

HOSPITAL CALIXTO GARCIA

Psicosis delirantes crónicas no esquizofrénicas.

Estudio de nueve casos

Por el Dr.:

HIRAM CASTRO-LÓPEZ¹⁸

Castro-López, H. *Psicosis delirantes crónicas no esquizofrénicas. Estudio de nueve casos.* Rev. Cub. Med. 11: 1, 1972.

Se señala un aumento en la incidencia de delirios crónicos no esquizofrénicos. Se hace un resumen de las hojas clínicas de 9 pacientes diagnosticados como tales en un período de un año, observando que la mayoría de estos delirios son imaginativos y quedan encuadrados nosográficamente dentro de las parafrenias, aunque pudiera ser en el fondo histerias. El caso diagnosticado como delirio alucinatorio crónico parece ser una histeria de base.

La presentación del presente trabajo se debe al incremento que hemos observado en la aparición de psicosis delirantes crónicas de etiología no esquizofrénica, entidades de relativa rareza, según los textos y trabajos extranjeros, y la experiencia anterior en nuestro medio. Hay que considerar que contribuye a la rareza de estos cuadros el hecho que por ser poco frecuentes no se tomen en cuenta y sean diagnosticados como esquizofrénicos, lo cual ha pasado en ingresos anteriores con todos los pacientes que traemos a este trabajo, diagnóstico que no ha resistido un estudio más detallado y ha sido negado por la evolución de estos pacientes. Pero aun si tomamos en cuenta este margen de error es indudable el notable aumento de la aparición de estas entidades.

El encontrarnos en un momento de profundos y genuinos cambios sociales hace que, teniendo en cuenta la influencia del medio en la personalidad y en las enfermedades psiquiátricas, debamos estar

atentos para captar las variaciones que necesariamente van produciéndose en nuestra nosografía (por ejemplo: las reacciones psicóticas agudas en sujetos normales de *Bustamante-Collomb*), siendo innegable la importancia que esto tiene para un correcto diagnóstico y una adecuada conducta terapéutica.

Estimamos conveniente hacer un breve enfoque teórico para la correcta ubicación de las entidades que trataremos a continuación, aclarando que no pretendemos describir ni mucho menos agotar estas enfermedades sino sólo dar un mínimo necesario para la correcta comprensión.

Escogemos como base una clasificación francesa (H-Ev) por ser clara, coherente y muy completa; creemos útil mencionar sus equivalentes con la clasificación de *Jaspers* (alemana) y la de la Am. Psic. Ass. con el fin de ser entendidas por los compañeros que manejan estas clasificaciones.

La clasificación escogida divide los delirios crónicos por su evolución en: delirios crónicos que evolucionan al de-

18 Residente de Psiquiatría del Hospital Calixto García.

terio (Esquizofrenia Paranoide) y delirios crónicos que ¹¹⁰ evolucionan al deterioro (paranoia, parafrenia y psicosis alucinatoria crónica).

Jaspers con un enfoque fenomenológico divide los cuadros delirantes en desarrollo, reacción y proceso.

En el desarrollo vemos el incremento gradual en los rasgos de una personalidad predispuesta. El delirio es bien sistematizado, coherente con integridad del resto de la personalidad. Se corresponde con la paranoia. En la reacción la enfermedad se produce como respuesta a una situación vivida por el sujeto. Engloba cuadros delirantes agudos principalmente, los cuales no serán topados aquí.

Ambos son comprensibles en el momento o conociendo la vida del sujeto.

El proceso es primario, irreductible y destructivo, giendo incomprendible aun conociendo la vida del sujeto. Aquí se incluyen la parafrenia y la esquizo, frenia.

Mencionaremos la esquizofrenia por ser el diagnóstico diferencial fundamental en este trabajo. Es una enfermedad que produce una modificación progresiva y profunda de la personalidad. Se caracteriza por autismo (el paciente deja de relacionarse con los demás y se pierde en un mundo interior) y disgregación de todos los procesos psíquicos. Se observan importantes alteraciones en la afectividad, alucinaciones (fundamentalmente auditivas), delirios alucinatorios y conducta bizarra. Evolucionan por brotes hacia un profundo deterioro de la personalidad.

Paranoia: Desarrollo de un delirio bien sistematizado, crónico, inmutable, de lenta evolución, producto de causas endógenas con lucidez y orden del resto de las funciones psíquicas. Se trata de un delirio interpretativo (*Serieux* y

Capgras) que no se acompaña de alucinaciones; ¹¹⁰ puede notarse ninguna otra alteración en el paciente, ni conduce al deterioro. Es un cuadro sumamente raro que como tal no ha sido visto nunca por nosotros.

Parafrenia: Delirio imaginativo (*fín-pré* y *Logre*), de carácter fantástico, polimorfo, generalmente de comienzo tardío y evolución crónica, de contenido persecutorio al que se añaden posteriormente ideas de grandeza y alucinaciones; no conduce habitualmente al deterioro.

Psicosis alucinatoria crónica (*Gilbert* y *Ballet*): Delirio con temas de persecución, posesión e influencia a partir de una base alucinatoria.

