión de su mal, a todas luces orientados en tiempo y lugar, como sobre su situación, en tanto que las ideas delirantes no entran en juego, y también ordenados en su conducta, bien entendido haciendo abstracción de las influencias delirantes.

En lo que respecta a la Parafrenia expansiva, afirma: que se caracteriza por el desarrollo de un rico delirio de grandeza, con un humor particularmente dispuesto, y una ligera excitación; agregando, que casi siempre se instalan bien pronto alucinaciones y que existen también ideas de persecución que guardan relación con el delirio de grandeza. Durante este desarrollo, la comprensión, la orientación,

la memoria y la atención de los enfermos, no son afectados de forma apreciable, pero los errores de recuerdos no son raros. Más tarde, después de un tiempo más o menos largo, no se puede desconocer, bajo la persistencia del delirio la instalación progresiva de la "fase de pobreza psíquica".

En cuanto a la Parafrenia Confabulatoria, se caracteriza, según Kraepelin, por el papel director que juegan los errores de recuerdos. Los principales caracteres clínicos que les asigna son: los enfermos exponen numerosas historias extrañas, con gran fuerza de persuasión, bajo la forma de acontecimientos personales; son discretos, comprenden sin dificultad, dan respuestas claras, lógicas, se conducen de modo ordenado, pues su inteligencia permanece largo tiempo sin ser alterada por todas las ideas delirantes insensatas. La idea falsa es emitida inmediatamente, sin titubear; y desde que la formula, el enfermo la mantiene como una verdad absoluta, sin consentir en modificarla. En lo sucesivo, será conservada tal como es en la memoria y podrá llegar a ser el pretexto de nuevas fábulas o el objeto de explicaciones secundarias.

Por último, la Parafrenia Fantástica la define como una producción lujuriente, extraordinariamente extraña, de interpretaciones delirantes "descosidas y movidas", agregando que en el cuadro clínico de la enfermedad se destacan percepciones ilusorias y sobre todo ideas delirantes de influencia. Se trata aquí no de círculos de representaciones coordinadas modificadas con inteligencia, sino de

fantasías bizarras, cambiantes a menudo, que sin duda son retenidas en parte por un momento, pero lo más a menudo son disociadas por las creaciones siempre nuevas y también pasajeras. Posteriormente se expresan ideas delirantes de grandeza, fabulosas. El humor es a menudo un poco exitado y apático, algunas veces también sombrío, airado y violento. Después de una conversación un poco larga, los enfermos manifiestan una cierta excitación. Su delirio es inagotable. Eminentemente sugestionables e inventivos, imaginan cualquier escena nueva, extraordinaria, cuando se les hace alguna pregunta adecuada. Durante las extrañas concepciones delirantes descritas, los enfermos pueden ser plenamente reservados, lúcidos y ordenados en su conducta, pero reconociendo a menudo de modo delirante todo lo que les rodea. Su elocución presenta de ordinario giros anormales, pero particularmente también cantidad de neologismos. En esta forma de Parafrenia la rapidez con que la demencia se instala parece ser muy variable pero casi siempre apreciable después de cuatro o cinco años.

RESUMENES CLINICOS

CASO NUMERO UNO ESTUDIADO EN OCTUBRE DE 1972.

ANTECEDENTES.

Nombre.- J.M.P., femenino, de 54 años de edad, soltera, secretaria bilingue y ama de casa.

Se desconoce todo lo referente a su nacimiento y desarrollo. Proviene de un hogar desintegrado, sin figura paterna desde el año de edad. Su madre falleció en 1971 y se sa-

be poco de sus relaciones con ella; la paciente las refiere como armónicas y afectuosas. Como antecedentes familiares - de importancia sólo existe el hecho de que tuvo un tío materno con enfermedad mental no especificada.

En cuanto a su vida escolar, se sabe que siempre mostró muy buen aprovechamiento, y en cuanto a su vida laboral muy buen rendimiento y eficiencia, con progresivos ascensos.

Vida sexual al parecer sin problemas; nunca se casó pero procreó un hijo que nació mediante operación cesarea. Menopausia a los 50 años, negando problemática alguna durante su vida sexual activa.

