

Paranoia, personalidad y psicosis

Federico Rebok¹, Esteban José Díaz², María Laura Pérez Roldán³

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 15, N° 2, noviembre de 2008, págs. 121 a 126.

Resumen

En el presente trabajo se plantean las dificultades diagnósticas que subyacen a la clínica de la Paranoia y su relación con la personalidad y la biografía del paciente. Clásicamente se ha visto a esta entidad como un trastorno de la esfera intelectual y se ha relegado a un segundo plano el afecto que graba al delirio, el cual se encuentra en íntima relación con las vivencias que se suceden a lo largo de la historia vital del paciente.

Palabras clave

Paranoia (Trastorno Delirante), Personalidad, Psicosis, Delirio autobiográfico, Afecto suspicaz.

Abstract

The present article is intended to show the difficulties that underlie the diagnosis of Paranoia (Delusional Disorder) and its relationship with personality and the biography of

the patient. Up to now, Paranoia has been regarded as a disorder of intellect, and the affective loading of the paranoid delusions has not been taken into consideration. This type of affective loading has a close relationship with the experiences the patient pass throughout his life.

Keywords

Paranoia (Delusional Disorder), Personality, Psychosis, Biography and Delusion, Suspicious affect.

Introducción

En la octava edición de su Tratado, Kraepelin definió a la Paranoia como un delirio de comienzo insidioso y evolución crónica, originado en causas internas, bien sistematizado, carente de alucinaciones, a mecanismo interpretativo, y sin deterioro de la personalidad^(7,15).

Desde entonces, y siguiendo el pensamiento de Esquirol (Monomanía Intelectual), se ha considerado a la Paranoia como una alteración de la esfera intelectual⁽²⁾ y la participación del *afecto* en el trastorno ha quedado relegada a un segundo plano, siendo importante

1 Médico Especialista en Psiquiatría. Médico de Guardia, Hospital "Braulio A. Moyano". E-mail: federicorebok@yahoo.co.uk

2 Médico. Residente 4º año de Psiquiatría, Hospital "Teodoro Álvarez".

3 Médica. Residente 4º año de Psiquiatría, Hospital "Braulio A. Moyano".

subrayar que el comportamiento afectivo no es incluido entre los criterios diagnósticos de los principales sistemas clasificatorios de la actualidad (DSM-IV; CIE-10)^(3, 20).

Afecto suspicaz y personalidad

Vamos a definir al *afecto*, siguiendo a Frank Fish, como "oleajes de emoción en los cuales existe una exacerbación súbita que generalmente se corresponde con una evento (vivencia*)"⁽⁹⁾. Specht estudió la singular carga afectiva que acompaña a las ideas delirantes de la Paranoia, y le dio el nombre de "Afecto Patológico"⁽¹⁹⁾. Esta misma impronta afectiva fue señalada por Störring para su "Afecto Delirante" y por Leonhard para su "Afecto Paranoide". Sin embargo, creemos fue Sandberg (1896) quien mejor definiera el concepto bajo el epígrafe de "Afecto Suspicaaz".

En la opinión de Lersch, la *suspiciacia* representa la forma más intensa de desconfianza. Mientras que la desconfianza consiste únicamente en no creer en el favor de las circunstancias y en la benevolencia de nuestros semejantes, la suspiciacia va más allá y cuenta con que los sucesos o los hombres llevan consigo, oculto, algo contra él. A la cualidad endotímica de la desconfianza y de la suspiciacia le corresponde un factor de tensión, a su configuración mocional una disposición latente a la reacción, un estar-en-guardia juntamente con una reserva exterior⁽¹⁸⁾. El que la desconfianza se convierta en una actitud permanente puede depender de las desilusiones y de las experiencias desfavorables.

El *afecto suspicaz* constituye la base del delirio paranoico, y su manifestación psicopatológica se trasluce en la característica "ten-

sión interna" que se observa en la clínica de estos pacientes. Es el *afecto* el que tensa la vida psíquica del paciente, y cada nuevo recuerdo que es traído a la conciencia bajo la forma de una vivencia, y las mismas vivencias que provienen del mundo son distorsionadas para ser almacenadas nuevamente de una manera aberrante, integrándose las unas con las otras en la forma de una memoria delirante (falsificación de los recuerdos)⁽¹²⁾ que con mayor facilidad podrá ser traída a la conciencia por una vivencia (endógena o exógena) que pueda conmover nuevamente el andamiaje afectivo del paciente.

