

Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso

Paranoid schizophrenia. An approach to its study on the purpose of a case

Lic. Yalenis Velazco Fajardo, Lic. Idanys Quintana Rodríguez, Dra. Mercedes de la Caridad Fernández Romero, Dra. Anisleydis Alfonso Fernández, Lic. Elizabeth Zamora Lombardía

Hospital Psiquiátrico Docente Provincial Antonio Guiteras Holmes. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

La esquizofrenia es una de las enfermedades más invalidantes de los seres humanos, conocida como el «cáncer de la psiquiatría». Se impone como un gran reto social debido a su incidencia, su potencial en cronicidad y severidad así como las consecuencias que implica para la familia y la sociedad en general. La alta prevalencia de la enfermedad, de 1/100 habitantes, independientemente de las características sociales o económicas de los diferentes países, hace de esta un factor de gran impacto por su gran repercusión humana, económica y social, pues afecta al ser humano en la etapa más productiva de la vida. En el 75 % de los casos los primeros síntomas de la enfermedad aparecen entre los 16 y 25 años de edad. Por el grado de incapacidad que produce se afectan los estudios, la vida social y laboral. En este trabajo, se muestra a través del estudio de un caso ingresado en el Hospital Psiquiátrico "Antonio Guiteras Holmes", de Matanzas, las principales afectaciones de esta enfermedad en las esferas afectiva, cognitiva y conductual.

Palabras clave: esquizofrenia, esquizofrenia paranoide, psiquiatría.

ABSTRACT

The schizophrenia is one of the most invalidating diseases of the human beings, known as "the cancer of Psychiatrics." It is a great social challenge due to its incidence, its potential in chronicity and severity, and also the consequences it implies for the family and society in general. The high prevalence of this disease, 1/100 inhabitants, regardless of the social and economic characteristics of the different countries, makes it a factor of great impact owing its social, economic and human repercussion because it affects the human being during the most productive stage of his life. In 75 % of the cases, the first disease's symptoms appear between the ages of 16 and 25 years. Because of the disability level it produces, the social and professional life and the studies are affected. In this work, through the study of a case admitted in the Psychiatric Hospital "Antonio Guterres Holmes", of Matanzas, the main burdens of this disease in the affective, cognitive and behavioural spheres are shown.

Key words: schizophrenia, paranoid schizophrenia, psychiatry.

INTRODUCCIÓN

Generalmente los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas del pensamiento y de la percepción, junto con una afectividad inadecuada o embotada.¹ Habitualmente se mantienen tanto la lucidez de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el transcurso del tiempo pueden desarrollarse ciertas deficiencias intelectuales.² Entre sus fenómenos psicopatológicos más importantes se cuentan el pensamiento con eco, la difusión, inserción, o el robo del pensamiento, la percepción delirante y los delirios de control; de influencia o de pasividad, voces alucinatorias que comentan o discuten del paciente en tercera persona, además de síntomas de negativismo.³

La esquizofrenia afecta no solo al individuo que la padece sino a su medio ambiente familiar, incapacitando a su vez al familiar cuidador, el que de por vida tiene que dedicarse a la atención del enfermo, especialmente durante las etapas de crisis. En el 50 % de los casos se hace necesaria la hospitalización del paciente, el cual evoluciona en forma crónica con un deterioro progresivo de todas sus capacidades, lo que provoca un elevado costo directo por la atención médica y paramédica, e indirecto por lo que dejan de producir pacientes y familiares cuidadores, más un costo intangible relacionado con el sufrimiento que produce en el paciente, en familiares, amigos y en la sociedad en general.⁴

Las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia y de los trastornos esquizofreniformes son diversas y pueden cambiar a lo largo del tiempo, debido a su gran variedad. Se plantea que conocer la esquizofrenia es conocer la psiquiatría.⁵ Mientras muchos síntomas son obvios, como las alucinaciones, otros son relativamente sutiles, como el aplanamiento afectivo o la incongruencia, y pueden pasar desapercibidos para un observador poco versado.⁶

