

Parafrenias: nosografía y presentación clínica.

Paraphrenia: nosography and clinical presentation.

Christian Widakowich ^a.

^a Médico psiquiatra. Centro hospitalario universitario Ambroise Paré. Mons, Bélgica.

Correspondencia: Christian Widakowich (chwidakowich@hotmail.com)

Recibido: 25/01/2014; aceptado: 27/05/2014

RESUMEN: La parafrenia ha sido una de las últimas grandes invenciones de la psiquiatría clásica. Tanto la escuela francesa como la escuela alemana han discutido fuertemente y descrito esta entidad clínica que es una forma intermedia entre la paranoia y la esquizofrenia. Originariamente evocada por Kahlbaum y luego descrita por Kraepelin hace ya más de cien años, el término caerá en el olvido con la aparición del manual diagnóstico DSM III, donde será retomada dentro de conceptos tan variados como la esquizofrenia o el trastorno delirante crónico.

Nos preguntamos si en la hora actual de los manuales de psiquiatría estandarizados, es todavía posible observar este concepto clínico rico en matices. Exponiendo un caso de parafrenia, también discutimos su presentación clínica, su proceso evolutivo y los diagnósticos diferenciales posibles.

PALABRAS CLAVE: Parafrenia. Delirios crónicos. Nosografía francesa. Nosografía alemana.

ABSTRACT: Paraphrenia was one of the last great inventions of classical psychiatry. Both the French school and the German school strongly discussed and traced this clinical entity which is an intermediate form between paranoia and schizophrenia. Mentioned by Kahlbaum initially and then described by Kraepelin more than a hundred years ago, the term will be forgotten after the onset of DSM-III diagnostic manual, which will be taken in such diverse concepts as schizophrenia or delusional disorder chronic.

We ask if, in the context of the present standardized textbooks, it is still possible to observe this rich clinical concept described by our predecessors. Also, by exposing a clinical case of paraphrenia, we discuss about the clinical presentation, the evolutionary process and possible differential diagnoses. **KEY WORDS:** Paraphrenia. Chronic delusion. French nosography. German nosography.

Introducción: construcción nosográfica de la Parafrenia.

En Francia, se utiliza la denominación de Psicosis Delirantes Crónicas para reagrupar un conjunto de trastornos mentales similar a los síndromes esquizofrénicos, pero que se distinguen por la falta de dislocación profunda a nivel de la personalidad. Este grupo de psicosis se caracterizan por una alteración estructural de la personalidad que permite la instalación, el desarrollo y la extensión de ideas delirantes permanentes. Procedentes de intuiciones, interpretaciones, ilusiones y alucinaciones, perturban radicalmente el sistema de ideas, juicios y creencias, e impregnan la vida afectiva y relacional provocando una refracción constante del sujeto hacia el mundo exterior a través de un prisma delirante. (1)

Desde el punto de vista diacrónico, los delirios crónicos no evolucionan hacia una disociación de los diferentes sectores de la personalidad ni hacia una demencia orgánica; así mismo, algunos de ellos pueden permanecer durante mucho tiempo compatibles con una buena adaptación relativa a las contingencias externas.

Entre los delirios crónicos sin evolución disociativa (no esquizofrénica), ni déficit, encontramos los siguientes cuadros: los delirios sistematizados paranoicos (que incluyen tanto los delirios pasionales, los delirios de relación de sensitivos y los delirios de interpretación sistematizados), la psicosis alucinatoria crónica y las parafrenias.

El término de parafrenia fue mencionado por la primera vez por Kalbhaum, en 1863 (2), pero es en realidad Kraepelin que hará la descripción en 1912 (3). No obstante, en Francia, esta entidad será descrita bajo diversas acepciones como el delirio de imaginación de Dupré (4-5) la psicosis alucinatoria crónica de Séglas, y más tarde, como la psicosis fantástica de Ey (6), situándolas en un *continuum* entre la esquizofrenia y la paranoia.