Sirven de origen a estos delirios una gran riqueza de fenómenos psicosensoriales como las alucinaciones, pseudoalucinaciones, sonorización del pensamiento, comentario de los actos y automatismos motores. El resto de la personalidad no se encuentra tomado.

La evolución puede ser hacia el deterioro, pero en la mayoría de los casos se mantiene la conservación de las facultades psíquicas.

Algunos autores incluyen esta enfermedad dentro de la Esquizofrenia Paranoide, habiendo planteado autores franceses que muchos de estos cuadros se trataban de histerias.

La clasificación de la American Psiq. Ass. contempla las reacciones paranoides como delirios de persecución o grandeza con conservación de las facultades intelectuales. Las divide en Paranoia, psicosis rara con delirios lógicamente elaborados, sin alucinaciones y con conservación del resto de la personalidad y estados Paranoides que ofrecen un delirio menos sistematizado que algunos igualan a las parafrenias.

En un período de aproximadamente en año se presentaron en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Calixto García 14 pacientes que fueron diagnosticados de esa forma, fueron eliminados 3 pacientes por ser este diagnóstico dudoso o no corresponder a su evolución y por no ser posible conseguir las Hojas Clínicas ni entrevistarse con los pacientes. A continuación, incluimos las 9 Hojas Clínicas restantes, haciendo énfasis solamente en su diferenciación con la Esquizofrenia.

CASO No. 1:

M.D.C.S. 42 años, femenina, blanca, maestra, soltera, La Habana.

Nacimiento y desarrollo psicomotor normales, la tercera de seis hermanos, cinco hembras y un varón, egoísta, decía que la madre prefería a los hermanos, criticándoles que eran alegres, se sentía "acomplejada" porque pensaba que las hermanas eran más bonitas, nunca fue cariñosa.

Era presumida, dominante y caprichosa, ordenada y limpia. En la escuela era callada y retraída, buena alumna, estudió magisterio, Pedagogía y dibujo en San Alejandro, ejerció de maestra durante 18 años, hasta que después de la muerte de la hija lo abandona sin ocuparse de retiro ni subsidio. Tuvo su menarquía a los 13 años, a los 18 tuvo un novio con el que la obligaron a pelearse porque tenía otra novia, no tiene otro hasta que 10 años después lo vuelve a encontrar divorciado, iniciándose unas relaciones que duran 4 ó 5 años, abandonándola por completo con 5 meses de embarazo, no sabiendo más nunca de él, lo cual le afecta porque estaba muy enamorada, se dedica a criar a su hija hasta que ésta enferma y muere a los 11 meses. Este hecho la afecta profundamente, se pasaba los días mirando sus ropitas y fotografías hasta que poco tiempo después lo vende todo y rompe el álbum de fotos. No quería saber más nada de niños, lo cual la lleva a abandonar el trabajo.

A partir de entonces (hace unos 7 años) comienza a interesarse por la religión, pasaba las horas leyendo libros religiosos, iba varias veces al día a la iglesia, rechaza a sus hermanos y sobrinos, diciendo que su única familia eran Dios y las hermanas de la Caridad y se negaba

a comer, por todo lo cual la ingresan y le aplican 14 TECS e insulina; permanece ingresada 7 meses y es dada de alta mejorada, pero con persistencia de los mismos síntomas; a los 7 meses vuelve a recrudecerse el cuadro y la ingresan nuevamente por 2 meses, le aplican TECS, mejora algo, pero a los 6 meses vuelve a recaer, nuevo ingreso. TECS y psicofármacos, no se reconoce enferma. Tiene 3 ingresos más, nunca desaparece la sintomatología. Hace 1 año vuelve a ingresar, se pasaba el día arrodillada rezando, iba a la iglesia muchas veces al día, sólo se vestía de blanco y carmelita usando sandalias como los religiosos, "el cielo hay que ganarlo", sólo come spaghettis "que es la comida de Dios". Afirma que la ingresan para evitar que se meta a monja porque ella no tiene nada, le tratan con psicofármacos y mejora algo, hace un mes se recrudece su sintomatología y es ingresada nuevamente.

Examen físico normal.

Examen Psiq. Paciente de buena apariencia y coopera al interrogatorio. El contenido del pensamiento presenta ideas delirantes de contenido místico religioso.

La afectividad se mantiene adecuada, el resto del examen es normal.

Exámenes complementarios. P. Psicol. filfa- *chover*. *Hender, Rorschach*).

Conclusiones: Se aprecian trastornos formales del pensamiento, no hay elementos que sugieran alteraciones afectivas, no evidenciándose signos de deterioro.

Resto de exámenes complementarios son normales.

El delirio imaginativo, la ausencia de alucinaciones, la adecuada afectividad, la conservación del resto de las esferas y la ausencia de deterioro, a pesar de tantos años de evolución, descarta la Esquizofrenia y nos lleva a plantear un Delirio imaginativo crónico que por su carácter procesal hace que planteemos una Parafrenia quedando, sin embargo, algunos elementos que nos hagan dudar si en el fondo no habrá una base histórica.