El delirio no es fijo y puede fluctuar, lo que no puede fluctuar es el sentido biográfico que dicho delirio toma. A veces, éste puede aparecer intangible a la clínica, solapado por una suerte de "estabilidad afectiva", en realidad un tono afectivo siempre en tensión, que a veces permite una remisión que nunca es total, pues el delirio ya ha quedado impreso en la historia vital del individuo. Esto puede hacer que el cuadro parezca cíclico o abortivo en ciertos pacientes. Tal es el caso de las Paranoias Ligeras de Friedman y las Paranoias Abortivas de Gaupp^(1,10).

Consideramos el término *catatímico* de Bleuler⁽⁶⁾ un concepto temporal y limitado que no da cuenta de la atemporalidad y perpetuidad del andamiaje afectivo del paranoico. Por ello preferimos limitar su uso para las descompensaciones paranoicas agudas.

Toda la existencia de nuestros pacientes se erige pues, sobre esta afectividad *holotímica*. En el *afecto suspicaz* confluyen el pasado y el presente biográfico del paciente y existe una impronta afectiva que determina dicho sentido biográfico. Paradójicamente, son

* En sintonía con Kretschmer, definimos a la vivencia como un grupo de sensaciones y de imaginaciones susceptibles de producir un afecto⁽¹⁶⁾.

la acción del *afecto* y su modulación por las diferentes vivencias que se le ofrecen al sujeto, los únicos capaces de realizar una nueva modificación de la biografía.

Que durante un episodio afectivo agudo un paranoico pueda alucinar no debe sorprendernos, y la mayoría de las veces encontraremos que las "voces" no son más que la resultante de la impronta afectiva sobre fonemas reales (por ejemplo. rumores inarticulados en bares)⁽¹⁴⁾, los cuales quedan distorsionados y pasan a ser interpretados de manera errónea. O puede también ocurrir que un pensamiento se vuelva audible, y se lo reconozca como propio o proveniente del exterior*.

Asimismo, pueden hacer aparición delirios de tinte bizarro o extravagante, que pudieran llegar a perder coherencia, pero siempre se verifica que éstos se corresponden y siguen la dirección de la biografía del paciente, son transitorios, y la mayoría de las veces desatendidos tras el episodio, pero que permanecen espinados afectivamente a la biografía del individuo. En la cúspide del *afecto* el enfermo puede incluso presentar fenómenos de enturbiamiento de la conciencia.

Por otro lado, que la sistematización del delirio dependa de la firmeza de las asociaciones lógicas, en contraste con lo que ocurre en la Esquizofrenia, esto ya lo estudió Bleuler^(5,6). Sin embargo, cabe aceptar que existan épocas donde la tempestad de los afectos pueda corromper este mecanismo, y aparezcan delirios fragmentarios, incoherentes, mas siempre sobreañadidos al sistema delusivo autobiográfico que le subyace. El andamiaje afectivo suspicaz, en tensa estabilidad, se vuelve tormentoso por una vivencia interna o externa que resulta intolerable. Al decir de Bleu-

ler, subyace siempre un sentimiento de inferioridad, que no puede confesarse porque no se podría soportar.

A diferencia de lo que ocurre con la Histeria o el niño enfermo, quienes no presentan una estabilidad afectiva y por lo tanto dicha labilidad de los afectos les impide fijar un sistema delirante^(6,11), el Paranoico presenta una tensión afectiva más o menos estable sobre la cual se erige un sistema delirante que puede fluctuar en concordancia con los períodos de mayor o menor oscilación afectiva. Un cambio favorable del medio puede apaciguar la tormenta afectiva y producir una mejoría más o menos transitoria.

Con el devenir de los años, en la Paranoia se produce una especie de "Simpleza", estado que puede encontrarse, según la opinión de Bleuler, en las personas que ya no son capaces de pensar y de ver más que en un sentido determinado⁽⁶⁾. Podría evaluarse este estado como un "defecto no esquizofrénico", en oposición clara al embrutecimiento y la destrucción de la personalidad (ambos curiosamente de la mano) que puede apreciarse en la Esquizofrenia.

Las especies clínicas

El comportamiento de la *afectividad* puede explicar la existencia de una multiplicidad de formas de Paranoia, las cuales podemos sintetizar en dos variedades:

- Las variedades más psicopáticas, en las que el *afecto suspicaz* se manifiesta a través de una mayor disposición a presentar reacciones psicógenas, y dentro de los cuales quedarían incluidos los Litigantes que Lange y

* Kendler (1981) propuso dos formas de Trastorno Delirante (Paranoia): TD sin alucinaciones y TD con alucinaciones⁽¹³⁾.

Kraepelin supieron diferenciar de la Paranoia Vera.

- Las variedades más psicóticas, que presentan un sistema delirante incommovible, pero que puede fluctuar en su manifestación clínica.

Ambas especies pueden presentarse, a su vez, en sus formas combativa o sensitiva, según el sujeto "prosiga tumultuosamente la lucha hacia el exterior o se destrozce internamente en dicha lucha", en el decir de Kretschmer⁽¹⁶⁾.