En cuanto a personalidad previa, fue descrita por una amiga reciente, como una persona extravagante tanto en el vestir como en la decoración de su casa. Irritable, agresiva, grosera, morbosa y poco amigable. Estos datos solo son desde dos años antes de la fecha de estudio.

PADECIMIENTO.

Lo inicia en julio de 1971 con la aparición de un sistema delirante al parecer, de instalación y progresión rápidas. La despidieron de su trabajo por ineficiencia y empezó a sentirse deprimida, anoréxica, asténica, y le vino a la mente la idea de acudir a pedir ayuda terapéutica, telepática a larga distancia a la orden Rosa Cruz. A continuación, la paciente relató que los rosacruces le hicieron una estación en la matriz y que se sintió como si estuviera embarazada. Estos, también le dijeron telepáticamente que tenía una fuerza mental innata y muy desarrollada, y desde entonces empezó a realizar

viajes astrales, recorriendo todo el infinito, la luna, todos los astros y las galaxias, las estrellas y mundos en formación, además está plenamente convencida de que en cualquier momento puede realizar estos viajes.

Aseguraba también que podía hacer todo tipo de curaciones con las manos y afirmaba que muchos lugares a los que había ido por vez primera, ya los conocía, pues los había visitado en sus viajes astrales. Agregaba que el papaá "de Ruiz Gil" y otras personas importantes habían tenido relaciones amorosas psíquicas con ella y le mandaban "mensajes anestésicos".

Refería también que se podía comunicar telepáticamente con Ralph, el emperador de la orden Rosa Cruz. Siente también que la hipnotizan y que le hacen "cosas" por medio de la estación que tiene en la matriz. Por la noche, siente que el "Dr. Ruiz" la posee sexualmente, así como también que su "amante" la recrimina telepáticamente diciendole que está horrorosa, que se arregle, que es una tonta. Asegura también que en varias ocasiones ha percibido unos perfumes muy penetrantes, que se los arrojan probablemente su amante o los rosacruces. Escucha claramente dentro de su cabeza los mensajes telepáticos que le envían los rosacruces.

La paciente se encuentra lúcida y orientada globalmente, pero sin conciencia alguna de enfermedad mental. Se expresa con lenguaje completamente coherente pero en el contenido de su pensamiento, como puede verse, se aprecia un sistema delirante caracterizado por ideas de influencia física, de trans-

misión de pensamiento, de influencia a distancia y de dominio de pensamiento, así como también ideas delirantes de grandeza. Presenta además, alucinaciones auditivas, olfatorias y cenestésicas. Su memoria reciente se encuentra ligeramente disminuída y su capacidad de análisis se encuentra empobrecida al igual que la de autocrítica y juicio. No se le detecta ningún trastorno afectivo. Mientras no se habla intencionadamente acerca de su padecimiento, actúa y se relaciona normalmente y el único cambio notorio en su evolución, es que sus ideas delirantes, están perdiendo importancia para ella, sin que hayan desaparecido en ninguna forma, notandose en cambio un lento pero progresivo deterioro tanto de la memoria como del juicio crítico, tornandose verborreica, prolija y perseverante.

Exploración física y neurológica negativas.

Exámenes paraclínicos: B.H., Q.S., G.O., Serolúeticas y Coproparasitoscópico negativos. L.C.R. Normal. Radiografías simples de cráneo. Normales. E.E.G. Moderadamente anormal, mostrando una disrritmia lenta, difusa y continua que traduce la existencia de un probable daño cerebral subcortical. El Pneumoencefalograma mostró atrofia cerebral cortical y subcortical. Las pruebas psicológicas mostraron inteligencia inferior al término medio, evidencia de daño orgánico y manifestación psicótica con índice de tipo esquizofrénico.

DIAGNOSTICOS POSIBLES.

1.- O.M.S. - 297.1 Parafrenia involutiva (Estados Paranoides)

2.- A.P.A. - 297.1 Estado Paranoide involutivo (parafrenia involutiva)

3.- Parafrenia de tipo Fantástico.

CASO NUMERO DOS ESTUDIADO EN JUNIO DE 1973.

ANTECEDENTES.

