

A PROPÓSITO DE UN CASO. TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

Covadonga Huergo Lora, Sergio Ocio Leon, Manuel Gómez Simón, Mario Javier Hernández González, Omar Walid Muquebil Rodríguez, Jaime López Fernández

Hospital V. Alvarez Buylla. Mieres

dumpy1981@hotmail.com

RESUMEN

En este trabajo, se hace una revisión sobre el trastorno paranoide de personalidad y se comenta el caso de una mujer de 82 años, divorciada, 3 hijos (2 de ellos con ataxia degenerativa), que vive sola. Antecedentes de seguimiento ambulatorio en Psiquiatría por trastorno depresivo crónico desde el año 1999. Ingresó en nuestro Servicio por primera vez en agosto de 2015 tras alteración conductual en la consulta del Servicio de ORL mostrándose verborreica con asociación laxa de ideas, querulante, inquieta, agresividad verbal y tensión dentro del trastorno paranoide de personalidad que padecía. La paciente con historia vital complicada - dificultades en su matrimonio sufriendo en el año 1999 agresión por arma de fuego (3 heridas de bala en plano anterior hemitorax izquierdo y 2 en epigastro); fue aislándose en su domicilio y manteniéndose con postura hostil y querulante hacia el mundo. Problemas de sueño. Tras un ingreso breve, se comenzó con tratamiento neuroléptico a dosis bajas con mejora del cuadro.

A PROPÓSITO DE UN CASO. TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

En este caso se habla de una paciente de 82 años, divorciada, 3 hijos (2 de ellos con ataxia degenerativa). Su exmarido falleció hace 5 años por infarto agudo de miocardio con antecedentes de consumo perjudicial de alcohol. La paciente refiere que, fruto de malos tratos por parte del marido, en el año 1999 recibió lesiones por arma de fuego causándole 3 heridas de bala en plano anterior de hemitórax izquierdo y 2 heridas de bala en epigastrio precisando cirugía.

Vive sola en una ciudad del área de referencia con escasa relación con sus hijos, en la actualidad solo mantiene mínimo contacto con uno de ellos. Poco contacto con su entorno con tendencia a estar confinada en su domicilio. Nula comunicación con el vecindario.

Como otros antecedentes somáticos de interés, NRAM, hipercolesterolemia a tratamiento con pravastatina 40 mg, poliomielitis a los 20 años con afectación de los miembros superiores, artrosis hombro derecho, síndrome del túnel carpiano, lipoma cervical antero izquierda del que se detallará a continuación.

IQ: vesícula, eventrorrafia, cataratas. No hábitos tóxicos.

No ingresos previos en nuestro Servicio de Psiquiatría. A seguimiento en CSM Mieres desde el año 1999 por trastorno depresivo crónico unido a dificultades vitales adversas.

Tratamiento psicofarmacológico previo al ingreso: desvenlafaxina 50 mg y diazepam 5 mg.

A seguimiento por el Servicio de ORL por lipoma cervical antero izquierda ya señalado anteriormente. Acude, ya hace unos años, derivada por MAP por masa cervical a valorar. Es estudiado por dicho Servicio y recomiendan seguimiento espaciado pero la paciente con frecuencia se adelanta a la citas con volantes urgentes de su MAP con quejas poco congruentes con el lipoma que presenta, ya que refiere que el lipoma le impide respirar... o que le hace carraspear...o que disminuye de tamaño con la toma de antidepresivo...siendo valorado frecuentemente y comentándole que en su caso, no se objetiva dichas molestias. En una nueva valoración de urgencia a principios de agosto de 2015, la paciente no encuentra a su ORL habitual contrariándola el hecho de encontrar a otra profesional y no atendiendo a las explicaciones de la misma, comienza a vociferar en la silla de exploración con tono de voz elevado y querulante por lo que se avisa al Servicio de Psiquiatría para valoración del caso.

A nuestra llegada, se muestra tensa, discurso con fuga de ideas pasando de un tema a otro siendo en ocasiones incoherente, irritable, ánimo disfórico, referente y verbalizando insultos hacia el entorno pero no presentando problemas de auto/heteroagresividad. Refiere llevar un tiempo que no matiza, sin apenas dormir. Dada la situación aguda, es llevada a nuestra unidad de hospitalización.

A PROPÓSITO DE UN CASO. TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

A su llegada a nuestro Servicio, se pauta 2 mg de risperidona y 2.5 mg de lorazepam que toma sin poner mayor dificultad. Posteriormente se realiza bioquímica y hemograma urgente y EKG no encontrándose hallazgos significativos en los mismos.

