

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Javier Sánchez Sánchez, Pilar Chacón Martínez, María Gavilán Morales, Santiago Pina Franco, Cecilia Calero Moras, Natividad Megías Simarro, Manuel Martínez-Carlón Bueso, Miriam Fueyo Estévez, Luna Fuentes Rumí, María Ángeles Carrillo Córdoba

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

jssdejuan@gmail.com

RESUMEN

La esquizofrenia paranoide es un síndrome muy complejo y heterogéneo formado por superposición de multitud de fenómenos que coexisten a lo largo de la evolución del proceso morboso en proporción variable. Su diagnóstico es posible gracias a unos criterios diagnósticos, que incluyen tanto la aparición de síntomas psicóticos característicos mantenidos en el tiempo, como la disfunción sociolaboral que produce, así como la exclusión de otro tipo de psicosis por sustancias externas, otros trastornos del estado del ánimo y la relación con trastornos del desarrollo. En nuestro caso, acude a Urgencias un varón de 40 años, con diagnóstico conocido de esquizofrenia paranoide y tratamiento con diversos antipsicóticos, por agitación y ansiedad. El paciente presenta clínica psicótica, con ideas delirantes persecutorias, alucinaciones auditivas, sobre las que centra su discurso. No hace crítica alguna sobre estas cuestiones. Presenta asimismo ansiedad psicógena, inquietud psicomotriz. No se objetivan ideas auto ni heterolíticas a su llegada, sin embargo, sus familiares comentan haberle encontrado en el alféizar de la ventana.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental con síntomas psicóticos. Mirando atrás en la historia, encontramos las primeras definiciones de la enfermedad a principios del s.XX.

Desde los primeros casos descritos por Diem (1903) de formas simples de demencia praecox, cuya evolución se asimiló al deterioro insidioso de la inteligencia y el afecto, pero sin los síntomas positivos propios de la psicosis, el diagnóstico de esquizofrenia simple no ha dejado de verse envuelto en controversias.

Posteriormente, Bleuler dividió los síntomas esquizofrénicos en esenciales y accesorios, incluyendo entre los primeros el autismo, la ambivalencia, la alogia y las alteraciones afectivas. Sugirió que estos síntomas esenciales eran los fundamentales y comunes a todos los trastornos esquizofrénicos, siendo los síntomas accesorios (alucinaciones, delirios, catatonia) más llamativos pero menos importantes.

Los sistemas psiquiátricos de clasificación incluyeron la esquizofrenia simple como una categoría diagnóstica: en 1948 en la CIE-6 y en 1952 en el DSM-I. Sin embargo, las definiciones describían un trastorno de límites imprecisos y sintomatología confusa.

En pos de estandarizar los diagnósticos psiquiátricos, el DSM-III se propuso entre otras tareas homogeneizar a la población de pacientes afectados por la esquizofrenia. Se decidió restringir el concepto de esta enfermedad al de un trastorno en el cual hayan surgido delirios, alucinaciones o marcados trastornos formales del pensamiento. Se trata de síntomas claramente discordantes con la normalidad y fáciles de identificar.

A través del desarrollo de los sistemas psiquiátricos, se ha hecho más fácil el diagnóstico de esta patología, para lo cual se necesita cumplir una serie de criterios, entre los que se incluyen tanto variables clínicas, sociales y de tiempo.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de 40 años que ha acudido a Urgencias, refiriendo ideas suicidas enraizadas en ideas deliroides de persecución.

El paciente está consciente y orientado, colabora en la entrevista. Su discurso está centrado en estas ideas. El paciente comenta a su vez estar oyendo voces, que le piden que se haga daño. No hace crítica alguna de las alucinaciones auditivas.

Asimismo, y en relación a clínica delirante, expone que hace meses, durante un análisis sanguíneo le han implantado un chip. En la calle hablan de él, insultándole, etc.

Muy interpretativo, refiere que muchas empresas han quebrado por culpa de un virus que él tuvo en el ordenador y que se ha difundido a todos los móviles.

No presenta autorreferencialidad. Presenta un alto grado de angustia e inquietud.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, A PROPÓSITO DE UN CASO

No presenta problemas de apetito ni sueño, y en el momento de la entrevista no presentaba ideación auto ni heterolítica, aunque haya sido ésta el motivo de consulta, pues sus familiares le han encontrado en el alféizar de la ventana.

Nuestro paciente tiene su primer contacto con un servicio de Psiquiatría hace 20 años. Vive con sus padres y ha cursado todo el bachillerato, por lo que consideramos un nivel cultural medio-alto.

Reconoce que lleva 4 meses y medio sin tomar tratamiento.

DISCUSIÓN

Para poder diagnosticar correctamente de esquizofrenia, como dijimos anteriormente, los sistemas psiquiátricos han establecido, a través de sus diferentes ediciones, unos criterios diagnósticos. Estas guías describen además los diferentes subtipos de esquizofrenia que nos vamos a poder encontrar, sin embargo, en esta comunicación nos vamos a centrar en la esquizofrenia paranoide, el subtipo más frecuente.

Según el DSM-V, se han de cumplir estos criterios:

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

Ideas delirantes , alucinaciones , lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia), comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

A. Disfunción social/laboral

B. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales.

C. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo

D. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica

E. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

Episódico con síntomas residuales interepisódicos , Episódico sin síntomas residuales interepisódicos, Episodio único en remisión parcial, Episodio único en remisión total, Otro patrón o no especificado

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Según el CIE 10,, los criterios son más laxos, y no establecen unos criterios claros, sino una descripción de los síntomas, positivos y negativos, más frecuentes, y que nos orientan al diagnóstico.

Así, las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

- a) Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
- b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.
- c) Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales u de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.

El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica.

Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia y además deben predominar las alucinaciones o las ideas delirantes y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos. Normalmente las alucinaciones son del tipo descrito en b) y c). Las ideas delirantes pueden ser casi de cualquier tipo, pero las más características son las ideas delirantes de ser controlado, de influencia, de dominio y las ideas de persecución de diversos tipos.

CONCLUSIÓN

La esquizofrenia, en sus distintos subtipos, es un trastorno psiquiátrico muy frecuente, con una prevalencia mundial estimada del 1%. Desde su primera clasificación como Daementia Praecox en los albores del s.XX hasta las nuevas clasificaciones, la historia de la enfermedad ha sufrido numerosos cambios, todos ellos orientados a satisfacer la necesidad de los facultativos para el correcto diagnóstico y posterior tratamiento del trastorno.

Como hemos visto, hoy en día nos valemos de varias herramientas que nos facilitan nuestro trabajo, y exponen de forma clara y sencilla cuales son los criterios para incluir a un paciente en este diagnóstico.

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, A PROPÓSITO DE UN CASO

BIBLIOGRAFÍA

En defensa del diagnóstico de esquizofrenia simple, reflexiones a propósito de un caso

In defence of the diagnosis of simple schizophrenia, reflections on a case presentation

José Martínez Serrano , , María L. Medina Garrido , Rosario Consuegra Sánchez , Matias Del Cerro Oñate , José L. López-Mesa , Juana González Matás

Revista de Psiquiatría y Salud Mental, Vol. 05. Núm. 01. Enero 2012 - Marzo 2012

CIE 10: TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO: DESCRIPCIONES CLINICAS Y PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO (T. 1) VV.AA. , MEDITOR S.L., 1992

American Psychiatric Association. DSM-V-TR, Breviario: Criterios Diagnósticos. Barcelona: Masson, 2014

INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA Y LA PSIQUIATRÍA, 8ª ED. J. VALLEJO RUILOBA , MASSON, 2015