



PARAFRENIA: A MEDIO CAMINO ENTRE LA DESORGANIZACIÓN ESQUIZOFRÉNICA Y LA PARANOIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Calles Marbán, Ximenez De Embun Ferrer, Zúñiga Costa, Navarro Morejón.

Rcalleshuc@gmail.com

Parafrenia, Kraepelin, esquizofrenia, paranoia, delirio, psicosis, confabulaciones, alucinaciones. Paraphrenia, Kraepelin, schizophrenia, paranoia, delirium, psychosis, confabulations, hallucinations.

RESUMEN

La psiquiatría actual ha relegado al olvido determinadas entidades, siendo una de ellas la parafrenia, ésta actualmente excluida de los sistemas clasificatorios estandarizados vigentes, fue durante la psiquiatría clásica una entidad clínica muy discutida entre la escuela francesa y alemana describiéndola como una forma intermedia entre paranoia y esquizofrenia. Originariamente fue evocada por Kahlbaum y posteriormente descrita por Kraepelin hace ya más de cien años, el término parafrenia será eliminado como diagnóstico con la aparición del manual diagnóstico DSM III. En la presente publicación exponemos un caso diagnosticado de esquizofrenia paranoide de características parafrénicas, discutiendo su presentación clínica, su evolución, los diagnósticos diferenciales posibles, así como proponemos posibles planes terapéuticos a llevar a cabo en este tipo de pacientes.

ABSTRACT

Current psychiatry has relegated certain entities to the oblivion, one of them being paraphrenia, which is currently excluded from the current standardized classification systems, it was during classical psychiatry a very disputed clinical entity between the French and German schools describing it as an intermediate form between paranoia and schizophrenia. Originally evoked by Kahlbaum and later described by Kraepelin more than a hundred years ago, the term paraphrenia will be eliminated as a diagnosis with the appearance of the DSM III diagnostic manual. In this paper we present a case of paranoid schizophrenia with paraphrenic characteristics, discussing its clinical presentation, its evolution, the possible differential diagnoses, as well as proposing possible therapeutic plans to be performed in this type of patients.

PARAFRENIA: A MEDIO CAMINO ENTRE LA DESORGANIZACIÓN ESQUIZOFRÉNICA Y LA PARANOIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

La parafrenia es un delirio crónico, que puede o no acompañarse de alucinaciones, de aparición normalmente tardía y cuyo curso, a diferencia de lo que suele suceder en la esquizofrenia, no suele conllevar la defectualización característica de ésta.

El término parafrenia es un concepto mal delimitado que se ha utilizado, en ocasiones, como sinónimo de esquizofrenia paranoide y también para designar un cuadro psicótico de evolución progresivamente deteriorante y con un delirio bien sistematizado. Autores clásicos habían propuesto la entidad como una esquizofrenia de inicio tardío, generalmente por encima de los 45 años, y con unas particularidades que la diferenciaban de la esquizofrenia de inicio a una edad típica. Actualmente no se reconoce en los manuales de diagnóstico el concepto de parafrenia como diferente del de la esquizofrenia, si bien muchos autores aceptan la validez psicopatológica del término.

Es difícil determinar su prevalencia actual, puesto que no es un diagnóstico diferenciado como ya comentábamos en los sistemas de clasificación estandarizados vigentes (DSM o CIE), y actualmente suele contemplarse como confundida con otros trastornos de la esfera psicótica (esquizofrenia o trastorno delirante principalmente), y no existen estadísticas fiables actualizadas. Clínicamente y según el contenido del delirio, Kraepelin diferencia 4 subtipos de parafrenia:

- La forma sistemática es propia del sexo masculino y suele manifestarse a partir de los 30 años; Kraepelin la definió como "el desarrollo extraordinariamente lento e insidioso de un delirio de persecución fatalmente progresivo, al cual se agregan en última instancia ideas de grandeza sin destrucción de la personalidad psíquica". La caracterizan temas persecutorios teñidos de grandiosidad; las alucinaciones si aparecen suelen ser tardías, y aunque lentamente suele evolucionar hacia la encapsulación.
- La forma expansiva, está caracterizada por delirios de grandezas muy exuberantes con ánimo exaltado y fácilmente irritables, es más común en mujeres jóvenes, y combina temas megalomaniacos, místicos o erotomaniacos con alucinaciones precoces a menudo visuales, pudiendo confundirse fácilmente y por tanto debiendo establecerse su diagnóstico diferencial con una fase maníaca-psicótica. Suele cursar con brotes limitados entre los cuales la enfermedad se mantiene atenuada, responde medianamente bien al tratamiento farmacológico y evoluciona hacia un cierto debilitamiento del delirio, siendo por todo ello la de mejor pronóstico.
- En el tipo de parafrenia confabulatoria, también de aparición temprana, que no muestra preferencia entre los dos sexos, predominan la distorsión y fabulación de los recuerdos, mientras suelen faltar las alucinaciones; comparte con las otras formas la temática persecutoria y una grandiosidad eufórica, pero destaca por encima de ellas la confabulación. Evoluciona también hacia la encapsulación.

PARAFRENIA: A MEDIO CAMINO ENTRE LA DESORGANIZACIÓN ESQUIZOFRÉNICA Y LA PARANOIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

- Finalmente, en la parafrenia fantástica, que predomina en hombres y suele aparecer en la tercera o cuarta década de la vida, la personalidad está menos conservada. La temática delirante se hace extremadamente variada y las alucinaciones son comunes y múltiples, el paciente se muestra fácilmente verborreico, exaltado e irritable a la vez que indiferente a la realidad, y con el tiempo su afectividad va embotándose, manifestándose una demencia en pocos años, diez a lo sumo (la llamada antiguamente "demencia fantástica"). La forma tardía o presenil (late paraphrenia) descrita por Martin Rothen 1955 es quizá la más comúnmente observada en la actualidad, y se caracteriza por delirios de contenido paranoide con frecuentes alucinaciones que aparecen en la vejez, principalmente en mujeres, a menudo afectas de déficits sensoriales y con rasgos de personalidad previa paranoide o esquizoide y en ocasiones antecedentes de esquizofrenia entre sus familiares.

Las distintas formas clásicas de parafrenia tienen una serie de características en común que justifican que nos cuestionemos su mantenimiento como una forma diferenciada de psicosis, comenzando por su inicio relativamente tardío, a partir de la tercera década de la vida, y la expresión fantástica del delirio con escasa o nula repercusión afectiva, así como la conservación de la personalidad del paciente, que vive repartíendose entre dos mundos, de modo que fuera de su delirio es capaz de mantener su funcionamiento social y laboral y su sentido juicioso de la realidad excepto en lo que compete a sus ilusiones. Diferencia ésta clara con el esquizofrénico que está completamente perdido y absorto en su delirio.

Lo que sí tienen en común esquizofrénicos y parafrénicos es la sustitución de una biografía histórica, basada en las vivencias reales en tiempo y espacio concretos, por una mítica y simbólica que se mezclan con aspectos residuales de la vida anterior. En el parafrénico subsisten a la par ambos universos sin molestar, mientras que en el esquizofrénico, cuando la enfermedad está activa, el segundo suple y anula al primero. Los temas delirantes propios del parafrénico presentan una gran variabilidad, aunque suelen tener como nexo común su carácter mágico-fantástico. En el paranoico, en cambio, el delirio se restringe a un tema concreto, en torno al cual el paciente construye un sistema bien organizado e internamente coherente, que argumentará detalladamente con irreductible seguridad, apoyándose en las alucinaciones si las hay.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 52 años internada en la Unidad de Rehabilitación Activa desde febrero 2016 y siendo trasladada de la Unidad de Subagudos en su último ingreso en 2015. Incapacitada legalmente. Soltera. Es la quinta de una fratria de diez hermanos. Padres fallecidos. Dos hermanos con diagnóstico de trastorno psicótico. La paciente no cuenta con una adecuada red de apoyo sociofamiliar.

