



Aproximación a las psicosis para el médico de Atención Primaria

F. J. PIEDRA TUTOR

Médico Interno Residente de 2º año en Medicina de Familia. Hospital Virgen de la Luz (Cuenca).

Premio SEMG/SANED 2002 al mejor trabajo de Revisión sobre Atención Primaria.

■ INTRODUCCIÓN

Sabemos de la importancia y el peso que las enfermedades de índole psiquiátrica tienen en la consulta del médico de Atención Primaria. A pesar de que los trastornos de ansiedad y de depresión son, con mucho, los más frecuentes, epidemiológicamente las psicosis también resultan muy importantes. La psicosis más frecuente, la esquizofrenia, casi alcanza al 1% de la población, lo que supone que 400.000 personas en España en algún momento de sus vidas han padecido esta enfermedad. Además, este grupo de enfermedades son las más impermeables a las influencias culturales en distintos países en cuanto a sus incidencias y prevalencias, con las salvedades que luego veremos.

Las psicosis son las enfermedades más específicamente psiquiátricas, frente a otras más emparentadas con la psicología clínica, debido a su sustrato biológico, más o menos evidente, pero al menos así postulado por la comunidad científica.

Caso clínico a modo de ejemplo

Se trata de un joven de 18 años, en general simpático, estudioso, respetuoso con sus padres, que cuando ingresa en la Universidad comienza a descender en su rendimiento. Sus compañeros le notan apático, no toma notas en clase y deja de relacionarse con sus amigos. Posteriormente comenta a sus padres que la carrera elegida ha perdido interés para él, que le es indiferente lo que le cuentan

en clase. Sus padres, que ya han notado su apatía, le preguntan por lo que le interesa y por lo que desea para su futuro. Contesta que necesita un período de reflexión para saber cuál es su posición en el mundo y lo que ha venido a hacer aquí. Decide estudiar temas sobre espiritismo y comienza a asistir a conferencias sobre esas cuestiones donde toma notas. Sus padres le buscan un trabajo como empleado en una oficina, en la cual demuestra un escaso rendimiento. Sus compañeros de trabajo comentan que les parece un individuo frío, de difícil acceso y de muy pocas palabras.

Mientras tanto, él continúa sus estudios sobre espiritismo. Su familia descubre que, en realidad, las notas que tiene en casa son un acúmulo de datos incomprensibles e inconexos sobre los temas más variados. Por otra parte, la frialdad emocional es notoria. No le afectan en absoluto los acontecimientos alegres de la familia como el matrimonio de una hermana, ni los luctuosos, como el fallecimiento del padre.

Finalmente se le cesa en el empleo, tema que parece importarle poco, y se entrega a su solitaria búsqueda de la esencia misma de la vida y del soporte del Universo.

Este cambio de personalidad, que ha aparecido de manera tan insidiosa, puede no ser captado, sobre todo inicialmente, por sus familiares si no son lo suficientemente avispados. Es posible, a pesar de todo, que, hoy en día, en este punto a cualquiera se le ocurriría enviar al paciente a una con-



sulta médica. Pero tal vez alguien podría pensar, sobre todo en determinados ambientes, que esta persona está llamada a ser un gran filósofo, o un gran visionario, especialmente si el enfermo es lo bastante persuasivo, de manera que no se les ocurriría dar ese paso. Otros pensarían que cualquiera puede tener la libertad de dedicarse a temas espiritistas.

Sin embargo, a esta persona sólo podría catalogársela de enfermo psicótico en una exploración psiquiátrica. Con este caso se pretende mostrar que, aunque la sintomatología de los enfermos psicóticos puede parecer muy clara y abigarrada, hay casos donde sólo concurren cambios sutiles que es necesario explorar lo suficientemente bien por el médico de Atención Primaria para tomar las medidas oportunas. También el tema que aquí se expone puede aclarar a más de uno cuál es el manejo de un paciente psicótico en situaciones de urgencia, o en situaciones estables, cuáles son los consejos que deben darse a la familia, así como hacer entender mejor a ésta las medidas que toma el especialista.

Todas estas cuestiones deben ser conocidas por el médico de Atención Primaria.

Definición de psicosis

Enfermedad mental que altera la estructura de la personalidad del individuo, que cursa con alteraciones en los procesos de percepción, conocimiento, pensamiento y conducta. El enfermo pierde el contacto con la realidad, al menos parcialmente.

■ ESQUIZOFRENIA

La cuarta edición del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales lo describe como una alteración que persiste al menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes con síntomas de fase activa, como, por ejemplo, dos o más de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos (p. ej.: aplanamiento afectivo, alogia, abulia). Habitualmente los pacientes esquizofrénicos tienen escasa conciencia de la naturaleza y gravedad de la enfermedad.

Aunque a partir de esta definición el diagnóstico parece sencillo, hay que conocer los síntomas ge-

nerales y los específicos para el diagnóstico de las diferentes formas clínicas de la esquizofrenia, así como el diagnóstico diferencial con otras entidades psiquiátricas y otras enfermedades médicas que muestren síntomas psiquiátricos.

Epidemiología

En algún momento de su vida el 0,7-0,9% de la población ha padecido esta enfermedad. Parece existir un ligero predominio en el sexo masculino. Suele debutar en la adolescencia o juventud. Afecta sobre todo entre los 15 y 25 años en los varones y entre los 25 y los 35 en las mujeres. En el 90% de los casos los enfermos son diagnosticados entre los 15 y los 55 años. Es de 3 a 5 veces más frecuente en los solteros, sobre todo varones, y más frecuente también en las áreas socioeconómicas menos favorecidas. En los países de clima templado se ha observado un aumento de incidencia en personas que nacieron en los meses de invierno ¿Existirá alguna relación con alguna infección viral, como la gripe, durante el embarazo, y la esquizofrenia?

Características generales

La carta de presentación de la esquizofrenia en nuestra consulta es la incomprendibilidad psicológica. Cuando nos enfrentamos al paciente nos damos cuenta del contenido absurdo de sus ideas, de la absurdidad de la conducta, de la ausencia del sentido crítico ante los fenómenos perceptivos y la ausencia de lógica en el curso del pensamiento. Aunque de forma oficial no se considera criterio diagnóstico esa sensación de extrañeza e incomodidad que nos produce la presencia de un esquizofrénico, de impenetrabilidad en su mundo y extravagancia de sus actos y pensamiento, tiene en la práctica un valor diagnóstico porque es una experiencia común y compartida por los psiquiatras. Se dice del enfermo que "huele" a esquizofrénico o que muestra "vivencia de esquizofrenia".

¿Qué aspecto general presenta, un esquizofrénico que acuda a nuestra consulta? El abanico es muy amplio: desde descuidado y desaseado a extremadamente acicalado; mantiene una actitud desde mutista o de respuestas cortas con inmovilidad, a agitada, sin mediar provocación.