CASO No. 2:

E. T.S., 45 años, masculino, casado, dibujante, La Habana.

Es criado por un matrimonio que había perdido su hijo, alegre, confiado, se llevaba bien con todos, tenía muchos amigos, aprobó el 6o. grado sin dificultad, estudió en San Alejandro y después para proyectista, destacándose en to-

dos sus estudios. Comienza a trabajar como dibujante, preocupándose de hacer el mejor trabajo posible; siempre ha sido muy apreciado por jefes y compañeros.

Se casó y tiene dos hijos a los que está muy apegado, le gusta ir al cine, pero no frecuenta otras diversiones.

Hace aproximadamente 11 años, al triunfo de la Rebelión, comienza a creerse muy importante, dice que aconseja a los dirigentes y confecciona documentos "para arreglar la marcha de la Revolución" los cuales envía a dichos dirigentes. Lo ingresan y es tratado con TEC, tiene discreta mejoría, pero sus ideas persisten; es dado de alta y confecciona unos planos para desecar la Ciénaga de Zapata, los cuales lleva siempre consigo para evitar que sean robados; cree que han asesinado a Camilo y se dedica a buscar al asesino afirmando que quieren matarlo para que no hable; estos síntomas persisten, ingresando una o dos veces por año cuando se recrudece su sintomatología; recibió tratamiento de TECS. muchos, pero no se precisa cuantos, insulina y psicofármacos; estos tratamientos lo calmaban, pero no hacían desaparecer sus ideas; es dado de alta por última vez hace 6 meses, pero sus ideas persistían afirmando que los soviéticos mataban cubanos y que él hacía esfuerzos por mantener la Revolución, cosa que consiguió por medio de comunicaciones directas con Dios.

Sigue en consulta externa, es curioso que ha seguido trabajando sin dificultades, sus compañeros "no les hacen caso a sus cosas y cuando se dispara lo ingresan". A la última consulta vino e informó que se marchaba del país a construir una ciudad en Sur América en la cual vivirán científicos con todas sus necesidades resueltas y juguetes para los niños, se niega a hacerse pruebas en esta ocasión por estar muy ocupado, viste un traje adecuado, pero le adiciona cadenas, azabaches y otros adornos, marchándose casi inmediatamente porque su tiempo es precioso.

Resto del interrogatorio es normal.

Examen físico normal.

Examen Psiquiátrico: Contenido del pensamiento: ideas delirantes imaginativas de persecución y grandeza. La afectividad es adecuada y el resto del examen es normal.

Ante un paciente que presenta un delirio imaginativo con contenido de grandeza y persecución de 11 años de evolución, teniendo la afectividad adecuada, ausencia de alucinaciones y el resto de sus

funciones normales, no evidenciándose signos de deterioro, se descarta la Esquizofrenia planteándose una Parafrenia.

CASO No. 3:

O.G.F., 36 años, masculino, blanco, casado, empleado. La Habana.

Nace de parto normal, su desarrollo psicomotor fue normal, alcanza 80. grado sin repetir ninguno, a los 13 años comienza a trabajar como mozo de limpieza; después pasa a dependiente, pasando posteriormente a Auxiliar de Contabilidad y después de aprobar 3 años en la Escuela de Comercio Exterior pasa a este Organismo como especialista en Política Comercial. Se casa hace 6 años llevándose bien con la esposa, tiene 2 hijos.

A los 18 años presentó un "delirio de persecución" e impotencia, le aplican TEC desapareciendo sus síntomas hasta que hace 3 años es enviado a la URSS y pide que lo envíen inmediatamente de regreso porque se sentía muy alterado. Comienza a pensar que es vigilado por Seguridad del Estado y pide su traslado a la Empresa de la Minería porque en su anterior trabajo también lo espiaban; lo ingresan 1 mes y sale mejorando, pero continúa pensando que lo vigilan y cree que su esposa lo engaña y le propone que se suicide. Afirma que en su casa hay gran cantidad de grabadoras y cámaras de televisión, improvisa una tienda de campaña con frazadas para no ser visto durante sus contactos sexuales. Dice que lo ingresaron por error y pide que lo dejemos salir, cosa que no intenta hacer.

El examen físico es normal.

En el examen psiquiátrico directo en el pensamiento presenta ideas de perjuicio y persecución y no tiene crítica de enfermedad, el resto es normal.

En este paciente vemos un delirio imaginativo sin una toma afectiva, con buena adaptación social, ausencia de alucinaciones y de deterioro a pesar de los años de evolución, todo lo cual nos descarta una Esquizofrenia. Para no de y nos lleva al planteamiento de Parafrenia lo cual se confirma por el carácter procesal de la entidad.

CASO No. 4:

O.M.G., 28 años, masculino, blanco, casado, mecánico, La Habana.

Su nacimiento y desarrollo psicomotor fueron normales, se llevaba bien con sus compañeros, le gustaba jugar a la pelota, pero no era buen perdedor,

tuvo buen rendimiento en la escuela alcanzando 60. grado, después de lo cual viene a La Habana y trabaja en varios lugares, estudia mecánica por correspondencia graduándose; posteriormente comienza a trabajar como mecánico progresando rápidamente por su buen trabajo.

