

R. 10.702



UNIVERSIDAD DE SEVILLA - FACULTAD DE MEDICINA

CÁTEDRA DE PSIQUIATRÍA

Director: Prof. Dr. FRANCISCO ALONSO-FERNÁNDEZ

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO

DE LAS DEPRESIONES PARANOIDES

Por

LUIZ CARLOS SCHELINI

A Joana Margarida,

infatigable compañera

Universidad



Medicina

Departamento de

Psicología Médica



Prof. Francisco Alonso-Fernández

D. FRANCISCO ALONSO-FERNÁNDEZ. Catedrático-Jefe del Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica y Director de la Escuela Profesional de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla,

CERTIFICO: que el presente trabajo de investigación y de síntesis, titulado: "CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LAS DEPRESIONES PARANOIDES", ha sido realizado por el Licenciado en Medicina y Cirugía D. Luiz Carlos Schelini, bajo mi dirección, en esta Cátedra de Psiquiatría y Psicología Médica, durante el periodo correspondiente entre octubre de 1976 a junio de 1977. Una vez elaborado este volumen, ha sido revisado por el que suscribe, encontrándolo apto para su presentación y aspirar al Grado de Doctor en Medicina, ante el Tribunal que en su día se designe.

Y para que conste, en cumplimiento de las disposiciones vigentes, extiendo esta certificación en Sevilla, a ocho de junio de mil novecientos setenta y siete.

El Catedrático-Director.

Fdo. Prof. Dr. Francisco Alonso-Fernández



AC FO

Mi agradecimiento va dirigido primeramente a la figura del Profesor Alonso-Fernández, por su inestimable apoyo y orientación a mí dirigidos y de cuya convivencia con él pudo extraer importantes experiencias en la empresa de, más que psiquiatra, ser médico.

Al Dr. Francisco Ortega Beviá agradezco a su tiempo dedicado a las discusiones que tuvimos sobre varios puntos del presente trabajo.

Al Governo do Estado de São Paulo, Brasil y al Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica. del Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", principalmente en la figura de su jefe y mi querido amigo Dr. Carol Sonnenreich a través de los cuales pudo hacer concretizar mis estudios en España.

Í N D I C E

	Páginas
I INTRODUCCIÓN.....	6
1. Consideraciones sobre la depresión como enfermedad	8
1.1 Evolución histórica del concepto de melancolía	8
1.2 El concepto actual	10
1.3 Características clínicas de las depresiones somatovitales	14
1.4 Evolución y pronóstico	16
2. Los síndromes paranoides	17
2.1 Historia del concepto de paranoia	17
2.2 Concepciones actuales	21
3. El delirio depresivo-paranoide frente a los delirios depresivo y esquizofrénico	24
4. Las depresiones paranoides	29
4.1 Concepto y clasificación	29
5. Diagnóstico diferencial	34
5.1 Esquizofrenia paranoide	34
5.2 Síndromes cerebrales orgánicos	36
5.3 Alcoholismo y drogas	39
5.4 Psicosis sintomáticas	41
II MATERIAL Y MÉTODOS	44
1. Elementos para una metodología en psiquiatría Breve revisión histórica	45
2. Material y métodos del presente trabajo	48
III ESTUDIO DEL MATERIAL Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	51
1. Procedencia	52

	Páginas
2. Distribución según el sexo	54
3. Distribución según el estado civil	54
4. Distribución según la edad	55
5. Distribución según el sexo y la edad	56
6. Frecuencia de las subformas	57
7. Distribución de las subformas según la edad .	58
8. Antecedentes personales	60
8.1 Nº de ingresos anteriores	62
9. Desencadenamiento	63
10. Estudio psicopatológico	65
10.1 Trastornos psicopatológicos de la afecti vidad.....	65
10.2 Trastornos psicopatológicos productivos.	70
10.3 Otros hallazgos	74
11. El tratamiento farmacológico	76
11.1 Los psicofármacos prescritos	76
11.2 Las asociaciones psicofarmacológicas..em pleadas	79
12.. Tiempo de permanencia	81
 IV CASOS CLÍNICOS	 83
 V CONCLUSIONES	 98

BIBLIOGRAFÍA



I - INTRODUCCIÓN

Con el presente trabajo tenía yo inicialmente el propósito de averiguar las manifestaciones, en la clínica, de algunas de las características básicas del conjunto de las llamadas depresiones paranoides.

Para tanto, he procurado estudiar, desde el punto de vista fenomenológico descriptivo, un conjunto de historias clínicas correspondientes a enfermos afectos de esta forma atípica de depresión vital, estudiando además algunos de estos mismos enfermos, personalmente. Los datos encontrados fueron distribuidos estadísticamente y discutidos mediante un juicio crítico y personal de mi parte.

Tal estudio fué orientado de manera a enfocar los siguientes aspectos:

- Las características de la muestra según su procedencia, sexo, estado civil, edad, sexo en relación a la edad, frecuencia de las subformas clínicas, y sus antecedentes personales y formas de desencadenamiento.
- En cuanto a los síntomas, he procurado observar y estudiar cuales eran los principales y su frecuencia de apareamiento.
- Pasando al plano asistencial, he averiguado el tratamiento farmacológico de estos casos, así como sus tiempos de permanencia en hospitalización, siempre de acuerdo con cada subforma.
- Finalmente, he transcrito algunos casos clínicos, con la finalidad de ilustrar lo visto anteriormente.

1. CONSIDERACIONES SOBRE LA DEPRESIÓN COMO ENFERMEDAD

1.1 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE MELANCOLÍA

La palabra "melancolía" que es de origen griega y significa "bilis negra", tiene ya 2.500 años, siendo encontrada por primera vez en el "Corpus Hippocraticum", donde es empleada varias veces para designar un estado morboso caracterizado por la presencia de temor y tristeza por un tiempo excesivo en un determinado individuo. El "morbus melancholicus" era ahí relacionado con la presencia de bilis negra, substancia que, aunque humor natural, podría, por existir en exceso, salirse de sus compartimientos naturales e inundar el organismo de su "capacidad tenebrosa", dando origen a la tristeza, la locura furiosa, las convulsiones, etc. Para el Corpus Hippocraticum la melancolia es derivada de determinadas discrasias de la sangre y los humores. La sangre alberga el espíritu, el cual puede resultar turbado, por una mezcla anómala de humores, a la sangre. En la edición de Littré de las obras de Hipócrates, citadas por TELLENBACH (1975) se encuentra lo siguiente: "más los afectados por frenitis se asemejan a los melancólicos sobretudo en cuanto a su estado alterado de espíritu; ya que los melancólicos, cuando la sangre está estropeada por la bilis y la flema, reciben esta su enfermedad; su estado de espíritu se perturba; algunos de ellos también enloquecen". El Corpus Hippocraticum halla no solo de la melancolía como enfermedad sino también conoce ya el tipo - bilioso o de bilis negra - que corre el riesgo de ser afectado por esta enfermedad; además reconoce ya también lo cíclico y su afinidad con la primavera y otoño.

Esta teoría humoral que servía para explicar no solo la melancolía sino la mayoría de las enfermedades humanas, pa-

rece haber persistido por muchos siglos, incluso hasta el XVIII. Así, Galeno, como los hipocráticos, atribuyó también ese estado especial de temor y tristeza a la presencia de la "bilis negra". Para Aretaeo de Capadocia, Celso y Soreno de Éfeso habrían tres tipos de enfermedad mental: la manía, la melancolía y la frenitis. En el Renacimiento persistió la misma teoría.

A finales del siglo XVIII es cuando ya comienza a responsabilizarse el sistema nervioso por el surgimiento del estado melancólico, a pesar de aquí, todavía nombres como Pinel persistieran en defender las concepciones humorales.

A principios del siglo pasado, la mayoría de los autores se empeña en hacer desaparecer estas antiguas concepciones humorales, habiendo incluso alguno de ellos que llegó hasta a pretender suprimir el término melancolía del vocabulario médico. Todavía por esa época, diferían mucho en sus criterios acerca de la etiopatogenia y clínica del estado melancólico. Sin embargo, aquí ya empiezan a aislar de la antigua melancolía otras entidades morbosas; así hay quién distinga la "melancolía nerviosa" - la epilepsia, caracterizada por convulsiones -, de la clásica melancolía humoral. Pinel y su discípulo Esquirol procuran independizar la manía de la melancolía, idea esta mantenida hasta la mitad del siglo XIX.

Otras entidades siguen ganando, por gracia de varios investigadores, independencia nosológica de la melancolía. Como ejemplo podemos citar el estupor y la confusión mental por Delasiauve, los cuadros obsesivos por Morel, la catatonía por Kahlbaum.

A mediados del siglo XIX, el concepto de melancolía

pasa a acercarse mucho más al actual, cuando Falret y Baillarger describen respectivamente la "locura circular" y la "locura a doble forma", ambas admitidas casi unánimemente por los demás autores, y consideradas como representando una misma entidad nosológica, agrupadas bajo la denominación de "locura periódica" y que se caracterizaría por su curso alternante entre la depresión y exaltación, con períodos de equilibrio afectivo.

Casi al final del mismo siglo, el genial Kraepelin, en su intento de identificar y aislar auténticas unidades nosológicas mediante el estudio de su etiología, clínica, curso, evolución final y también de la anatomía patológica, conceptúa la llamada por él "locura maniaco-depresiva". Esta única entidad nosológica es la que finalmente restara del antiguo grupo de la "melancolía" hipocrática y agruparía la "locura circular", la "periódica" y la "mania simple".

A pesar de que el criterio de Kraepelin era fundamentalmente el científico-natural, es decir basado en la búsqueda de conexiones causales, hasta hoy estos puntos no están todavía resueltos en el sector de las psicosis "maniacodepresivas". Así es que, criterios positivos tales como la presencia de alteraciones anatomopatológicas o bioquímicas cerebrales para la confirmación nosológica de las psicosis "maniacodepresivas" no son reconocidos. El único criterio positivo para esta confirmación es el que se refiere al carácter endógeno (en su sentido tellenbachiano) así como las características de apareamiento, clínicas y evolutivas de estas psicosis.

1.2 EL CONCEPTO ACTUAL

En los últimos tiempos, las discusiones se centraban en el concepto kraepeliniano de las "psicosis maniacodepresivas".