PARAFRENIA: A MEDIO CAMINO ENTRE LA DESORGANIZACIÓN ESQUIZOFRÉNICA Y LA PARANOIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Patobiografía

Antecedentes de alteraciones de conducta cuando la paciente contaba con 35 años y que inicialmente se interpretaron en el contexto de una personalidad dominante y excéntrica (actitudes reivindicativas contra el Ayuntamiento, incluyendo denuncia a funcionarios, acudiendo a medios de comunicación; conflictividad vecinal .etc.)

Su primer ingreso psiquiátrico se realiza en septiembre del 2004 cuando la paciente contaba con 40 años en la Unidad de Internamiento breve para valoración psiquiátrica, en el contexto de un estado de aislamiento social y abandono, coincidiendo con un agravamiento somático de su madre (con la cual la paciente convivía y era su principal cuidadora) quien finalmente fallece en ese año. En la evaluación durante este ingreso se objetivó la presencia de un cuadro psicótico florido (ideación delirante de contenido megalomaniaco, pseudociosis, alucinaciones cenestesias y auditivas...), iniciándose tratamiento con neurolépticos y siendo derivada posteriormente a la Unidad de Subagudos.

En el año 2012 se traslada del piso tutelado donde reside hasta ese momento a su vivienda propia, momento en el que abandona el tratamiento y seguimiento psiquiátrico y apenas desarrolla actividad ocupacional alguna, reagudizándose progresivamente la sintomatología psicótica consistente principalmente en contenidos delirantes de carácter megalóide y erotomaniacos muy bien estructurados que condicionan su actividad (solicitud de un nuevo DNI secundario a contenidos delirantes de filiación) motivo por el cual es necesario un nuevo ingreso en la Unidad de Internamiento Breve y posterior traslado a la Unidad de Subagudos.

Evolución

En total la paciente hasta el momento cuenta con 7 ingresos en la Unidad de internamiento Breve (años 2004, 2012,2013 y 2015) con derivación posterior en 4 ocasiones a Unidad de Subagudos (años 2004,2012, 2013,2015).

En el año 2014 la paciente fue de nuevo valorada por el Equipo Comunitario Asertivo de cara a poder proporcionarle un recurso comunitario a su alta de la Unidad de Subagudos, pero finalmente la paciente a finales de 2014 abandona este recurso y permanece dos meses en un albergue municipal hasta que es trasladada por las Fuerzas de Orden Público al servicio de urgencias por descompensación psicótica mostrando ideas de perjuicio centradas en el entorno, ideas autoreferenciales y alteraciones de conducta en el contexto de esta sintomatología delirante.

Hasta la actualidad su perfil evolutivo ha sido de un cuadro psicótico de características parafrénicas, con buena conservación de facultades instrumentales y afectivas, con ausencia de semiología negativa y/o deterioro así como un encapsulamiento de los contenidos delirantes, con mínima o nula repercusión emocional y/o conductual de los mismos. Independiente para actividades de vida diaria, adecuado funcionamiento y correcta adaptación en la Unidad, con el resto de pacientes y personal sanitario

PARAFRENIA: A MEDIO CAMINO ENTRE LA DESORGANIZACIÓN ESQUIZOFRÉNICA Y LA PARANOIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Exploración psicopatológica durante su estancia en Unidad de Rehabilitación Activa:

Consciente y orientada en tiempo y espacio, doble orientación delirante en persona. Actitud sintónica. Aspecto cuidado. Adecuado contacto visual. Abordable y colaboradora. Tranquila psicomotorizmente. Euproxésica. No se aprecian déficits mnésicos ni intelectivos a la exploración grosera. No impresiona de deterioro procesual o de funciones superiores. Lenguaje espontáneo, coherente, fluido, con discurso centrado en verbalizar ideación pandelirante crónica bien estructurada con características fantásticas de filiación "se llama Elena de Francia, tiene varios padres adoptivos entre ellos Obama y Will Smith, proviene del Planeta Urano y mide 24 metros pero ha sido reducida para poder ser introducida en un cuerpo humano", ideación delirante de grandiosidad-megaloides "es hija de los Borbones, de la Reina de Inglaterra, su hermano es Carlos de Inglaterra....así como que es Jueza del Tribunal supremo, médico Honoris Causa, abogada, Policía Nacional,...tiene poderes de sanación a través de sus ojos y manos", asimismo delirio erotománico en el que afirma que "su marido es psicólogo y médico del centro", ideación delirante de pseudociencia "lleva en el vientre a dos bebés de 8 meses" y ciertas ideas de perjuicio centradas en dos compañeras del centro que en este momento más que delirantes impresionan de sobrevaloradas. Las ideas delirantes son totalmente irreductibles, vividas con plena convicción y egosintónicamente, así como la realización de nula crítica respecto a ellas por parte de la paciente. Afecto tendente a la eutimia, siendo la repercusión emocional y conductual del delirio nula en este momento. Niega ansiedad y no se objetiva sintomatología ansiosa. Niega alteraciones sensorio-perceptivas y fenómenos de primer rango, no impresiona de conducta alucinatoria, no se objetivan soliloquios, ensimismamiento ni musitaciones. No presenta sintomatología extrapiramidal ni síntomas de sedación. Niega ideas de muerte/auto/heterólisis. Normorexia. Sueño inducido farmacológicamente. Independiente para actividades de vida diaria, adecuado funcionamiento y correcta adaptación en la Unidad, con el resto de pacientes y personal sanitario. Acepta tratamiento pero el insight es nulo. Juicio de realidad comprometido en el momento de la exploración psicopatológica.

Pruebas complementarias

- Hematología y Bioquímica dentro de límites normales.
- Serologías infecciosas negativas.
- TC Cráneo. Examen dentro de límites normales.

Juicio diagnóstico

Esquizofrenia paranoide (Perfil parafrénico, con predominio de contenidos delirantes y ausencia semiología negativa o deterioro).

PARAFRENIA: A MEDIO CAMINO ENTRE LA DESORGANIZACIÓN ESQUIZOFRÉNICA Y LA PARANOIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

DISCUSIÓN: ACTUALIZACIÓN SOBRE EL TEMA Y DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

A partir del caso presentado, surgen diversas cuestiones acerca del diagnóstico de esta paciente. Si se busca en el DSM 5 y en el CIE-10 no se encuentra ninguna descripción que se ajuste a este caso¹³⁻¹⁴.

Por otra parte el tipo de delirio que presenta nuestra paciente, no se ajusta al correspondiente, a un trastorno delirante ya que la temática de los mismos se presenta como factible 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 la 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: pensamiento paralógico, fábula delirante que 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. La paciente construye un mundo propio caótico y atemporal donde no rigen las mismas leyes que gobiernan este.

Los temas de grandeza son aquí preponderantes. Esta ideación compleja, generalmente extravagante e inverosímil sitúa al sujeto en el primer plano de su realidad haciéndolo imprescindible. La primacía de la fabulación sobre las alucinaciones. A pesar de que las alucinaciones suelen estar presentes en forma de voces, 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. A pesar de todo esto hay una integridad paradójica del yo. Es llamativa la adecuada adaptación a la realidad, a pesar del pensamiento paralógico-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 pacientes¹⁵.

Respecto a la evolución clínica de nuestro paciente observamos en cuanto a la esfera intelectual, que se encuentra inalterada a lo largo del tiempo. 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?