Clínica. Forma de inicio

Puede instaurarse de forma aguda o, lo que es más frecuente, de forma insidiosa, coincidiendo con

épocas de cierto estrés (primer trabajo, matrimonio, mayor exigencia en los estudios, pérdida afectiva, paro laboral...). Para el diagnóstico se precisa, además de la evolución del estado mental del paciente, su historia clínica. Está descrita una historia premórbida típica, aunque no constante: persona joven con una personalidad retraída, introvertida, aislada, tal vez algo extraña, de personalidad esquizotípica (de pensamiento mágico y presencia de ilusiones y percepciones particulares) o esquizoide (frialdad emocional, desinterés por el entorno, aislamiento social). De niño no tenía amigos y prefería los entretenimientos individuales, como ver la televisión a los juegos colectivos o en equipo. Los síntomas prodrómicos suelen diagnosticarse de forma retrospectiva. Sobre esta personalidad comienzan a producirse cambios que marcan la ruptura de su vida psíquica, que transforman al paciente en un ser diferente. Externamente el paciente, a lo largo de varios meses, va mostrando ideas esrafalarias, obsesiones por cuestiones abstractas, místicas, al tiempo que su vida social y laboral se va paulatinamente deteriorando. La conducta, las percepciones y la afectividad se van volviendo paulatinamente más extrañas.

El paciente no entiende lo que le pasa, pero, habitualmente, no tiene una actitud crítica hacia la percepción de distorsión del mundo que sufre ni ante los fenómenos internos que experimenta.

La extrañeza con la que se le presenta el mundo le lleva a las conclusiones más dispares: piensa que va a suceder una calamidad o que se acerca el fin del mundo. Se siente cambiado, pero, en vez de pensar que está sufriendo una enfermedad mental, interpreta que realmente está transformándose y se identifica con los personajes más extravagantes porque cree que puede controlar los acontecimientos de forma extraordinaria: "hago brotar las flores", "soy el representante de los extraterrestres para anunciar el fin del mundo". Al mismo tiempo conserva la orientación hacia su persona y se produce el fenómeno de la doble orientación: "Mi nombre es Juan Alcalde Escribano pero en realidad soy Enrique el Navegante". Es típico que estos delirios los acepte el paciente sin pruebas, a modo de revelación.

La actitud del paciente ante las alucinaciones es variable. Al principio puede expresar sorpresa, angustia y temor. Otros se adaptan rápidamente a ellas. En los que muestran temor, el miedo a volverse locos les lleva a una reacción depresiva con tendencia al suicidio; son pacientes que ocultan las alucinaciones y el

hecho de que el médico "adivine" su presencia les tranquiliza.

Contenido y curso del pensamiento

Ya sabemos que las ideas delirantes son equivocadas, que aparecen a través de la vía psicopatológica y de las que el explorador no puede sustraer al paciente mediante argumentos lógicos.

Los temas delirantes son variados y reflejan las ideas del paciente, sus creencias y la interpretación de sus sensaciones. Los temas suelen ser persecutorios, de perjuicio, grandiosidad, religiosos o somáticos.

También pueden ser muy extravagantes: "cuando tomo sopa siento cómo se derrumban los cimientos de la mitad derecha del universo", "debo convenecer a los espíritus subterráneos para que no rapten a las muchachas de la ciudad". Delirios con temas tan extraños son, por sí mismos, criterio diagnóstico, sin necesidad de la presencia de otros síntomas característicos. También pueden preocuparse intensamente por temas abstractos, esotéricos, filosóficos o religiosos.

Son frecuentes los temas delirantes sobre el esquema corporal: "alguien me come los intestinos pero antes de despertar me vuelven a crecer", "puedo beberme todo el agua del mar", "mis brazos y mis piernas se alargan y puedo saltar por encima de las montañas". En la novela "El licenciado Vidriera", de Cervantes, tenemos la descripción de uno de estos temas delirantes: el protagonista cree ser un hombre de vidrio por lo que renuncia ser abrazado por sus amigos y recurre a ser transportado en una banasta de paja para poder viajar, por miedo a romperse. También podríamos ver el fenómeno de la pérdida de los límites del yo: el paciente experimenta la fusión física con elementos extraños a él (una silla, por ejemplo), con una persona o con todo el Universo.

Los delirios llegan al paciente en forma de intuición o revelación. No intenta demostrar la realidad de sus ideas. Si le preguntamos nos responde que él sabe que eso es así porque sí. Estos temas delirantes sin argumentos se denominan "insistemizados". No siempre son tan claros; se demuestran a veces sólo como un fallo en la argumentación y se distinguen en ello de los delirios sistematizados del trastorno delirante crónico.

Frecuentemente el paciente cree que alguien le persigue o le amenaza. Esta idea se reafirma en la



mente del enfermo cuando se producen los fenómenos de bloqueo del curso del pensamiento y las alucinaciones auditivas. El paciente, debido a la pérdida de conciencia de enfermedad, les da una interpretación fantástica: cree que alguien tiene el poder de robarle, adivinarle e introducirle ideas en su mente, y que puede controlarle a distancia mediante telepatía o acción de ondas electromagnéticas o por fuerzas sobrenaturales de los espíritus. Éstos son los llamados fenómenos esquizofrénicos "parásitos" o "automatismos mentales de Clerambault".

Además de alteración en el contenido, también la hay en el curso del pensamiento, que podemos explorar mediante el lenguaje hablado. Este puede hacerse disgregado, es decir, no une las frases por nexos. "Buenos días; sí, buenos días. La vida es dulce como la miel ¿También le gusta a usted el azúcar? Fábrica de azúcar, la caña de azúcar. La caña. La caña y la cuerda ¿Se quiere usted ahorcar? Usted es un asesino. El cuello, el cuello de la camisa. Blanca como la nieve, como la inocencia de una jovencita, en la callecita, o en la calleja, o en la molleja. La pata. La pata del perro." (testimonio recogido por el Dr. Rafael Larrea Lacle). ¿Qué observamos en este discurso? los nexos se aplican mediante similitudes fonéticas, sinonimias o metonimias, no hay ninguna relación argumental.

La actitud puede ser amanerada, con tono artificioso y estereotipias. Inventa palabras procedentes de alucinaciones, o porque el lenguaje normal le resulta inadecuado para expresar las ideas, o porque las ideas delirantes le hace hablar en clave. La actitud general extravagante del paciente le hace musitar las palabras y puede llegarse a una desorganización tal, que el lenguaje queda transformado en la producción de sonidos guturales.

Por otra parte se dan también las pararrespuestas: un paciente coherente que responde sin relación a lo que se le pregunta ("¿Qué tal está? La luna mengua a fin de mes")

Alucinaciones

Las alucinaciones de la esquizofrenia suelen ser auditivas y, de forma más específica, en psicopatología se denominan pseudoalucinaciones, porque el paciente cree oír voces dentro de su cabeza, ya que las alucinaciones propiamente dichas se experimentan fuera del espacio corporal. El paciente cree oír voces o conversaciones que comentan sus acciones, que repiten sus pensamientos o son imperativas o insultantes, o ruidos o gritos.

Sin embargo, también son posibles las alucinaciones visuales, olfatorias, gustativas y cenestésicas y del esquema corporal, de manera que a veces es muy difícil discernir qué son ideas delirantes y qué son alucinaciones. Pero las alucinaciones no auditivas, al no ser típicas de la enfermedad, nos deberían hacer sospechar organicidad, un tumor cerebral, por ejemplo. En cualquier caso siempre es necesario descartarla. En la presentación de ilusiones o alucinaciones también habría que pensar en el consumo de sustancias tóxicas.