En cuanto a su presentación clínica, la parafrenia se caracterizaría por un síndrome de referencia inicial, con el desarrollo extremadamente insidioso de un delirio crónico improbable pero coherente, con ideas de persecución polimórficas de evolución continua y que pueden agravarse más tarde con ideas de grandeza, sin la desintegración de la personalidad y con una relativa buena adaptación a la realidad. Algunos autores, como Specht, mencionan que los parafrénicos son personas de constitución pícnica y temperamento hipomaniaco. Otros, como Astrup, hablan de personalidades premórbidas sensibles y autoritarias (7). En todos los casos, estos pacientes suelen tener una inclinación hacia la sospecha y la arrogancia. De esta forma, la construcción del delirio de persecución resultaría de una amplificación inicial de la desconfianza y las ideas de grandeza, derivadas de la arrogancia de un yo hipertrofiado (8). Para bien imaginar la génesis de este cuadro, habría que pensar junto con Kretschmer, en el desarrollo de un proceso que es la resultante del encuentro entre el tipo y la situación.

En 1912, en el Congreso de Alienistas de Baviera (9), Kraepelin prelude la 8ª edición de su Tratado, marcando las diferencias entre la esquizofrenia y la paranoia. Probablemente influenciado por los trabajos de Séglas y Dupré, identificará algunas formas intermediarias que llamará parafrenias, subdividiéndolas en cuatro subgrupos: la parafrenia sistemática, la confabulante, la expansiva y la fantástica.

La Parafrenia sistemática es de desarrollo lento e insidioso, con progresión hacia un delirio de persecución, sin remisión ni fluctuación, con ideas de grandeza, y sin signos de desintegración psíquica. En una primera fase, durante la cual predomina la inquietud y la desconfianza, el sujeto se siente sumergido en un ambiente hostil. Influenciado por todo tipo de interpretaciones, éste va terminar presentando alucinaciones auditivas y psíquicas (“voces mentales”). Los fenómenos psico-sensoriales no son infrecuentes, con alucinaciones cenestésicas que el paciente evoca como un fenómeno de magnetismo o de hipnosis (10).

La descripción clínica de la parafrenia sistemática de Kraepelin se acerca en gran medida al delirio crónico de evolución sistemática detallado por Magnan,

con tres de sus cuatro etapas evolutivas presentes: preocupación e interpretación, persecución y sistematización, megalomanía, pero sin la vía final de la demencia.

La Parafrenia expansiva es un fenómeno raro, caracterizado por una excitación intelectual leve (locuacidad, euforia), que se observa solamente en las mujeres. Existe un delirio de grandeza, rico, con la presencia accesoria de ideas de persecución. Los temas eróticos predominan juntos con los temas religiosos y místicos, asociados a *bouffées oniriques*. El paciente está más o menos convencido de estos fenómenos, que puede mirar igualmente como puras fantasías. El principio del cuadro ocurre entre los 30 y 50 años, con una evolución lenta, y tendencia a la fijación de los delirios. El lenguaje de los pacientes es confuso y presentan cambios de humor frecuentes. Sus capacidades mentales permanecen intactas.

La Parafrenia confabulante es una entidad determinada por un delirio bastante incoherente y abundantes falsos recuerdos e historias extrañas. Es una forma más rara aún. Kraepelin había aislado sólo una docena de casos, de ambos sexos, con la edad de aparición entre los 20 y los 30 años. Esta parafrenia de confabulación tendría su correlato en el delirio de imaginación de Dupré y Logre (1911) (11).

La Parafrenia fantástica está constituida por la presencia de un delirio rico, polimorfo, con representaciones múltiples, cambiantes y móviles (10). Al principio, el sujeto está inquieto e invadido por interpretaciones despectivas, con un humor triste. Poco a poco, las ideas de persecución se van estableciendo, con la impresión de ser burlado y acosado. Luego, se producirán alucinaciones auditivas como ecos del pensamiento y comentarios de los actos. Al final, el sujeto sufre manifestaciones psico-sensoriales (estómago arrancado, vértebras rotas o incluso la impresión de animales que entraron en su cuerpo). Las ideas de grandeza y persecución se alternan con una imaginación desbordante: incendios monstruosos, catástrofes cósmicas, innumerables aventuras (12). En contraste y a pesar de estas inconsistencias los enfermos se adaptan a la vida cotidiana. Su estado de ánimo es indiferente o ligeramente excitado y el discurso presenta diferentes juegos de palabras. En el fondo, Kraepelin se pregunta si estos individuos no padecen una forma atípica de *dementia praecox*, con ideas delirantes absurdas y un déficit interno de la coordinación en el juicio.