En sus trabajos, Kraepelin había asimilado al sector de las depresiones endógenas su concepto de "locura maniacodepresiva" y para él, dentro de los síndromes depresivos estarían tanto las depresiones de la "locura maniacodepresiva" - endógenas, causadas, psicológicamente incomprensibles, de naturaleza hereditaria -, y las depresiones reactivas - motivadas por vivencias externas, psicológicamente comprensibles -. En otras palabras, el concepto vigente hasta hace poco tiempo era el de considerar la depresión "endógena" como una manifestación de la psicosis maniacodepresiva y psicopatológicamente como una estructura saturada de tristeza vital; y la depresión reactiva como una reacción vivencial anormal impregnada por tristeza psíquica y motivada.

Sin embargo, estudios posteriores hicieron ver lo inaceptable de esta división de los síndromes depresivos. KLEIST (1947), LEONHARD (1957) y posteriormente ANGST (1966) viran la posibilidad de que las depresiones endógenas monopolares fueran cuadros no pertenecientes al núcleo ciclotímico. A seguir, acumularanse investigaciones en este sentido, varias de ellas muy concluyentes. ALONSO-FERNÁNDEZ (1969), que afirma llevar ya mucho tiempo sin ver un único caso de depresión reactiva, afirma que toda depresión reactiva que alcanza cierta intensidad o duración, inexorablemente se vitaliza. Para LOPEZ IBOR (1966), las depresiones reactivas puras "son muy raras, si es que realmente existen".

Hoy día hemos que admitir la circunscripción de dos

sectores dentro de las depresiones somatovitales o endógenas:

1. Un núcleo típicamente ciclotímico y reducido, perteneciente a las psicosis maniacodepresivas, constituido por las formas depresivas bipolares.
2. Un núcleo mayor, con características positivas y peculiaridades propias, que es el de las depresiones monopolares.

La idea de que la monopolaridad de las segundas, inicialmente vista como siendo consecuente a una simple variación clínica, a una atipicidad de las primeras - las psicosis circulares o maniacodepresivas de Kraepelin - está totalmente rebasada en la actualidad.

Actualmente, las diferencias entre las depresiones monopolares y bipolares se basan en los elementos contenidos en la Tabla I.

En definitiva y siguiendo al criterio actual, hemos, que admitir dos núcleos básicos dentro del grupo de las depresiones endógenas o somatovitales: los correspondientes a las formas bipolares y monopolares.

Además, comparto plenamente la propuesta de atribuir a estas psicosis el adjetivo alonsiano de "fasotímicas".

Así es que los términos "locura circular", "locura a doble forma", "ciclofrenia", "psicosis maniacodepresiva", "psicosis ciclotímica", "psicosis periódica", "psicosis afectivas endógenas", resultan, para ALONSO-FERNÁNDEZ (1977), inaceptables, proponiendo este autor, mediante importantes argumentos, reemplazarlos por un único: el de psicosis fasotímicas, el cual designaría el

T A B L A I

	DEPRESIÓN MONOPOLAR	DEPRESION BIPOLAR
	Leptosomático Esquizotímico	Pícnico Sintónico
	Mucho más baja	Mucho más alta
(1) Etiología	Multifactorial (en disituativa o endó biorreactiva)	Hereditaria (endógena pura)
	Mucho más frecuente	Mucho menos frecuente
	8 a 10/1	1/1
	Mucho más tardía mente	Mucho más preco mente
(1) Cuadros clínicos	Atípicos, ligeros y larvados	Típicos y muy intensos
	Mayor	Menor
	Mayor	Menor
	Más bajo	Más elevado
(1) Evolución	Monopolar	Bipolar

(1) Datos nosológicamente más importantes

círculo morbosos(1) de las psicosis afectivas de evolución básica. En este círculo morbosos hemos que distinguir tres entidades distintas: las enfermedades depresiva y maníaca y la psicosis maniaco-depresiva.

En cuanto a las depresiones somatovitales, desde el punto de vista clínico y en contraposición a las concepciones anteriores, nosotros distinguimos en el plano psicopatológico solamente un único síntoma primario(2) y nuclear para estas psicosis: la tristeza vital. De esta forma, tanto los trastornos del pensamiento, como el delirio, las alteraciones motoras y otras psicopatológicas son consideradas como secundarias, derivadas del anterior. Hay, además determinados síntomas somáticos considerados también como primarios, no derivados de aquel síntoma psicopatológico capital.

1.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS DEPRESIONES SOMATOVITALES

Los síntomas más importantes, los que componen el núcleo sindrómico de las depresiones somatovitales mono y bipolares son estos:

TRISTEZA VITAL: es, como ya dije, el síntoma capital, primario y nuclear de estos cuadros. Para LOPEZ IBOR(1966) ella es "una tristeza corporalizada o encarnada, inmotivada, que fluye del cuerpo como una secreción". Para identificarla fenomenológicamente no basta entenderla como una tristeza sin motivación,

(1) Entendemos la noción de círculo morbosos según la que refiere LOPEZ IBOR en su obra "Angustia Vital".

(2) A la manera de K. SCHNEIDER.

sino que hemos de aplicarle un criterio de reconocimiento positivo, de que su presencia traduce la existencia de una alteración de la estructura vital y que se encuentre encarnada en el propio yo corporal. Siguiendo a ALONSO-FERNÁNDEZ(1976) hemos de entenderla como "un sentimiento encarnado, a la vez, vital y sensorial" o sea, perteneciente a los estratos vital y sensorial de Max Scheler, para los sentimientos; o aún como un sentimiento inmotivado, psicológicamente incomprensible, no dirijible e insensible a la acción de las vivencias.

ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO: - Formales - lentificación de su curso, estrechamiento de su campo, empobrecimiento de sus objetos, etc. - De Contenido - el delirio depresivo y los juicios deliroides psicóticos; sobre este punto no voy a entrar aquí en consideraciones, dejando para hacerlo en un otro apartado de este trabajo.

SÍNTOMAS SOMÁTICOS: - Insomnio - es el trastorno más constante, adoptando más frecuentemente la forma del despertar precoz, sueño inquieto y despertar repetido durante la noche. - Otros síntomas somáticos importantes por su frecuencia son: nauseas y vómitos, sequedad de boca, halitosis, saburra lingual, estreñimiento, bradicardia, etc.

FORMAS CLÍNICAS MAS FRECUENTES DE LAS DEPRESIONES FASO-TÍMICAS

En la siguiente tabla se puede ver la clasificación de las formas clínicas de las depresiones somatovitales, donde se apreciará también el grupo de las formas clínicas atípicas, en el cual se sitúa la forma depresivo-paranoide:

T A B L A II

A) Formas larvadas y enmascaradas.	1. Depresión de trasfondo. 2. Depresión de subfondo o básico. 3. Anorexia mental. 4. Depresión hipocondríaca. 5. Equivalentes depresivos.
B) Formas sobre- agudas (depre- sión circular)	6. Depresión estuporosa. 7. Depresión confusional y ansiosa. 8. Depresión anestésica.
C) Formas atípicas (depresión endo- situativa unipo- lar).....	9. Depresión despersonalizante. 10. Depresión anancástica. 11. Depresión delirante (de Cotard) 12. Depresión paranoide (cuatro subformas), 13. Depresión disfórica. 14. Depresión ansiosa.

Según ALONSO-FERNÁNDEZ en: Fundamentos de la Psiquiatría Actual,
2v. 3ed. p.270.

1.4 EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Como hemos visto, de acuerdo con el adjetivo "fasotímicas" atribuido a estas depresiones, su evolución clínica es fásica.

Para HERTRICH, la mitad de estos enfermos solo pre

senta una fase depresiva en toda su vida, siendo que en 26% de los casos es bifásica; la existencia en un mismo enfermo, de tres o más fases es un hecho poco corriente. La evolución bi o multifásica es mucho más frecuente entre las depresiones bipolares que en las monopolares.

La evolución encronizada, con propensión a dejar defectos residuales es patrimonio de algunos enfermos circulares.

ROJAS BALLESTEROS habla en una tercera forma evolutiva llamada por él "épocas depresivas".

Para el pronóstico nos importa tanto las características de la personalidad premórbida, como los síntomas, de estos enfermos. Así, cuanto más sintónicas sean las personalidades y más cercanos al pícnico los biotipos de estos enfermos, más favorables son los pronósticos de sus cuadros psicóticos. En cuanto a las peculiaridades sintomatológicas, el quantum de atipicidad de estos cuadros clínicos es directamente proporcional a una evolución prolongada y tórpida. Vale a pena citar aquí la regla de LOPEZ IBOR a propósito del pronóstico de estas psicosis: "a medida que el cuadro psicopatológico aparece más "desvitalizado", es menor su acesibilidad terapéutica".

2. LOS SÍNDROMES PARANOIDES

2.1 HISTORIA DEL CONCEPTO DE PARANOIA

Como ocurrió con la melancolía, el término "paranoia", de origen griega y significado etimológico "comprender al lado", fué empleado por primera vez hace 2.500 años por Hipócrates.

Los hipocráticos de entonces identificaban, entre las enfermedades mentales y además de la paranoia, también la melancolía (como hemos visto), la manía y la epilepsia; y así como la melancolía, la paranoia hipocrática no correspondía al que hoy día entendemos por esta palabra. Según ALEXANDER y SELESNICK (1970) a qué concepto se refería a todo tipo de pensamiento desorganizado o delirante, consecuente a un estado de delirio mental.

Parece ser que el término paranoia hubiera sido prácticamente olvidado en los muchos siglos que virían posteriormente. Además, los autores, a través de los tiempos y hasta mediados del siglo XVIII describen muchos cuadros psiquiátricos, al parecer similares al síndrome paranoide actual, pero sin relacionar los con tal término.

En 1.772 Vogel reintrodujo el término paranoia ahora ya con un concepto diferente del hipocrático y más cercano al actual. Los conocimientos sobre lo paranoide toman por entonces un gran progreso y en ese siglo se describen ya sistemas delirantes tales como los de grandeza y persecución.

A principios del siglo pasado, Heinroth habla de la "loma" ("verruecktheit"), en la cual se asocian la perturbación intelectual y la exaltación y cuyo trastorno nuclear y básico es el delirio ("wahn").

Lo paranoide gana aún más precisión en su concepción con Esquirol y la monomanía a pesar de las excesivas enumeraciones de monomanías de la escuela francesa de entonces, cuadros esos que en el fondo nada más eran que manifestaciones del síndrome paranoide actual.

En la segunda mitad del siglo XIX, ahora más o menos

establecido lo que era lo paranoide, Kahlbaum al hacer la primera descripción de la paranoia como se la entendía hasta muy recientemente, afirma que es una forma de locura parcial que afecta principalmente la esfera intelectual, y la clasifica según predominen la exaltación o la depresión. Simultaneamente, Griesinger y otros hacen clasificaciones de la paranoia casi con los mismos criterios de Kahlbaum.

