



## **INTERPSIQUIS**

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,  
Psicología y Salud Mental

### **ESQUIZOFRENIA DE INICIO TARDÍO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Elisa Herrero Pellón, Pablo Albarracín Marcos, Rubén Galerón Guzmán, Mario Huete Naval

[Herrero.elisa@gmail.com](mailto:Herrero.elisa@gmail.com)

esquizofrenia, parafrenia, psicogeriatría

#### **RESUMEN**

La parafrenia o esquizofrenia de inicio tardío es una entidad cuya descripción ha ido variando a lo largo de los años, conforme los diferentes autores han hecho referencia a ella. Este término, originariamente evocado por Kahlbaum, no está incluido en las clasificaciones diagnósticas que se emplean en el momento actual como la CIE-10 o el DSM-V. En ellas, las parafrenias cumplen criterios clínicos de esquizofrenia, pero no se reseñan las características diferenciales de que se inicie a una edad tardía. De hecho, la CIE-10 incluye la Esquizofrenia parafrénica dentro de la Esquizofrenia paranoide y la Parafrenia tardía dentro del grupo de Trastornos delirantes. A lo largo de la historia, algunos autores como Kraepelin han considerado que se trataba de una entidad nosológica diferente, mientras que otros como Bleuler estimaron lo contrario.

En el caso que nos ocupa, se trata de una paciente de 68 años sin antecedentes psiquiátricos previos cuyo cuadro clínico reúne las características de esta entidad. Es una mujer soltera, con una personalidad premórbida metódica, obsesiva, rígida e independiente. En su caso, la situación de aislamiento social mantenido debido a la pandemia por COVID19, agravó el cuadro y supuso el precipitante final para el ingreso de la paciente en una unidad de agudos. Posteriormente, el curso ha sido crónico, con escasa respuesta al tratamiento, pero preservación de la personalidad. En conjunto, es un caso ilustrativo del término parafrenia, concepto que reúne más matices de los que se recogen en los diagnósticos que aparecen en las clasificaciones actuales.

# ESQUIZOFRENIA DE INICIO TARDÍO. A PROPÓSITO DE UN CASO

## INTRODUCCIÓN

Kalbhaum fue uno de los primeros autores en emplear el término parafrenia en el año 1863, para describir una subforma de hebefrenia en los jóvenes y una forma de demencia en las personas mayores. Sin embargo, en 1912 Kraepelin lo utilizó por primera vez para designar un grupo de pacientes cuya clínica se situaba en un continuum entre la demencia precoz y la paranoia. En Francia, esta entidad será descrita bajo diversas acepciones como son el delirio de imaginación de Dupré, la psicosis alucinatoria crónica de Séglas, y más tarde, la psicosis fantástica de Ey.

Algunos autores, como Specht, mencionan que los parafrénicos son personas de constitución pícnica y temperamento hipomaniáco. Otros, como Astrup, hablan de personalidades premórbidas sensibles y autoritarias. Roth propuso el término parafrenia tardía para hacer alusión a pacientes con un sistema bien organizado de delirios paranoides prominentes con o sin alucinaciones, que preservan la personalidad y mantienen una respuesta afectiva adecuada.

## CASO CLÍNICO

### Motivo de consulta

Mujer de 68 años que acude a las urgencias del hospital trasladada por los servicios de emergencias tras presentar un episodio de agitación psicomotriz en el domicilio. El aviso a emergencias lo realizan familiares de la paciente tras estar durante varios días seguidos intentando contactar con ella sin obtener resultados exitosos.

Durante su estancia en urgencias la paciente verbaliza haber dejado de comer y de beber porque piensa que el suministro de agua está infectado por el virus Sars-Cov2. Se decide cursar ingreso en planta de psiquiatría para estudio y filiación del cuadro clínico.

### **Situación basal**

Vive sola desde que se independizó con 30 años. Soltera y sin hijos. Es completamente autónoma, tanto para las actividades básicas de la vida diaria como para las actividades instrumentales. Cursó estudios primarios y secundarios y ejerció como secretaria desde los 18 hasta los 52 años.