Trastorno de la afectividad

Ante la invasión de alucinaciones y delirios, el paciente reacciona aislándose del entorno ("autismo"). Dice que no puede "confiar en nada ni en nadie" al arraigarse su delirio de persecución. Además, la afectividad se empobrece ("aplanamiento afectivo", vacío de afectividad) y sus reacciones emocionales se vuelven absurdas con trastornos en la adecuación (risas inmotivadas, por ejemplo) y manifestaciones afectivas de contenido insípido. La mímica puede ser inadecuada al tema de conversación y puede recibir alegramente la noticia de una tragedia ("pararrespuesta afectiva"). También es posible el bloqueo afectivo en las situaciones de catatonía: parece existir la ausencia episódica de afectividad cuando lo que realmente padece el enfermo es la imposibilidad de expresión.

Psicomotricidad

También en este capítulo la variedad clínica es amplia.

Podemos ver lo que se llama "conducta desorganizada" o absurda, presidida por la desinhibición y la alimentación anómala. Estos pacientes presentan encopresis y enuresis y son capaces de comerse sus heces (coprofagia). Algunos interpretan estos fenómenos como regresiones a etapas infantiles del psiquismo. De cualquier manera, estos cuadros son hoy en día muy difíciles de ver: actualmente los neurolépticos impiden frecuentemente la aparición de cuadros tan llamativos. Por otra parte, y formando parte de su negativismo general, estos pacientes pueden negarse a comer debido a sus ideas delirantes; es la llamada anorexia psicógena.

En formas agudas se presenta la agitación y el síndrome catatónico que después estudiaremos.

En algunos pacientes no tratados existe la posibilidad real de la comisión de actos violentos. La agitación es una urgencia médica que requiere la admi-

nistración de antipsicóticos clásicos, contención mecánica y aislamiento. Está claro que, ante la sospecha durante la entrevista que el paciente puede actuar violentamente, la entrevista debe ser interrumpida o llevarse a cabo en compañía de personal auxiliar preparado.

La tasa de suicidio alcanza en esta enfermedad el 50% en lo que se refiere a tentativas, se produce la muerte en el 10-15% de los pacientes esquizofrénicos por este motivo. Es prudente considerar la posibilidad de que lo que aparentemente es catalogado como aplanamiento afectivo sea realmente una depresión post-reagudización. También los contenidos delirantes o las órdenes alucinatorias pueden impulsar al paciente al suicidio. En cuanto al homicidio, no hay mayor tasa que en la población general.

Aparecen estereotipias (repetición persistente de palabras o gestos) y manierismos, que consisten en movimientos superfluos e inútiles que complican los actos ordinarios: marcha con contorsiones, escritura sobrecargada de curvas ornamentales, expresiones mímicas que no corresponden a un estado afectivo real, etc.

Cognición

– Orientación: el paciente está orientado, puede darse el fenómeno de la doble orientación y de las respuestas extravagantes, sin que exista una desorientación real.

– Memoria respetada, pero puede resultar imposible que el paciente preste atención a la prueba de memoria para que ésta sea correctamente evaluada.

– Juicio: existe una escasa conciencia de la naturaleza y de la gravedad de la enfermedad (Tabla I).

Clásicamente se establece la distinción entre los llamados síntomas positivos o productivos y los negativos o deficitarios. Los síntomas positivos son semejantes a los síntomas de primer rango de Schneider y los negativos se asimilan a los síntomas primarios o fundamentales de Bleuler (Tabla II).

Criterios diagnósticos y formas clínicas

La clasificación DSM-IV contiene los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia más ampliamente aceptados.

A. Dos o más de los siguientes síntomas característicos.

- Alucinaciones.
- Delirios.

- Lenguaje desorganizado.
- Comportamiento catatónico.
- Síntomas negativos: aplanamiento afectivo, alergia, abulia.

Si las alucinaciones consisten en voces que comentan el pensamiento del paciente, o su comportamiento, o son voces que dialogan o los delirios son extravagantes, sólo se requiere un síntoma para completar este criterio.

B. Disfunción social /laboral (trabajo, relaciones interpersonales, autocuidado).

C. Duración total del cuadro de al menos 6 meses (un mes con el criterio A, o menos si se ha tratado con éxito), incluyendo el período de síntomas prodrómicos y residuales.

D. Exclusión del trastorno esquizoafectivo y del trastorno del ánimo.

E. Exclusión del consumo de sustancias tóxicas y de enfermedad médica.

Basándose en la expresión clínica, el DSM-IV clasifica los siguientes subtipos de esquizofrenia: paranoide, desorganizado, catatónico, indiferenciado y residual.

Paranoide

El diagnóstico se basa en la presencia de ideas delirantes a lo que se suman las alucinaciones. Frente al trastorno delirante crónico (la antigua paranoia), la personalidad prepsicótica del paciente no tiene elementos paranoides, pero tampoco esquizoides ni esquizotípicos, como ocurre en otras formas de esquizofrenia. El paciente tiene una personalidad aparentemente normal y se reserva para sí mismo sus ideas de persecución o grandeza hasta que un día comienza a decir que quieren envenenarle. Al principio los delirios son muy sistematizados, por lo que se plantea el diagnóstico diferencial con el trastorno delirante. La presencia de alucinaciones orienta el diagnóstico hacia la esquizofrenia paranoide, salvo que las alucinaciones sean táctiles u olfatorias, y en relación con el tema delirante. Por otra parte, preguntando cuidadosamente por el delirio, encontramos en la esquizofrenia paranoide rasgos de incoherencia. Con el tiempo el delirio se hace más incoherente hasta disgregarse completamente.

Aparece a una edad más avanzada que en el resto de formas clínicas (al final de la veintena o en la treintena) y no existe regresión intelectual en los ámbitos en los que no está afectado su psiquismo.



■ TABLA I

Ejemplos literarios de síntomas esquizofrénicos

Delirio sobre el esquema corporal

("El licenciado vidriera" de Miguel de Cervantes)

"Imaginóse el desdichado que era todo hecho de vidrio, y con esta imaginación, cuando alguno se llegaba a él, daba terribles voces pidiendo y suplicando con palabras y razones concertadas que no se le acercaran, porque le quebrantarían; que real y verdaderamente él no era como los otros hombres: que todo era de vidrio, de pies a cabeza"

Delirio primario, insistemizado. Posible interpretación fantástica de vivencia de control de pensamiento

Delirio de Daniel Paul Schreber presidente del senado del Alto Tribunal de Dresde, recogido en su ensayo autobiográfico

"Memoria de un enfermo de los nervios" (1903):

"Por fin está totalmente claro, que Dios habla conmigo a través del Sol, y también que a través suyo crea y sorprende. El conjunto de nervios divinos o rayos los podríamos imaginar como desparramados por puntos concretos del espacio, evidentemente muy alejados de los cuerpos celestes perceptibles con nuestros más agudos telescopios, o llenando la totalidad del propio espacio"

(Publicado en "Crónica de la Medicina" Ed. Plaza & Janés. 1ª Edición oct. 1993, Barcelona)

Vivencia de influencia (automatismos de Clerambault) / Alucinaciones auditivas

(De la canción "El amante de fuego" del disco "¿Dónde está el país de las hadas?" de "Mecano" 1983 Discos CBS SA

"Siento alguien dentro
me quema y me da miedo,
me habla, me grita
que tengo que ser fiel
que mi alma es de él"

Alucinaciones auditivas

(De "El corazón delator" de Edgar Allan Poe)

"¡Es cierto! Siempre he sido nervioso, muy nervioso, terriblemente nervioso. ¿Pero por qué afirman ustedes que estoy loco? La enfermedad había agudizado mis sentidos, en vez de destruirlos o embotarlos. Y mi oído era el más agudo de todos. Oía todo lo que puede oírse en la tierra y en el cielo. Muchas veces oí en el infierno. ¿Cómo puedo estar loco, entonces?"