La Parafrenia y la escuela alemana.

Aunque en los países germánicos existe una tendencia a ubicar la parafrenia dentro del grupo de las esquizofrenias, la escuela de Francfort, compuesta por Wernicke-Kleist-Leonhard, emprenderá una dirección opuesta (13). Para Wernicke (1848-1905), una psicopatología sin patología cerebral es inimaginable; entiende

que los síntomas de las enfermedades mentales deben deducirse de las propiedades conocidas del cerebro. Su alumno, Karl Kleist (1879-1960), va a fusionar esta visión con el enfoque longitudinal y evolutivo de Kraepelin, teniendo en cuenta el origen y la evolución de la enfermedad. Su clasificación de las psicosis incluye las psicosis típicas (futuras esquizofrenias sistemáticas), las psicosis atípicas (futuras esquizofrenias no sistemáticas) y las psicosis marginales (psicosis cicloides). Sus criterios de observación se basan en la clínica y fisiología, postulando igualmente la existencia de un correlato neuroanatómico subyacente para los diferentes tipos de psicosis. Con respecto al grupo de parafrenias, su clasificación se subdivide en términos tales como: fantasiofrenia, confabulosis progresiva, autopsicosis progresiva, alucinosis progresiva y somatopsicosis gradual.

Luego, su sucesor en Francfort será Karl Leonhard (1904-1988). Este decía que “Wernicke era como su abuelo espiritual y que Kleist representaba su padre espiritual” (14). En su clasificación de psicosis endógenas, encontramos aquellas de buen pronóstico (psicosis fásicas monopares, psicosis fásicas bipolares y psicosis cicloides) y las de mal pronóstico (15). En este último grupo, encontramos las esquizofrenias no sistemáticas (de curso variado, polimórficas, con remisiones entre las fases) y las sistemáticas (insidiosas, oligosintomáticas y progresivas), con peor pronóstico todavía. Leonhard nos señala una distinción esencial diciendo que “las esquizofrenias sistemáticas y no sistemáticas no tienen, en esencia, nada en común. El nombre que comparten no se justifica más que por la tradición, pues desde Kraepelin y Bleuler nos hemos habituado a concebir, bajo el concepto de esquizofrenia, todas las psicosis endógenas que conducen a un estado deficitario” (13). En las esquizofrenias no sistemáticas, va a incluir a la Parafrenia afectiva, la Catafasia y la Catatonia periódica. En el grupo de las sistemáticas, pondrá las otras parafrenias (fantástica, expansiva, hipocondríaca, con fabulación e incoherencia), las hebefrenias (infantil, superficial, extrañeza y autismo) y las catatonias (para/pro-kinésis, taciturno, manierismo y negativismo).

Entre las diferentes formas de parafrenia descritas por él, la más común sería la parafrenia afectiva. Su presentación clínica se manifiesta más frecuente en mujeres de entre 30 y 40 años. La esfera afectiva se encuentra particularmente perturbada en esa entidad; el delirio mantiene una relación profunda con el afecto, incluso si estas ideas evolucionan hacia un tono fantástico. El trastorno afectivo se presenta varias veces de forma masiva. La ansiedad puede dominar el cuadro clínico, con ideas de referencia y las alucinaciones que le dan un contenido. La enfermedad también puede empezar por un estado extático. Los afectos están siempre acompañados de una formación patológica de ideas. El diagnóstico diferencial principal a tener cuenta según Leonhard, es con la psicosis de ansiedad-felicidad (psicosis cicloide).