Hace 8 años se une a una mujer con la cual se casa recientemente.

Hace 1 año comienza a pensar que un ayudante que le pusieron está allí para observarlo, por esa época cuando arreglaba un motor nota una arandela en un sitio que dañaría al motor y considera que la han puesto allí para ayudarlo psíquicamente, pues el shock que esto le produjo le devolvió la razón dándose cuenta que el padre le tenía impuesto un tratamiento sistemático psicológico desde niño; ahora él ha comprendido y lo razona todo, por ejemplo, las matemáticas cuya incógnita es la V (verdad) y las igualdades con una serie de letras, la razón de su existencia es su gran capacidad para resolver incógnitas con su fórmula secreta (V) y se pasa el día haciendo fórmulas en un librito. El motor del aire acondicionado del vecino estaba puesto para darle tratamiento psicológico, así como los timbres del teléfono (le recuerda una mujer que lo llanto una vez). A los 14 años lo pusieron a prueba pues lo hicieron dormir con un primo no ocurriendo nada pues esto era parte del tratamiento psicológico.

Dice que lo perjudica estar en la sala y pide que lo dejemos ir, no se considera enfermo.

Examen físico: normal, resto del interrogatorio, normal.

Examen psiquiátrico: Pensamiento: Contenido: Ideas delirantes de daño y grandeza.

La afectividad es normal, no presenta alucinaciones, se pasa el día escribiendo fórmulas y no tiene conciencia de enfermedad, el resto es normal.

Exámenes complementarios:

Pruebas psicológicas (*Bender, Machover, Rorschach y Goldstain*). No se evidencian trastornos formales del pensamiento, buena afectividad, no se aprecia deterioro y hay rasgos de personalidad inmadura.

Resto de los complementarios normales.

Se aprecia un delirio fundamentalmente imaginativo con un contenido de grandeza, no presenta alucinaciones, su afectividad es buena y su adaptación social en el resto de los aspectos es adecuada, no apreciándose signos de deterioro por

todo lo cual se descarta la Esquizofrenia y se plantea una Psicosis Delirante Crónica, siendo la Parafrenia Juvenil el primer planteamiento.

CASO No. 5:

M.F.A.N., 24 años, masculino, negro, desocupado, La Habana.

Paciente cuyo nacimiento y desarrollo psicomotor fueron normales, hijo único, sus padres habían perdido 2 embarazos. Lo complacían en todo permitiéndole todos sus caprichos, jugaba normalmente con los otros niños y su conducta en la escuela era adecuada.

Cuando tenía 13 años muere el padre, el paciente se afectó mucho, no quería comer, ni salir y se negaba a ir a la escuela.

Era muy estudioso, nunca repitió grados, aprueba la primaria superior y pasa a un Instituto Tecnológico donde cursaba el 3er. año cuando se enfermó

Muy apegado a su madre, los compañeros se burlaban por esto y lo molestaban mucho, refiriendo el paciente que era porque sacaba buenas notas y era muy distinguido.

No ha tenido relaciones sexuales y sólo tuvo una novia con la cual mantuvo relaciones muy superficiales, nunca trabajó, le gustaba pasear, ir al cine y a Coppelia, generalmente acompañado de su madre.

Hace 4 ó 5 años comienza a alterarse, se abandona en sus costumbres, decía que los iban a matar a él y a su madre, se ponía a coger sol y después metía la cabeza en un cubo, lo ingresan y le aplican 8 TECS, mejora algo aunque sin remitir la sintomatología.

Un año después se recrudece la sintomatología excitándose mucho, le dan TECS y psicofármacos, está ingresado durante 2 meses y se le da el alta mejorado.

Al año siguiente recae de nuevo y vuelve a ingresar, los síntomas no han desaparecido en ningún momento.

Sigue tratándose por consulta hasta que hace 2 meses vuelve a recaer y se decide su ingreso.

Refería que "le dominaban sus capacidades" y lo obligaban a realizar actos que no quería, esto era posible por medio de un radar con el que enfocan otro que él tiene en la frente y hacen contacto.

A continuación, dibujaba los esquemas de ambos radares (estudiaba telecomunicaciones).

Esta sintomatología la mantiene desde el primer brote sin tener en ningún momento una total remisión.

Entre los actos que le obligaban a cometer estaba vestirse de mujer y mirarse en un espejo, ir al baño e introducirse el mango de una bomba de inodoro por el recto "actividad de bombeo" y realizar un movimiento estereotipado (pellizcarse la cara), por supuesto que no era él sino los que manejaban el radar; también ve con frecuencia un negro que se le acerca, oía voces dentro y fuera de la cabeza. Es ingresado cuando el radar le obliga a agarrar a una policía femenina.

Al examen psiquiátrico directo en el momento de ingresar presentó:

Sensopercepciones, alucinaciones visuales, alucinaciones y pseudoalucinaciones auditivas.

Pensamiento: Curso: Disgregación discreta. Contenido: Ideas de Influencia.