Esquizofrenia catatónica

(De "Locos egregios" (34ª edición) de Juan Antonio Vallejo-Nágera. Planeta. 1991. Barcelona)

En este libro se hace una descripción del cuadro clínico del bailarín Vaslav Nijinsky, que padeció durante los últimos treinta años de su vida una esquizofrenia catatónica. Así se relata el debut de la enfermedad, precisamente en un escenario:

"Sentándose en una silla frente a la audiencia, quedó mirándoles fijamente. Pasaron minutos, y minutos... y media hora" Un tiempo después recibe la visita de su amigo Diaghilev: Diaghilev, recibido con una mirada vacía, le dijo: "Tienes que volver a bailar para los ballets rusos y para mí. Nijinsky interrumpió su silencio de varios meses: "No puedo, porque estoy loco"

Desorganizado

Es una forma precoz, aparece antes de los 25 años y de modo paulatino. Los síntomas comienzan con manifestaciones inespecíficas derivadas del desgobierno del psiquismo: tiene dificultad para concentrarse en la lectura, se distrae fácilmente... Lo más de-

finitorio es el trastorno del pensamiento y el lenguaje, y del comportamiento, que se hace primitivo, desorganizado, de características insulsas, pero no llega a cumplir los criterios catatónicos. Las respuestas emocionales son inapropiadas. Es en esta forma donde aparecen más frecuentemente los automatismos men-

■ TABLA II

Síntomas de primer rango de Schneider

- Alucinaciones auditivas.
- Percepción delirante.
- Trastornos de la propiedad del pensamiento (robo, inserción y emisión del pensamiento).
- Vivencias de control o influencia de la voluntad, el sentimiento o la iniciativa.
- A lo que podría añadirse como síntoma positivo: catatónía.

Síntomas primarios de Bleuler

- Asociaciones laxas (disgregación de ideas).
- Aplanamiento afectivo.
- Autismo.
- Ambivalencia (pérdida de iniciativa).
- A lo que puede añadirse como síntoma negativo: abulia, apatía, vida anárquica, desorganizada, alogia (empobrecimiento de ideas).

tales de Clerambault y donde más frecuentes son las alteraciones del esquema corporal, con temas delirantes en torno a él.

Catatónico

El rasgo distintivo es la alteración de las funciones motoras: estupor, actividad motora exagerada (sin estímulos externos), adopción de posturas extrañas, flexibilidad cérea y manierismos, negativismo, ecolalia y ecopraxia. Hoy en día es menos frecuente en el mundo occidental.

El paciente es capaz de mantener una postura durante varias horas, aunque sea incómoda y antigravitacional. También es posible el síndrome hipercinético: multitud de movimientos sin ninguna intencionalidad que el paciente mantiene en muy poco espacio, por ejemplo dando vueltas sobre sí mismo, agachándose y levantándose y dando volteretas sin desplazamiento. Pueden alternarse estos episodios con fases de inmovilidad.

Indiferenciado

Es una forma rara. Su existencia es rebatida por algunos autores. Se caracteriza por presentar una conducta extravagante y por empobrecimiento afectivo y aislamiento. No se observan fácilmente signos positivos (alucinaciones, delirios). Aun sin cumplir los criterios de las anteriores modalidades, son claramente esquizofrénicos por los criterios del DSM-IV.

Residual

Es la etapa final de la esquizofrenia. Tras un cuadro esquizofrénico el paciente deja de encajar clínicamente en los anteriores criterios. Tiene embotamiento afectivo, aislamiento social, comportamiento excéntrico, pensamiento ilógico con pérdida de aso-

ciaciones y pobreza de lenguaje. Las alucinaciones y los delirios, si existen, no son acusados ni producen carga afectiva.

Diagnóstico diferencial

Esta parte del tema es muy importante. Después de todo lo que ya sabemos de la esquizofrenia, puede parecer que el diagnóstico es muy claro debido a lo llamativo de los síntomas, pero antes de lanzarnos al diagnóstico debemos tener en cuenta que muchos cuadros psiquiátricos y somáticos pueden simular una esquizofrenia. Hay muchas alteraciones neurológicas que pueden confundirnos. Tanto es así, que incluso, aunque el paciente lleve un diagnóstico previo de esquizofrenia, no nos debe hacer descartar otras patologías. Muchos pacientes afectos de enfermedad de Huntington pueden ser catalogados de esquizofrénicos durante años antes de presentar trastornos del movimiento. Trastornos de muy diferente naturaleza (metabólicos, como la enfermedad de Wilson; infecciosos, como la encefalitis herpética; reumatológicos, como el lupus eritematoso sistémico...) pueden debutar con cuadro psiquiátrico.

¿Cómo orientarnos? En presencia de síntomas raros o poco comunes, como la alteración del nivel de conciencia, nos debe hacer sospechar que el diagnóstico puede no ser el correcto o, al menos, el definitivo. Las alucinaciones típicas de la esquizofrenia son las auditivas; las visuales también podrían presentarse pero son más típicas de cuadros orgánicos. En cualquier caso, deberían descartarse los tumores cerebrales aun con alucinaciones auditivas.

En lo que respecta a la alteración del nivel del sensorio, su presencia descarta la esquizofrenia, porque corresponde a patologías de base somática. Asimismo los esquizofrénicos no están exentos, como



■ TABLA III

Enfermedades médicas que precisan diagnóstico diferencial con esquizofrenia

1. Cuadros inducidos por sustancias tóxicas (opiáceos, alucinógenos, estimulantes (cocaína, anfetaminas), abstinencia de sedantes).
2. Epilepsia, sobre todo del lóbulo temporal.
3. Lesiones del SNC, sobre todo en las regiones frontales y límbicas: neoplasias, enfermedades cerebrovasculares, traumatismos.
4. Otras patologías: sida, porfiria aguda intermitente, deficiencia de vitamina B-12, intoxicación por CO, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, encefalitis herpética, enfermedad de Huntington, neurosífilis, hidrocefalia normotensiva, pelagra, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Wernicke-Korsakoff, enfermedad de Wilson, entre las más importantes.

ninguna otra persona, de contraer enfermedades orgánicas, por lo cual nunca deberemos descartar esta posibilidad (Tabla III).

Por otra parte, es importante consignar en la historia clínica los antecedentes familiares de enfermedades médicas, neurológicas o psiquiátricas.

Diagnóstico diferencial con cuadros psiquiátricos

Trastorno esquizofreniforme: es un cuadro muy similar a la esquizofrenia y frecuentemente se plantea como un diagnóstico provisional porque la distinción diagnóstica sólo la establece la duración de los síntomas: si el cuadro no alcanza los 6 meses se habla de trastorno esquizofreniforme. En caso de no llegar al mes de sintomatología, estamos ante un trastorno psicótico breve, donde se observa una completa remisión y porta un pronóstico favorable.

