



REVISANDO LA PARAFRENIA

Silvia Cañas Jiménez, Pablo Reyes Hurtado, Marina Martínez Grimal, Belén del Carmen Alemán Gutierrez, Paula Rivero Rodríguez y Sara Trufero Miguel.

silvia.cj1990@gmail.com

parafrenia, psicosis de inicio tardío, esquizofrenia

paraphrenia, late-onset psychosis, schizophrenia.

RESUMEN

La parafrenia es un trastorno psicótico crónico similar a la esquizofrenia paranoide pero con características diferenciales a destacar. Las funciones cognitivas de los que la padecen, así como el afecto, las relaciones sociales y el funcionamiento global, están llamativamente menos deteriorados que en los pacientes con otros subtipos de esquizofrenia. Por otro lado, el contenido y la forma del delirio también tienen su manera característica de presentación, de modo que el delirio suele cursar de forma polimorfa, con contenido fantástico y megalóide, y con predominio de los mecanismos de imaginación y fabulación sobre los de interpretación o alucinación. Todo este despliegue psicótico fantástico contrasta con la buena integración y adaptación del paciente, que suele llevar una vida de escaso deterioro.

A lo largo de esta revisión veremos cómo el concepto de parafrenia ha evolucionado a lo largo del tiempo, y cómo ha sido definido de forma diferente por las principales escuelas europeas: alemana, francesa, hispana y anglosajona. En cuanto a las clasificaciones internacionales también revisaremos que tanto el DSM5 como la CIE10 no recogen el concepto de parafrenia como entidad clínica independiente, sino que habría que diagnosticarla como esquizofrenia

REVISANDO LA PARAFRENIA

paranoide, psicosis atípica o psicosis sin especificación, perdiéndose así la riqueza descriptiva que históricamente ha tenido esta patología en Europa. En la actualidad se ha ido creando un magma de controversias en el que algunos autores abogan por la recuperación y el uso del concepto kraepeliniano, mientras que otros no encuentran motivos clínicos ni epidemiológicos suficientes para desligarlo del diagnóstico de esquizofrenia.

ABSTRACT

Paraphrenia is a chronic psychotic disorder similar to paranoid schizophrenia but with distinguishing features to be highlighted. The cognitive functions of this patients, as well as affect, social relationships and global functioning are noticeably less impaired than in patients with other subtypes of schizophrenia. On the other hand, the content and form of the delusion also have their characteristic way of presentation, so that the delusion usually takes place in a very polymorphous way, with fantastic and megaloid content, and with a predominance of the mechanisms of imagination and confabulation over the interpretation or hallucination. All this fantastic delusion contrasts with the good integration and adaptation of the patient, who usually leads a life of little deterioration.

Throughout this review we will see how the concept of paraphrenia has evolved over time, and how it has been defined differently by the main European schools: German, French, Anglo-Saxon and Hispanic. Regarding the international classifications, we will also review that both the DSM5 and the ICD10 do not include the concept of paraphrenia as an independent clinical entity, but would have detected it as schizophrenia, atypical psychosis or unspecified psychosis, thus losing all the descriptive richness that this pathology has historically had in Europe. Currently, a magma of controversies has been created in which some authors advocate the recovery and use of the Kraepelinian concept, while others find no clinical or epidemiological reasons necessary to separate it from the diagnosis of schizophrenia.

REVISANDO LA PARAFRENIA

REVISANDO LA PARAFRENIA

La parafrenia es un concepto clásico de la psiquiatría usado frecuentemente para designar un trastorno psicótico crónico similar a la esquizofrenia, pero con características diferenciales claras, por lo que en algunos momentos, llegó a considerarse un constructo independiente de esta enfermedad.

Como ocurre la mayoría de las ocasiones con los nuevos términos, el concepto fue cambiando a lo largo de la historia y se hizo un uso diferente en las diferentes escuelas de la psiquiatría.