E. Afectivo: La afectividad no presenta alteraciones.

P. Conativas: Movimiento estereotipado discutible.

F. de Síntesis: Atención: Normal

Memoria: „, Comprensión: „,

Orientación: „, Conciencia: „,

(de vigilia)

No tiene conciencia de enfermedad y todas sus relaciones están influidas por sus ideas delirantes.

Católico a su manera.

El examen físico: fue normal, no hay otros antecedentes patológicos importantes.

Exámenes Complementarios: (Bender, Machover, Rarschach, I.I., T.)

No se aprecian trastornos formales del pensamiento, ni signos de deterioro. El nivel intelectual es normal y se aprecian rasgos histéricos.

El resto de los complementarios fue negativo.

En este paciente la presencia de alucinaciones visuales, el carácter fundamentalmente imaginativo del delirio, la movilidad de su afectividad, la buena adaptación a la sociedad y la ausencia de deterioro en un paciente cuya enfermedad comience antes de los 10 años con 5 años de evolución y brotes sin una total remisión, descarta el planteamiento de una Esquizofrenia.

Por todo lo anterior son planteables una Parafrenia Juvenil o un Delirio Crónico en una personalidad psicopática. No siendo implantable que se produzcan sobre una base histérica.

CASO No. 6:

R.U.V. 25 años, masculino, blanco, soltero, desocupado, La Habana.

Su nacimiento y desarrollo psicomotor fueron normales; desde pequeño era muy nervioso, tenía muchas manías (una de ellas era virar los ojos hacia arriba, lo cual hace todavía y le da una curiosa expresión a su cara); le gustaba jugar solo en su casa, pero también salía a jugar con otros muchachos a los que quería mandar, provocando frecuentes peleas; cuando llegaba a un lugar desconocido se mostraba muy tímido.

En la escuela no se llevaba bien ni con compañeros, ni profesores, sólo tenía 1 ó 2 amigos con los que siempre andaba, se escapaba mucho de clases, pero alcanzó sin dificultad el 6º grado sin repetir.

Ingresa en los Jóvenes Rebeldes y sube los 5 picos, después comienza a trabajar con el padre (en la misma empresa); tenía problemas con todo el mundo, trabajaba poco. Cuando se altera tiene crisis en las que grita, llora, tira las cosas y se queda sin fuerzas para moverse, ni caminar, tienen que sentarlo, olvidando después todo lo ocurrido.

Lo llaman al SMO y le dan posteriormente la baja por enfermedad de los nervios.

Vuelve a trabajar en el mismo lugar, pero lo subsidian para que no siga trabajando.

Con las mujeres es muy tímido, le cuesta mucho trabajo enamorarlas, tuvo su primera relación sexual a los 20 años con su primera y única novia con la que mantiene relaciones todavía; tiene 2 hijos y viven separados visitándolo ella en casa de sus padres. Tiene "complejos" de que ella lo engaña.

Quiere que la madre esté cerca y la llama para que le alcance las cosas, le traiga un vaso de agua. etc. La madre no sabe que le dieron la baja del SMO por enfermedad, ni que estuvo ingresado, no supo de él mientras estuvo subiendo los picos y al parecer no se interesa mucho y se comunica poco.

Hace 6 años mientras pasaba el SMO "eso no hay quien lo aguante", dice le dio una crisis en la que le han contado, pues él ha olvidado todo, disparó sin motivos, estuvo ingresado, pero no recuerda nada. Le dan el alta

mejorado. Los padres tomaban mucho, cosa que le afectaba sobremanera, se va alterando cada día más hasta que comienzan a darle "crisis" en que caía al suelo sin conocimiento, no se daba golpes ni perdía el control de los esfínteres; le daban ideas de matarse y pensaba que lo perseguían, lo ingresan olvidando todo lo referente a ese período.

Al alta nunca dejó de pensar que los amigos hablaban mal de él V querían hacerle daño. Oye una voz dentro de su cabeza que es el "yo" que habla; el "yo", nos explica, es una pequeña cosa que existe dentro del cerebro, que tiene el cuerpo como cubierta y mira a través de los ojos; su pensamiento es controlado por telepatía desde otro planeta, obligándole a hacer cosas que no quiere; refiere que esto lo ha pensado desde el segundo ingreso; afirma que ha visto un individuo pequeño vestido con traje y casco de color azul metálico el cual le dijo que era del planeta desde el que lo controlaban, siempre duda si su mujer lo engaña y si sus hijos son suyos. Tiene grandes preocupaciones por la muerte y el porqué de la existencia.

En la tierra había otra raza superior que se extinguió, nosotros nos extinguiremos igual y quizás dominen las hormigas. Señala que la vida es muy dura y que no se atreve a enfrentarla sin ayuda.

Examen físico: normal.

Examen Psiquiátrico: Pseudoalucinaciones auditivas y alucinaciones visuales. Contenido del pensamiento: ideas delirantes imaginativas de perjuicio e influencia.

Amnesias lacunares a los períodos de ingreso. Dice que es yoga y cree en el espiritismo.