En el trastorno esquizoafectivo se reúne sintomatología esquizofrénica y de tipo depresivo o maníaco (euforia y expansividad). Ahora bien, tras un episodio esquizofrénico ya hemos visto que puede presentarse un cuadro de depresión postpsicótica que puede tratarse con un antidepresivo tricíclico o con un serotoninérgico. Para el diagnóstico diferencial debe observarse la evolución del paciente. Si se asocia la manía con los síntomas esquizofrénicos habría que combinar neurolepticos con litio. Además del tratamiento farmacológico, se precisa hospitalización e intervención social.

Etiología

Antes de hablar del tratamiento es importante conocer cuáles son las vías de investigación actuales sobre el origen de esta enfermedad.

– Factores biológicos: la importancia de los factores biológicos recae sobre la alta prevalencia de afectos en los familiares de primer rango de los enfer-

mos en los estudios de prevalencia en los gemelos uni y bivitelinicos, y sobre los estudios de adopción. Estudiando la incidencia de la esquizofrenia en familiares biológicos de afectados adoptados por personas no afectadas, se pretende eliminar el posible efecto nocivo que pudiera derivarse de la convivencia en familias de esquizofrénicos sobre sus hijos. Los resultados de estos estudios siguen subrayando la importancia de la genética sobre el ambiente en la aparición de la enfermedad (Tabla IV).

– Modelo de diátesis-estrés: una persona con cierta vulnerabilidad ante cierto factor estresante es susceptible de sufrir los síntomas. El factor estresante puede ser infeccioso (una infección), ambiental (situación familiar estresante) o ambos. Parece ser que la infección materna de gripe durante el 2º trimestre de embarazo duplica o triplica el riesgo con respecto al primer o tercer trimestre. Durante el segundo trimestre se produce el máximo desarrollo del lóbulo temporal y de la corteza frontal. En cuanto al ambiente psicosocial esquizofrenógeno, haciendo referencia al bajo nivel social, soltería... más bien parece una consecuencia que una causa de la enfermedad (deriva social por la propia enfermedad), pero el alto nivel de expresividad emocional y los comentarios hostiles hacia el paciente se relacionan con una alta tasa de recidivas. La actitud patológica de los familiares aumenta el estrés emocional con el que el paciente debe enfrentarse.

– Teorías sociales: la sociedad industrial y la urbanización parecen afectar a la incidencia. Hay un mayor porcentaje de casos en la ciudad que en el campo y también se eleva en países que se están incorporando a la industrialización. Hoy en día parece que más influyen estos factores sobre la edad de inicio y en la gravedad de la enfermedad que como elementos causantes.

– Anatomía de las lesiones: disminución del volumen frontal, tanto de sustancia blanca como gris, aumento del tamaño de los surcos, aumento del tamaño de los ventrículos, alteración en la zona límbica.

– Estudio con la tomografía de emisión de positrones (PET): hipofrontalidad metabólica e hiperfunción del lóbulo temporal izquierdo.

– TAC: aumento del tamaño de los ventrículos laterales y del III ventrículo. Aumento de tamaño de los surcos cerebrales, más prominentes en las áreas temporales y prefrontales.

– Hipótesis bioquímicas:

1. Hipótesis dopaminérgica: hiperactividad en el circuito mesolímbico e hipoactividad en el circuito mesocortical.

2. Hipótesis serotoninérgica.

3. Hipótesis del GABA.

4. Hipótesis del glutamato.

El circuito mesolímbico dopaminérgico está en relación con los síntomas positivos y el mesocortical, con los negativos. Los estudios sobre la responsabilidad de la serotonina en la etiopatogenia de la esquizofrenia son contradictorios. La aparición de los neurolépticos atípicos y los beneficios de sus efectos han hecho reavivar la polémica. En concreto, el bloqueo de los receptores de la serotonina de tipo 2 (5-HT₂) parece ser útil para reducir los síntomas psicóticos y atenuar los trastornos del movimiento asociados al antagonismo D-2.

Mención especial merece el glutamato, neurotransmisor modulador de las vías dopaminérgicas. El glutamato puede ser inhibido mediante el bloqueo de su liberación a través de su receptor NMDA. Ése es el motivo de los síntomas psicóticos desencadenados por la fenciclidina, el "polvo de ángel" o "píldora de la paz" (Peace pill o PCP) de los hippies de los años 60, porque bloquea precisamente ese receptor. La fenciclidina fue utilizada como anestésico, pero fue retirada poco tiempo después por los efectos psicóticos que producía en pacientes sanos. Curiosamente esos efectos sólo aparecían en adolescentes y en adultos, pero no en niños, lo que según Olney (1989) podría ser lo que justificase que la esquizofrenia apareciera clínicamente en la adolescencia: aunque los cambios estructurales se hubieran producido previamente, estos eran clínicamente silentes hasta esa edad. Esto es comprobable en el laboratorio, observando la neurodegeneración producida por los bloqueantes del glutamato en las regiones corticolímbi-

■ TABLA IV

Prevalencia de la esquizofrenia (en distintos grupos)

Grupo de población	Porcentaje %
Población general	1
Hermanos	8
Hijos con un padre enfermo	12
Gemelos dicigóticos	12
Hijos con ambos padres enfermos	40
Gemelos monocigóticos	47

cas de los cerebros de rata. Es decir, los esquizofrénicos puede que sufran un bloqueo constitucional del receptor NMDA del glutamato, que sólo se manifieste clínicamente a partir de la adolescencia. En cualquier caso, es un tema en investigación. Parece que hay múltiples sistemas de neurotrasmisión implicados en la esquizofrenia y que los neurolépticos pueden modular estos circuitos. También se han implicado los circuitos del GABA, noradrenalina y acetilcolina entre otros.

Tratamiento

Antes de nada, el médico de Atención Primaria debe valorar si el paciente sufre un proceso agudo intenso, que interfiere en la vida del paciente o si se trata de un proceso de menos intensidad. En caso de gran intensidad sintomática, agitación psicomotora y agresividad, el paciente debe ser remitido al servicio de urgencias hospitalario. En caso de menos intensidad, se puede realizar derivación programada; tras el diagnóstico y el control por el especialista psiquiatra, el médico de Atención Primaria debe participar en el seguimiento del paciente. En caso de producirse alguna descompensación, el paciente deberá ser remitido de nuevo al servicio de psiquiatría.

El tratamiento de la esquizofrenia es complejo pero, al menos conceptualmente, teniendo unas cuantas ideas claras podremos comprender el manejo de estos enfermos.