Analizando la escuela alemana, cabe destacar que en un primer momento, Karl Ludwig Kahlbaum, en 1863, utilizó este término para designar cuadros, no necesariamente psicóticos, que ocurría en períodos de transición vital. Se cuenta que este psiquiatra alemán era afín a crear neologismos y a hacer redefiniciones de términos ya existente, de forma que se especula que la palabra parafrenia provino de la degradación y acortamiento de la palabra paraphrenesie (dolor neurótico del diafragma). La inclinación de Kahlbaum por las nuevas palabras y el hecho de que no era un psiquiatra académico contribuyó a la marginación y el abandono del término.

Años más tarde, en 1913, Emil Kraepelin utiliza este término que introdujo Kahlbaum dándole una nueva concepción. Este autor, nacido el mismo año que Freud, 1856, trabajó en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Munich. La sistemática que siguió a lo largo de su vida tendió a la construcción de entidades clínicas independientes, diferenciando por fenomenología distintas enfermedades y estableciendo categorías autónomas.

Como sabemos, en un principio este autor clasificaba las psicosis delirantes crónicas en sólo dos grupos: paranoia y demencia paranoide. Esta primera clasificación la realiza en 1889. Con el término paranoia designaba a aquellos pacientes que sufrían un delirio sólido que evolucionaba de modo progresivo y sistemático, con orden y claridad, pero sin presentar alucinaciones ni deterioro intelectual.

REVISANDO LA PARAFRENIA

Por otro lado, los pacientes con demencia paranoide, encajados en la demencia precoz, presentarían delirios sin coherencia, mal sistematizados, con síntomas alucinatorios y déficit intelectual, evolucionando hacia la demencia esquizofrénica.

No es hasta unos 20 años más tarde cuando Kraepelin realiza su segunda clasificación de las psicosis delirantes crónicas y describe el concepto clásico de parafrenia como tercer y último grupo de la clasificación, describiéndolo de la siguiente forma: trastorno psicótico crónico con un sistema delirante mejor sistematizado que en la demencia paranoide, pero menos que en la paranoia, sin perturbaciones en la cognición ni la volición y en el que la estructura principal de la vida mental se mantiene suficientemente intacta. De esta forma Kraepelin utilizó el término parafrenia para designar un cuadro clínico situado a caballo entre la paranoia y la esquizofrenia paranoide, llegando a establecer a su vez 4 subtipos dentro de esta categoría: parafrenia sistemática, parafrenia expansiva, parafrenia confabuladora y parafrenia fantástica; que analizaremos más tarde.

Por el contrario, otros autores de la escuela alemana expusieron sus razones para no dar identidad diagnóstica completa a dicho concepto. Por ejemplo Eugen Bleuler, importante psiquiatra y eugenista de origen suizo, realizó una descripción de las parafrenias como subtipos de esquizofrenia de debut tardío, argumentando que realmente los parafrénicos eran pacientes con un debut de esquizofrenia por encima de los 40 años, momento en el que la psique está correctamente estructurada, y que por tanto, tendían a mantener mayor conservación que en aquellos en los que la enfermedad debutaba de forma temprana. Para explicarlo, argumentó que la personalidad de un sujeto, así como sus relaciones con el mundo, continuaban desarrollándose hasta la tercera década de la vida, siendo el periodo previo de especial vulnerabilidad, mientras que por otro lado, la personalidad adulta, establecida con más firmeza en la cuarta década de la vida, sufriría menor impacto ante el debut de cualquier trastorno mental por estar su psique mejor conformada. De esta forma, Bleuler defendió que el concepto de parafrenia no podía, según su opinión, deslindarse del concepto de esquizofrenia.

REVISANDO LA PARAFRENIA

Karl Kleist, psiquiatra alemán y autor pionero de la neuropsiquiatría, también dejó claro su escepticismo con respecto al concepto propuesto por Kraepelin. Kleist aclaró que, desde su punto de vista, los subtipos de parafrenia propuestos por Kraepelin eran en realidad formas de esquizofrenia (identificando en concreto los subtipos confabulatorio y fantástico) y de paranoia (identificando en concreto los subtipos sistemático y expansivo).