Resto normal.

Exámenes Complementarios:

Pruebas Psicológicas: (Bender, Machover, Rorschach).

No se aprecian trastornos formales del pensamiento, ni elementos de deterioro.

Nos encontramos con un paciente que presenta un delirio imaginativo, de varios años de evolución y un comienzo muy temprano, con pocas alteraciones de su afectividad y ausencia de deterioro, además debemos considerar las frecuentes crisis y los conflictos familiares, así como las dificultades en la adaptación antes de la presentación de la enfermedad, lo cual hace que descartemos la Esquizofrenia, debiendo plantear una Psicosis Delirante Crónica en un histérico en primer lugar, dejando en segundo lugar el planteamiento de Parafrenia.

E.L.L. 27 años, femenina, blanca, divorciada.

Su nacimiento y el desarrollo psicomotor fueron normales; a los 7 años tuvo una erupción, le indicaron unos análisis y le dicen que tuvo sífilis (el padre la tuvo), la vuelven a llevar al poco tiempo diciéndole que ya está curada.

Se llevaba bien con los otros muchachos con los cuales gustaba jugar, pero quería ser el centro de la atención; con su hermano mayor se llevaba bien, pero con la segunda siempre peleaba y se sentía celosa de ella, era egoísta y tenía mucha imaginación, inventando mentiras con frecuencia.

En la escuela se llevaba bien con todos, era alegre y muy popular, alcanzó 9º grado, después comenzó comercio cursando un año, no tuvo dificultad en sus estudios aunque repitió 5º por enfermedad.

Se casa y se divorcia al poco tiempo de mutuo acuerdo porque se desilusionaron, no tiene hijos. No tiene creencias religiosas.

Es alegre, le gusta leer, pasear, la playa y el baile. Hace 2 años después que un jefe la regaña en forma algo cruda, al acostarse siente en sus genitales el contacto de un pene; después siente un golpe en la pierna pensando que es una rana, se levanta a sacudir las sábanas, pero se le doblan las piernas y cae, se siente nerviosa y muy irritable; pide traslado el cual le es negado, por lo que deja de trabajar; una noche al acostarse oye la voz del Che que le dice "no temas que esto se va a aclarar". Poco después ve unas palomas volando, se va quedando una sola que vuela cerca de ella y siente una voz dentro de su cabeza que dice "patria o muerte, venceremos".

Pensaba que había ido a la 5ª dimensión, veía una hermosa rubia que le saludaba militarmente, era ella en la 5ª dimensión, oía llorar una niña dentro de su cabeza pensando que debía ser hija suya, ingresa 15 días estando algunos días mejor, pero al mes y medio comienza a pensar en la 5ª dimensión, además temía que un muerto hubiera reencarnado en un vampiro y le hiciera daño a su hija (nunca ha tenido hijos). Oía una voz que comentaba todo lo que pasaba, esto se debía a una investigación de Seguridad, ingresa de nuevo, al salir (estuvo ingresada un mes) permanece bien unas semanas, al cabo de las cuales oye unas voces que comentaban lo que ella hacía; siente que ha pasado una catástrofe, sintiendo como si no fuera ella.

Examen Físico: normal.

Resto del interrogatorio normal.

Examen Psíquico: Alucinaciones visuales y auditivas, alucinaciones hipnagógicas.

Pensamiento: Contenido: Ideas delirantes imaginativas.

Es atea y no tiene otras creencias religiosas.

Exámenes Complementarios:

Pruebas Psicológicas: Bender, Machover, Rorschach

No se aprecian trastornos formales del pensamiento ni signos de deterioro.

Por tratarse de un delirio imaginativo por la falta de alteraciones afectivas y de otras esferas, y por la ausencia de signos de daño se descarta la Esquizofrenia.

1? Se valora delirio crónico en una histeria.

2? Parafrenia Juvenil.

CASO No. 8

CMS.C. 33 años. masculino, blanco, fotógrafo. La Habana.

Nacimiento y desarrollo psicomotor normales. 4? de 5 hermanos.

Alcanza 2° año de Bachillerato, se une a su actual esposa con la que tiene varios hijos y se casa posteriormente.

Siempre fue muy celoso, desconfiando de todas las mujeres, nunca tuvo confianza en su esposa; hace 2 años pensó que lo engañaba, buscando evidencias y amenaza con matarla, mejora algo espontáneamente, ron persistencia en su desconfianza: al año siguiente vuelve a recrudescerse esta sintomatología. se altera mucho y lo llevan a un Psiquiatra, lo trata con psicofármacos y mejora algo, pero persiste desconfiado y buscando datos de una infidelidad. Hace 2 meses le dice que tiene una mordida en la cara y trata de tirarla por el halcón, la esposa puede neutralizar el ataque y se va un mes a casa de su madre en Santa Clara con los niños; al regresar el paciente está muy agresivo y lo trae al Cuerpo de Guardia con la policía, donde lo ingresan.

Resto del interrogatorio normal.

Examen físico: normal.

Examen Psiquiátrico: La única alteración que presenta son ideas delirantes de tipo interpretativo y contenido celotípico.