Discusión

El hecho de que Kretschmer acepte que no existe una disposición paranoica en sí, sino diferentes caracteres que pueden llevar a la Paranoia, deja en claro que debemos alejar cualquier explicación de dicho trastorno en el plano del intelecto, para instalar el problema en el plano afectivo y biográfico.

Se suele caer en el equívoco de emplear la palabra "paranoide" como sinónimo de "persecutorio", ya que su significado real es "delirante". Por lo tanto, debería ponerse en duda la existencia de un Trastorno de la Personalidad "Paranoide", pues tal término representa una contradicción semántica en sí misma: se trataría de un eje II en el que existe una "Personalidad Delirante" y por ende, esto borraría cualquier intento de separación entre los ejes I y II. Afirmar que existe un Trastorno de la Personalidad "Paranoide" es cuestionable, pues la misma personalidad psicopática es ya delirante y "Paranoia" en pleno desarrollo.

Para Berrios, la evidencia de que los contenidos de los delirios* pueden tener relación con códigos biográficos personales, aunque

podiera ser muy saludable, no está suficientemente fundada empíricamente como podría haberse pensado⁽⁴⁾. Sin embargo, esto puede ser puesto en duda, ya que en el caso específico de la Paranoia, el delirio biográfico y afectivo constituyen la *personalidad* misma. Al decir de Lacan (1975), la Psicosis Paranoica y la Personalidad como tal no tienen relaciones, simplemente porque la Psicosis Paranoica es la Personalidad. Y continúa diciendo: "lo real, lo simbólico y lo imaginario son (aquí) una sola y única consistencia, y es en eso en que consiste la Psicosis Paranoica"⁽¹⁷⁾.

Para H. Ey, el delirio paranoico es un relato, una novela, cuyo interés radica en las peripecias de la lucha y en donde el personaje central es el mismo enfermo⁽⁸⁾.

Presentación de un caso

AM., de 44 años, divorciada, sin hijos, de carácter retraído y tímido, con un alto rendimiento intelectual y rasgos obsesivos, ejerciendo siempre un gran control afectivo, lo cual le implica tamaño desgaste psíquico: fácilmente sucumbe a los estímulos diarios. Comienza a los 34 años con ideación delirante de perjuicio objetivada en un ex jefe que habría tenido una propuesta indecente para con ella. Esta situación se produce mientras ella se encontraba trabajando en Inglaterra con buenas perspectivas de asentamiento en dicho país. El jefe le habría dado indicios de enamoramiento, mas como éste se encontraba casado, para ella esto resultaba inaceptable dado sus escrupulosos valores morales. Huyendo de esta situación, regresa a Buenos Aires, en donde comienza a sentirse postergada laboralmente y a ser víctima de varios despidos a raíz de su exage-

* Berrios se refiere a los "delirios" en general, sin distinguirlos nosográficamente, y generalmente refiriéndose a los delirios esquizofrénicos.

rado comportamiento suspicaz. Tiene la certeza de que su ex jefe inglés se encuentra involucrado y comandando todas sus desgracias. En plena lucha contra su vergüenza moral, resuelve volver a Inglaterra en busca de su antiguo jefe, del cual ahora entiende, se encontraba enamorada. Nunca logra encontrarlo, y debe volver, desventurada.

Es medicada con Risperidona a bajas dosis, sin rectificar sus ideas delirantes. Siente que hablan de ella en el subte, de manera peyorativa, dicen que ella es una "negrita", una "sudaca", una "mucamita".

Ocho años después, al tiempo en que resulta internada, su delirio aún inmovible, llega a involucrar hasta sus propios familiares y amigos: en su casa, habían sido instaladas cámaras y micrófonos, y por la TV comentaban sus desventuras. Fue medicada con altas dosis de Haloperidol, que sólo descendieron su afecto sin corregir su ideación. Tras intentar una rotación a la Pimozida, que le produjo incómodos efectos adversos, se instaura tratamiento con Ziprasidona y ansiolíticos. Lentamente, comienza a identificar lo que ella denomina "construcciones": vivencias similares que le gatillan la misma suspicacia del pasado; logrando desentenderse de ellas cognitivamente, no tanto así a nivel afectivo.

En el transcurso de los meses, desaparecen las ideas delirantes, aunque persiste la suspicacia de la mano de un profundo cansancio psicasténico y la idea de no poder cumplir con sus metas vitales: no ha formado una pareja estable, con lo cual cada vez ve más lejana la posibilidad de ser madre. Estos síntomas asténicos mejoran al añadir Citalopram a su plan de medicación.