Durante el curso de la enfermedad, se pasa de la angustia a la irritación; las ideas de referencia se vuelven hostiles e irritantes con respecto al entorno, desarro-

llando un síndrome de referencia irritante. La enfermedad va a evolucionar luego hacia un delirio de persecución con ideas de grandeza. Es en este momento cuando el trastorno afectivo viene a implantarse, afectando al pensamiento. En su fase final, la demencia aparece en paralelo con las concepciones delirantes, la falta de interés y la apatía (16).

La parafrenia afectiva de Leonhard podría corresponder a la parafrenia sistemática de Kraepelin y tiene su correlato en la escuela francesa en el delirio crónico de evolución sistemática de Magnan. También tendría similitudes con la psicosis progresiva de relación de Kleist.

La Parafrenia en la escuela francesa.

En Francia, Frey, con su tesis de 1923, *Concepciones de Kraepelin y concepciones francesas concernientes a los delirios sistematizados crónicos* (17), será el primero en tratar de construir un puente entre la clínica francesa y la clínica alemana. Para él, la parafrenia sistemática de Kraepelin equivaldría al delirio crónico de Magnan, la parafrenia expansiva a la manía crónica, la parafrenia confabuladora al delirio de la imaginación y la parafrenia fantástica al delirio alucinatorio crónico con sus formas fantásticas.

A su vez, Henri Claude (18) intentará hacer entrar la parafrenia en la nosografía francesa, deshaciéndose de la nosografía clásica sobre los delirios crónicos. Claude propone establecer una clasificación basada en la oposición entre la psicosis paranoica y la psicosis paranoide, creando un grupo intermedio. En su concepción, la parafrenia sería un delirio coherente, activo, con elementos imaginativos y mito-maniacos, cuya evolución se hará sobre un fondo esquizomaniaco.

Bajo el patrocinio de Claude, Charles-Henri Nodet publicará en 1937 su tesis intitulada *El grupo de psicosis alucinatorias crónicas. Ensayo nosográfico* (19). El gran valor de este trabajo es el de establecer una clasificación en función de la estructura del delirio. De esta manera, logra delimitar 3 estructuras básicas: los delirios de estructura paranoica; bien sistematizados, coherentes, sin un debilitamiento psíquico importante. En este grupo se encuentran los delirios pasionales, los de delirios de interpretación, algunos delirios de influencia, algunas psicosis alucinatorias y la parafrenia sistematizada de Kraepelin. Luego, los delirios de estructura paranoide; incoherentes en la base, con alteración profunda de la personalidad, que se agruparán entre la *dementia praecox* y las parafrenias expansivas y fantásticas de Kraepelin. Y finalmente, los delirios de estructura parafrénica; que se caracterizan por el contraste entre la excelente adaptación al mundo real y la conservación de la lucidez, y el desarrollo de construcciones delirantes fantásticas e impenetra-

bles, con una tonalidad de grandeza, dramática y cósmica. En este último caso, el paciente mantiene una conciencia parcial del desorden, a veces bromeando sobre el tema. La persona viviría en dos mundos paralelos, entre sus fantasías y la realidad.

Para Henri Ey, las parafrenias son “los delirios más estéticos”. Ey postula que “el grupo de parafrenias se caracteriza por esta doble naturaleza: una actividad delirante arcaica, paralógica, con una verdadera disrupción imaginativa de un lado, y la integridad de los fondos mentales y la estructura de la personalidad del otro lado” (20). A nivel nosográfico, Ey simplifica la clasificación de los delirios crónicos y los divide en dos grupos: los delirios fantásticos (parafrénicos) que reagrupan las cuatro formas de parafrenia según Kraepelin, y los delirios sistemáticos (paranoia). Ey habla de la diplopía del yo, mecanismo que dirige el pensamiento parafrénico permitiendo a los pacientes llevar una vida bien adaptada, al mismo tiempo que se expresa un delirio de tonalidad fantástica. Finalmente, en cuanto a la definición de las psicosis delirantes crónicas fantásticas, Ey señalará “la enorme producción delirante con multiplicidad de temas, principalmente megalomaniacos y cósmicos, un pensamiento arcaico, mágico o paralógico, indiferente al desarrollo de las concepciones lógicas de una inteligencia intacta, la preservación de una buena relación con el mundo real a pesar de lo absurdo de la ficción que se le superpone y la ausencia de deterioro mental significativo, incluso hacia el final de su evolución” (21). Para él, “los delirios parafrénicos no son delirios vividos, pensados, meditados o soñados, sino más bien, delirios hablados que no pueden ser callados” (22).