Se han desarrollado varios métodos para describir y clasificar los múltiples síntomas de la esquizofrenia. Tradicionalmente se ha considerado un tipo de «psicosis», pero

la definición de psicosis resulta vaga. Las definiciones anteriores hacían hincapié en la experiencia psicológica subjetiva e interna y definían la psicosis como un «deterioro en la prueba de realidad». Recientemente, la psicosis se ha definido objetiva y operacionalmente como la presencia de alucinaciones e ideas delirantes.⁷

Dado que la esquizofrenia se caracteriza por tantos tipos de síntomas diferentes, los clínicos y los científicos han tratado de simplificar la descripción del cuadro clínico dividiendo los síntomas en subgrupos. La subdivisión más utilizada clasifica los síntomas en positivos y en negativos.⁸

Los síntomas positivos, que incluyen las alucinaciones, las ideas delirantes, un notable trastorno formal positivo del pensamiento (puesto de manifiesto por una considerable incoherencia, descarrilamiento, tangencialidad o falta de lógica) y un comportamiento extravagante o desorganizado reflejan una distorsión o exageración de funciones que están normalmente presentes. Por ejemplo, las alucinaciones son una distorsión o exageración de la función de los sistemas perceptuales del cerebro: la persona experimenta una percepción en ausencia de un estímulo externo.

Los síntomas negativos suponen una deficiencia en la actividad mental que normalmente está presente. Por ejemplo, algunos pacientes muestran alogia (es decir, una notable pobreza de lenguaje o del contenido del lenguaje). Otros presentan aplanamiento afectivo, anhedonía/asocialidad (incapacidad de experimentar placer, pocos contactos sociales), abulia/apatía (anergia, falta de persistencia en el trabajo o en la escuela) y deterioro atencional. Estos síntomas negativos o deficitarios no sólo son complicados de tratar y responden menos a los fármacos neurolépticos, en comparación con los síntomas positivos, sino que son más destructivos porque dejan al paciente inerte y desmotivado. Es posible que el paciente esquizofrénico con notables síntomas negativos mejore su ejecución bajo supervisión, pero no puede mantenerla cuando esta deja de prestarse.⁹

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su 10ma ed., Capítulo V referido a los trastornos mentales se clasifica fundamentalmente en:¹⁰

- Esquizofrenia paranoide.
- Esquizofrenia hebefrenica.
- Esquizofrenia catatónica.
- Esquizofrenia indiferenciada.
- Esquizofrenia simple.
- Esquizofrenia residual.
- Otra esquizofrenia.
- Esquizofrenia sin especificación.

Esquizofrenia paranoide: es el tipo de esquizofrenia más frecuente en la mayor parte del mundo donde predominan los delirios relativamente estables, a menudo de tipo paranoide, los cuales se acompañan habitualmente de alucinaciones, especialmente del tipo auditivo, y de perturbaciones de la percepción. No hay perturbaciones del afecto, ni de la volición, ni del lenguaje, como tampoco síntomas catatónicos, o bien esta sintomatología es relativamente poco notoria.¹¹

Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:

- Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.

- Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.
- Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, pero rara vez dominan.

El trastorno del pensamiento puede ser importante en la crisis aguda, pero no tanto como para impedir que las ideas delirantes y las alucinaciones sean descritas con claridad. Lo normal es que la afectividad esté menos embotada que en otras formas de esquizofrenia, pero suele ser frecuente una cierta incongruencia afectiva, al igual que una cierta irritabilidad, ira, y suspicacia y un cierto temor. También pueden aparecer, pero no predominan en el cuadro clínico, síntomas negativos como embotamiento afectivo y trastornos de la voluntad.

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 hebefrenia y catatónica.¹²

A pesar del deterioro significativo a que lleva la enfermedad, es muy importante además del tratamiento farmacológico y la adherencia al mismo, la rehabilitación psicosocial del paciente, la convivencia social, el mantenerse vinculado laboralmente, integrado como ser bio-psico-social a pesar de su condición, pues el rechazo, la desocupación, la carencia de redes de apoyo sólidas, son factores de riesgo que favorecen la aparición de descompensaciones, así como la tendencia a optar por conductas adictivas, u otras perjudiciales para el individuo mantenerse compensado. La familia y la sociedad juegan un papel fundamental en esto, y es importante la psicoeducación colectiva que sin dudas contribuirá al bienestar y a la salud de las personas que padecen esta enfermedad.¹³

En este trabajo se muestra a través del estudio de un caso ingresado en el Hospital Psiquiátrico de Matanzas las principales afectaciones de esta enfermedad en las esferas afectiva, cognitiva y conductual.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente blanco, masculino, de 37 años de edad, soltero, jubilado por enfermedad, normolíneo, de procedencia urbana, con 12 grado de escolaridad, con antecedentes de salud somática y de trastornos psiquiátricos de años de evolución.