Paulatinamente, la paciente se va tranquilizando llegando a dormir aproximadamente 2 horas.

En la entrevista con uno de sus hijos al que se avisa de lo sucedido con su madre, refiere que la paciente no mantiene relación con su entorno estando confinada en su domicilio ya que refiere "tener al mundo en su contra" mostrándose recelosa y suspicaz de continuo, refiere dormir pocas horas y que él es el único familiar con quien mantiene un mínimo contacto.

Durante su estancia de 2 días en la Unidad, se muestra tranquila, sueño y apetito conservado, marcada caracteriopatía paranoide pero no se evidencia sintomatología psicótica aguda, niega ideación suicida y se muestra insistente en regresar a su domicilio. Al alta viene a recogerle el hijo. En el tratamiento psicofarmacológico, se continúa con la pauta de desvenlafaxina y clorazepato dipotásico previo y se añade 1 mg de risperidona.

En la evolución a nivel ambulatorio, la paciente se muestra más tranquila y refiere dormir mejor aunque dice notar cierta torpeza motora. El hijo refiere verla mejor, tranquila y disminuye la intensidad en el pensamiento cavilador propio de los trastornos de personalidad paranoide.

Existe un tipo de trastornos de la personalidad que se caracteriza por el procesamiento aberrante de la información, la experimentación de estados mentales inusuales, y el aislamiento y la marginación social. Son sujetos raros y solitarios, proclives a presentar sintomatología psicótica (grupo A). Estos patrones estables de procesamiento y de interacción se consideran anormales cuando generan sufrimiento e inadaptación; es decir, cuando dan lugar a psicopatología y a problemas biográficos. En el trastorno paranoide de la personalidad; se caracteriza por la desconfianza, la hipersensibilidad y la propensión a dar significado a los detalles más nimios. Son proclives a la autorreferencia y al entendimiento malévolo y hostil de las personas y las circunstancias, y no suelen tener ningún amigo, puesto que siempre andan metidos en rencillas y contraen con facilidad resentimientos y enemigos. Son rectos, justicieros, racionales y rígidos. Por otra parte, sus relaciones personales suelen basarse en la subordinación- ubican a las personas por encima o debajo de ellos- y suelen ser desconsiderados y despóticos con los que consideran inferiores y dóciles y obedientes con la autoridad. Carecen de flexibilidad y de sintonía afectiva para relativizar los conflictos y acuden a la justicia a las primeras de cambio, dispuestos a hacer valer su razón formal con tozudez y beligerancia. Acaban viviendo solos, sin más apoyo social que el que obtienen en su medio laboral, aunque lo frecuente es que también litiguen contra la empresa y se enemisten con todos los compañeros de trabajo.

Hay 2 posibles versiones de la personalidad paranoide: una "dura", afirmativa y litigante, y otra "blanda", sensitiva y sufriente, en la que predominarían los aspectos de hipersensibilidad, rencor

A PROPÓSITO DE UN CASO. TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

y sentimiento de ser tratado de manera desconsiderada o peyorativa. Esta última forma de personalidad ha sido descrita magistralmente por Kretschmer (1918) como antecedente de episodios depresivos que pueden ir acompañados de ideación interpretativa de naturaleza delirante, remisible parcial o totalmente con tratamiento psicofarmacológico.

La prevalencia oscila entre el 0.5% y el 2.5% de la población general. Los familiares de pacientes esquizofrénicos presentan una mayor incidencia de trastorno paranoide de la personalidad que los individuos de control. En algunas personas, este trastorno permanece durante toda la vida; en otras, es un precursor de la esquizofrenia. A veces, a medida que maduran o disminuyen el estrés, los rasgos paranoides adquieren la forma de una formación reactiva por cuestiones morales y altruistas.

BIBLIOGRAFÍA

Kaplan & Sadock Manual de bolsillo de psiquiatría clínica, Benjamin J. Sadock, Virginia J. Sadock editores 15ª Edición. Wolters Kluwer–Lippincott Williams & Wilkins. 2010. p. 791-795.

Triebwasser J, Chemerinski E, Roussos P, Siever LJ. Paranoid personality disorder, Triebwasser J, Chemerinski E, Roussos P, Siever LJ. Paranoid personality disorder, *J Person Disord.* 2013;27:795-805. PMID 22928850.