En primer lugar debemos tener en cuenta que esta enfermedad es de origen desconocido. Es verdad que los estudios epidemiológicos apuntan a una importante carga genética, pero la herencia no puede justificar todos los eventos que la rodean: en caso contrario, los gemelos monocigóticos tendrían una concordancia del 100%, cuando ésta sólo alcanza al 50%. Debido a las influencias que en el desarrollo



■ TABLA V

PET	Hipofrontalidad metabólica, hipofunción en regiones límbicas	Hiperfunción del lóbulo temporal izquierdo. Aumento del nº de receptores dopaminérgicos en el núcleo caudado
Hipótesis bioquímicas	Hipoactividad frontal, hipoactividad del circuito mesocortical	Hiperactividad dopaminérgica del circuito mesolímbico
TAC	Dilatación ventricular	Normal
Clínica	Síntomas negativos	Síntomas positivos
Ajuste previo	Deficiente	Bueno
Inicio	Insidioso	Agudo
Respuesta al tratamiento	Mala	Buena
Ejemplo	Desorganizado	Paranoide

■ TABLA VI

	Neuroléptico típico	Clozapina	Risperidona	Olanzapina
Bloq. Dopam.	Sí (D2)	Sí (D1, D4)	Sí (D2)	Sí (D2)
Bloq. Serot.	Escaso	Importante	Importante	Importante
Acción sobre síntomas posit.	Mejoría	Mejoría	Mejoría	Mejoría
Acción sobre síntomas negat.	Empeoramiento	Mejoría	Mejoría	Mejoría
Efectos adver. Extrapiramid.	Sí	Casi nulos	Pocos efectos	Pocos efectos
Efectos anticolinérgicos	Sí (más en los sedativos)	Sí	Menos	Sí
Agranulocitosis	No	Riesgo elevado	No	No
Riesgo de crisis convulsivas	Reducido	Elevado	Reducido	Reducido

de la esquizofrenia tienen diferentes factores (familiares, psicosociales, biológicos) debemos tratar de la forma más integral posible a este tipo de enfermos.

Tratamiento farmacológico

El objetivo del tratamiento farmacológico es reducir los síntomas al mínimo posible y evitar las recaídas, porque cada recaída agrava el deterioro del enfermo.

Podemos establecer una correlación clínica, semiológica, terapéutica y de respuesta al tratamiento (Tabla V).

En la tabla V debemos fijarnos en que los hallazgos anatómicos, metabólicos y bioquímicos deficitarios son los que se relacionan con los síntomas negativos, típicos de la esquizofrenia desorganizada, mientras que la hiperactividad se relaciona con los síntomas positivos y la esquizofrenia paranoide.

Ahora vamos a pasar a los medicamentos. Disponemos de cuatro grupos de fármacos:

- Neurolépticos típicos.
- Risperidona.
- Clozapina.
- Olanzapina.

Los neurolépticos típicos basan su acción antipsicótica en el bloqueo de los receptores dopaminérgicos D-2. El resto, los llamados neurolépticos atípicos, antagonizan receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos (Tabla VI).

Es lógico pensar que los neurolépticos típicos mejoren los síntomas positivos y empeoren los negativos, puesto que, al bloquear los receptores dopaminérgicos D-2, se inhibe el circuito mesolímbico, responsable de los síntomas positivos por la hiperactividad dopaminérgica; pero también los neurolépticos típicos inhiben el circuito mesocortical, res-

ponsable, en su hipoactividad, de los síntomas negativos, con lo cual los síntomas negativos no sólo no mejoran sino que pueden empeorar (Tablas VII y VIII).

Los efectos extrapiramidales precoces son una consecuencia lógica del bloqueo de los receptores D-2 y son más frecuentes en pacientes varones, jóvenes y con los neurolépticos llamados incisivos (de gran potencia en relación con la dosis y con escasos efectos anticolinérgicos y sedativos). Por eso estos neurolépticos se asocian a antiparkinsonianos como el trihexifenidilo (Artane) o biperideno (Akineton). El paciente puede sufrir una distonía, sobre todo al inicio del tratamiento y en caso de que suprima el tratamiento antiparkinsoniano. Consiste en una contracción mantenida (distonía) que puede interesar al cuello, musculatura ocular extrínseca, espalda y extremidades, lo que provoca una actitud de emprostotonos u opistotonos, e incluso, y lo que es más peligroso, puede producirse un espasmo laríngeo y el consiguiente riesgo de asfixia. Por tanto es una urgencia médica que se resuelve fácilmente con una inyección intramuscular de algún antiparkinsoniano (una ampolla de Akineton).

Habitualmente tras 6 meses de tratamiento, pueden producirse las llamadas discinesias tardías debidas a una hipersensibilidad funcional dopaminérgica adquirida con el tiempo. Se manifiestan con movimientos coreoatéticos, más frecuentemente faciobucolinguales incesantes. Debe retirarse la medicación, si es posible, o si persisten los síntomas, cambiar a Tioridazina o clozapina. En un elevado porcentaje remiten, sobre todo los casos leves. Es más frecuente en mujeres, mayores y con patología previa del SNC.

El síndrome neuroléptico maligno es una complicación temible, idiosincrática, que puede poner en peligro la vida del paciente. Cursa con rigidez muscular, hipertermia, alteración de la conciencia y disfunción autonómica, durante unas 24 a 72 horas, con una mortalidad entre el 15 y el 25% de los casos. Requiere un tratamiento intensivo consistente en la supresión de los antipsicóticos, control de los signos vitales y de la función renal, y la administración de agonistas dopaminérgicos (bromocriptina) y dantrolene (relajante muscular) (Tabla IX).

La escasa actividad D-2 de la clozapina da lugar a que parezca el tratamiento de elección. Sin embargo, debido a la posibilidad de la agranulocitosis fatal (1-2% de los pacientes tratados), la clozapina es

■ TABLA VII

Duración del tratamiento con antipsicóticos

Primer episodio	2 años como mínimo
Múltiples episodios	5 años como mínimo
Pacientes peligrosos	Indefinido

■ TABLA VIII

Efectos secundarios más importantes de los neurolépticos

1. Sedación (efecto antinoradrenérgico y antihistamínico).
2. Efectos extrapiramidales.
3. Síndrome neuroléptico maligno (síndrome extrapiramidal idiosincrático).
4. Anticolinérgicos: sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria.
5. Cardiovasculares: hipotensión ortostática.
6. Endocrinológicos: amenorrea, galactorrea, impotencia.
7. Hematológicos: agranulocitosis (clozapina)

un tratamiento de segunda línea. Dejando aparte la clozapina, los neurolépticos modernos son bastante seguros. Se contraindican en caso de:

- Historia de reacción alérgica grave.
- Sospecha de ingesta de depresores del SNC (alcohol, opiáceos, benzodicepinas, barbitúricos o anticolinérgicos).
- Anomalías cardíacas graves.
- Crisis convulsivas.
- Glaucoma de ángulo cerrado.

La elección del fármaco depende de la experiencia anterior que se tenga con el paciente y del perfil de efectos secundarios.

Los neurolépticos típicos han ido quedándose relegados a las situaciones agudas, de urgencias; se precisa entonces una administración cada hora o cada dos horas.

En cuanto al tratamiento de base, deben esperarse los efectos durante dos semanas. Deben considerarse entre las razones del fracaso el incumplimiento, por lo que es bueno pedir los niveles plasmáticos de los fármacos. En pacientes que no siguen la pauta, habrá que recurrir a las formas depot, como la de la flufenacina (Modecate). Si en esas dos semanas no hay mejoría, habrá que variar el neuroléptico (variando de grupo) o asociar litio, anticonvulsivantes (valproato, clonazepam) o benzodicepinas.



■ TABLA IX

Tratamiento de los efectos extrapiramidales

Aparición	Tipo	Tratamiento
Aguda	Distonías	Biperideno (Akineton) Trihexifenidilo (Artane)
Subaguda	Parkinsonismos (temblor, rigidez, acinesia) Temblor fino distal, labios de conejo ("rabbit syndrome") Acatisia (inquietud, dificultad para mantenerse quieto)	Anticolinérgicos Reducir la dosis de neuroléptico. Benzodiacepinas. Betabloqueantes.
Tardíos	Discinesia	Retirar medicación, si es posible. Tioridazina, clozapina. Litio, carbamacepina, benzodiacepinas.
Idiosincrático	Síndrome neuroléptico maligno	Supresión de antipsicóticos. Cuidados intensivos. Control vital y renal. Bromocriptina. Dantrolene.