Presentó un ingreso anterior en el centro, en abril del 2010 con el diagnóstico de trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico, desde ese momento el paciente no volvió a ser el mismo desde que enfermó y acudió a consulta manifestando estar alterado.

El paciente fue traído en el SIUM acompañado de un oficial de la Policía Nacional Revolucionaria, sin familiar, remitido por la psiquiatra que lo atiende en su área de salud. La especialista refería que hace varios días está agresivo con sus familiares realizando extraños rituales en el hogar, como que es el diablo que tiene revelaciones, que posee un don especial que le permite predecir cosas que van a suceder y que las puede ver en sus sueños. Agredió con un cuchillo a sus

familiares, no come, no duerme, no se baña, todo lo cual ha hecho difícil su manejo en el hogar. Esto se observa en la figura.



Fig. Habitación del enfermo.

En el Cuerpo de Guardia se mantuvo tranquilo algo somnoliento por la sedación administrada para su traslado, en su área de salud. Refirió que él no estaba enfermo, alegó que el altercado que tuvo con un vecino fue porque se tomó unos tragos. Manifestó ser una persona especial por eso las mujeres se pelean por él, que en el lugar donde trabajó sus jefes tenían un complot en su contra y por esta razón lo retiraron. Alegó tener la capacidad de escuchar las voces de los ángeles y demonios que le ordenan qué hacer, que se convierte en el diablo, que siente sensaciones extrañas por el cuerpo.

Antecedente patológicos personales: trastorno psiquiátrico.

Antecedente patológicos familiares: tío paterno con esquizofrenia paranoide y madre con trastornos psiquiátricos sin poder identificar el diagnóstico.

Examen físico general: normal.

Examen físico regional: normal.

Examen físico por aparatos: presencia de prótesis en miembro superior izquierdo.

Datos positivos encontrados tras el examen psiquiátrico:

- Ausencia de juicio crítico.
- Dificultades en las relaciones interpersonales. Hipervigilante.
- Descuido de su higiene y aspecto personal.
- Alucinaciones auditivas complejas
- Ideas delirantes de grandeza, místico religiosas, de daño, influencia y de referencia.
- Despersonalización.
- Transformación.
- Cenestopatías.
- Excitación psicomotriz.
- Agresividad.
- Disforia.
- Insomnio.
- Anorexia.
- Deterioro de la personalidad del paciente.
- Autismo.

Evaluación psicológica

Prueba de Bender: no arrojó elementos de organicidad.

- Prueba de Raven: 42 ptos percentil 50. CI normal promedio.
- Técnica de completamiento de frases (Rotter). Arrojó las siguientes características.
 1. Necesidad de reconocimiento.
 2. Sentimiento de minusvalía que intenta compensar con frases de autocomplacencia.
 3. Búsqueda de apoyo y aprobación social.
 4. Inmadurez emocional.
 5. Rechazo a la crítica.
 6. Tendencia a ser caprichoso, dominante, vanidoso y egocéntrico.
 7. Dificultades para posponer la gratificación.
 8. TP: (dibujó de un árbol, una casa y varias personas)

Elementos que aportó el árbol:

- Ramas que se extienden hacia arriba: índice de una persona que siente temor e incertidumbre sobre como propiciarse satisfacción en la vida y se sumerge en fantasías compensatorias de su satisfacción.

Elementos que aportó el dibujo de la vivienda:

- Paredes con líneas fuertes: sujeto que se esfuerza por mantener un ego intacto.
- Ventanas abiertas con puertas cerradas indica un intento por controlar la relación con el medio.
- Perspectiva de la casa enfocada desde arriba en la llamada vista de pájaro, es típico de la persona que rechaza el hogar o los puntos de vista que se mantienen en él. Sujeto que combina determinados sentimientos de superioridad junto a un rechazo por los valores tradicionales mantenidos en el hogar, se siente por encima de las demandas convencionales y de conformismo.