A finales de esa misma centuria, Kraepelin intenta individualizar como entidad y poner en torno a la paranoia unas fronteras nosológicas, pero encuentra para ello muchas dificultades, llegando a admitir que lo paranoide es el más artificioso y inclasificable de los trastornos mentales. Inicialmente Kraepelin considera la paranoia como una subforma de la "demencia precoz" - también descrita por él ⁴, idea cambiada sucesivamente en las ocho ediciones de su famoso tratado, para en la uñtima - la de 1915 - aislar la demencia precoz, la parafrenia y la paranoia, esta ultima intercalada entre las dos primeras.

El autor alemán concede finalmente a la paranoia caracter de individualidad nosológica y la atribuye a un desarrollo anormal en personalidades psicopáticas bajo la influencia de tensiones cotidianas. Define la paranoia como un "insidioso desarrollo de un sistema delirante persistente e incommovible, hallandose al mismo tiempo conservados la claridad y el orden del pensamiento, la voluntad y la acción"; además sería ella incurable, y si hubieran alucinaciones o deterioro, el diagnóstico debería ser de demencia precoz o parafrenía, y la inexistencia de alteraciones de la conciencia excluría el diagnóstico de psicosis exógena. El sistema delirante de estos enfermos se desarrollaría y crecería a base principalmente de falsas interpretaciones.

A pesar de que, por entonces, el concepto kraepeliniano de paranoia pasara a ser muy polémico y discutido, a principio es objeto solo de pequeñas enmiendas. Así, Friedmann, el primero a referir casos de reacción vivencial paranoide, habla ya en el inicio del siglo actual, en casos curables de lo que él llama "paranoia atenuada", y Gaupp poco después describe la "paranoia abortiva".

Algunos años después, sin embargo, ya se empieza a admitirse el parentesco entre la paranoia y otros sectores psicóticos. De esta forma, Kahn sugere relaciones entre la paranoia y la esquizofrenia y Ewalds adere a la tesis de Specht de que la paranoia pertenecería al círculo maniaco-depresivo.

Eugen Bleuler, de la misma escuela alemana de Kraepelin después de admitir por lo menos tres condiciones paranoides - la paranoia, la forma paranoide de la esquizofrenia, y un grupo intermedio - posteriormente identifica la parafrenia con la esquizofrenia: sería una esquizofrenia paranoide de aparición tardía, con ciertas peculiaridades. En lo que respecta a la paranoia, soy contra la opinión de SWANSON et al (1974) y a favor de la de ALONSO-FERNÁNDEZ (1976) de que Eugen Bleuler se mantuvo siempre fiel a aquella entidad kraepeliniana.

Hace unos 20 años, Kolle concluye que todos los enfermos paranoicos de Kraepelin presentaban evidentes síntomas esquizofrénicos. Los casos de Gaupp fueron también considerados como esquizofrénicos. Así es que finalmente la paranoia fuera absorbida por el círculo de las esquizofrenias: Es decir, al pasar la paranoia de entidad aislada a síndrome, transformase de sustantivo en adjetivo.

2.2 CONCEPCIONES ACTUALES

Una vez rebasado el concepto de paranoia y considerada como aceptada su existencia en cuanto entidad nosológica, resta nos entrar en consideraciones sobre lo que se entiende actualmente por paranoide.

Hoy entendemos, siguiendo a ALONSO-FERNÁNDEZ(1976), que lo paranoide puede ser distribuido en dos sectores:

- Uno mucho más limitado, si bien más frecuente, que es el de las esquizofrenias.
- Otro, más amplio, el de los síndromes paranoides propiamente dichos: las reacciones vivenciales, las reacciones situativas, y los desarrollos paranoides.

Al tiempo en que todavía subsistía la paranoia, se pretendía que existiera un continuun entre ambos sectores, pero hoy se establece realmente haberen grandes separaciones y alternativas, principalmente las siguientes:

Alternativa diagnóstica	Síndrome paranoide	Psicosis esquizofrénica
Alternativa psicopatológica	Juicios deliroides	Vivencias delirantes
Alternativa conceptual	Desarrollo o reacción	Proceso

Si bien Kretschmer con su delirio sensitivo de referencia pretendiera extender nuevamente ese puente entre ambos grupos, y así conceder nuevamente vida a la paranoia kraepeliniana, para ALONSO-FERNÁNDEZ(1976) aquella entidad kretschmeriana "se distribuye entre cuadros paranoides psicorreactivos y cuadros montados sobre un estado de ánimo morboso en el sentido de Lopez Ibor".

El denominador comun de los síndromes paranoides en cuanto reacciones vivenciales y situativas y desarrollos, es una mayor o menor disposición paranoide, la cual podría reforzarse por la edad involutiva, la esquizofrenia, etc.

Las reacciones vivenciales paranoides arrancan del impacto de una vivencia aguda y única, cumpliendo los principios jaspersianos: dasein y sosein psicológicamente comprensibles y coexistencia sincrónica con la vivencia.

Las reacciones paranoides situativas ocurren como consecuencia de una situación conflictiva persistente sobre una determinada personalidad.

Los desarrollos paranoides en cuanto su etiología pueden ser:

- desarrollos disposicionales (psicopáticos)
- desarrollos reactivos

Las vivencias o situaciones paranoidizantes son generalmente similares en sus características, siendo las más comunes, las de aislamiento y soledad, las que provocan sentimientos de culpa, heridas contra la autoestimación, las de humillaciones, vergüenza y las de ofensas contra el derecho y la justicia.

Los modelos más típicos de situaciones de aislamiento reactivo-paranoidizantes son aquellos de los reclusos, de los emigrantes principalmente en países con idiomas y costumbres desconocidos, de los ciegos, sordos y sordomudos. También se destacan mucho las de soledad, principalmente en mujeres.

Entre las influencias reactivo-paranoides del medio, se sobresalen las que provocan vivencias o situaciones de humillación, injusticia o vergüenza. Son bastante conocidos los casos que arrancan de una deformidad corporal, una aberración sexual, una profesión de nivel social insatisfactorio, etc.

En toda reacción paranoide hay que valorarse como factores patogénicos tanto los inherentes a la vivencia o situación como también los referentes a la personalidad previa del individuo, es decir, la disposición a lo paranoide.

Tanto las reacciones como los desarrollos paranoides suelen tomar la forma clínica litigante o autorreferencial.

Los síndromes paranoides se montan sobre la catatimia y sobre todo la proyección, mecanismos estos universales pero más presentes y activos en unas personas que en otras. Esta es realmente la disposición paranoide. Es interesante reproducir aquí las palabras de Lange citado por ALONSO-FERNÁNDEZ(1976): "sin la disposición a la paranoia(1) no podría caer en ella el carácter más complicado bajo el destino más embrollado".

(1) Entiendase "síndrome paranoide"

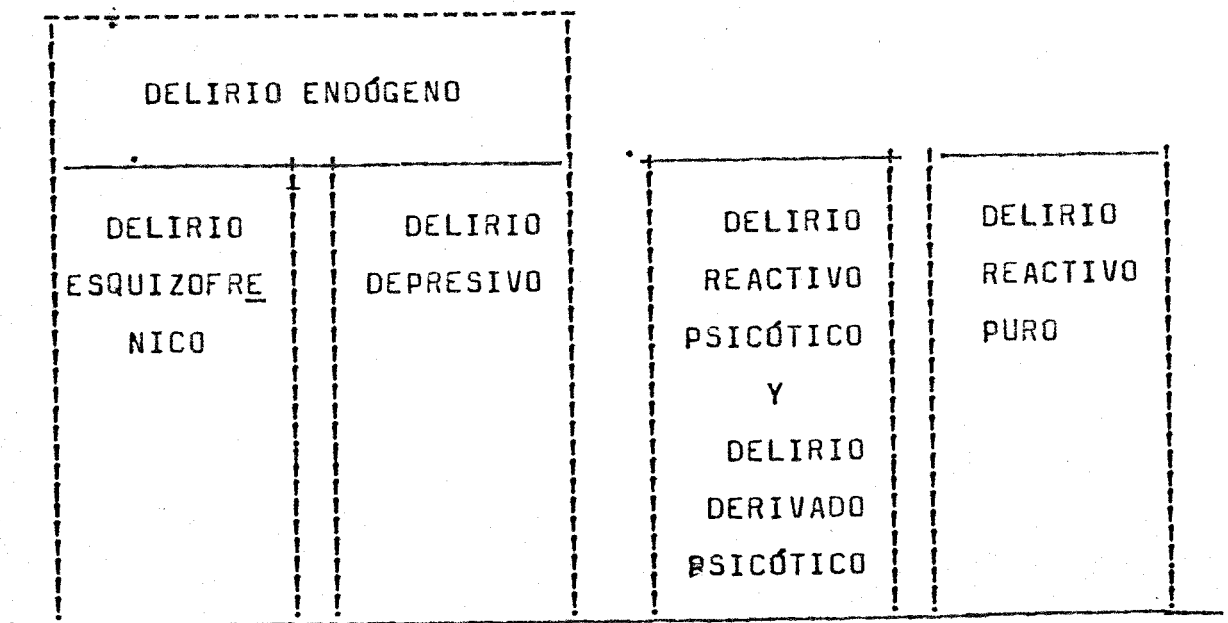
3. EL DELIRIO DEPRESIVO-PARANOIDE FRENTE A LOS DELIRIOS DEPRESIVO Y ESQUIZOFRÉNICO

Pienso ser interesante entrar en consideraciones acerca de un breve estudio comparativo entre el delirio de las depresiones paranoides y los delirios depresivo y esquizofrénico, no solo para un mejor conocimiento de aquellas sino también porque las esquizofrenias representan una de las entidades que primero consideramos para el diagnóstico diferencial con las depresiones paranoides.

Al lado de las vivencias delirantes, patrimonio casi exclusivo de las psicosis esquizofrénicas, y el delirio depresivo, se encuentran los juicios deliroides intra y extra psicóticos. Al conjunto de todos estos fenómenos se nombra delirio. Si bien unos y otros puedan diferir mucho en sus esencias, es posible definirlos aproximadamente como: creencias o convicciones anómalas (anormales o patológicas), demasiado firmes y tenaces y de contenidos un tanto absurdos e ilógicos y sobrecargados de afectividad, que se refieren por lo general a uno mismo. Por esta definición, todo delirio tiene entonces sus raíces genéticas en la afectividad (principalmente en los estado de ánimo y en las actitudes) y de acuerdo con ella ningún delirio es primario.