■ TABLA X

Neurolépticos más usados en Atención Primaria

	Dosis en fase aguda (mg/día)	Dosis de mantenimiento (mg/día)
Neurolépticos típicos sedativos		
Clorpromazina (Largactil, c. de 25 y 100 mg)	50-500	75-200 (en tres tomas)
Tioridazina (Meleril, frag. de 50 y 100 mg)	150-600 (en 2 ó 3 dosis)	100-200 (en 2 ó 3 dosis)
Levomepromazina (Sinogan, c. de 25 y 100 mg, got. 40 mg/ml)	10-25 (inicio, en dos tomas, dosis nocturna mayor)	100 / 8 horas (dosis máx, aumento desde el inicio según respuesta)
Neurolépticos típicos poco sedativos		
Haloperidol (c. de 10 mg, got. de 2 mg/ml)	2-15 (inicial, en 2 ó 3 dosis)	5-15 (máx: 50 en 2 ó 3 dosis)
Neurolépticos atípicos		
Risperidona (Risperdal, c. de 1, 3, 6 mg, sol 1 mg/ml)	2 (inicio, en 2 dosis, incremento gradual)	6-8 (máx: 12 mg)
Olanzapina (Zyprexa, c. de 2,5, 5, 7,5, y 10 mg)	10 (inicial, en una toma)	5-20 (en una toma)

Indicación de hospitalización

Se ingresará al paciente:

- Con fines diagnósticos.
- En caso de amenaza de suicidio u homicidio.
- Cuando la desestructuración de la actividad del paciente llegue a tal punto que no pueda realizar ni las actividades más elementales para la vida diaria.

Los ingresos deben estar orientados a la recuperación del paciente para su autocuidado y deben estar coordinados con centros de día para la reincorporación del paciente a la vida en sociedad dentro de unos límites razonables.

Terapias psicosociales

Agrupar diversas actividades:

■ TABLA XI

Recomendaciones para evitar las recaídas en un paciente psicótico

- Informar al paciente y la familia sobre la enfermedad con claridad.
- Dormir como mínimo ocho horas.
- No tomar estimulantes.
- Evitar el aislamiento. Facilitar la socialización.
- Realizar ejercicio moderado todos los días.
- No discutir innecesariamente sobre sus ideas delirantes.
- Reducir en la medida de lo posible el estrés.

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Terapia familiar: debe hacerse entender a la familia la enfermedad, de manera que puedan comprender al enfermo, qué se puede esperar de él y también para informar sobre el curso de la enfermedad, de manera que el ambiente familiar en el hogar contribuya a la recuperación y minimice el estrés que facilita la aparición de las recaídas.
- Terapia de grupo: ayuda a desarrollar la socialización.
- Psicoterapia individual: el acercamiento al paciente esquizofrénico debe ser cauteloso. Los intentos

de acercamiento provocan sensaciones de recelo en el paciente. Debe tener la sensación en estas sesiones de que se le entiende y de que se confía en él y en sus posibilidades, a pesar del comportamiento es-trambótico e inapropiado que muestre a veces. El hecho de sentirse comprendido puede beneficiar el curso de la enfermedad (Tabla XI).

Pronóstico

Del 20 al 30% de los pacientes son capaces de llevar una vida relativamente normal. Otro 20 al 30% presenta síntomas moderados no corregibles. Del 40 al 60% presenta un deterioro significativo a pesar de la medicación. Cerca de un tercio de los pacientes esquizofrénicos consigue llevar una vida integrada pero la mayoría tiene una vida inactiva, carente de objetivos, con hospitalizaciones frecuentes; en condiciones de pobreza o incluso de indigencia y sin hogar (Tabla XII).

■ **PSICOSIS EMPARENTADAS CON LA ESQUIZOFRENIA**

Trastorno esquizofreniforme

Los síntomas que presenta esta entidad son los mismos que los de la esquizofrenia; a diferencia de

■ TABLA XII

Factores de buen y mal pronóstico

Buen pronóstico	Mal pronóstico
Inicio tardío	Inicio precoz
Factores precipitantes evidentes	Sin factores precipitantes
Inicio agudo	Inicio insidioso
Cociente intelectual alto	Cociente intelectual bajo
Buena adaptación social premórbida	Escasa adaptación premórbida
Síntomas del trastorno del estado del ánimo	Aislamiento, conducta autista
Casado	Soltero, divorciado, viudo
Historia familiar de trastorno del estado del ánimo	Historia familiar de esquizofrenia
Buenos sistemas de apoyo	Pocos sistemas de apoyo
Síntomas positivos	Síntomas negativos
	Síntomas y signos neurológicos
	Historia de dificultades perinatales
	Ninguna remisión en 3 años
	Múltiples recaídas
	Historia de violencia



ésta, duran entre uno y seis meses. Es un diagnóstico provisional, ya que si los síntomas rebasan los seis meses, estaremos ante una esquizofrenia. Su prevalencia ronda el 0,2% a lo largo de la vida. Como siempre, hay que descartar patología orgánica y adicción a las drogas además de los cuadros psiquiátricos con los que está emparentado. Se debe tratar durante doce meses con neurolépticos y retirar paulatinamente luego, bajo control, por eventual reaparición de los síntomas psicóticos. Suele requerir ingreso, pero responde más rápidamente a los neurolépticos que la esquizofrenia, la mayor parte en la primera semana de tratamiento. Dos tercios de los casos evolucionan a esquizofrenia o a trastorno esquizoafectivo.

Trastorno psicótico breve

Los síntomas psicóticos duran más de un día y menos de un mes. Puede necesitar tratamiento neuroléptico, pero la recuperación a la situación anterior es completa.

Trastorno esquizoafectivo

Aquí se unen síntomas relacionados con el estado de ánimo (depresión o manía) con los de la esquizofrenia. Su prevalencia es del 0'5 al 0'8%. Para el diagnóstico diferencial debe observarse la evolución del paciente. Si se asocia la manía con los síntomas esquizofrénicos habría que combinar neurolépticos con litio. El trastorno esquizoafectivo tipo depresivo debe recibir antidepresivos o terapia electroconvulsivante antes de determinar falta de respuesta al tratamiento antidepresivo.

■ TRASTORNO DELIRANTE CRÓNICO

En el trastorno delirante crónico la única sintomatología son las ideas delirantes. Aparece un delirio sistematizado, en relación con las vivencias del sujeto, que intenta dar explicación racional a las ideas más absurdas. Se conserva la inteligencia, memoria, conciencia y raciocinio siempre que no afecte al tema delirante.

Epidemiología

Se estima una prevalencia del 0,03%. La edad media de inicio son los 40 años pero el rango de edades es muy amplio (de 18 a 90 años), con un ligero predominio del sexo femenino.

Etiología

Parece existir cierta agrupación familiar, pero los datos no son concluyentes. En relación con la aparición de la enfermedad se objetivan las siguientes circunstancias:

- Aislamiento (sordos, ciegos...).
- Estrés social (inmigrantes, altos cargos...).
- Personalidad paranoide, que se caracteriza por el orgullo, la desconfianza, la falsedad de juicio y la inadaptabilidad. En estos casos el trastorno delirante es de comienzo insidioso, de curso progresivo y de mal pronóstico.