La afectividad es normal, no presentó alucinaciones, siendo el resto del contenido normal sin evidencias de deterioro. No tiene crítica de enfermedad.

Durante la evolución el paciente no reconoce estar enfermo, afirma que la mujer lo engaña justificando esto con una serie de interpretaciones de hechos corrientes, y afirma que lo único que tiene que hacer es divorciarse, que no se explica para qué han formado tanto aspaviento. La familia aclara que nada de esto es cierto, que todo son ideas del paciente.

Permanece ingresado 3 meses aproximadamente tratándose con altas dosis de psicofármacos sin variación de su sintomatología; se valora el alta con traslado a un servicio de crónicos, lo cual se explica a la familia, no ingresando al paciente que posteriormente apuñala a la mujer en un rapto de celos.

Se trata de un delirio crónico interpretativo a partir de una personalidad predispuesta con ausencia de alucinaciones y perfecta integridad del resto de los aspectos de su psiquis, lo cual nos hace descartar una Esquizofrenia y plantear un delirio crónico interpretativo que nos recuerda a la paranoia, cuadro que por no haber sido visto por nosotros tenemos dificultad en plantear.

CASO No. 9

LMM. 24 años, masculino, mestizo, unión consensual, empleado.

Su nacimiento y desarrollo psicomotor fueron normales, su infancia transcurre sin problemas, alcanza el 4? grado.

Cuando tenía 10 años sus padres se separan y él va a vivir con el padre.

Hace 5 años mientras pasaba el SMO le da "un arrebató", refiere que lo ingresan, decía que le querían hacer daño y corta la ropa con una cuchilla de afeitar. Le dan la baja del SMO y mejora su sintomatología.

Hace 4 años se encontraba pasando un curso en la marina mercante, tuvo problemas con un compañero porque le tenía envidia, entonces se entera que todos se habían puesto de acuerdo para "caerle", pide su baja de la beca y al salir se da cuenta que todos lo miran en la guagua, oye como se burlan de él, al llegar a su casa pregunta por el hermano y cuando le dicen que está cortando caña en Oriente, él no lo cree, ve una mancha en la pared y cree que es sangre, comienza a oír que el radio dice que el hermano está preso y que a él lo van a coger, le indican que se mate, coge un hierro, se golpea y después se tira de una escalera, lo llevan al policlínico donde lo inyectan. El radio le decía que la inyección era veneno, pero él

quería encontrar al que mató al hermano. Los locutores no lo dejaban tranquilo, es ingresado por unos días, dándole el alta "porque no está loco". Oye voces que vienen de fuera de la cabeza y lo insultan, su estómago se revuelve y de él salen voces para decirle cosas desagradables.

Las voces del radio lo obligan a realizar hechos que no quiere, pero trata de no cumplir las órdenes que le da.

Los locutores lo habían peleado con todos los vecinos y los compañeros de trabajo, esto lo hacían por envidia pues tenían miedo que por sus condiciones los desplazara a todos. "Al salir en guagua todos corrían a verme pues hablaba de ciencia, medicina, etc.; la voz no me dejaba realizar el acto sexual y yo tuve que ir varias veces a la emisora a pedirle que me dejaran"; también le dicen que él no sirve y que es afeminado, lo ingresan. Permanece dos meses dentro del hospital y no oye al radio, pero al salir vuelve a oírlo "lo que ocurre es que donde lo puedan oír no lo ponen por miedo a que los cojan"; ingresa de nuevo y al salir sigue oyendo el radio; por el televisor, aunque esté apagado dicen todo lo que él piensa y en ocasiones comenta sus actos, en los motores y otros ruidos oye voces, es Pastor Felipe que le tiene envidia, aun estando en el campo oye radio reloj que lo insulta. ¿Desde el 2º ingreso la sintomatología se ha mantenido sin remitir.

Examen físico: normal.

Examen Psiquiátrico: Sensopercepciones alucinatorias auditivas, eco del pensamiento, comentario de los actos. Ideas delirantes de perjuicio, influencia de grandeza hacia las que tiene una actitud peculiar. Afectividad conservada.

Creencias de santería.

Sus relaciones modificadas por su patología, resto normal.

Resto del examen normal.

Exámenes Complementarios:

Pruebas Psicológicas (Bender, Machover, Rorschach)

Nivel intelectual normal bajo, no hay trastornos formales del pensamiento ni evidencias de deterioro.

Resto de los complementarios normales.

En este paciente tenemos un delirio de tipo alucinatorio con contenido de influencia y persecución; sensoperceptivamente se presentaron

alucinaciones auditivas, sonorización del pensamiento, comentario de los actos y actos impuestos. Unido esto a la buena afectividad y a la conservación del resto de las facultades, así como la ausencia de deterioro en una enfermedad de tantos años de evolución y un comienzo tan temprano, se descarta la Esquizofrenia.

Se planteó una Psicosis Alucinatoria Crónica debiendo considerarse la posibilidad de una base histérica.