Elementos que aportó el dibujo de las figuras humanas:

- El tratamiento dado a las figuras, así como el lugar que ocupan en la página indican que se le concede mayor dominio al sexo masculino. Las figuras femeninas dibujadas con ausencia de las piernas, con los órganos sexuales femeninos señalados, indican un varón narcisista y psicosexualmente inmaduro.
- Brazos extendidos a los lados del cuerpo en la figura femenina muestran una actitud pasiva, y en el hombre una rígida, indica dificultad de establecer contactos exitosos.
- La acentuación de los senos en la figura femenina, no solo indica conflictos en el área sexual, sino la necesidad de una madre que lo ampare y proteja, la necesidad oral de dependencia materna.
- Sombreados en el pelo, índice de conflictos intrapsíquicos vinculados al área sexual.
- Figuras grandes, adornadas, uso de cordones, gorras, aretes, índice de personalidad histriónica

- Órganos de la cara cuidadosamente detallados: simpatía forzada, esfuerzo por mostrarse agradable.

Test de personalidad de los 16 factores de Cattell (16 PF)

- Arrojó notas altas en los factores: B; C; G; I; LM; Q y notas bajas en los factores A; E; Q2; Q3; Q4, lo que ofrece el siguiente perfil de personalidad: en este paciente se apreció un sujeto frío, distante, que evita chocar con los puntos de vista de los demás, crítico, obstructivo, dependiente, gusta de la aprobación social y de la admiración de sus semejantes, emocionalmente inmaduro, variable, evasivo, se molesta fácilmente, generalmente insatisfecho, impaciente, tiende a ser imaginativo, artístico, poco convencional, bohemio. En situaciones sociales es, a menudo, rechazado, impulsivo, caprichoso, le gusta ganar siempre las discusiones y que prevalezca su opinión; puede tornarse agresivo si es contrariado o cuestionado, es extrovertido, inteligente y organizado.

DISCUSIÓN

El caso que se presentó fue diagnosticado de esquizofrenia paranoide, pues es una entidad con debut en la segunda década de la vida presente en este paciente por más de dos años. Existió una ruptura de la línea vital, donde aparecieron importantes alteraciones en las esferas cognoscitiva, afectiva y conductual dado por la presencia de alteraciones sensorio-perceptuales de tipo alucinaciones auditivas complejas. También se presentaron alteraciones del pensamiento en forma de ideas delirantes mal sistematizadas de mecanismo de producción alucinatorio; con temática fundamentalmente de daño, grandeza, místico religiosa, referencia que repercutieron en la conducta con excitación psicomotriz y agresividad. Estos síntomas se mantuvieron estables por un periodo mayor de 6 meses.

También se evidenció en el paciente una pérdida de intereses y de motivaciones. Descuido de su higiene y aspecto personal con un global deterioro de su personalidad.

No se constató la existencia de una personalidad premórbida de tipo paranoide que es la más comúnmente encontrada en la esquizofrenia paranoide, sino que se evidencian los rasgos histriónicos de personalidad. Resultó determinante las alteraciones del pensamiento y sensorio-perceptuales, el resto de la sintomatología encontrada y los antecedentes patológicos personales y familiares, así como la historia de la enfermedad y el deterioro de la personalidad evidenciaron este diagnóstico.

El paciente posterior al tratamiento con neurolepticos, regresó al hogar compensado para continuar seguimiento por la especialista de su área de salud. Su pronóstico se catalogó de desfavorable por el curso insidioso y crónico de la enfermedad, por la no adherencia al tratamiento médico, la personalidad premórbida del paciente y pocas redes de apoyo (padres ancianos, madre con trastornos psiquiátricos), así como la carencia de vínculo laboral.

En el caso aquí presentado se evidenció con claridad cómo existe una ruptura en la línea vital, dado porque el paciente no logró ser el mismo desde que enfermó, al punto de precisarse la jubilación a pesar de su edad. Su actividad delirante con temáticas diversas: de grandeza, místico religiosas, influencia, daño y referencia que movilizan y dirigen su comportamiento y lo han llevado incluso a cometer

determinados actos que han tenido consecuencias negativas para su integridad física, ya que tuvo la pérdida del miembro superior izquierdo, ante la cual no existe movilización afectiva por parte del paciente.