Mantiene relación cercana con sus familiares, en especial con su hermana y sobrinos, quienes la describen como una persona muy inteligente y culta, con marcada rigidez cognitiva y perfeccionista. Destacan un distanciamiento progresivo y aislamiento de la paciente en los meses previos al ingreso.

## **ESQUIZOFRENIA DE INICIO TARDÍO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

### **Antecedentes personales**

Ha sido intervenida en tres ocasiones de un tumor en la glándula parótida derecha (última en 2006), recibiendo además radioterapia adyuvante. En la actualidad la paciente presenta parálisis del nervio facial derecho como secuela de la cirugía.

Ha sido operada de tumor de endometrio en 2016, recibiendo además 4 ciclos de quimioterapia. Realiza revisiones periódicas en las que no se han objetivado signos de recaída tumoral.

Respecto a los **antecedentes psiquiátricos**, destaca un primer contacto con salud mental en el ámbito privado hace más de 20 años por un episodio depresivo secundario a problemas laborales, el cual mejoró hasta alcanzar la remisión con ISRS. Posteriormente abandona el seguimiento hasta que es derivada a salud mental dos meses antes del ingreso actual. Se trata de una derivación realizada por el Médico de Atención Primaria con carácter preferente tras objetivarse en consulta ideas delirantes de perjuicio y alucinaciones visuales zoomorfas.

### **Enfermedad actual**

La paciente explica que desde hace aproximadamente dos años tiene problemas con sus vecinos, refiere que estos le quieren perjudicar. Comenta que ha visto como le apuntan con un láser, tiran cosas por el patio para fastidiarla, y le pinchan el teléfono y la red wifi, aunque no especifica con qué finalidad. Asimismo, verbaliza que ha escuchado a estos vecinos decirle que se vaya del edificio. Estas situaciones han generado discusiones frecuentes con el vecindario a lo largo de los últimos años. Comenta que cuando se aleja del domicilio se encuentra más tranquila, motivo por el cual quiere mudarse a otra casa.

Al indagar en el relato, habla de la existencia de una vecina que todos los días le echa una droga llamada 'COVID' y que le ha estropeado las ventanas y las persianas, las cuales cree que han dejado de funcionar. Comenta que ha visto cómo las ventanas están llenas de manchas de COVID y que no las ha podido limpiar por temor a contagiarse. Refiere ser capaz de identificar el virus porque tiene un olor muy característico.

Además de las alteraciones en el contenido del pensamiento, son llamativas las alteraciones sensoperceptivas, las cuales aparecen de prácticamente todos los canales sensoriales (auditivas, visuales, olfativas y cenestopáticas).

En la esfera anímica, los síntomas objetivados varían entre la indiferencia afectiva, la irritabilidad y la angustia psicótica.

## **ESQUIZOFRENIA DE INICIO TARDÍO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

La paciente incorpora cada día nuevos elementos delirantes que se van incorporando sin que los previos lleguen a desaparecer y manteniendo siempre en primer plano la temática en relación al COVID. En este sentido, en ocasiones el discurso se ve inundado por componentes confabulatorios.

La exploración psicopatológica es la siguiente:

Consciente y orientada en las 3 esferas. Abordable y colaboradora. Mantiene contacto visual, por momentos mirada fija y perpleja. Actitud suspicaz. Sin alteraciones en la psicomotricidad. No presenta signos de intoxicación ni abstinenciales.

Lenguaje espontáneo y fluido, adecuado en tasa y tono. Discurso coherente, sin alteraciones en la forma ni en el curso, pero inundado de contenidos delirantes que generan repercusión afectiva. Ideación delirante de paramentos, estructurada y plagada de ideas de referencia e interpretaciones delirantes de perjuicio. Alucinaciones auditivas, visuales, táctiles y olfativas.

Ánimo tendente a la irritabilidad o a la indiferencia afectiva. No síntomas de trastorno afectivo mayor, ni aplanamiento, ni embotamiento afectivo. Preservación del autocuidado y la realización de actividades. Ausencia de trastornos cognitivos. No presenta ideación autolítica activa ni ideas pasivas de muerte. Ritmos cronobiológicos conservados. Pérdida de 7 kg. Nula conciencia de enfermedad.