Por último, Mayer Gross, psiquiatra alemán de la escuela de Heidelberg y discípulo de Kraepelin, en 1921 asestó el golpe definitivo al concepto kraepeliniano de parafrenia mediante un estudio de investigación clínica. Este autor realizó un análisis con 78 pacientes que habían sido diagnosticados por Kraepelin de parafrenia y los siguió durante un largo periodo de tiempo, a algunos de ellos durante más de 10 años. De estos 78 pacientes, 50 no mantuvieron el diagnóstico de parafrenia a largo plazo, concluyendo que la mayoría de ellos se deterioraba hacia demencia precoz, y que por lo tanto la parafrenia debía ser un subtipo o una forma diferente de presentación de la esquizofrenia.

En defensa de Kraepelin, algunos autores reseñaron que 28 de estos 78 pacientes, lo que supone un 36% de la muestra, mantuvieron el mismo diagnóstico a largo plazo. Además, también se criticó que el seguimiento de los pacientes en dicho estudio fue metodológicamente débil, los criterios diagnósticos borrosos y el análisis estadísticos de escasa calidad.

Aunque algunos autores de la escuela alemana referían que no encontraban suficientes criterios para abandonar la parafrenia como entidad diagnóstica independiente, lo cierto es que debido a los numerosos detractores, la separación kraepeliniana de las parafrenias fue cayendo en desuso de forma progresiva y finalmente queda clasificada, en el marco de la psiquiatría alemana, dentro de las esquizofrenias.

Sin embargo, en cuanto a la escuela francesa se refiere, el concepto corrió mejor suerte. Aún en la actualidad, los autores de esta escuela han permanecido fieles a la descripción de los delirios crónicos fuera del grupo de las esquizofrenias, huyendo siempre de dar demasiada extensión a dicha entidad diagnóstica.

REVISANDO LA PARAFRENIA

En este país se utilizó el término “psicosis delirantes crónicas” para designar los cuadros delirantes crónicos en función del tipo de evolución deficitaria que eran capaces de producir. Dentro de las psicosis delirantes crónicas sin evolución deficitaria contemplaban las psicosis delirantes sistematizadas (paranoia), las psicosis alucinatorias crónicas (parafrenia sistemática) y las psicosis fantásticas (parafrenias); y dentro de las formas con evolución deficitaria incluían las formas paranoides de la esquizofrenia. Uno de los grandes autores de la escuela francesa fue Valentin Magnan, el cual en 1890 (antes de que Kraepelin pusiera nombre al concepto de parafrenia) ya había descrito lo que él denominó “delirio crónico progresivo”, que encajaría bien con la definición de parafrenia sistemática que realizó posteriormente Kraepelin. Dentro del concepto de Magnan cabían muchas entidades (marco de psicosis delirantes crónicas), entre ellas los delirios sistematizados, las parafrenias, las esquizofrenias, las psicosis alucinatorias crónicas, etc

Otros autores a resaltar dentro del movimiento francés fueron Dupre y Logre, quienes explicaron que el delirio se puede construir e ir alimentando a partir de diferentes mecanismos: mecanismo alucinatorio, mecanismo interpretativo y mecanismo imaginativo o de fabulación. De esta forma separaron los delirios con base de fabulación de los de base alucinatoria y de los de base interpretativa. A los primeros los denominaron “psicosis imaginativas o delirios de imaginación”, refiriendo que existía en ellos un fondo fabulatorio y mitomaniaco.

Henry Ey, en su tratado de psiquiatría, continúa concediendo autonomía a las parafrenias, reuniéndolas bajo el término “delirios fantásticos” y destacando como principales características la riqueza imaginativa, la cierta sistematización del delirio, la buena adaptación del paciente y la discreta evolución deficitaria. Así mismo, Ey destacaba la doble naturaleza de la clínica del parafrénico, quien por un lado presenta una actividad delirante paralógica con una verdadera disrupción imaginativa, y por el otro, una integridad de los fondos mentales y de la estructura de la personalidad.