En este caso se constató una disociación ideoafectiva conativa, patognomónico esto de la esquizofrenia. El tratamiento con neurolépticos es imprescindible, pero se reitera la importancia de que una vez compensados los pacientes con esta enfermedad puedan participar activamente en la sociedad sin sufrir rechazo ni vejaciones, lo que contribuirá al mantenimiento de las funciones conservadas y a una adecuada rehabilitación psicosocial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Mancuso F, Horan WP, Kern RS, et al. Social cognition in psychosis: multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophr Res.* 2011 Feb; 125(2-3): 143-51. Citado en PubMed; PMID: 21112743.
- 2- Keshavan MS, Nasrallah HA, Tandon R. Schizophrenia, "just the facts" 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse. *Schizophr Res.* 2011 Abr; 127(1-3):3-13. Citado en PubMed; PMID: 21316923.
- 3- Zaytseva Y, Burova V, Garakh Z, et al. Attributional style in first episode of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders with and without paranoid ideation. *Psychiatric Danub.* 2013 Sep 25; (Suppl 2):S329-31. Citado en PubMed; PMID: 23995202.
- 4- Nuñez Copo AC, Frometa Montoya C, Hechevarria Estenoz D. Factores ambientales y genéticos asociados a la esquizofrenia paranoide en el área de salud "28 de septiembre". *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet].* 2013 [citado 01 Oct 2016];29(2):141-50. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v29n2/mgi05213.pdf>
- 5- Aviles Castellano GA. Caracterización de pacientes con esquizofrenia. *Medisan [Internet].* 2014 [citado 01 Nov 2016];18(5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_5_14/san02514.htm
- 6- González Menéndez R. *Clínica Psiquiátrica Básica Actual.* 1ª ed. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1998.
- 7- Ginarte Arias Y, Rivero Fernández T, Aguilera Reyes ML. Evaluación neuropsicológica en pacientes esquizofrénicos. *Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana [Internet].* 2005 [citado 01 Oct 2016];2(3). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0305/hph031405.htm>
- 8- Christodoulou NG. Financial crises: impact on mental health and suggested responses. *Psychotherapy Psychosomatic [Internet].* 2013 [citado 01 Nov 2016];82(5):279-84. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/FullText/351268#>
- 9- Verhoeven WM, Egger JI, Hovens JE, et al. Kallmann syndrome and paranoid schizophrenia: a rare combination. *BMJ Case Rep.* 2013 Jan 17. Citado en PubMed; PMID: 23329708.

10- OPS. Trastornos Mentales y del comportamiento. En: Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima Revisión. Volumen [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008 [citado 01 Oct 2016]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf>

11- Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [Internet]. Arlington, VA: Editorial Médica Panamericana; 2013. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/4950/DSM5-Guia-de-Consulta-de-los-Criterios-Diagnosticos-del-DSM5.html>

12- Bernardo M, Safont G, Oliveira C. Recomendaciones para la monitorización y la promoción de la salud física de los pacientes con esquizofrenia y otros trastornos graves. Proyecto "Monitor". Generalitat de Catalunya. Barcelona: Departamento de Salud; 2014. Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_mental/documents/pdf/recomend_esquizofre_cast.pdf

13- Gallach E. Factores de éxito en la integración laboral de personas con trastorno mental grave. Psiquiatría.com [Internet]. 2011 [citado 01 Oct 2016]; 15: 73. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/1362/1239>

Recibido: 1/11/16
Aceptado: 30 /4/18

Yalenis Velazco Fajardo. Hospital Provincial Psiquiátrico Docente "Antonio Guiteras Holmes". Carretera Central. Guanábana. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: psiquiat.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Velazco Fajardo Y, Quintana Rodríguez I, Fernández Romero M de la C, Alfonso Fernández A, Zamora Lombardía E. Esquizofrenia paranoide. Un acercamiento a su estudio a propósito de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 Jul-Ago [citado: fecha de acceso]; 40(4). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2071/3957>