A nivel psicopatológico la evolución es tórpida y no se aprecia mejoría a pesar de los diversos fármacos antipsicóticos introducidos (Olanzapina, Risperidona, Paliperidona, Haloperidol). La paciente se relaciona escasamente con el resto de pacientes y pasa la mayor parte del tiempo aislada en su habitación. Se muestra muy autorreferencial y suspicaz con el personal de la planta, presentando en todo momento nula conciencia de enfermedad.

Por este motivo, se decide instaurar medicación intramuscular mensual con Paliperidona 100mg, observándose mejoría consistente en distanciamiento afectivo con remisión parcial de las alucinaciones y encapsulamiento de la sintomatología delirante.

### **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

En el servicio de urgencias se realiza exploración física y neurológica básicas que resultan sin alteraciones.

Durante el ingreso se extraen varias analíticas de sangre en las que no se objetivan alteraciones salvo leve hipoproteinemia y leucopenia con linfopenia, ya descrita en la paciente desde hace años.

## **ESQUIZOFRENIA DE INICIO TARDÍO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

En cuanto a las pruebas de imagen, se realiza por un lado resonancia magnética cerebral, donde únicamente destaca el hallazgo de leve atrofia en ambos lóbulos parietales. Se realiza también TAC tóraco-abdomino-pélvico en el que no se observa ningún dato de interés y no se encuentran cambios respecto a previos.

Se interconsulta con el servicio de Neurología quienes realizan una punción lumbar y solicitan perfil inmunológico con determinación de anticuerpos antiNMDA, sin que se objetiven alteraciones.

### **DISCUSIÓN**

Este caso nos ha permitido revisar la presentación clínica, la evolución y los diagnósticos diferenciales posibles en una paciente con debut tardío de la enfermedad mental. En la expresión clínica de la enfermedad mental del anciano influye el hecho de que se acentúan los rasgos de personalidad ("neurotización del carácter"), siendo además el envejecimiento un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas psicóticos debido a múltiples factores (biológicos, aislamiento social, déficits sensoriales).

Se hizo el diagnóstico diferencial con los trastornos neurocognitivos, el trastorno delirante crónico y la esquizofrenia. En la paciente no se encontraron criterios que justificaran el diagnóstico de demencia, destacando una interpretación ágil y rápida de las preguntas realizadas en las sucesivas exploraciones, así como una buena fluencia cognitiva. Por otro lado, los delirios observados en las demencias habitualmente están más fragmentados y son menos consistentes. En lo referente al diagnóstico de "Trastorno de ideas delirantes persistentes", inicialmente la forma de presentación clínica consistía en un delirio monotemático de persecución y perjuicio, aparentemente sin alucinaciones auditivas persistentes y con un comportamiento completamente preservado, por lo que se trató del primer diagnóstico de presunción planteado. Sin embargo, es cierto que conforme se ha observado la evolución, se han ido sumando multitud de temáticas delirantes y las alucinaciones han sido cada vez más floridas, hasta llegar a hacerse persistentes. En cuanto al diagnóstico de "Esquizofrenia", la paciente cumpliría con los criterios generales según la 10.<sup>a</sup> edición de la Clasificación internacional de enfermedades (CIE10), ya que presenta fenómenos de difusión del pensamiento, ideas delirantes de ser vigilada y controlada, así como voces alucinatorias que comentan su actividad. Por otro lado, la paciente conserva la claridad de la conciencia y la capacidad intelectual, preservando en todo momento la personalidad y sin que se observe un deterioro progresivo. Por este motivo, en cuanto a la evolución, el curso se asemeja más al de un trastorno delirante crónico que al de una esquizofrenia.

## **ESQUIZOFRENIA DE INICIO TARDÍO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

No ocurre lo mismo con las características del delirio y las alteraciones sensorio-perceptivas, las cuales son más típicas de la esquizofrenia que de un trastorno delirante crónico.

En definitiva, la clínica de la paciente se encuentra a medio camino entre estas dos entidades (trastorno delirante crónico y esquizofrenia), por lo que el concepto que mejor engloba la riqueza y variedad del cuadro clínico sería el de Parafrenia o Esquizofrenia de inicio tardío.