REVISANDO LA PARAFRENIA

Esto se explicaría, según EY, a través de la diplopia del yo.

Podríamos decir entonces que, aunque es Kraepelin el que propone el término parafrenia en 1912, ya otros autores franceses por aquellos tiempos describían esta entidad bajo diversas acepciones como “delirio de imaginación” de Dupré o “psicosis fantástica” de Henry Ey.

En 1937, Henri Nodet, famoso psiquiatra y psicoanalista francés, publica su tesis “El grupo de psicosis alucinatorias crónicas”, en la que propone una interesante clasificación de los delirios en función de su organización estructural, no por semiología. Este autor delimita 3 estructuras principales de delirio: paranoide, paranoica y parafrénica. La estructura paranoide daría lugar a delirios incoherentes que alterarían de forma profunda la personalidad (demencia precoz, parafrenias expansivas o fantásticas). La estructura paranoica daría lugar a delirios bien sistematizados, coherentes y sin debilitamiento psíquico importante (delirios pasionales, de influencia o parafrenia sistematizada). Por último la estructura parafrénica daría lugar a construcciones delirantes fantásticas con tonalidad de grandeza, dramática y cósmica, conservando, sin embargo, la lucidez y la adaptación al entorno.

En definitiva, la escuela francesa sí ha abogado por dar entidad independiente al concepto de parafrenia de forma más consistente, defendiendo y argumentando sus seis características principales:

- Delirios con características fantásticas: fábula delirante que da lugar a delirios imaginativos, paralógicos pero relativamente bien organizados en torno a un sistema coherente unitario.
- Dominancia del pensamiento paralógico: simbolismo, magia, mitos...
- Megalomanía y temas de influencia, de persecución (conspiraciones misteriosas, luchas políticas...), de grandeza (identificación con Reyes, profetas, etc)
- Fenómenos de bipolaridad: son atraídos por el polo fantástico de su mundo delirante pero pueden volver fácilmente desde éste al mundo real.
- Integridad paradójica del yo: Integración y conexión con la realidad en contraste con su pensamiento paralógico y absurdo.
- Primacía de la fabulación sobre las alucinaciones.

REVISANDO LA PARAFRENIA

Por otro lado, en la escuela de habla hispana, Pereyra, un autor argentino aunque de ascendencia española, también apostó por la independencia nosológica de la parafrenia. Éste la identificó, como hizo Kraepelin, como forma intermedia entre la paranoia y la esquizofrenia. A esta entidad él la denominó “delirio crónico con ideas polimorfias”, que vendría a recoger el mismo concepto bajo otra terminología. Cabe destacar también en la escuela española a Sarró, quien comparte la visión del autor anterior en cuanto a la parafrenia como forma transicional: delirio menos sistematizado que en la paranoia pero más organizado que en la esquizofrenia. Además introdujo como característica de parafrenia el término “frondosidad”, refiriendo que los pacientes solían mostrar delirios polimórficos cambiantes, llegando a sustituir parte de su biografía por otra, introduciendo elementos mitológicos y simbólicos, entre otros.

Con el avance del siglo y el progresivo crecimiento de la esperanza de vida, se comenzaron a observar cuadros psicóticos en personas de edad madura. Estos cuadros reunían características clínicas que no terminaban de encajar con las descripciones típicas realizadas para los episodios psicóticos de debut en sujetos jóvenes. Esto llevó a Kay y Roth (1955-1961), dos autores británicos, a realizar una serie de estudios en la escuela de Newcastel a mediados de siglo en los que observaron cuadros psicóticos en mayores de 60 años similares a la parafrenia clásica que había descrito Kraepelin. Mantuvieron el mismo término por lo similar de la clínica, aunque cabe destacar que históricamente la parafrenia no estaba restringida a ninguna edad concreta de inicio. Estos autores decidieron hacer hincapié en la tardía edad de inicio que observaron en su serie de casos y cambian el nombre de parafrenia por el de parafrenia tardía, realizando la siguiente definición: cuadros delirantes bien sistematizados, de aparición en mayores de 60 años, a veces acompañados de alucinaciones, con una respuesta afectiva bien preservada y una evolución no deteriorante.