Aplicando el criterio de la comprensibilidad psicológica y de acuerdo con el grado de anormalidad estructural, en los extremos de una escala estarían, de un lado las vivencias delirantes estrictas, psicológicamente incomprensibles y de estructura francamente anormal, y de otro los juicios deliroides estrapsicóticos, de estructura simplemente anormal y psicológicamente comprensibles. Entre ambos extremos se encontrarían el

delirio depresivo y los juicios deliroides psicóticos.



→ Comprensibilidad psicológica

Anormalidad estructural ←

Esquema basado en lo de ALONSO-FERNÁNDEZ (1976).

He aquí ahora la descripción de estos fenómenos, partiendo de los más simples a los más complejos:

1- Los juicios deliroides extrapsicóticos o reactivos -
Son deformaciones de la realidad adoptadas con excesiva firmeza y estabilidad mediante los mecanismos de la holo y catatimia y cuya raíz afectiva es la pasión.

2- Los juicios deliroides psicóticos -

Pueden ser:

- catatímicos - cuando su naturaleza es la misma que la de los extrapsicóticos
- explicativos - cuando se tratan de explicaciones de los enfermos para sus fenómenos psicopatológicos.
- residuales - en cuanto creencia subsistida, en la realidad de fenómenos psicopatológicos ya desaparecidos.

3- El delirio depresivo -

Es el delirio de las depresiones somatovitales. Ciertos autores de prestigio como WEITBRECHT, TELLENBACH y K.SCHNEIDER admitirán y admiten la existencia del delirio depresivo primario, es decir no emanado de ningún otro síntoma psíquico. En cuanto a los que afirman ser él siempre secundario, para la mayoría sería derivado de la tristeza vital, pero para LOPEZ IBOR (1966), habría que concurrir aquí la angustia vital, pues para este autor "la tristeza es en sí delirantemente improductiva, no así la angustia". De esta forma, prefiero hablar en que el delirio depresivo es derivado de la tristeza angustiosa vital.

En lo que respecta a la temática, las depresiones llamadas típicas pueden presentar estos tres tipos de delirio: de culpa, ruina o enfermedad, lo que corresponde el poner a descubierto las tres angustias primordiales del hombre, como ha puntualizado K.SCHNEIDER (1975). En las depresiones atípicas, entre las cuales se incluyen las paranoides, la temática del delirio es variada.

4- Las vivencias delirantes -

De acuerdo con LOPEZ IBOR hay tres modalidades básicas de vivencias delirantes: el humor delirante (denominado por él esquizoforia), la percepción delirante y la inspiración u ocurrencia delirante. Todos ellos son casi siempre pertenecientes a las psicosis esquizofrénicas.

Para ALONSO-FERNÁNDEZ(1976) el primero es la base estructural y la fuente de los otros dos. Más aún, el humor delirante "brota al incidir en la afectividad el trastorno de la actividad del yo, que es probablemente el trastorno esquizofrénico fundamental desde el punto de vista psicopatológico".

De esta ^{FORMA} queda sin haber ninguno delirio primario, pués incluso las vivencias delirantes, erroneamente denominadas "pri_{ma}rias", provienen de una alteración de la afectividad.

Podemos observar ahora en la siguiente tabla de ALONSO FERNÁNDEZ(1976), onde he añadido rasgos del delirio depresivo paranoide, las diferencias estrictas entre los tres tipos de de_lirio:

A) ASPECTOS TEMÁTICOS

- DELIRIO DEPRESIVO

Temática de culpa, enfermedad y ruina.

Temática centrada en el yo.

Enfoque retrospectivo.

- DELIRIO ESQUIZOFRENICO

Temática diversa y hasta contradictoria

Temática centrada en la relación yo - mundo

Enfoque prospectivo y actual.

- DELIRIO DEPRESIVO-PARANOIDE

Temática autorreferencial, de perjuicio y persecucion, al
gunas veces de celos.

Temática centrada en la relacion yo - mundo.

Enfoque prospectivo y actual.

B) ASPECTOS SIGNIFICATIVOS

- DELIRIO DEPRESIVO

Unidad de sentido presente.

Relación de sentido constante con la tristeza vital.

Desgarramiento de la continuidad de sentido en grado relativo.

- DELIRIO ESQUIZOFRÉNICO

Unidad de sentido a menudo ausente.

Relación de sentido incostante con la esquizofobia.

Desgarramiento de la continuidad de sentido en grado absoluto.

- DELIRIO DEPRESIVO-PARANOIDE

Unidad de sentido presente.

Relación de sentido constante con la tristeza angustiosa o irritable vital.

Desgarramiento de la continuidad de sentido en grado relativo o ausencia de lo mismo.

C) ASPECTOS AXIÓLOGICOS

- DELIRIO DEPRESIVO

Exageración deformada de los valores de salud, espiritualidad y economía.

- DELIRIO ESQUIZOFRÉNICO

Conservación, consolidación, conversación, anulación o amalgamación de los valores.

- DELIRIO DEPRESIVO-PARANOIDE

Exageración deformada de los valores de salud, espiritualidad y economía.

4. LAS DEPRESIONES PARANOIDES

4.1 CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN

Al hablarse de depresión paranoide, significa referirse a un síndrome, el cual tiene las características básicas de ser un síndrome paranoide montado sobre un estado de ánimo morbos, es decir montado sobre un sentimiento vital patológico, que por su vez figura como el síntoma nuclear y primario del mismo cuadro.

No se trata aquí de identificarse una nueva entidad no sológica sino de caracterizarse un tipo clínico, el cual posee sus peculiaridades sintomatológicas, evolutivas, y otras más, y que plantea también sus propias exigencias terapéuticas y pronósticas.

4.1.1 SUBFORMAS CLÍNICAS ACTUALMENTE CONSIDERADAS

En las depresiones paranoides hay que distinguirse cuatro subformas clínicas, las cuales, siguiendo al Prof. ALONSO-FERNÁNDEZ(1976), pueden ser así sistematizadas:

- a) DEPREIONES PARANOIDES PROYECTIVAS O EXTERNALIZANTES (1): aquí estamos frente a cuadros depresivos acentuados y con grandes cargas de ansiedad y sentimientos de culpa, los cuales se asocian a las intensas ideas persecutorias. El

(1) Utilizo este término por considerarlo ya consagrado; sin embargo a mi modo de ver su empleo resulta algo inapropiado ya que el mecanismo de la proyección (entendido en su enfoque psicoanalítico) está también presente en otras de las subformas.

delirio (de perjuicio, persecución, autorreferencial, etc) es consecuente aquí a la externalización de los sentimientos de culpa, indignidad y/o insuficiencia, externalización esta que guarda cierta relación con la proyección externa paranoide.

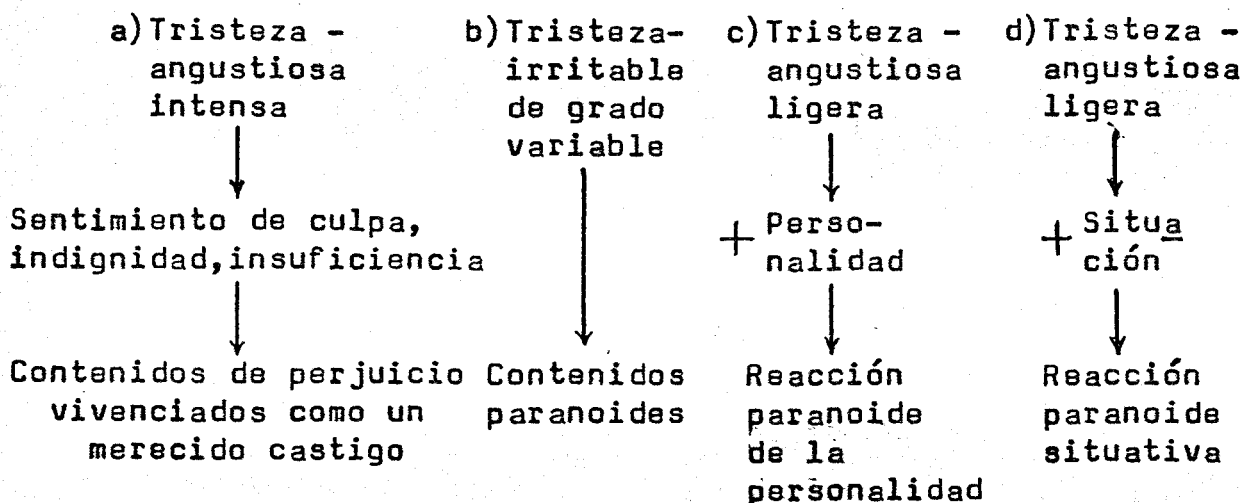
- b) **DEPRESIONES PARANOIDES DISFÓRICAS:** constituyen, juntamente con las proyectivas, las subformas clínicas que más frecuentemente son hospitalizadas. Son cuadros depresivos caracterizados por presentaren una tristeza irritable de intensidad variable y según ALONSO-FERNÁNDEZ(1976) es justamente sobre la base de esa mezcla especial de sentimientos vitales patológicos que se desarrollan en estos casos los delirios, sean de persecución, perjuicio o autorreferencia. Para aquél autor los contenidos paranoides brotan directamente de ese estado de ánimo especial porque la tristeza irritable se muestra "como un rico manantial de elementos paranoides". Sin embargo, a mí me parece que aquí el delirio podría surgir como consecuencia también de la proyección de la hostilidad y agresividad hacia el ambiente.
- c) **REACCIONES DEPRESIVO-PARANOIDES DE LA PERSONALIDAD:** estas son reacciones vivenciales paranoides de trasfondo depresivo-angustiosos vital, que ocurren cuando en una personalidad paranoide hay un cuadro depresivo ligero.
- d) **REACCIONES DEPRESIVO-PARANOIDES SITUATIVAS:** son aquellas producidas cuando un individuo con un cuadro depresivo ligero se halla inmerso en una situación paranoidizante, por ejemplo situaciones tales como las de aislamiento, injusticia, vergüenza, etc. Aquí también hay un trasfondo depresivo-angustioso vital. Ambas subformas (c y d) se mues

tran clínicamente como cuadros depresivos larvados y si no hay cierta agudeza para observación por parte del médico, pueden pasar como reacciones paranoides simples.

Si bien que las subformas c y d en cuanto a los elementos paranoides pueden ser vistas como reacciones de trasfondo entendidas según el concepto que se les otorga K.SCHNEIDER(1975), lo cierto es que son verdaderamente depresiones fasotímicas incipientes. Cuanto a las dos otras subformas, tenemos menores dificultades en taxarlas como depresiones fasotímicas, del punto de vista clínico, hecho ya demostrado por ALONSO-FERNÁNDEZ(1976).