Nombre R.U.P., femenino, 40 años de edad, casada, enfermera empírica. Un tío paterno y un primo en segundo grado por rama materna, enfermos mentales, con padecimientos no especificados. Nacimiento y desarrollo sin complicaciones. Cursó la enseñanza primaria con buen rendimiento escolar y posteriormente hizo estudios de enfermería en forma empírica con el médico de su pueblo, desempeñando en forma eficaz este trabajo. Tabaquismo y alcoholismo negativos. Vida marital inarmónica - por malos tratos del esposo, está separada de él desde hace tres años. Ha procreado cuatro hijos sanos. Personalidad previa: sociable, respetuosa, cumplida en sus obligaciones y siempre de buen carácter.

PADECIMIENTO.

Se inicia cuatro años antes de la fecha de estudio, presentando un cuadro durante el cual flexionaba el cuerpo, se tiraba al suelo y se retorció, al mismo tiempo que gritaba - que no la mataran, que le dolían los golpes que le estaban propinando con hachas y machetes. Fue internada en un hospital donde permaneció dos meses, pero al ser dada de alta los familiares la notaban aún "trastornada". Se negaba a tomar los medicamentos, examinaba la comida y los trastos en que

se le servía. Desde hace tres años, empezó a decirse dueña de una hacienda, con muchos peones y administradores así - como grandes ganancias, explica que lo pagó con un cheque de 250,000 pesos que obtuvo con su sueldo de enfermera, pero que no se explica como, unas personas se lo robaron y - cuando vá a reclamar sus derechos, la tildan de loca y no le regresan lo que le pertenece. Así permaneció durante dos años, empezando a decir posteriormente que existe una mafia de tratantes de blancas y de niños, que la utilizaba a ella como prostituta para obtener ganancias con ésto. Para que ella no se diera cuenta, le llevaban cada vez diferentes hombres que físicamente, eran iguales a su marido, ya que la mafia tenía una máquina que fabricaba hombres idénticos en serie. Le robaron y cambiaron a sus hijos con la misma técnica, pero ella sabía que no eran los verdaderos, por detalles casi imperceptibles que solo ella podía detectar, como por ejemplo, una configuración particular de un dedo del pie o de las alas de la nariz.

A sus hijos los usaban para venderlos a familias ricas ya que éstos, eran bellisimos, y a su marido lo utilizaban como una especie de semental por sus extraordinarias cualidades físicas.

Cuando ya habían obtenido ganancias de millones de pesos por la explotación de su cuerpo y empezaba a ponerse vieja , trataron de destruirla, para lo cual, su familia que ya se había unido a la mafia, y que ya para entonces ésta era mun-

dial en su contra, la sujetó y deshizo su cuerpo en pequeños trozos haciendola pozole y comiendosela, pero su espíritu no murió y logró rehacer su cuerpo, pero en forma invisible y casi sin fuerza muscular; debido a ésto, era golpeada por las gentes que chocaban con ella ya que no lograban verla. Posteriormente logró tomar un poco de agua de un charco y empezó con ésto poco a poco a tomar un color similar a un guante de cirujano, con lo cual pudo incorporarse; después de ésto, pudo tomar un vaso de leche con lo que su cuerpo recobró su color y fuerza normales.

Nuevamente su padre y una hermana, intentaron asesinarla, pero en cuanto le cortaban alguna parte del cuerpo, la herida cicatrizaba inmediatamente sin dejar señal. En una tercera ocasión, la decapitaron, y ella tranquilamente fue a donde estaba su cabeza y la colocó en su sitio.

El poder resucitar repetidas veces, la paciente lo atribuía a que una potencia extranjera, creó un aparato llamado "microfil", que por medio de rayos especiales la hacía revivir. Este aparato lo describía como una complicada maquinaria con aspecto de tanque de guerra, hecho unicamente para acudir en su auxilio cuando ella lo llamaba. Escuchaba al mismo tiempo el ruido del aparato cuando éste se desplazaba para acudir en su ayuda, así como el ruido peculiar de los rayos al penetrar en su cuerpo. Escuchaba también las voces de sus hijos pidiendole ayuda ya que tambien a ellos los desuartizaban, para lo que ella enviaba al "microfil" en su ayu

da.