Este concepto de parafrenia tardía es el que mayor impronta ha dejado en la actualidad, debido a que se realizaron numerosos estudios científicos en este sentido, de forma que el concepto clásico de parafrenia ha ido quedando en un segundo plano, usándose a veces como sinónimo de psicosis de inicio tardío.

REVISANDO LA PARAFRENIA

Como detalle a conocer, se debe tener en cuenta que los estudios de la escuela de Newcastle se hicieron con criterios de inclusión, seleccionando pacientes adultos a partir de los 60 años. Estudios posteriores que no han limitado su selección sugieren que los síntomas de parafrenia se pondrían de manifiesto en la mayoría de los pacientes antes de los 49 años de edad.

Una vez repasado el marco histórico y de influencia por escuelas del término parafrenia, ahondaremos ahora en el concepto en sí, en sus características clínicas y epidemiológicas, su etiopatogenia y en los subtipos clásicos propuestos por Kraepelin.

Como hemos visto, en la actualidad la parafrenia es un concepto mal delimitado, a veces utilizado como sinónimo de esquizofrenia y otras como sinónimo de psicosis de inicio tardío. Lo cierto es que el concepto clásico lo que describe es un trastorno psicótico crónico, similar a la esquizofrenia paranoide, pero con funciones cognitivas, afecto, relación social y funcionamiento llamativamente menos deteriorados. Además en su definición kraepeliana no se fija ninguna edad concreta de debut, pudiendo ser diagnosticada en cualquier paciente sin tener en cuenta la edad de inicio. El delirio en estos pacientes suele mantenerse de forma crónica y es polimorfo, de carácter paralógico, fantástico y megalóide. No es un delirio narrado vehementemente con fin demostrativo, como ocurre en el paranoico. En el parafrénico el delirio es más bien descriptivo y hablado, lo narra sin afán de argumentar nada de lo que dice. Ey explicaba que son delirios no vividos, de forma que el relato no se acompaña de emoción intensa, siendo delirios más bien hablados, no tanto pensados ni meditados. Normalmente se presenta una idea directriz junto a otras ideas divergentes o paralelas que incluso pueden reemplazar a la anterior. El contenido ideológico puede ser absurdo y en ocasiones contradictorio y cambiante, con una construcción caprichosa que parece marcada por la improvisación, la ocurrencia o la inspiración, aunque sin perder la fuerza de convicción propia del psicótico. Suele alimentarse a través de mecanismos imaginativos y fabulatorios, llegando a rellenar lagunas mnésicas con ideas delirantes fantásticas.

REVISANDO LA PARAFRENIA

Aunque pueden existir alteraciones sensorio-perceptivas, el paciente mantiene buen nivel de integración, adaptación y escaso deterioro.

Dentro del concepto de parafrenia, Kraepelin, en su afán clasificatorio habitual, dividió la entidad en 4 subtipos diferenciados: parafrenia sistemática, parafrenia confabulatoria, parafrenia expansiva y parafrenia fantástica. Repasaremos cada subtipo y sus principales características:

- **Parafrenia sistemática:** Es el grupo mayoritario, de predominio en hombres e inicio insidioso sobre los 30-50 años. Se presenta habitualmente con delirios megaloides y de referencia y persecución, de mecanismo principalmente fabulatorio. Pueden existir alucinaciones auditivas y cenestésicas, síntomas de control, influencia, pasividad y difusión del pensamiento. El afecto es depresivo al inicio, con euforia o disforia después. El paciente mantiene buena adaptación al medio con muy leve deterioro.
- **Parafrenia expansiva:** grupo de predominio en sexo femenino, con inicio sobre los 30-50 años. Suelen mostrar exuberantes delirios de grandeza, con temas místico-religiosos, eróticos, etc. El afecto es eufórico o irritable y suele cursar con inquietud psicomotriz. Las alucinaciones suelen ser precoces, tanto auditivas y visuales como cenestésicas. Kraepelin relacionó este tipo de parafrenia con la psicosis maniaco-depresiva.
- **Parafrenia confabulatoria:** Es el grupo minoritario y no tiene preferencia por ningún género ni edad de debut, aunque sí se señala que característicamente el inicio es insidioso. Predominan delirios de persecución y delirios megaloides con fabulaciones y delirios de rememoración, así como deformación delirante de los propios recuerdos. En este subtipo no se recogen fenómenos sensorio-perceptivos. El afecto es expansivo al inicio pero progresivamente, al volverse los delirios cada vez más absurdos, se produce un derrumbamiento psíquico que da lugar a irritabilidad o indiferencia. Este subtipo estaría muy ligado al delirio de imaginación de Dupré y Logre.

REVISANDO LA PARAFRENIA

- Parafrenia fantástica: Este último subtipo presenta predominio masculino y su debut suele ser menos insidioso, sobre los 20 a 50 años. El paciente presenta delirios fantásticos, excéntricos, cambiantes e incoherentes, con fenómenos de influencia mental y somática, junto a falsos reconocimientos. Existen fenómenos senso-perceptivos auditivos, visuales y cenestésicos. El lenguaje suele ser bizarro, con neologismos, juegos de palabras y confabulación. Se considera la forma de mayor deterioro por lo que Kraepelin lo relacionó con el subtipo paranoide de “dementia praecox”.

En cuanto a las características epidemiológicas globales del trastorno, se recoge que podría suponer el 15-28% de las esquizofrenias, siendo predominante en el género femenino. La edad de debut suele situarse en torno a los 30-40 años y presenta menor carga genética que la esquizofrenia, existiendo menos antecedentes familiares de psicosis. En muchas ocasiones el trastorno se establece sobre una personalidad premórbida cluster A, en personas solteras, en personas que han sufrido procesos de emigración y en pacientes con déficits sensoriales, especialmente discapacidad auditiva o visual.

En cuanto a la etiopatogenia se ha apuntado la existencia de ovillos neurofibrilares en corteza entorrinal e hipocampo a través de estudios anatomopatológicos, con escasos depósitos amiloides y sin objetivarse pérdida de células piramidales. Esto podría explicar la existencia de déficits mnésicos, que suplirían con la fabulación delirante, que contrastan con la conservación de la personalidad y de los procesos del pensamiento.

A pesar de todos estos datos clínicos, epidemiológicos y etiopatogénicos, la situación del concepto ha seguido siendo confusa. El término parafrenia se ha utilizado muchas veces como sinónimo de esquizofrenia de inicio tardío, mientras que a los pacientes más jóvenes, que se ajustan a la misma descripción clínica, se les diagnosticaba como “psicosis atípica” o “psicosis no especificada”.

REVISANDO LA PARAFRENIA

Con el fin de arrojar un poco de luz, se realizó en Reino Unido, en 1998, la Conferencia Internacional sobre esquizofrenias y psicosis tardías, en la que se trató la creciente heterogeneidad de la esquizofrenia ante el incremento de la esperanza de vida. En esta conferencia se aclaró que la forma correcta de designar a los pacientes con esquizofrenia que debutan entre los 40 y los 59 años de edad es “psicosis tipo esquizofrenia de inicio tardío” (*late-onset schizophrenia-like psychosis*). Aquellos cuyo inicio sucede después de los 60 años de edad, se clasificarían como “psicosis tipo esquizofrenia de inicio muy tardío” (*very-late-onset schizophrenia-like psychosis*). Por último se aclaró que la psicosis que aparecía en mayores de 60 años, y que algunos llaman parafrenia tardía, debería ser considerada una forma distinta de esquizofrenia. De esta forma se aclaró que no podía utilizarse el término parafrenia, o parafrenia tardía, como sinónimo de esquizofrenia de inicio tardío.