Así, resumiendo, el síntoma nuclear y primario de que hablamos en el inicio de estas consideraciones, y del cual derivan los otros síntomas sería:

- En la subforma a: una tristeza angustiosa vital intensa.
 - En la subforma b: una tristeza irritable vital de grado variable
 - En las subformas c y d: una tristeza angustiosa vital ligera.
- Lo que vimos hasta ahora puede resumirse en el siguiente esquema:



- Sistemática de los tipos fundamentales de depresión paranoide.
Esquema basado en lo de ALONSO-FERNÁNDEZ (1976).

A mi modo de ver, las características clínicas de cada una de esas subformas de las depresiones paranoides van a depender no solo de las cualidades e intensidad de la distimia vital depresiva que subyace en la base de las mismas sino también de factores inherentes a las personalidades de estos enfermos, tales como sus mecanismos psíquicos de defensa, y eso podría permitirnos entender porqué son paranoides esas depresiones. Pienso que siempre hay una combinación entre estos dos tipos de factores en proporciones variables. Asimismo es posible que puedan haber cambios de una forma clínica a otra durante fases depresivas distintas en un mismo enfermo, si bien sea este un hecho no frecuente. Así, si un individuo que presentó en un momento de su vida una reacción depresivo-paranoide situativa podrá posteriormente manifestar una nueva fase depresiva donde habiendo u una tristeza angustiosa intensa, las características clínicas podrán ser ahora de una depresión paranoide proyectiva. Otra posibilidad es la de que una persona bajo una situación paranoide prolongada pueda adoptar una personalidad de características paranoides; si en la situación anterior presentó una reacción depresivo-paranoide, ahora ya presentará una reacción de la personalidad, si tuvier un cuadro depresivo no intenso.

Otro hecho a considerar es la posibilidad de haber cambios clínicos formales de otros tipos de depresión a una depresión paranoide lo que parece ser más frecuente de ocurrir en la senectud ya que el dispositivo psicopatológico de defensa paranoide basada en la desconfianza angustiosa es propio de las edades tardías. Además las fases depresivas pueden dejar en la personalidad, entre otros residuos, la desconfianza paranoide.

4.1.2 CLASIFICACIÓN

De acuerdo con los aspectos clínicos formales, las depresiones paranoides son clasificadas como depresiones atípicas, adviendo su atipicidad justamente del contenido paranoide de su delirio. Permitase más una vez remitir el lector a la tabla II (página 16 de este trabajo), donde se puede ver las depresiones paranoides entre las otras formas atípicas de las depresiones somatovitales. Es interesante observar que las depresiones paranoide e hipocondríaca se asocian con frecuencia.

En cuanto a su situación nosográfica, las depresiones paranoides, como depresiones vitales que son, se atienden a dos sectores: el de las depresiones monopolares y el de las bipolares.

Esta distinción nosológica de las depresiones implica también una distinción etiológica: las depresiones bipolares son endógenas puras mientras que las monopolares son endosituativa y en estas últimas cobra mucha importancia la influencia de los factores ambientales para su desencadenamiento.

Entonces nuestra idea es la de que:

- Las depresiones paranoides proyectivas pertenecen en su mayor parte a las depresiones endógenas puras o bipolares.
- Las subformas disfóricas se reparten entre ambos terrenos nosográficos mas o menos equivalentemente.
- Las reacciones depresivo-paranoides tanto situativas como de la personalidad pertenecen a las depresiones monopolares o endosituativas.

5. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La conducta paranoide no representa, como vimos, una entidad nosológica, antes bien puede presentarse en una gran variedad de enfermedades psíquicas o en individuos bajo ciertas tensiones sociopsicofisiológicas.

Clínicamente, el síndrome paranoide se suele reconocer con cierta facilidad. Las características de la conducta paranoide, cuales sean la suspicacia, la hostilidad, los delirios de autorreferencia y persecución etc, comprenden un conjunto sin tomatológico más fácilmente identificable que muchos otros.

De esta forma, las depresiones paranoides en cuanto síndromes paranoides, no suelen presentar dificultades para su reconocimiento, pero sí puede a veces no ser fácil adscribirlas al sector de las depresiones somatovitales. Así, el diagnóstico diferencial de este tipo de depresiones suele hacerse con aquellas entidades que además de presentaren manifestaciones paranoides, sean más frecuentes después de la segunda mitad de la vida. Entre esas enfermedades destacamos las siguientes:

5.1 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Entre las esquizofrenias, la paranoide, principalmente la de aparición tardía, es la que puede suscitar mayor confusión diagnóstica con las depresiones paranoides, no solo porque en aquellas se puede presentar la distimia vital depresiva - que para CONRAD(1958) sería mismo una manifestación de depresión endógena - como también porque hay psicosis esquizofrénicas que evolucionan en fases y depresiones fasotímicas que dejan estados residuales.

En lo que respecta a las subformas proyectiva y disfórica de las depresiones paranoides, serían menores las dificultades para aprehenderse fenomenológicamente en estas la tristeza o tristeza-irritable vitales por se presentaren aquí más acentuadas. Además, y si aquello no fuera suficiente, se apelaría a los síntomas de primer rango de K.SCHNEIDER(1975), los cuales, por tener mayor valor patognomónico para las esquizofrenias que la tristeza vital para las depresiones fasotímicas y estas no presentaren nunca los sintomas esquizofrénicos de primer rango, nos permitiría excluir el diagnóstico de depresión paranoide(1).

En cuanto a las reacciones depresivo-paranoides, sabemos que su ingrediente psicopatológico básico, al lado de la tristeza angustiosa vital, es la idea o juicio deliroides, mientras que en las esquizofrenias hay las vivencias delirantes. Para ALONSO-FERNÁNDEZ(1977), las diferencias entre lo deliroides y lo delirante se atienden a los criterios de la siguiente tabla:

T A B L A III	IDEA DELIROIDE	VIVENCIA DELIRANTE
Estructura de la vivencia	Normal	Anormal
Ordenación funcional de lo psíquico	Preservada	Rota
Continuidad de sentido del desarrollo histórico - vital	Conservada	Desgarrada

(1) Para un estudio comparativo entre los delirios depresivo-paranoide y esquizofrenico vide el apartado 3 de la introducción de este trabajo.

Es decir, mientras el "sosein" (ser-así) de la vivencia delirante es incomprensible en su estructura y su "dasein" ("estar-ahí") es plenamente incomprensible, tanto el "soesin" como el "dasein" de la idea deliroide son plenamente comprensibles. La única nota comun entre ambos fenómenos psicopatológicos es la comprensibilidad del "dasein" de los mismos en cuanto a sus contenidos.

5.2 SÍNDROMES CEREBRALES ORGÁNICOS

Aquí es importante el diagnóstico diferencial con las siguientes entidades:

5.2.1 ENFERMEDADES DE ALZHEIMER Y PICK

Estas dos entidades plantean un diagnóstico diferencial con las depresiones paranoides no solo porque muchas de estas ocurren en la etapa pre-senil sino porque el pronóstico cambia considerablemente de estas a aquellas.

Para tanto basamos principalmente en los hechos de que las enfermedades de Alzheimer y Pick son cuadros demenciales y por lo tanto hay un deterioro intelectual y déficit amnésico que siguen acentuándose a pesar de los esfuerzos terapéuticos. Además, presentan signos neurológicos tales como parestias faciales, trastornos del lenguaje y marcha y también convulsiones. Por la pneumoencefalografía podemos observar signos de atrofia cerebral y el electroencefalograma se presenta aquí sob la forma de ondas lentas.

5.2.2 DEMENCIA SENIL

Según STRECKER, citado por SWANSOL et al(1974), la de-

mencia senil puede adoptar en 20% de los casos la forma clínica paranoide. Para el diagnóstico diferencial con las depresiones paranoides, debemos llevar en consideración de que aquí hay disfunción intelectual y estados confusionales, además de deficit amnésio más acentuado, tendencia a la confabulación y mayor frecuencia de alucinaciones. Asimismo, la conducta del enfermo afecto de demencia senil suele ser excéntrica e hipo o anética, con labilidad afectiva. El deterioro de la personalidad es progresivo.

5.2.3 PSICOSIS ARTERIOSCLERÓTICA

El diagnóstico diferencial se suele hacer con las formas paranoides de esta psicosis. Las fluctuaciones del estado de conciencia, incluso confusión mental, las amnésias principalmente de fijación, el perjuicio intelectual y manifestaciones tales como síncope o convulsiones hablan en favor de la psicosis arteriosclerótica

5.2.4 TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS

Pueden haber manifestaciones paranoides en las lesiones craneoencefálicas no solo debido a los factores somáticos si no también como reacciones a las situaciones de postraumatizadas vivenciadas por estos enfermos. Los factores psicogénicos predominan si se trata de personalidades previamente paranoides, cuando entonces estaremos frente a reacciones paranoides situativas.

5.2.5 TUMORES CEREBRALES

Los tumores cerebrales pueden producir síntomas paranoi

des principalmente por los efectos de la hipertensión endocraneal, la cual puede se manifestar por el tipo paranoide del psicósíndrome de paso de Wieck y Scheid. Si la personalidad previa era paranoide puede haber asimismo acentuación de sus rasgos en algunos tipos de tumores cerebrales. Sin embargo, debemos tener en cuenta que los tumores cerebrales raramente producen síndromes depresivos.

5.2.6 PSICOSIS EPILEPTICA

Entre las epilepsias, la psicomotora - del lóbulo temporal - es la que tiene mayor propensión a presentar psicosis paranoides, incluso muy similares a la esquizofrenia, relacionadas con el fenómeno de la "normalización forzada" del trazado electroencefalográfico. En muchos casos hay además ansiedad y depresión. También la epilepsia centraencefálica puede presentar manifestaciones paranoides.

5.2.7 PARÁLISIS GENERAL PROGRESIVA

En el período de estado de esta enfermedad, las alteraciones psíquicas pueden tomar algunas formas clínicas entre las cuales la paranoide y la depresiva. Suele haberen aquí cierta obnubilación de la conciencia e ideas deliroides frecuentemente absurdas, incoherentes y contradictorias.

5.2.8 OTRAS CONDICIONES

Otras enfermedades en que pueden haber manifestaciones paranoides son la encefalopatía hipertensiva, la encefalitis principalmente la letárgica, la meningitis y los abscesos cerebrales.