Ha sido internada en cuatro ocasiones, sib que se haya logrado ninguna mejoría. Actualmente, su padecimiento continúa exactamente el mismo, sin ninguna remisión y es capaz de aumentar, modificar y distorsionar a su gusto y conveniencia su sistema delirante según las situaciones que se le presenten.

Su atención es completamente normal, así como su comprensión y orientación; no presenta alteraciones de memoria. Su afectividad, no denota trastornos, salvo ligera labilidad emocional cuando habla de que uno de sus hijos, es "la copia y no el original", motivo por el que llora. Su pensamiento es coherente y solo se torna incongruente cuando afloran sus ideas delirantes. Juicio y crítica unicamente alterados cuando habla de su delirio. En el área conativa y conductual, no presenta ninguna alteración, lo que le permite desenvolverse adecuadamente en el medio en que se encuentra, así como establecer adecuadas relaciones interpersonales. Presenta alucinaciones visuales, auditivas y cenestésicas.

Exploración física y neurológica. Negativas.

Exámenes paraclínicos: Q.S. Normal. G.O. Normal. B.H. Normal. V.D.R.L. Negativo. L.C.R. Normal. Radiografías simples de craneo. Normales. E.E.G. Ligeramente anormal, mostrando menor desarrollo del ritmo alfa en el hemisferio izquierdo. Posiblemente por daño cerebral. Las pruebas psicológicas mostraron como conclusiones: Inteligencia inferior al término medio. Evidencia de daño orgánico. M.M.P.I. Indice psicótico. Paranoia y Esquizofrenia.

DIAGNOSTICOS POSIBLES.

- 1.- O.M.S.- 297.1 Parafrenia involutiva. (Estados Paranoides)
- 2.- A.P.A.- 297.1 Estado Paranoide involutivo. (Parafrenia involutiva).
- 3.- Parafrenia de tipo Confabulatorio.

CASO NUMERO TRES ESTUDIADO EN MARZO DE 1974.

ANTECEDENTES.

Nombre. M.S.C. 53 años. Campesino. Casado. Sin antecedentes de enfermedad mental en la familia; nacimiento y desarrollo sin complicación alguna. Escolaridad, sólo primer año de primaria. Siempre se dedicó a las labores del campo con buen rendimiento. Vida sexual y marital sin problemas. Padeció en su juventud de T.B.P. Se le practicó Toracoplastia con Lobestomia de pulmón izquierdo más tratamiento medicamentoso, quedando completamente curado. Etilismo semanal desde los 25 hasta los 35 años de edad, contando en el momento del estudio con 18 años de abstinencia absoluta.

En cuanto a personalidad previa, es descrito, como que siempre fue una persona muy irritable, de muy mal humor y en ocasiones violento y agresivo.

PADECIMIENTO.

A los 40 años de edad, en relación a un cuadro febril, pero sin que se localizara el foco infeccioso, empezó a presentar alucinaciones auditivas de contenido insultante, así como a externar ideas delirantes de daño y perjuicio poco sistematizadas. El cuadro febril, cedió espontaneamente sin tratamiento pero su estado mental, continuó siendo el mismo, además, notaron los fa

miliars, que se comportaba en una forma más agresiva que de costumbre.

Permaneció así por algunos años, hasta que sus familiares notaron que de cuatro años a la fecha, todos sus síntomas, se exacerbaban, fue tratado por múltiples médicos sin que se lograra siquiera una mediana remisión. En la actualidad, sigue presentando las ideas delirantes ya mencionadas con la particularidad, de que las alucinaciones desaparecieron por completo.

Sus principales ideas de daño y perjuicio consistían en que los soldados del ejército lo perseguían para matarlo, pero éstas, ya están perdiendo importancia en el paciente, mientras que empiezan a ganar importancia ideas delirantes de grandeza consistentes en expresar que tiene miles de hectareas en sus ranchitos; que tiene cientos de miles de cabezas de ganado bovino, porcino y caballar, así como una cantidad no determinada de tractores y otro tipo de maquinaria agrícola industrial. Todo lo anterior, lo expresa con una facilidad increíble, sin ninguna duda y sin ningún temor de que no se le crea y no se molesta en lo más mínimo por las contradicciones o negativas de sus familiares cuando relata lo antes dicho. Llama la atención también, que mientras no se toquen sus núcleos delirantes se puede conversar con él como si fuera una persona normal, ya que está orientado correctamente en persona, tiempo y espacio. Su pensamiento es coherente aunque incongruente por su contenido solamente cuando se toca su núcleo delirante. Su atención es normal. Su compren