En cuanto a los manuales de clasificación internacional de los trastornos mentales tampoco se ha mantenido una idea directriz sobre la parafrenia como entidad diagnóstica. En el penúltimo manual de la CIE, CIE-9, se recogía únicamente el concepto de parafrenia tardía de los británicos Kay y Roth: “proceso paranoide que se presenta por primera vez en la vejez en el que no se encuentra una etiología orgánica ni afectiva, así como con delirios persecutorios crónicos y alucinaciones prominentes con buena preservación de la personalidad al mismo tiempo que delirios de control y otros síntomas de primer orden de Schneider”. En cuanto a la clasificación americana equivalente, DSMIII, ya que la esquizofrenia ha sido tradicionalmente considerada como una psicosis de inicio temprano, limita el diagnóstico de la misma a personas con debut antes de los 45 años. Sin embargo desde la versión R DSM III existe la posibilidad de diagnosticar esquizofrenia en pacientes que debutan por encima de los 45 años. Esta esquizofrenia de inicio tardío, no cuenta por otro lado con una definición operativa distinta que recupere el concepto clásico de parafrenia. Tanto en el DSMIV como en el DSM 5 el concepto de parafrenia es obviado completamente, sin hacer alusión al mismo en ningún momento en dichos manuales. En cuanto a la CIE10, el concepto no se recoge como entidad clínica independiente.

REVISANDO LA PARAFRENIA

Dentro de la esquizofrenia paranoide la CIE-10 incluye la “esquizofrenia parafrénica”, y dentro del trastorno de ideas delirantes, incluye la “parafrenia tardía”. Según estos últimos manuales, DSM 5 y CIE 10 la parafrenia tendría que diagnosticarse como forma de esquizofrenia paranoide, psicosis atípicas o psicosis sin especificación, perdiéndose así toda la riqueza descriptiva que históricamente ha tenido esta patología en Europa.

Para finalizar la presente revisión, merece la pena destacar a un autor contemporáneo, Ravindran, que ha redefinido el concepto clásico de parafrenia, proponiendo una nueva aproximación. Ravindran considera que los pacientes parafrénicos serían aquellos que presentan delirios crónicos, no tan sistematizados como en la paranoia, y que no afectan tan fuertemente a las capacidades cognitivas como en la esquizofrenia paranoide. El concepto kraepeliano de parafrenia podría ser aún aceptable en estos casos. Con el fin de realizar una definición más operativa, este autor propone una descripción de parafrenia con criterios diagnósticos en términos más modernos:

- Trastorno delirante de al menos 6 meses de duración caracterizado por lo siguiente:
- Preocupación por uno o más delirios semisistematizados frecuentemente acompañados de alucinaciones auditivas. Estos delirios no están encapsulados del resto de la personalidad como en el trastorno delirante.
- El afecto está notablemente preservado y es apropiado. Incluso en fases agudas, hay una habilidad para mantener compenetración con el entrevistador.
- Ninguna de las siguientes características se encuentra presente: deterioro intelectual, alucinaciones visuales, incoherencia, afecto inapropiado, conductas desorganizadas fuera del episodio agudo.
- Alteraciones de conducta son entendibles en relación al contenido delirante y a las alucinaciones.
- El paciente cumple sólo parcialmente los criterios A del DSM-IV para esquizofrenia.
- No existen trastornos orgánicos cerebrales significativos.