Su concepción de la parafrenia revela cuatro aspectos clínicos importantes: un pensamiento paralógico, la megalomanía, la confabulación y la integridad paradójica de la unidad de síntesis psíquica.

El pensamiento paralógico es un pensamiento mágico, donde la fantasía da rienda suelta a una fábula delirante que supera todas las categorías del entendimiento. Los temas abordados son de lo más disímiles: maternidades fabulosas, palingenesia, mitos sobre la creación, metamorfosis corporales o cósmicas que inducen a la confusión. La megalomanía hace que estos pacientes a menudo se presentan como perseguidos. Acosados por innumerables perseguidores, desarrollan temas de influencia, de persecución, con ideas de envenenamiento, embarazos, y transformaciones de órganos. El aspecto megalomaniaco que caracteriza a este delirio, se percibe a menudo en la ampliación cósmica de la temática delirante. La fabulación prima sobre las alucinaciones, que están a menudo presentes, y que forman parte de una producción imaginativa exuberante sobre la que se desarrolla el delirio. La integridad paradójica de la unidad de síntesis psíquica se caracteriza por el enorme contraste entre las concepciones paralógicas, la mitología del delirio y una adaptación a la realidad cotidiana, mientras que la capacidad intelectual, memoria y comportamiento social pueden permanecer intactos.

En la actualidad, en el Manual de Lempere y Feline (1), encontramos dos formas de elaboración delirantes: la parafrenia confabuladora (delirios de imaginación) y la parafrenia fantástica. En el primero, un cierto grado de sistematización permite a las creaciones imaginativas estar más o menos relacionadas con la realidad social, siendo comprensibles en cuanto al contenido de los temas, y a su vez presentando ideas de grandeza relacionadas a menudo con la filiación. La confabulación que procede de lo real, se alimenta de diversas historias, de la televisión, la radio y también de un pasado donde las historias se transforman (herencias fabulosas, raptos de chicos, descendencia real). En el caso de la parafrenia fantástica, hay una yuxtaposición de los temas delirantes de grandeza, cósmicos, ficcionales, con un lazo significativo entre sí. En esta forma, pueden verse igualmente elementos alucinatorios y una exaltación maníaca.

En fin, como lo resume con precisión Hulak en su artículo exhaustivo sobre la nosografía de las parafrenias (10), podríamos decir que las parafrenias comenzarían en general antes de los 40 años y el diagnóstico será evocado cuando el mecanismo imaginativo está sobre los elementos alucinatorios e interpretativos, a pesar de la presencia de estos elementos alucinatorios que van a alimentar el delirio, un delirio “más hablado que vivido” y que la ficción delirante se despliega como una ficción poética o novelada incluyendo temas de grandeza, el grado de sistematización es variable permitiendo distinguir entre las dos formas de parafrenia (confabulante y fantástica).

Caso clínico:

La Sra. K., de constitución pícnica y 63 años de edad, empezó su seguimiento en psiquiatría hace 5 años. De origen judío, criada en una familia de comerciantes, tiene un hermano mayor que fue el preferido de su madre, mientras que ella era la favorita del padre. La relación con su madre era fría y distante, tanto era el rechazo que su genitora le provocaba, que a la edad de diecisiete años decide hacerse una cirugía estética del mentón, para diferenciarse físicamente de ella. En esta familia, ella se sintió siempre como “un perchero sin vida propia”, sin derecho a existir por ella misma. En consecuencia, hará grandes esfuerzos por estudiar de todo: psicología, teatro, historia del arte. De personalidad sensible, ella se había desarrollado como la oveja negra en esta familia ‘tradicional’, con una hiperestesia hacia las críticas y una cierta arrogancia a la hora de defender sus ideas. Más bien fina en sus observaciones, dice tener un don como “médium o clarividente”, “con un ojo de águila”. Está casada y tiene una hija.