La paciente que hemos expuesto en este caso presenta un episodio que bien podría encuadrarse en la descripción que inicialmente hiciera Kraepelin. Las manifestaciones delirantes con un fondo de claro tinte megalomaniaco, las alucinaciones, el delirio de dobles, la

PARAFRENIA: A MEDIO CAMINO ENTRE LA DESORGANIZACIÓN ESQUIZOFRÉNICA Y LA PARANOIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

convivencia en varios mundos sin que ello repercute en su actividad y su rendimiento, el aparentemente nulo deterioro y la aparición del cuadro por encima de los 40 años son datos que se ajustan al concepto de psicosis tipo parafrenia, y parece un cuadro bien distinguible clínicamente de una esquizofrenia típica y de un trastorno por ideas delirantes.

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, rescatando a los autores clásicos para poder ir más allá de la categorías actuales lo que nos permitiría profundizar teóricamente en el estudio del caso.

Nuestra paciente comenzó con una primera fase de incubación con ideas autoreferenciales pasando a un delirio de persecución con tonalidad afectiva. Se observa igualmente un delirio de persecución y de perjuicio, con rasgos de un yo hipertrofiado. Sus delirios se acompañan de una tonalidad afectiva, pero guardando una cierta indiferencia con respecto al contenido de éstos, que a veces son dramáticos. 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. Con el tiempo, tales ideas fueron desapareciendo y se sustituyeron por confabulaciones. En su caso, el delirio de persecución buscaba un responsable para explicar su decadencia y la megalomanía compensaba la pérdida de una posición social y una vida pasada normalizada. En este contexto, el cuadro clínico se asemeja a la parafrenia expansiva descrita por Kraepelin, a la parafrenia afectiva de Leonhard, o aún a la psicosis fantástica de Ey.

Entre los posibles diagnósticos diferenciales, podríamos evocar: La paranoia; donde el delirio se limita a un tema concreto, alrededor del cual se construye un sistema bien organizado con coherencia interna, que el paciente defiende en detalle. En cuanto a las esquizofrenias, el comienzo tardío es bastante raro si bien a veces es descrito en la literatura. 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 autorreferencialidad. En el polo opuesto, existen sentimientos de placer, que puede ir hasta el éxtasis. Estos pacientes bendicen y predicán, presentando alucinaciones audiovisuales de contenido religioso.

En definitiva, la parafrenia está a medio camino entre la desorganización esquizofrénica y la sistematización del paranoico; existe una conservación global impropia del progresivo defecto esquizofrénico, y por otra parte la expresión polimorfa del delirio parafrénico se aproxima más a la esquizofrenia que a la paranoia. En cuanto al tratamiento y pronóstico, el delirio parafrénico es menos modificable por la terapéutica farmacológica que el esquizofrénico, asemejándose en esto a las delusiones crónicas del trastorno paranoico; es si cabe aún más resistente que estas últimas. Los neurolépticos parecen facilitar la encapsulación, pero

PARAFRENIA: A MEDIO CAMINO ENTRE LA DESORGANIZACIÓN ESQUIZOFRÉNICA Y LA PARANOIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

raramente consiguen eliminar el delirio¹⁶. 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 confrontarlo¹⁷.

La evolución de la parafrenia tiende de manera insidiosa hacia la cronificación del delirio. 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 floridos. 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.

TRATAMIENTO E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Para el planteamiento de la intervención, contextualizamos a esta paciente como un caso representativo de parafrenia expansiva, comprendiéndola desde la definición realizada por Kraepelin¹, como un trastorno crónico pero con posibilidad de debilitamiento del delirio mediante un tratamiento adecuado. Por ello, en el momento actual la psicoterapia se orientaría hacia dos objetivos principales: primero, aceptar y gestionar el malestar de las experiencias psicóticas crónicas y segundo, trabajando desde los puntos fuertes y la experiencia vital del individuo contribuir a la reconstrucción del yo, puesto que en toda psicosis el yo se organiza desde una experiencia de no continuidad¹⁸.