5.3 ALCOHOLISMO Y DROGAS

5.3.1 SÍNDROMES PARANOIDES ALCOHÓLICOS

Dentro del grupo de los bebedores enfermos psíquicos, algunos paranoides buscan los efectos del alcohol para deshacerse de sus delirios; también es conocida la asociación entre el enfermo depresivo - muchas veces larvados y de subfondo - y la ingesta alcohólica. De ahí la necesidad de plantearnos el diagnóstico diferencial entre las depresiones paranoides y aquellos cuadros paranoides en el marco del alcoholismo. Entre estos cuadros destacamos los siguientes:

- EMBRIAGUEZ ALCOHÓLICA AGUDA: Son frecuentes los casos citados de sentimientos de desconfianza erótica y celos en el curso de una alcoholización aguda.
- EMBRIAGUEZ ATÍPICA: En esta embriaguez alcohólica, erróneamente llamada "patológica", hay gran labilidad emocional, alternándose agresividad y tristeza acentuadas, durante las cuales pueden surgir delirio y alucinaciones paranoides.
- ALUCINOSIS ALCOHÓLICA: En la forma aguda de este cuadro, la conciencia se mantiene casi lúcida y según ALONSO-FERNÁNDEZ (1977) "predominan las falsas interpretaciones, las ilusiones y las alucinaciones auditivas, sobre las cuales el enfermo fabrica un sistema de ideas deliroides de contenido persecutorio". Las alucinaciones auditivas son generalmente acusativas, conduciendo a interpretaciones deliroides de persecución; pueden haber pánico e incluso tentativas de suicidio o bien heteroagresividad "defensiva", cuadro muy semejante a la vivencia de acorralamiento de los enfermos depresivo-paranoides. La forma aguda evoluciona en general en un máximo de seis meses tras el abandono

de la ingesta alcohólica. En las formas subagudas y crónicas, el delirio y las alucinaciones pueden mantenerse indefinidamente a pesar de ser menos dramáticas.

- REACCIONES PARANOIDES DE TRASFONDO PSICORGÁNICO: Son caracterizadas generalmente por juicios deliroides referentes a celos, que arrancan de la vivencia del déficit o anulación de la potencia sexual del alcohólico, pudiendo intervenir también el rechazo conyugal.

5.3.2 UTILIZACIÓN DE DROGAS PSICOTOMIMÉTICAS

Entre las drogas cuyo consumo puede conllevar a manifestaciones paranoides, encontrarse principalmente las anfetaminas, el LSD y la marihuana.

- Las psicosis anfetamínicas nos interesa aquí no solo por su típico cuadro paranoide incluso con claridad de la conciencia, sino también por estaren precedidas por un período depresivo si bien corto que dá lugar luego después a una franca actitud de desconfianza. Con la prueba del rojo de metila se puede detectar catabólitos anfetamínicos en la orina.
- A pesar de solo la cuarta parte de los que utilizan el LSD (dietilamida del ácido lisérgico) suelen tener más de 25 años nos interesa también dedicar algunas palabras a los cuadros paranoides, en general agudos, provocados por ese alucinógeno; cuando ocurre un "mal viaje", hay a principio ansiedad que puede ser seguida por estados paranoides y depresivos incluso con pánico. Pueden haber también cuadros psicóticos prolongados, con delirio, alucinaciones y síntomas depresivos, que por ser un psicosisíndrome orgánico se acompaña de un deterioro intelectual y descenso del nivel de la personalidad. Ocurren asimismo cuadros psi

cóticos metatóxicos que pueden ser de tipo depresivo y/o paranoide.

- Con el hashish nos importa aquí más aquellos cuadros que ocurren tras sobredosificación, donde pueden haber manifestaciones paranoides y síntomas depresivos, si bien que en general en el marco de un estado confusional. La marihuana también puede provocar psicosis metatóxicas de matices depresivo y paranoide.

5.4 PSICOSIS SINTOMÁTICAS



Para el diagnóstico diferencial nos son más importantes los cuadros paranoides en la vigencia de psicosisíndromes de transición o paso de Wiersk y Scheid, es decir en aquellas psicosis sintomáticas que cursan sin alteraciones de la conciencia. Es muy frecuente la aparición de manifestaciones paranoides en las psicosis sintomáticas habiendo varias teorías sobre los posibles factores concurrentes para tanto. La acción de los factores orgánicos, tales como por ejemplo la hipoxia cerebral, todavía no está totalmente aclarada. Para MAYER-GROSS (1960) la conducta paranoide podría estar determinada por algún efecto específico, desconocido, del agente exógeno. Pienso ser muy importante el planteamiento del diagnóstico diferencial entre las psicosis sintomáticas y las depresiones paranoides incluso porque muchos casos de depresiones somatovitales, principalmente las atípicas, son desencadenados por enfermedades orgánicas, lo que fácilmente podría dar origen a errores diagnósticos. Como en la mayoría de las enfermedades orgánicas pueden surgir síntomas paranoides, señalaré solamente aquellas en que con mayor frecuencias surgen tales manifestaciones:

5.4.1 TRASTORNOS METABÓLICOS Y AUTOTÓXICOS

- **HIPOTIROIDISMO:** La "locura mixedematosa" ya fué muy estudiada hace casi un siglo. Según MAYER-GROSS (1960) los síntomas depresivos o paranoides aparecen en el 15 a 30% de estos enfermos, soliendo ser cuadros depresivos con delirio de autorreferencia, actitud de desconfianza y a veces alucinaciones. Además de las manifestaciones somáticas de la hipofunción tiroidiana, el paciente mixedematoso presenta en general retardo psicomotor y letargia.
- **HIPERTIROIDISMO:** El hipertiroideo suele ser irritable, agresivo, muy sensible a influencias psicológicas externas, y hasta desconfiado y suspicaz, bajo la acción de su trastorno metabólico. De esta forma pueden presentar psicosis paranoides.
- **ENFERMEDAD DE ADDISON:** También se han descrito cuadros paranoides en los individuos afectados de hipoadrenalismo, principalmente en los que presentan una personalidad previa paranoide.
- **SÍNDROME DE CUSHING:** Son más frecuentes las manifestaciones paranoides y depresivas en los estados hipercortisónicos y atrogénicos. Sin embargo, estos cuadros se deben en su mayoría mucho más a reacciones situativas a los cambios físicos de la imagen corporal de estos enfermos, que propiamente a factores somáticos.
- **HIPOPITUITARISMO:** Es referido que más de la quinta parte de los casos de destrucción hipofisaria tras parto con hemorragias abundantes, presenta cuadros psicóticos incluso con síntomas paranoide.
- **CUADROS POSTQUIRÚRGICOS:** Son frecuentes las descripciones de reacciones paranoides en enfermos con previas personalidades paranoides submetidos a intervenciones quirúrgicas;

reacciones esas incluso depresivo-paranoides cuando las cirurgías dejan defectos físicos aparentes. Sin embargo para ello parecen concurrir también factores somatógenos tales como los efectos anestésicos y tóxicos, las embolias, el stress, los desequilibrios hidroelectrolíticos, etc.

- INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA: Pueden aquí haber síntomas tales como delirio de autorreferencia y persecución, alucinaciones visuales, e incluso pánico, algunas veces también precipitados por sobredosificación digitalica.
- Otros trastornos metabólicos a citarse como posibles de producir manifestaciones paranoides son la uremia, la pelagra, la anemia perniciosa y la porfiria aguda intermitente.

5.4.2 ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- Endocarditis lenta: ALONSO-FERNÁNDEZ(1977) ha descrito casos clínicos de endocarditis lenta con manifestaciones depresivas y paranoides.
- Otras enfermedades infecciosas que pueden cursar con síntomas paranoides son el lupus eritematoso diseminado, la tuberculosis y la malaria por plasmodio falciparum.

II - MATERIAL Y MÉTODOS

1. ELEMENTOS PARA UNA METODOLOGÍA PSIQUIÁTRICA - BREVE REVISIÓN HISTÓRICA

Para buscarse el acercamiento científico al enfermo mental hay que utilizarse una metodología que sea científica.

Los métodos fundamentales empleados en psiquiatría, desde que ella representa, con los trabajos de JASPERS, la ciencia empírica mixta - natural e histórico-cultural - (a mi modo de ver, por antonomasia), son dos: el científico natural y el histórico. En otras palabras, respectivamente:

- la explicación: captación de conexiones causales o causas
- la comprensión: captación de conexiones de sentido o motivos.

Varios autores afirman que las distintas parcelas nosográficas de la psiquiatría requieren este doble abordaje metodológico, o sea, ofrecen interés cognoscitivo a la vez a estos dos métodos. Claro está que este interés tiene proporciones variables de acuerdo con cada uno de los sectores de la nosografía que sea enfocado.

Así es que hay quien declare sospechar no existir alteración psíquica que no sea accecible a la comprensión psicológica. Así mismo, es posible que cualquiera de las alteraciones psíquicas sea accecible a la captación de conexiones causales, por mínimas que sean sus participaciones, una vez que en el hombre se funden inextricablemente cuerpo y espíritu, se integran lo somático y lo psíquico. Vale la pena acordarse aquí de lo dicho por LOPEZ IBOR, de que la explicación y la comprensión no

se excuen pero sí se complementan.

Sin embargo, con esta metodología surgen los esquemas psiquiátricos dualistas, como el jaspersiano y el schneideriano.

A la primera vista parece entonces a nosotros que a través de estos dos caminos se pudiera llegar al conocimiento del hombre enfermo psíquico y que nos fuera satisfactorio. Pero no ocurre así. El hecho es que se dió cuenta:

- 1º De que la psiquiatría necesitaba todavía de un modo más adecuado que permitiera acercarse más la conocimiento della naturaleza de los fenómenos que intentaba describir.
- 2º Que todavía sus investigaciones adolecían de rigor, certidumbre y objetividad.

Así es que hace mas de 60 años y por obra del mismo JA JASPERS, es introducido en psicopatología un nuevo metodo - el fenomenológico, que habia sido creado poco antes por HUSSERL, y que parecía satisfacer aquellas condiciones perseguidas. Realmente el nuevo método no iría decepcionar, y con el la psiquiatría alcanzaría momentos brillantes.

Con los trabajos iniciales de JASPERS, empezara a enriquecerse mucho la psiquiatría, pero aquella fenomenología se quedaba con la condición de ser meramente descriptiva, permanecía en un plan todavía elemental y analítico, y por lo tanto muy insatisfactorio.