Hasta sus 58 años, la paciente lleva una vida acomodada, frecuenta el ambiente artístico y participa activamente cantando música tradicional judía. En ese momento, ella se decide a publicar por la primera vez en su vida un ensayo íntimo y personal escrito por ella misma. Exponiendo sus escritos a su entorno de amigos del ambiente artístico, recibe fuertes críticas negativas de la parte de un escritor consagrado. Sintiendo enormemente depreciada, se aleja rápidamente de este grupo que ha traicionado su confianza.

Poco tiempo después, cae en una depresión. Sumida en el desamparo y la impotencia, la policía la trae al hospital porque quería suicidarse con una bolsa de plástico sobre la cabeza. En la sala de psiquiatría, presenta un delirio polimórfico, sintiendo perseguida por su marido “que manipula a todos para silenciarla”, y presentando un dismorfofobismo con sentimiento de transformación en su rostro, sobre todo en su nariz y el mentón. Oponiéndose a todo tratamiento medicamentoso, recibe terapia electroconvulsiva con una mejoría gradual en su estado de ánimo y la desaparición de los síntomas psicóticos. Una vez estabilizada, las entrevistas con la paciente se vuelven estériles y poco contributivas, con tendencia hacia la simbolización excesiva- haciendo prueba de su inteligencia-, mantiene una actitud arrogante y despectiva hacia el equipo médico. Un test de Rorschach realizado hacia el final de su internamiento muestra aspectos maniaco-depresivos, con una personalidad oral y angustias arcaicas psicóticas. La paciente regresa a casa con tratamiento con antidepresivos tricíclicos y risperidona.

Dos meses después, tras un aislamiento social importante, una abulia y un delirio de ruina, vuelve al hospital pero esta vez de forma voluntaria. Presenta un mutismo rápidamente reversible con inyecciones de lorazepam. La ansiedad domina el cuadro clínico, con elementos autorreferenciales y un delirio de tonalidad depresiva. Nuevamente, una vez tranquilizada, guarda una actitud altanera y despectiva, sin entender qué hace en un lugar como el hospital.

Después de estas hospitalizaciones, regresa a un período de relativa estabilidad, llevando una vida de tranquilidad, lejos de los acontecimientos mundanos.

Cinco años después de su primera descompensación, mientras pasa una vacaciones en el extranjero, la paciente siente otra vez fuertes angustias, con la impresión de que su rostro se transforma, se siente perseguida por las autoridades aduaneras del país, temiendo que no reconozcan su foto sobre su documento de identidad. Luego de acudir al hospital una vez más, se vuelve contra su esposo y su psiquiatra que han decidido internarla. La angustia cede rápidamente con el tratamiento de benzodiazepinas, pero el delirio de persecución hacia su marido continúa. Presentando ideas de grandeza, se muestra en el servicio como la nueva terapeuta y decide tratar a los otros pacientes sin ninguna conciencia mórbida. Deja el hospital y el delirio persiste con cierta intensidad durante su seguimiento ambulatorio. La paciente se queja de que su marido “embruja a todo el mundo”,

tiene miedo de que él la envenene y está convencida que su jardinero le roba sus prendas de vestir. Poco a poco, su delirio se refuerza con angustias, tomando un fondo distímico y de contenido afectivo. Insiste en el hecho que la medicación le transforma sus rasgos faciales, que no se parece más a la foto de su documento de identidad y que la policía vendrá a detenerla. Histriónica, tiene miedo de perder el habla en cualquier momento. La persecución termina por ceder hacia una cierta confabulación para compensar la pérdida de su rica vida anterior: “antes participaba de cocteles de la alta sociedad y ahora no puede hacer nada”, “antes ella era hermosa como una actriz francesa, cantaba ante grandes auditorios, y ahora sólo es un rostro deformado”. Más tarde, algunas ideas de carácter fantástico vendrán a superponerse: el pequeño estanque en su jardín va a desbordarse e inundará toda Europa, “habrá que escapar a Estados Unidos para salvarse”, termina por contactar con la gendarmería para que tomen medidas en el asunto...

Discusión del caso.