Conclusiones

La Paranoia representa una forma de Psicosis No Esquizofrénica y No Bipolar. Tiene la particularidad de constituir un Proceso No Esquizofrénico pero sin ruptura de la continuidad biográfica del sujeto. Para separarlo nosográficamente de la Esquizofrenia, proponemos denominarlo Proceso Paranoico-Afectivo. De acuerdo a esta concepción, se verifica que *vivencia* y *afecto* mantienen una relación unívoca, y por lo tanto el delirio paranoico "estabilizado" podría volverse comprensible desde un punto de vista fenomenológico.

Podemos afirmar que el diagnóstico de "Esquizofrenia Paranoide" se ha convertido en la fosa pública de los delirios, al congregar una serie de entidades diagnósticas de diferentes características y abordajes.

En vez de hablar de un continuo paranoide se debería considerar la posibilidad de un continuo afectivo y biográfico y tener en cuenta que ya no es satisfactoria la clasificación de las Paranoias según su contenido delirante (de persecución, erotomanía, celos, grandiosidad, etc). El contenido delirante y el delirio paranoico en sí mismo, al igual que las reacciones (psicógenas) psicopáticas, pasarían a formar parte del "contenido" de una *supraestructura afectiva* que los cobija.

Bibliografía

- 1.- Alexander FG, Selesnick ST. Historia de la Psiquiatría. Versión española por Adroer Tasis y Sarret Grau. Barcelona: Espaxs 1970.
- 2.- Álvarez JM, Colina F (Compiladores). Clásicos de la Paranoia. Madrid: DOR 1997.
- 3.- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington D. C.: American Psychiatric Press 1994.

- 4.- Berrios GE, Fuentenebro F. Delirio. Historia. Clínica. Metateoría. Madrid: Ed. Trotta. 1997.
- 5.- Bleuler E. Tratado de Psiquiatría. 4ª edición. Madrid: Calpe. 1924.
- 6.- Bleuler E. Afectividad, Sugestibilidad, Paranoia. 1ª edición. Madrid: Ediciones Morata. 1942.
- 7.- Colodrón A. Las esquizofrenias. Síndrome de Kraepelin-Bleuler. 2ª edición. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores. 1990.
- 8.- Ey H. Tratado de Psiquiatría. 8ª edición. Madrid: Toray-Masson. 1978.
- 9.- Fish F. Clinical Psychopathology: Signs and Symptoms in Psychiatry. Bristol : J. Wright. 1974.
- 10.- Gaupp R. El caso Wagner. 2ª edición. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2001.
- 11.- Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N. New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press. 2003.
- 12.- Jaspers K. Psicopatología General. Volumen II. 5ª edición. Buenos Aires: Editorial Beta. 1951.
- 13.- Kendler KS, Tsuang MT. Nosology of paranoid schizophrenia and other paranoid psychoses. Schizophrenia Bull. 1981;7(4):594-610.
- 14.- Kraepelin E. Introducción a la Clínica Psiquiátrica. 2ª edición. Madrid: Calleja. 1905.
- 15.- Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. (8ª Edición). Volumen 3. Leipzig: Barth. 1913.
- 16.- Kretschmer E. Delirio Sensitivo Paranoide. Aportación al problema de la paranoia y a la caracterología psiquiátrica. 3ª edición. Madrid: Editorial Labor. 1959.
- 17.- Lacan J. De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. París: Seuil. 1975.
- 18.- Lersch P. La estructura de la personalidad. 3ª ed. española. Barcelona: Scientia. 1963.
- 19.- Specht G. Über den pathologischen Affekt in der chronischen Paranoia. Ein Beitrag zur Lehre der Wahnentwicklung. Festschrift der Universität Erlangen. Erlangen und Leipzig. 1901.
- 20.- World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. World Health Organization, Geneva, 1992.



En prensa:

Curso sobre Psicopatía

Los extravagantes

Hugo Marietan, 2009, 496 p

ISBN 978 987 1510 03 0

Es curso abarca desde los aspectos históricos, pasando por las características distintivas del psicópata, hasta formular una teoría sobre la existencia de estos seres tan particulares pero indistinguibles a una observación no entrenada para detectarlos. Y en estas técnicas de detección abunda el autor, usando los recursos de la pedagogía adquiridas en más de veinte años de docente en el hospital Borda y Moyano, a fin de que el lector tenga un conocimiento enriquecido sobre estas personalidades. Marietan destruye viejos mitos que impidieron tener una idea clara sobre esta investigación. Las viejas sentencias son refutadas: «No aprenden con la experiencia», «Incapacidad de amar», «Falla en el control de los impulsos»...

Esta nueva postura sobre la psicopatía que inaugura Marietan abrirá, seguramente, el necesario debate sobre este postergado tema.

Informes en:

<http://www.marietan.com>