La CIE-10 incluye la Esquizofrenia parafrénica dentro de la categoría de Esquizofrenia paranoide y la Parafrenia tardía dentro del grupo de Trastornos delirantes. En cuanto a su presentación clínica, la parafrenia se caracterizaría por un síndrome referencial 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 desintegración de la personalidad y con una relativa buena adaptación a la realidad.

En la Conferencia Internacional sobre Esquizofrenia y Psicosis tardía (1998), se establecieron las características más frecuentes de las psicosis de tipo esquizofrénico de aparición muy tardía, entre las que destacan: mujeres, inicio después de los 60 años, situaciones de aislamiento o déficit sensorial, ausencia de demencia o trastorno afectivo primario, delirio de paranoias y no hay disrupción vital ni de la personalidad.

A diferencia de la esquizofrenia de inicio precoz, la esquizofrenia de inicio tardío presenta habitualmente menos trastornos formales del pensamiento pero más delirios persecutorios, las alucinaciones son más vivas y de varias modalidades y los síntomas negativos aparecen en menor número de ocasiones, estando la afectividad normalmente preservada.

En cuanto al 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.

### **CONCLUSIONES**

Los cuadros psicóticos en el anciano han sido tradicionalmente un campo de estudio complejo y lleno de matices. Kraepelin consideraba la psicosis tardía como "la cuestión más oscura de la Psiquiatría". Entidades como la Parafrenia han sido relegadas en la Psiquiatría actual, no apareciendo en los sistemas de clasificación estandarizados.

Es importante destacar que el cuadro clínico de la paciente se ha visto agravado por la situación de pandemia por COVID19, haciéndose más florido y añadiéndose en los últimos meses intensas alucinaciones sensorio-perceptivas y alteración de la conducta que además

## **ESQUIZOFRENIA DE INICIO TARDÍO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

únicamente responde de forma parcial al tratamiento con antipsicóticos. Las pruebas complementarias realizadas no muestran datos patológicos ni signos de organicidad aparente. La psicopatología de la paciente se podría resumir en delirios de perjuicio, autoreferencia y paramentos que progresivamente van incorporando más elementos. El afecto en lo que a su delirio se refiere, fluctúa entre indiferente y expansivo; fuera del delirio el afecto está conservado. La personalidad y funciones cognitivas están absolutamente preservadas.

Aunque el diagnóstico por el que más nos inclinamos sería una parafrenia, existe una cierta inquietud por otros diagnósticos de características demenciales, que, aunque a día de hoy no existan pruebas que lo corroboren, podrían debutar en los próximos meses.

Con respecto a la parafrenia, podemos concluir diciendo que se encuentra a medio camino entre esquizofrenia y la paranoia. En ella existe una conservación global de la persona que no se encuentra en los pacientes con esquizofrenia -habitualmente más deteriorados- y, por otro lado, la expresión polimórfica del delirio se aleja de la paranoia. Cuando encontramos pacientes con rasgos diferenciales propios, parece de gran utilidad retomar conceptos de nuestros predecesores, quienes destacaban por su rigor fenomenológico y describieron entidades que no se recogen como tal en los manuales diagnósticos actuales.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Widakowich C. Parafrenias: nosografía y presentación clínica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2014; 34 (124), 683-694.
2. Serván B.; Reyes L.; Fernández J.; Rodríguez S.; Fernández R.; Yáñez R.M. Parafrenia tardía. A propósito de una experiencia clínica. Rev. Asoc. Gallega de psiquiatría, 165-168.
3. Sarró S. En defensa de la parafrenia. Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2005; 32 (1): 24-29.
4. Vázquez-Noguerol R. La extinción de la parafrenia tardía o esquizofrenia de inicio muy tardío: algunos argumentos para la defensa. Bibliopsiquis vol. VIII, 2007.
5. Jackuelyn H, Jeste V: Late-Onset Schizophrenia: An Overview. Schizophrenia Bulletin, 1988; 14(1):39-55.
6. Berrios GE. The insanities of the third age: a conceptual history of paraphrenia. J Nutr Health Aging 2003; 7(6):394-9.