sión discretamente baja. Su memoria en general se encuentra moderadamente deteriorada, así mismo como su capacidad de - abstracción. Impresiona como que su inteligencia fue normal término medio, pero con un cierto grado de deterioro en la - actualidad. Capacidad de cálculo muy deficiente. Juicio y - crítica alterados solamente en el momento en que se toca el tema de sus delirios. No hay alteración alguna en su afecti- vidad.

Exploración física general y Neurológica negativas.

Exámenes Paraclínicos: Q.S. y L.C.R. negativos. V.D.R. L. negativo tanto en sangre como en L.C.R. Reacción a cisti- cerco negativa. Radiografías simples de cráneo normales. E. E.G. normal. Pruebas Psicológicas: Inteligencia inferior al término medio. Evidencia de daño orgánico. M.M.P.I. Índice psicótico alto para Esquizofrenia y Paranoia.

DIAGNOSTICOS POSIBLES.

- 1.- O.M.S.- 297.1 Parafrenia Involutiva (Estados Para- noides).
- 2.º A.P.A.- 297.1 Estado Paranoide Involutivo (Parafre- nia Involutiva).
- 3.- Parafrenia de tipo Sistemático.

COMENTARIO

Los casos anteriormente estudiados, tienen como carac- terística, la similitud entre ellos, de que se trata en to- dos, de delirios sistematizados, crónicos, alucinatorios, en

la cuarta década de la vida; sin ninguna remisión en toda su evolución, a pesar de los múltiples e incisivos antipsicóticos con que fueron tratados. Otra característica en común, es el desarrollo de tipo paranoide del sistema delirante de los tres casos. De aquí, que tenemos que hacer un obligado diagnóstico diferencial con la Esquizofrenia Paranoide y la Paranoia.

La mayor dificultad, se presenta al tratar de descartar la Esquizofrenia Paranoide, pero podemos intentarlo, recordando la distinción que hizo Kraepelin el 1912 de las Parafrenias, afirmando, que éstas, se diferenciaban de la esquizofrenia porque presentaban un desarrollo mucho más limitado de los trastornos de la afectividad y de la voluntad, con perturbación mucho menos importante de la estructura interna de la vida psíquica o disociación limitada a ciertos trastornos del discernimiento. Así, pues, en las Parafrenias falta el embotamiento y la indiferencia que constituyen a menudo los primeros síntomas de la Esquizofrenia.

Por lo dicho anteriormente, creemos que en estos casos, se puede descartar fácilmente la Esquizofrenia ya que cuentan con datos más característicos de la Parafrenia como son: el delirio bien sistematizado, la afectividad conservada; alucinaciones auditivas, visuales, olfatorias, senestésicas y fabulaciones. En los tres casos se puede observar un sello especial de Parafrenia del que hablaba Kraepelin: La ficción delirante es rica, con preponderancia de la expresión verbal, que hace que

el enfermo, más que vivirlo, cuente su delirio; este mundo delirante tiene vida en palabras, pero no en hechos. Así, - la identificación del sujeto con el mundo de su delirio, no es total; llega a conservar una imagen correcta de su personalidad y su delirio está constituido, en cierto modo, por una actividad parásita que le evita grandes trastornos de conducta y una evolución hacia la disociación de la personalidad.

Por otra parte, si recordamos que la instalación de los síntomas de la esquizofrenia son en edad temprana (adolescencia) mientras que la Parafrenia comienza por lo común después de - los treinta y los treinta y cinco años, creemos, que estos casos que presentamos, encajan perfectamente en este síndrome.

Llama la atención, sobre todo en el primer caso, que se trata del paciente de mayor edad, la poca importancia que estaba presentando a su delirio y a sus trastornos senso-perceptivos, con pérdida paulatina de la sistematización del primero, así como, su gradual alteración de la memoria, juicio y crítica, cosas todas éstas que nos hablan de que la paciente está entrando en la fase de la enfermedad llamada de "pobreza psíquica", caracterizada por la debilitación de la memoria, la inteligencia, la atención y los sentidos superiores.