REVISANDO LA PARAFRENIA

Teniendo en cuenta estos criterios, el autor identifica una serie de características clínicas que permiten considerar la parafrenia como un trastorno psicótico con una autonomía nosológica específica:

- Edad de debut: la mayoría por encima de los 30 años de edad, siendo en el 80% por encima de los 48 años.
- Predominio en el sexo femenino.
- Factores de riesgo: aislamiento social, déficit sensoriales, inmigrantes, personalidad paranoide o esquizoide.
- Antecedentes familiares: muy baja frecuencia de esquizofrenia.
- Predominio de pensamiento mágico, delirios fantásticos y polimorfos, megalomanía, ideas de influencia y control, fabulación.
- Conducta y funcionamiento social poco alterados, con integridad de la unidad psíquica.
- Curso crónico no tan deteriorante.

Como vemos, a lo largo de la historia los diferentes autores han tenido opiniones diversas acerca de si la parafrenia pudiera ser simplemente un subtipo de esquizofrenia, o si realmente tendría peso y características suficientes que pudieran desligarla de la anterior, adquiriendo entidad diagnóstica independiente. Desde nuestro punto de vista, incluir la parafrenia como una forma de esquizofrenia, facilita y unifica el diagnóstico de los trastornos psicóticos crónicos. No obstante, el hacerlo así también supone potenciar la introducción excesiva de pacientes dentro de la categoría de esquizofrenia (lo que se conoce en inglés como *overinclusiveness*). Separarlo en una categoría propia permitiría reducir los diagnósticos superfluos de psicosis atípica o trastorno psicótico sin especificación y conservaríamos la riqueza descriptiva del concepto en el diagnóstico. Como en todas las cuestiones que se presentan en la vida, todas las opciones tienen sus ventajas y sus inconvenientes, la clave para tomar una decisión propia estaría en el análisis de las mismas.

REVISANDO LA PARAFRENIA

BIBLIOGRAFÍA

1. Agüera Ortiz L, Rubio García I. Esquizofrenia tardía. En: Agüera Ortiz L, Martín Carrasco M, Cervilla Ballesteros J, editors. *Psiquiatría geriátrica*. Barcelona: Masson; 2002.
2. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. México: Masson; 1995.
3. American Psychiatric Association. *DSM 5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid. Paramericana. 2014.
4. Bleuler E. *Demencia precoz*. 2.ª ed. en castellano. Buenos Aires: Lumen; 1993. (Del original *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Leipzig, 1911.
5. Casanova, M.F. The Role of the Entorhinal Cortex in Paraphrenia. *Current Psychiatry Reports* volume 12, pages 202–207 (2010).
6. Ey H, Bernard P, Brisset CH. *Tratado de psiquiatría*. 5.ª ed. Barcelona: Masson; 1978.
7. Kraepelin E. *La demencia precoz*. 2.ª parte. *Parafrenias*. 1.ª ed. en castellano. Buenos Aires: Editorial Polemos; 1996. (Del original: *Lehrbuch der Psychiatrie*, Leipzig, 1909-1913.)
8. Magnan V. *Leçons cliniques sur maladies mentales*. Paris: Progress Medicales; 1893. 3.
9. Mayer W. *Paranoische und paraphrene Bilder*. En: Bumke O, editor. *Handbuch des Geisteskrankheiten*. Heideberg: Springer; 1932.
10. Organización Mundial de la Salud. *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor; 1992.
11. Ravindran AV, Yatham LN, Munro A. Paraphrenia redefined. *Can J Psychiatry*. 1999;44:133-7.
12. Rodríguez Salgado B, et al. Revisión del concepto de parafrenia. A propósito de un caso. *Psiquiatr Biol*. 2005;12(5):218-24.
13. Roth M, Kay DW. Late paraphrenia: a variant of schizophrenia manifest in late life or an organic clinical syndrome? A review of recent evidence. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998;13: 775-84.
14. Roth M, Morrisey JD. Problems in the diagnosis and classification of mental disorder in old age; with a study of case material. *J Mental Science*. 1952;98:66-80.

REVISANDO LA PARAFRENIA

15. Sarró, S. En defensa de la parafrenia / In defence of paraphrenia. Rev. psiquiatr. Fac. Med. Barc; 32(1): 24-29, ene.-mar. 2005.