Temas delirantes

- Persecutorio, el más frecuente. El cuadro progresa a la cronicidad.
- Erotomaniaco (síndrome de Clerambault): el paciente cree haber enamorado a alguien importante, basándose en hechos banales. Todas las negativas de la persona que cree enamorada son interpretadas como pruebas de amor. Los enfermos suelen ser personas aisladas, solteras y viven solas. A veces entran en conflicto con la ley al querer salvar a la persona objeto del delirio de peligros imaginarios (se han dado casos de asesinato al cónyuge para liberar a la persona de una imaginaria vida de sufrimientos). Los casos clínicos más frecuentes son de mujeres, pero las personas que más veces entran en conflicto legal son varones.
- Grandiosidad: creencia de tener un don no reconocido. A veces se basa en la creencia de tener una relación especial con una persona importante, o ser un profeta elegido por Dios. Muchos de ellos pueden convertirse en líderes de este tipo de cultos. Si el delirio se une al persecutorio acusador de la sociedad, el enfermo se puede convertir en un líder de un grupo antisocial. Este fue el caso de Charles Manson, el líder del grupo que asesinó a la actriz Sharon Tate y a sus invitados en su casa de Los Angeles en 1969.
- Celotípico (síndrome de Otelo): suelen ser hombres. El paciente piensa que su pareja le es infiel basándose en pruebas irrelevantes que considera evidencias: ropa desarreglada, un brillo especial en los ojos...Obliga a descartar alcoholismo.
- Somático: infecciones, infestaciones de insectos sobre o bajo la piel, dismorfofobia. Consultan a muchos médicos no psiquiatras. Responden específicamente al pimocida (Orap).
- Mixto.

Las remisiones se producen en los casos que se inician en la juventud, cuando hay un buen ajuste premórbido y en las formas somáticas.

El diagnóstico suele ser estable. Sin embargo, algo menos del 25% evoluciona a esquizofrenia y un 10% va a trastornos del estado del ánimo. Hay una recuperación del 50% y un empeoramiento de los síntomas en el 20%. El 30% restante evoluciona sin cambios.

Tratamiento

Es sobre todo psicoterápico. El médico debe estimular la motivación del paciente para recibir ayuda que en principio debe enfocarse a reducir la ansiedad e irritabilidad. La confianza y la buena sintonía entre el médico y el paciente deben forjarse a través de la empatía, intentando el terapeuta hacerse cargo del gran malestar que debe de sufrir el paciente, sin identificarse con su delirio.

De entrada no debe sugerirse que debe tratarse el delirio. Sólo debe hacerse comprender que sus ideas están interfiriendo la vida de los demás y la suya propia. Cuando el paciente duda acerca de sus ideas delirantes el terapeuta debe aumentar su confrontación con la realidad. También debe tratarse a la familia para aliarse con el tratamiento.

Las agitaciones deben tratarse con neurolepticos. También es útil el apoyo en un tratamiento antipsicótico de base, teniendo en cuenta que para evitar suspicacias al paciente nunca deben ocultársele los posibles efectos secundarios del mismo. El incumplimiento terapéutico es un hecho bastante frecuente y la causa más frecuente de fracaso farmacológico. A veces hay que recurrir a formas depot.

El internamiento hospitalario está justificado en caso de constatar riesgo de comportamientos violentos (suicidio, homicidio), desestabilización familiar o sociolaboral o estudio médico para descartar patología no psiquiátrica causante de delirios.

El tratamiento debe considerarse exitoso si se consigue un ajuste social satisfactorio, aunque no desaparezca el delirio, que queda, por tanto, encapsulado, sin que altere significativamente la vida del paciente ni la de los demás.

■ TRASTORNO PSICÓTICO COMPARTIDO (FOLIE À DEUX)

Se produce por la propagación de ideas delirantes de una persona a otra, la cual mantiene una situa-

ción de dependencia con respecto a la primera. El inductor es un paciente paranoico o un esquizofrénico de personalidad expansiva, y el inducido suele ser una persona sumisa, deficiente mental o, junto al dominante, aislada socialmente.

Teóricamente tras la separación de la persona dominante debería desaparecer el delirio, pero esto sólo ocurre en menos del 40% de los casos. Incluso a veces llegan a necesitar tratamiento neuroleptico. Hay que tener en cuenta que la persona sumisa suele tener antecedentes de personalidad dependiente y una amplia sugestionabilidad. Además, la relación existente entre el dominante y el dominado suele ser muy estrecha, con vida y proyectos comunes. Esto, junto a la deficiencia mental o aislamiento del paciente inducido, hace difícil la eliminación del sistema delirante.

■ OTROS DELIRIOS

Existen otros tipos de temas delirantes que en la clasificación DSM-IV quedan encuadrados como "Trastorno delirante sin especificar" o "Trastorno psicótico no especificado". Algunos de ellos los citamos aquí para satisfacer la curiosidad del lector:

- Síndrome de Capgras: algunas personas, cercanas al paciente, han sido sustituidas por impostores (ilusión de dobles).

- Fenómeno de Frégoli: relativamente semejante al anterior, el perseguidor del enfermo toma la forma de diferentes personas. Este síndrome toma el nombre de un actor transformista, muy famoso en su tiempo, célebre por haber caído prisionero a manos del negus etíope Haile Selassie y haber conseguido la libertad por haber divertido tanto a su captor.

- Psicosis autoscópica: alucinación visual de parte del cuerpo de la persona o del cuerpo entero. Suele ser una visión transparente, como reflejo del propio cuerpo en un espejo (la aparición imita los movimientos de la persona). Generalmente se produce en períodos de estrés y parece relacionado con una actividad anormal episódica de áreas temporoparietales, en combinación con actividad del cortex visual.

- El síndrome de Cotard (Síndrome de negación o Síndrome nihilista) es el delirio en el que el paciente cree haber perdido sus posesiones, órganos internos o creerse muerto. Es precursor de un trastorno esquizofrénico, depresivo o de demencia.



■ BIBLIOGRAFÍA

1. **Kaplan HI. y Sadock BJ.** "Sinopsis de Psiquiatría" 8ª Edición. 1999. Editorial Medica Panamericana. Madrid.
2. **"Enfermedades psiquiátricas en Atención Primaria".** Revista "Medicine" (8ª serie) Número Extraordinario. Abril 2000. IDEPSA. Madrid.
3. **Fuertes Rocañín JC.** "Manual de Psiquiatría para médicos de atención primaria". Edición para las III Jornadas de Psiquiatría para Médicos de las Fuerzas Armadas. 2000. Burgos. Imprenta Lomas.
4. **Vallejo-Nágera JA.** "Introducción a la Psiquiatría" (15ª Edición). Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1981.
5. **Vallejo Ruiloba J.** "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría" 4ª edición. Ed. Masson SA. 1998. Barcelona.
6. **"Esquizofrenia y trastornos psicóticos"** (www.psicofarmacologia.bizland.com/esquizo.html) (21.6.2001)
7. **DSM-IV.Breviario.** Criterios diagnósticos. Ed. Masson S.A. Barcelona. 1995.