En relación al primer objetivo de intervención, y teniendo en cuenta que la parafrenia expansiva tiende a la cronificación del delirio como señala Maleval¹⁷, manteniéndose éste empobrecido y encapsulado, el propósito de la eliminación de la sintomatología psicótica tanto desde la psicofarmacología como desde la psicoterapia parece un trabajo infructuoso.

Por ello, proponemos un trabajo no con el propósito de la modificación de la ideación delirante, sino más bien centrado en el trabajo con la gestión emocional y del malestar. Siguiendo la propuesta de una Terapia Cognitiva basada en la persona para la Psicosis Perturbadora de Paul Chadwick¹⁹, el objetivo del tratamiento no serán los síntomas sino la perturbación que producen.

Siguiendo a éste mismo, el proceso psicoterapéutico se puede entender como una "zona de desarrollo próximo" (ZDP), definido por Vygotsky como "la distancia entre el nivel de desarrollo actual determinado por la solución de un problema de forma independiente y el nivel de desarrollo potencial determinado por la solución de un problema bajo la orientación o con la colaboración de un compañero más capacitado"²⁰. Este punto de partida supondría para la terapia, el uso como andamiaje de los puntos fuertes y los aspectos mantenidos de la paciente que junto a las técnicas terapéuticas permitirían alcanzar un desarrollo o recuperación de otras habilidades empobrecidas por el aislamiento, la ruptura de la psicosis o el distanciamiento de la vida normalizada²¹. Como técnica para el trabajo terapéutico se propone el uso de la

PARAFRENIA: A MEDIO CAMINO ENTRE LA DESORGANIZACIÓN ESQUIZOFRÉNICA Y LA PARANOIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

conciencia plena. Los mecanismos por los cuales ésta reduce la perturbación y aumenta el bienestar es a través de la apertura de la conciencia y la introspección metacognitiva, facilitada por la educación, discusión y descubrimiento con apoyo antes y después de la práctica²². La conciencia plena tendría como objetivo específico traer a la conciencia abierta sensaciones psicóticas que se verían liberadas de las reacciones perturbadoras habituales en la psicosis. Se trata, por tanto, de un aprendizaje para aceptar vivir con esas experiencias sin sentirse preocupado, excluido, dominado y sobrecogido por ellas¹⁹.

Como ha sido mencionado, el segundo objetivo se centraría en el trabajo con el yo. El yo es el principal organizador del aparato mental que integra las experiencias y los recuerdos de la persona ante las demandas del ambiente y los impulsos somáticos. Una de sus funciones más importantes es asegurar la continuidad y la consistencia de la experiencia del yo-mismo. En la psicosis se ha producido una escisión del yo donde la capacidad para mantener la experiencia de continuidad y consistencia del yo-mismo ha fracasado. Esto lleva a la persona que sufre una experiencia de psicosis a tratar de reconstruir la realidad desde una perspectiva delirante, en aras de la coherencia. Por ello, desde la terapia se reconstruye el yo para que el sujeto no necesite el delirio como elemento que aporte consistencia en su experiencia de sí y del mundo. Esta intervención en la que se prima la aceptación de la experiencia y la integración en un medio normalizado para el posible desarrollo de las capacidades de la persona, debería llevarse a cabo sin un estado de reclusión del sujeto y tratando de evitar ingresos prolongados. Como señala Kraepelin²³ "los pacientes usualmente sufren mucho en reclusión, lo cual los amarga y los provee de nuevo alimento para sus delirios..."

CONCLUSIÓN

El trabajo con la psicosis debe partir de la comprensión de la experiencia perturbadora, desde una perspectiva individualizada, y apoyar al sujeto para, valiéndose de sus puntos fuertes, lograr la reintegración del yo y hacer posible la maximización de sus capacidades para una vida satisfactoria e integrada en la sociedad. Pudiendo suponer esto la permanencia de síntomas de la esfera psicótica desarmados de su capacidad perturbadora. Es por ello que la intervención ideal sería encontrar el equilibrio y armonía entre el intervencionismo excesivo y la expectación desinteresada, apostando por la autonomía y libertad del paciente.