También notamos que en la mayoría de los casos presentados, los delirios son imaginativos. El delirio imaginativo ha sido descrito en la Parafrenia en forma crónica y en la Histeria y Personalidades Psicopáticas generalmente en forma aguda.

En algunos de los pacientes presentados es clara la etiología histérica del cuadro; pero en otros, a pesar de que clínicamente de acuerdo con la nosografía y psicopatología deben ser encuadrados clínicamente dentro de entidades como la Parafrenia, por el contenido y dinámica, no pueden menos de plantearnos la duda de si se trata de una de las formas de la gran simuladora, manifestándose bajo el síntoma de un delirio imaginativo crónico; desde luego no negamos la existencia de la Parafrenia como tal, entidad establecida con derecho propio, pero sí creemos que se incluyen dentro de la misma muchas histerias que presentan un cuadro clínico similar.

Recientemente en Francia fue señalada la posibilidad de que algunas Psicosis Alucinatorias Crónicas se trataran de Histerias. El paciente presentado aquí con este diagnóstico consideramos que es uno de estos casos.

El hecho de que casos que usualmente diagnostiquen como Esquizofrenias sean en realidad delirios crónicos de otros tipos o neuróticos produciría cambios radicales en el tratamiento de los mismos, con los resultados lógicos esperados.

SUMMARY

(astro López, H. *Chronic nonschizophrenic delirious psychosis. A nine case studv.* Rev. C.ub. Med. 11: 1, 1972.

An increase in incidence of chronic delirium is indicated. A summary of the case histories of nine diagnosed patients over a one-year period is made, observing that the majority of these deliria are imaginative, being included nosographically as part of paraphrenia, though they could be hysterical. The case diagnosed as chronic hallucinotic delirium seems to be a case of hysteria.

RESUME

Castro-López, H. *PsYrliose délirunles ehroniques non schizophréniques. A propos de neuf ras.* Rev. Cub. Med. 11: 1, 1972.

On souligne une augmentation dans l'incidence de Délires ehroniques non schizophréniques. On fait un résumé des dossiers de neuf patients diagnostiqués comme tels dans une période d'un an. On a observé que la plupart de ces délires sont imaginaires et restent encadrés nosographiquement dans les Paraphrénies, encore qu'il pourrait être une hystérie. Le cas diagnostiqué comme Délire Hallucinant ehronique se présente tel qu'une hystérie de base.

FE3KME.

KacTpo JIone3 r . XporaneciuiÉ HeniH3Cx1)peHireecK]tó jiejnipo3HHñ ncioco3. Hcc^ejioBanae 9 CJiynaeb. Rev. Cub. Med. 11:1,1972

yKa3UBaeTC3 na poct noHBJiemiH HemnsóipeHHMecKHX xpoHmecKix ópeflOi- Bfctx coctohhhS. HejiaeTCH oÓ3op mmHmécKHX HCTopai 9 <5ojh>hcx, koto- prni óyji nocTaEJieH jmarH03 e Tenemie ojmorosa. OTMe^aeTca.HTO
6OJIBIHKHCTBO 3TZX flejIHp03HHX CKHJipOMOB HBJIHE3TCH EOOÓpasaer.HMH H OT-
hochteit k napañpeHHHM,xoth MoryT <5htb HCTepaeñ. C jiy ^ at í, koto ó hji nocTaBJieH
guarno3 xponirqecKoro rajunroiiHHaHiíOHHOro (5pe,noBoró coctoh HIII nOXOK Ha OCHOBHbB
jICTepmD.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Bustamante*: Los Factores Culturales en los Cuadros Equizofrénicos. Rev. Cub. Med. Tomo LXIX, No. 6, 1958.
2. *Bustamante*: Concepto Actual de los Cuadros Paranoides.
3. *Cabaleiro Goas*: Concepto y Delimitación de las Psicosis Esquizofrénicas. Editorial Paz. Madrid, 1961.
4. *Dalle, B.*: Síndrome alucinatorio crónico e histeria. L'evolution Psychiatrique, abril-junio, 1969.
5. *Ey, H.*: Tratado de Psiquiatría. Editorial Toray Masson. Barcelona, 1967.
6. *Freud*: Obras Completas. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.
7. *Guiratul*: Psychopatbologie des Delires. Congress Mundial of Psychiatrie Paris, 1950.
8. —*Jaspers*: *Psychopathologie*. Editorial Beta, Buenos Aires.
9. —*Kerbikov:Oseretski, Popov, Schnevsnes- ki*: Manual de Psiquiatría. Rev. de] Hospital Psiquiátrico Habana, 1965.
10. —*Kalle, K.*: Psiquiatría. Editorial Alhain- bra. Madrid, 1964.
11. —*Langfeldt.O.*: Psychopathologie des Delires. 1950.
12. *Mayer Gross*: Psychopathologie des Delires. I Congreso Mundial de Psiquiatría, París, 1910.
13. —*Noyer*: Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial Prensa Mex. México, 1966.
14. *Pornov Feodotov*: Mir Publishers. Moscú, 1969.
15. —*Vallejo Nápera*: Tratado de Psiquiatría. Salvat. Buenos Aires, 1944.