Con una primera fase de incubación (angustias y tristeza), de naturaleza autorreferencial, pasa a un delirio de persecución con tonalidad afectiva. Se observa igualmente un delirio de persecución y de prejuicio, con rasgos de un yo hipertrofiado. Como es muy común entre estos pacientes, se queja que alguien le roba su dinero. Se convierte en una de esas personas que practican continuamente el arte de la denuncia. Sus delirios se acompañan de una tonalidad afectiva, pero guardando una cierta indiferencia con respecto al contenido de éstos, que a veces son dramáticos (catástrofes, inundaciones). Al mismo tiempo, no percibimos en ella la frialdad y la falta de interés autística de la esquizofrenia, ni la desconfianza y la descarga pasional del paranoico. Su juicio está conservado. Las alucinaciones están presentes en forma de una visión apocalíptica (inundación de Europa) que le permiten adaptarse a sus experiencias delirantes y comprenderlas. Con el tiempo, tales ideas pueden desaparecer y ser sustituidas por confabulaciones.

Cuando nos sumergimos en su historia, identificamos un evento crucial (crítica severa con respecto a su propio trabajo) que provoca una ruptura biográfica entre su pasado “sano” y su vida actual. En su caso, el delirio de persecución busca un responsable para explicar su decadencia y la megalomanía compensa la pérdida de una posición social privilegiada.

En este contexto, el cuadro clínico se asemeja a la parafrenia sistemática descrita por Kraepelin, a la parafrenia afectiva de Leonhard, o aún a la psicosis fantástica de Ey.

Diagnóstico diferencial.

Entre los posibles diagnósticos diferenciales, podríamos evocar:

El delirio de relación de los sensitivos de Kretschmer. Este delirio aparece como una reacción delirante en una personalidad sensible (asténica, tímida, poca confianza en sí mismo y con hiperestesia relacional). Se acompaña de sentimientos de culpa y vergüenza, “delirios de jóvenes masturbadores o viejas solteras”.

La paranoia. En este caso, el delirio se limita a un tema concreto, alrededor del cual el paciente construye un sistema bien organizado con coherencia interna, que defiende en detalle y que lo enciende de forma apasionada.

En cuanto a las esquizofrenias, el comienzo tardío es bastante raro si bien a veces es descrito en la literatura (Bleuler). Hacia la edad avanzada, la dislocación profunda de la personalidad así como el deterioro cognitivo deberían ser marcados.

Quizá el diagnóstico diferencial más difícil a hacer, sería la psicosis de angustia-felicidad (psicosis cicloide) de Leonhard. En esta entidad, el polo ansioso se caracteriza por la desconfianza y la autorreferencia. En el polo opuesto, existen sentimientos de placer, que puede ir hasta el éxtasis. Estos pacientes bendicen y predicando, presentando alucinaciones audiovisuales de contenido religioso.

El tratamiento.

La mayoría de los autores están de acuerdo en el hecho que el tratamiento neuroléptico es relativamente poco eficaz para el delirio, pero eficiente para controlar la desregulación tímica. El tratamiento a largo plazo es preferible.

En cuanto al modo de relacionarse con estas personas, Maleval recomienda no precipitarse para querer “traer el sujeto hacia la realidad”, pero brindar una escucha benévola al delirio, sin intentar confrontarlo (23).

Evolución.

La parafrenia tiende de manera insidiosa hacia la cronificación del delirio. Según Ey, después de una fase de desarrollo activa, el delirio fantástico se fija indefinidamente sobre temas esenciales en la forma sistemática. En las formas expansivas, vemos la psicosis avanzar por saltos, con exaltación psíquica y delirios fecundos. Estas formas serían de mejor pronóstico con una tendencia del delirio a empobrecerse. Recordemos una vez más, que no existe dislocación profunda de la personalidad, ni evolución hacia un proceso demencial.

Conclusión.