Como dijera Colina en su libro *Sobre La Locura* "el arte de no intervenir se muestra en toda su pureza cuando uno duda entre reprimir o tolerar, entre imponer o dejar hacer. No debemos olvidar que el *primun non nocere* sigue siendo un ideal rodeado de obstáculos, tanto más en el caso de la locura, donde el adagio se alza como una insalvable empalizada. Lo más complicado de un paciente psicótico, cuando se nos encarga su tratamiento, sigue siendo no perjudicarlo, dejarle libre y, a lo sumo, acompañar su capacidad reconstructiva, sin dejar por ello de tratarle en el sentido más genuino del término.

PARAFRENIA: A MEDIO CAMINO ENTRE LA DESORGANIZACIÓN ESQUIZOFRÉNICA Y LA PARANOIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lo malo de nuestra profesión no es cometer una intervención equivocada sino perder el interés, o mucho peor, perder la tenacidad y la ambición de ser útil sin necesidad de demostrarlo.

BIBLIOGRAFIA

1. Kraepelin E. Psychiatrie (1909-1913). Leipzig: Barth; 1915.
2. Kahlbaum K. Die Grupperierung der Psychischen Krankheiten. Dantzig: Viafeman;1863
3. Dupré E, Logre J. Les délires d'ímagination. Encéphale. 1911; 3: 209-35.
4. Séglas J. La paranoïa. Délire systématisés et dégénérescences mentales. Historique et critique. Arch Int Neurol 1887; 13: 62-76 (221-32, 393- 406).
5. Ey H. Traité des hallucinations. Paris: Masson, 1973.
6. Gaupp R. El caso Wagner. 2ª edición. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría,2001.
7. Rebok F. El continuum paranode en la clínica psiquiátrica alemana. Revista Alcmeon.2004;11, N°3.
8. Kraepelin E. Discours au Congrès des aliénistes de Bavière. Zeitschrift Gesamte Neuro Psychiatrie 1912; 11:617-38.
9. Beckman H et Franzek E. La nosologie Wernicke-Kleist-Leonhard et son importance
10. 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.
11. Frey B. Conception de Kraepelin et conception française concernant les délires systématisés
12. chroniques. Étude comparée. (Thèse), Strasbourg, 1923.
13. Ey H. Position actuelle des problèmes de la démence précoce et des états schizophréniques.En: Schizophrénie. Études cliniques et Psychopathologiques. Le Plessis-Robinson: Synthélabo; 1996. p. 61-79.
14. Ey H. Traité des hallucinations (2. vol.). Paris: Masson; 1973.
15. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales. Texto revisado (DSM-V-TR). Masson. Barcelona 2014.
16. World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. World Health Organization, Geneva, 1992.
17. H Ey, Bernard, Brisset. Tratado de psiquiatría. Masson, Barcelona, 1978.
18. (16)Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 18, N° 2, abril de 2013, p 99-105.
19. Maleval JC. Logique du délire. Paris: Masson; 1996.
20. Cullberg, J. Psicosis: una perspectiva integradora. Fundación para la Investigación y Tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.Madrid.2007.

PARAFRENIA: A MEDIO CAMINO ENTRE LA DESORGANIZACIÓN ESQUIZOFRÉNICA Y LA PARANOIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

21. Chadwick. P. Terapia Cognitiva Basada en la Persona para la Psicosis Perturbadora. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis. 2009. Págs 5-25.
22. Vygotsky, L. S. Mind in Society. MIT Press: Cambridge, MA.1978
23. Bruner, J.S. El proceso de la educación. México: UTEHA.1963
24. Segal, Z. V., Silliams, J. M. & Teasdale, J. D. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. Guilford Press: New York. 2002
25. Kraepelin, E.Dementia praecox and paraphrenias. G.M. Robertson. Edimburgo, ED. Edimburgo. 1919.
26. Colina F. Sobre la locura.Valladolid.Cuatro2013.Pág 8-11.