También es importante delimitar la Parafrenia de la Paranoia, ya que esta última se desarrolla en una edad más tardía, generalmente después de los cuarenta y cinco años, y sin presentar pseudoalucinaciones ni alucinaciones verdaderas y-

sin conducir nunca a la pobreza psíquica.

Es difícil hablar de la anatomía patológica de la Parafrenia, pero algunos autores soviéticos, refieren un cuadro anatómico caracterizado por trastornos degenerativos de las células de la corteza cerebral. Estos cambios, se localizan sobre todo en la segunda y tercera capas corticales - de los lóbulos frontales, parietales y temporales. También, han observado alteraciones de la glía con un carácter fundamentalmente degenerativo y en parte progresivo y sustitutivo. La evolución típica de la Parafrenia hacia la "emencia o pobreza psíquica, nos implica forzosamente organicidad, y en los tres casos presentados, se explica esto perfectamente por la evidencia de daño orgánico.

Vale la pena mencionar que en la actualidad, no se concede importancia o no se acepta aún el diagnóstico de Parafrenia, pero si recordamos una clasificación que en un extremo colocaba la Esquizofrenia Paranoide y en el otro colocaba a la Paranoia, dejando entre las dos una amplia gama de patología psicótica designada como "Estados Paranoides", es precisamente ahí, donde está colocada la Parafrenia, a la cual consideramos como una entidad nosológica perfectamente diferenciable clínicamente de las otras dos entidades aludidas.

En la actualidad, tanto la O.M.S. como la A.P.A., le conceden un lugar aparte a las Parafrenias, pero únicamente como "Parafrenia Involutiva" pasando por alto los cuatro tipos diferentes de desarrollo que tiene esta enfermedad como

sucede con la Esquizofrenia, y olvidando o haciendo a un lado la fina clínica tradicional, que es la base de toda la Ciencia Médica.

REFERENCIAS.

- 1.- Bleuler Eugen.- "Demencia Precoz" (El grupo de las Esquizofrenias).- Ediciones Hormé.- Primera edición en Español.- año 1960.
- 2.- Bleuler Eugen.- "Tratado de Psiquiatría" .- Editorial Espasa Calpe, S.A..- Tercera Edición Española.-pag.425.- año 1971.
- 3.- Ciafardo Roberto.- "Psicopatología Forense".- Editorial "EL Ateneo" Buenos Aires.- Primera Edición.-pag.156. año 1972.
- 4.- Delgado Honorio.- "Curso de Psiquiatría".- Editorial Científico-Médica.- Quinta Edición.-pag.307.-año 1969.
- 5.- Hofling Charles K.-"Tratado de Psiquiatría.- Editorial Interamericana,S.A..- Primera Edición.-pag.292.-Reimpresión del año 1967.
- 6.-Kolle Kurt.- "Psiquiatría".- Editorial Alhambra,S.A..- Primera Edición Española.-pag.183.- año 1964.
- 7.- Kraepelin Emil.- "Introducción a la Clínica Psiquiátrica".- Editorial Aleph,S.A..- Primera Edición en Español. pag.37-127-147-157-203.- año 1971.
- 8.- Mayer W.-Gross.- "Psiquiatría Clínica".-Editorial Paidós.- Segunda Edición en Español.- pag342.- año 1974.
- 9.- Noyes Arthur P.- "Psiquiatría Clínica Moderna".- La Prensa Médica Mexicana.- Tercera Edición en Español.-pags.384 y 436.- año 1966.

- 10.- "Praxis Médica".- Ediciones Latino-Americanas (Mónaco).-
Tomo VII "Neurología Psiquiatría".- pag.7860.-año 1960.
- 11.- Sluchevski I.F.- "Psiquiatría".-Editorial Grijalbo S.A.
Segunda Edición en Español.- pag.271 y 291.- año. 1963.

M. Luisa Rodríguez

DRA. MA. LUISA RODRIGUEZ.F.DE GARZA.