“Los pájaros cantan porque nosotros los escuchamos”, nos decía un paciente un día. Inmersos en la simplicidad y el pragmatismo de las clasificaciones estandarizadas actuales, hemos perdido la capacidad de reconocer algunas entidades detalladamente descritas en el pasado. Al hacer un diagnóstico clínico estamos elaborando un pronóstico de la enfermedad, cosa que ya no es posible mediante el diagnóstico operacional del DSM. He aquí la importancia de mantener el rigor semiológico y fenomenológico de las antiguas clasificaciones.

Con respecto a la parafrenia, podemos concluir diciendo que se encuentra a medio camino entre la desorganización del esquizofrénico y la sistematización de la paranoia. Que existe una conservación global de la persona que no encontramos en el deterioro del esquizofrénico y que, por otro lado, la expresión polimórfica del delirio se aleja de la paranoia. Que el mecanismo imaginativo está sobre los elementos alucinatorios e interpretativos, haciéndolo un delirio “más hablado que vivido”. Es en esta expresión clínica y en su tendencia a la cronicidad en la que se encuentra la clave del diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Lempriere Th, Feline A. Psychiatrie de l'adulte. Paris: Masson, 1989.
- (2) Kahlbaum K. Die Grupperierung der Psychischen Krankheiten. Dantzig: Viafeman; 1863.
- (3) Kraepelin E. Psychiatrie (1909-1913). Leipzig: Barth; 1915.
- (4) Dupré E, Logre J. Les délires d'imagination. Encéphale. 1911;3: 209-35.
- (5) Séglas J. La paranoïa. Délire systématisés et dégénérescences mentales. Historique et critique. Arch Int Neurol 1887; 13: 62-76 (221-32, 393- 406).
- (6) Ey H. Traité des hallucinations. Paris: Masson, 1973.
- (7) Gaupp R. El caso Wagner. 2ª edición. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2001.
- (8) Rebok F. El continuum paranode en la clínica psiquiátrica alemana. Revista Alcmeon. 2004;11, N°3.
- (9) Kraepelin E. Discours au Congrès des aliénistes de Bavière. Zeitschrift Gesamte Neurol Psychiatrie 1912; 11:617-38.
- (10) Hulak F. Les paraphrénies : nosographie. Encyclopédie Médicale et chirurgicale EMC. 2008. 37-296-C-10.
- (11) Dupré E, Logre J. Les délires d'imagination, mythomanie délirante. Encéphale 1911;4:430-50.
- (12) Durand VJ, Ledoux G, Benoit Y. A propos des paraphrénies. Ann Med Psychol; 1958;II(1):15-59.

- (13) Beckman H et Franzek E. La nosologie Wernicke-Kleist-Leonhard et son importance dans la recherche et la pratique clinique. En: *L'approche clinique en psychiatrie*, vol III. Pierre Pichot. Ed. Les empêcheurs de Penser en Rond: Paris, 1993; p.255-290.
- (14) Leonhard, K. Selbstdarstellung. En: *Psychiatrie in Selbstdarstellungen*. Pongratz LJ (Hrsg.) Ed. Huber: Bern, 1977.
- (15) Leonard K. Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. Berlin: Akademie, 1986.
- (16) Leonhard K. Clasificación de las Psicosis Endógenas y su Etiología Diferenciada. En: *Clínica de las esquizofrenias asistemáticas*, 1ª edición en castellano. Buenos Aires, 1999; p. 90-103.
- (17) Frey B. Conception de Kraepelin et conception française concernant les délires systématisés chroniques. Étude comparée. (Thèse), Strasbourg, 1923.
- (18) Claude H. Délire d'imagination et paraphrénie. *Concours Med* 1936; 19:151-6.
- (19) Nodet C. Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques. Essai nosographique. (Thèse), Paris; 1937.
- (20) Ey H. Position actuelle des problèmes de la démence précoce et des états schizophréniques. En: *Schizophrénie. Études cliniques et Psychopathologiques*, Les empêcheurs de penser en rond. Le Plessis-Robinson: Synthélabo; 1996. p. 61-79.
- (21) Ey E. Hallucinations et délire. Paris: Alcan; 1934.
- (22) Ey H. *Traité des hallucinations* (2. vol.). Paris: Masson; 1973
- (23) Maleval JC. *Logique du délire*. Paris: Masson; 1996.