Siguiendo ese método su desarrollo, principalmente con nuevas aportaciones filosóficas del propio HUSSERL, pasando él de la fenomenología impura a la fenomenología pura, llega hoy a la situación de constituir un importante instrumento para nues

tra ciencia, tanto en la teoría como en la práctica, De esta forma tenemos en manos actualmente la comprensión fenomenológica, "la principal vía de penetración en el hombre enfermo-psíquico" y la actitud fenomenológica - su momento cumbre - donde son accionadas nuestras intuición y reflexión, según ALONSO-FERNÁNDEZ(1976).

En resumen, la fenomenología psiquiátrica había pasado de la situación en que se encontraba al tiempo de la introducción jaspersiana - la obtención fiel de las experiencias de los enfermos -, a la busca de la aprehensión de grandes conexiones psíquicas y de la historia vivencial interna, además del conocimiento de las esencias y estructuras básicas de los distintos modos de enfermar. Estos últimos conocimientos representan la doctrina y práctica psiquiátricas de muchos autores.

Por otro lado, a través de fundamentales estudios tales como los llevados a cabo por JASPERS, MINKOWSKI, GEBSATTEL, STRAUSS, BINSWANGER y otros tantos, tenemos en manos hoy día algunas variantes del método fenomenológico, entre las cuales se destacan principalmente la clínico-descriptiva, la genético-estructural y la categorial, excelentes caminos para la investigación y conocimiento en nuestro campo científico.

El método fenomenológico será en el futuro uno de los baluartes - al lado de la psicoterapia - de la independización de la psiquiatría como ciencia. ASTI VERA(1972) define una ciencia por su objeto, su método y sus fines, La psiquiatría ya estaba en posesión de las condiciones primeira y ultima, faltava todavía una metodogía adecuada que le posibilitara obtener su condición de ciencia independiente. Esta condición fué satisfecha por la adquisición del método fenomenológico.

2. MATERIAL Y MÉTODOS DEL PRESENTE TRABAJO

El material por mí utilizado para este estudio corresponde a una selección de las historias referentes a todos los ingresos diagnosticados como depresiones paranoides, que pasaron por la Unidad de Internación de la Clínica Psiquiátrica del Hospital Universitario de Sevilla en el período correspondiente entre marzo de 1975 y noviembre de 1976.

Inicialmente disponía yo de un total de 35 ingresos, pero a través de esta selección no he incluido 5 (cinco), habidos en el mismo período y también diagnosticados como depresiones paranoides, por la razón de que en reingresos posteriores ellos fueron diagnosticados como esquizofrenias paranoides y por que ahora realmente presentaban ya cuadros típicos de esta enfermedad. Suponía yo que, con este criterio, habría mayor posibilidad de se estar frente a una muestra más pura.

De estos 30 (treinta) ingresos, 5 (cinco) fueron reingresos, es decir el material corresponde propiamente a 25 enfermos distintos, 5 de los cuales reingresaron más una vez en el mismo servicio.

El material fue recogido tanto de las historias clínicas hechas por médicos del ya referido servicio como de entrevistas posteriores que yo mismo tuve con algunos enfermos y/o sus familiares y que me permitieron obtener datos adicionales que parecían interesantes.

Por medio de la Tabla IV se puede comparar el número de depresiones paranoides frente al total de ingresos y de síndromes depresivos que pasaron por dicha Unidad durante el mismo

período (marzo de 1975 a noviembre de 1976).

T A B L A I V

TOTAL DE INGRESOS.....	1086
SÍNDROMES DEPRESIVOS.....	402
DEPRESIONES PARANOIDES.....	30

DEPRESIONES PARANOIDES

EN RELACIÓN AL TOTAL DE INGRESOS: 2,8%(1:35)

EN RELACIÓN AL TOTAL DE SÍNDR. DEPRES: 7,5%(1:13)

Mi intención inicialmente era la de aplicar a los individuos de la muestra algunos testes psicológicos, como por ejemplo el TAT, pero infelizmente no me fué posible estar personalmente con la mayor parte de ellos, por loque he decidido abandonar aquella idea.

En la casi totalidad de los casos de este material no constaba en sus respectivos diagnósticos, la referencia a qué subforma clínica de las depresiones paranoides pertenecía este o aquél enfermo; esta clasificación fué hecha por mí, ateniendo me a aquellos criterios teóricos básicos sobre la conceptuación de las depresiones paranoides y sus cuatro subformas, que se encuentran expuestos en la introducción de este trabajo.

En cuanto a los metodos aquí utilizados, debo decir que las consideraciones anteriores sobre la importancia de la fenomenología en psiquiatría no implica en que he olvidado y no he utilizado, en este estudio, aportaciones de otros métodos y técnicas, por ejemplo, conocimientos psicoanalíticos y técnicas estadísticas.

Sin embargo, lo que sí es cierto es que el método fenomenológico, en su variante clínico-descriptiva, fué fundamental en el actual estudio. Y ello no solo para la recolección fiel de lo vivenciado por el enfermo sino también en un intento de aprehender las significaciones esenciales de sus síntomas. Además, era siempre por esta via que se llegaba al diagnóstico de depresión paranoide.

A través de la fenomenología clínico-descriptiva autores de la estirpe de K.SCHNEIDER y LOPEZ IBOR, tuvieron acceso a un mayor conocimiento del sector de la vida afectiva, y era precisamente en este sector que pensáramos desde el inicio estuviera la primordial y básica alteración del cuadro clínico en cuestión.

III - ESTUDIO DEL MATERIAL Y

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

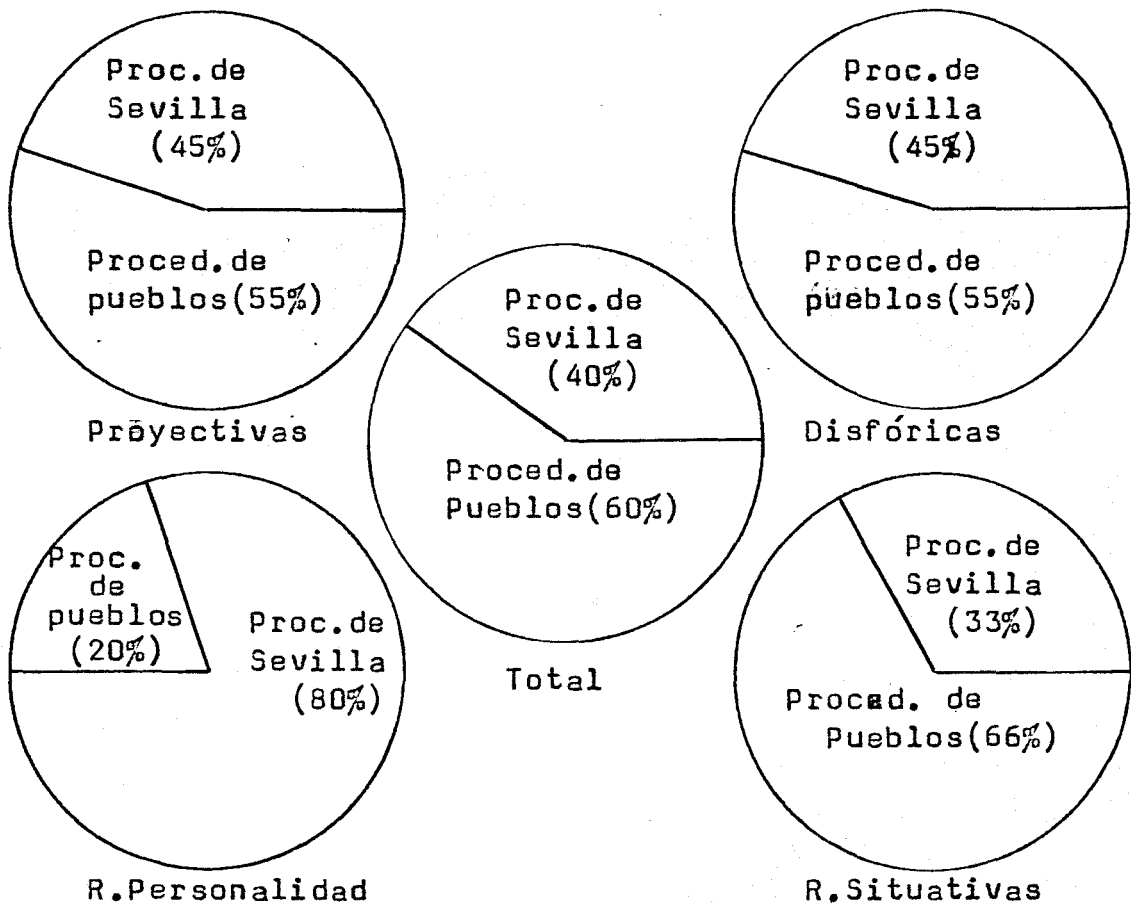
Paso entonces ahora a la presentación, juntamente con algunas discusiones y juicios críticos, de los datos obtenidos de la referida casuística, con arreglo a los siguientes criterios:

1. PROCEDENCIA

Los enfermos procedieron en parte de Sevilla y en parte de pueblos cercanos a esta capital.

PROCEDENCIA

figura 1



Llamo la atención primeramente sobre el hecho de que los procedentes de pueblos representan el mayor porcentaje de los casos, si bién no tan significativa como yo esperaba al principio de este estudio.

Por otro lado, y ello para mí es más interesante, se dió la ocurrencia de que, mientras las subformas proyectivas y disfóricas se repartieron mas o menos equivalentemente en estas dos procedencias, la evidente mayoría (80% y 66%) de las reacciones depresivo-paranoides vinieron de pueblos.

Desde el inicio de este trabajo me pareciere que los pueblos, principalmente los menores, reunían más condiciones que las gran ciudades en el sentido del paranoidizar. Esto por que, para mí, estos pequeños pueblos figuran como medios sociales casi cerrados y en ellos los vínculos mundanos son más estrechos conllevando a un acercamiento mayor entre las personas; de ahí haberen mayores posibilidades de vivenciarse la culpa reflejada, uno de los dinamismos de las depresiones paranoides.

Por otro lado, creo que hay en los pueblos, además de las otras, unas leyes locales, un código moral propio muchas veces severo. Aquí uno no puede estar en el casi - anonimato como en las grandes ciudades, ni tampoco asumir roles muy distintos. (Fijense por ejemplo en la historia de la enferma Josefa - caso número 8 - expuesto al final de este trabajo en el apartado correspondiente a los casos clínicos).

Es inegable que las macrópolis contienen ingredientes paranoidizantes en gran escala, pero a mi modo de ver, menos decisivos en este tipo de enfermos.

2. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO

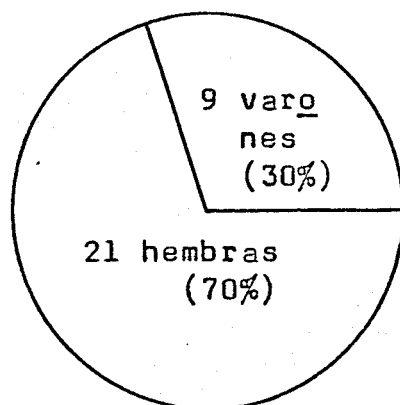


figura 2

Vemos que 70% de los ingresos correspondieron a hembras y 30% a varones, lo que está más o menos de acuerdo con las cifras de los autores clásicos para las depresiones endotímicas.

3. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTADO CIVIL

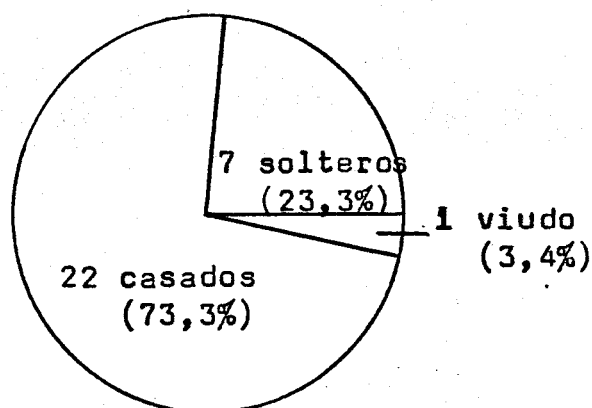


figura 3

Según el estado civil, los casos se distribuyeron conforme la figura arriba.

4. DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EDAD

En la figura 4, donde se halla la distribución etaria del material, se nota en primero lugar que casi la totalidad de los enfermos depresivo-paranoides presentan esa forma de enfermedad depresiva en la segunda mitad de la vida. Por otro lado podemos observar dos picos de mayor frecuencia: los correspondientes a los períodos etarios de 40 a 45 años y 55 a 60 años. Mientras en el primero pico tuvimos 3 reingresos, es decir contamos aquí con solo 5 enfermos distintos, en el segundo período etario hubo solo un reingreso, hecho explicado por el acúmulo aquí de las depresiones climatéricas y dato que está conforme con el de los autores clásicos.

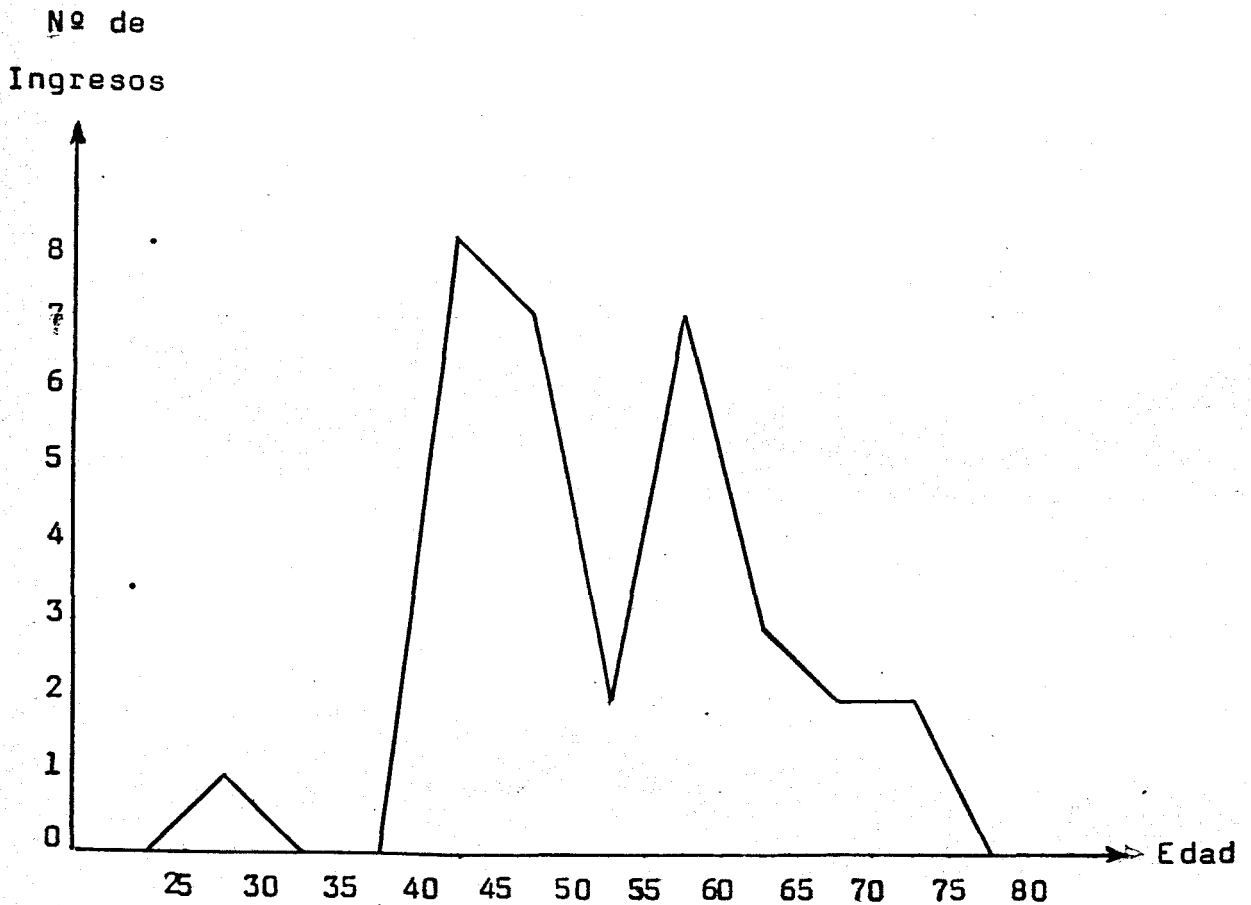


figura 4

De aquí podemos extraer la idea de que las depresiones paranoideas correspondientes a las edades entre 40 y 45 años, presentan recaídas con mayor frecuencia o que significa que sería más difícil mantener remitida una depresión en este período etáreo. Pero ¿podemos generalizar este hallazgo para otras formas de depresiones somatovitales?

Por otro lado el pico que hay entre los 55 y 60 años se debió en parte a un cierto acúmulo aquí de la subforma disfórica (juntamente con la subforma proyectiva), lo que confirma una cierta elección de esta subforma por la etapa pre-senil.

5. DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL SEXO Y LA EDAD

Por la figura 5 verificamos otra vez una discordancia de los datos clásicos con relación al acúmulo de las depresiones paranoideas en los varones entre los 40 a 45 años, pero ella es ego lo aparente, una vez que aquí hubo nuevamente dos reingresos y por lo tanto contamos en este período en verdad con solamente dos enfermos diferentes. Hecha esta resalva podemos entonces observar que, mientras en los varones hay una distribución más o menos constante en los diversos períodos etarios, en las hembras hay un acúmulo de casos tanto en los períodos correspondientes al de la menopausia como en la etapa pre-senil.

Hay que llamar la atención de que no fué encontrado un solo varón con edad entre 50 y 55 años y que esto no está conforme con los datos de los autores, que incluso indican haber aquí un acúmulo de las depresiones en los varones.

Nº de Ingresos

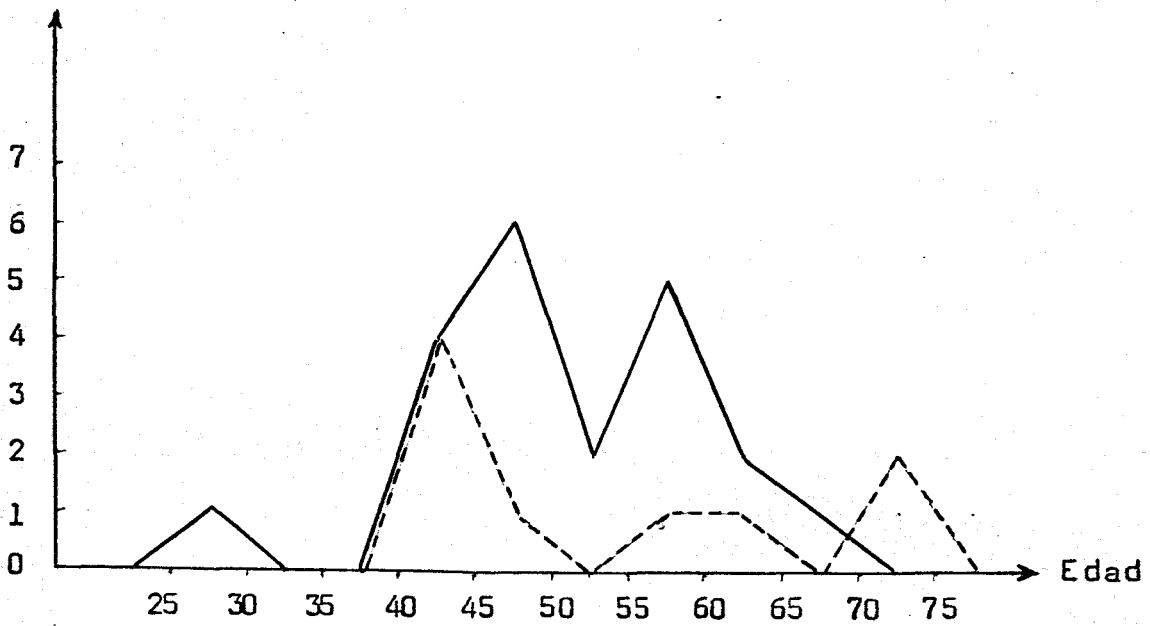


figura 5

6. FRECUENCIA DE LAS SUBFORMAS

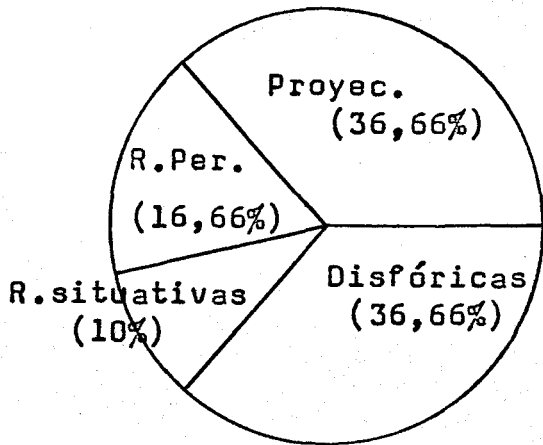
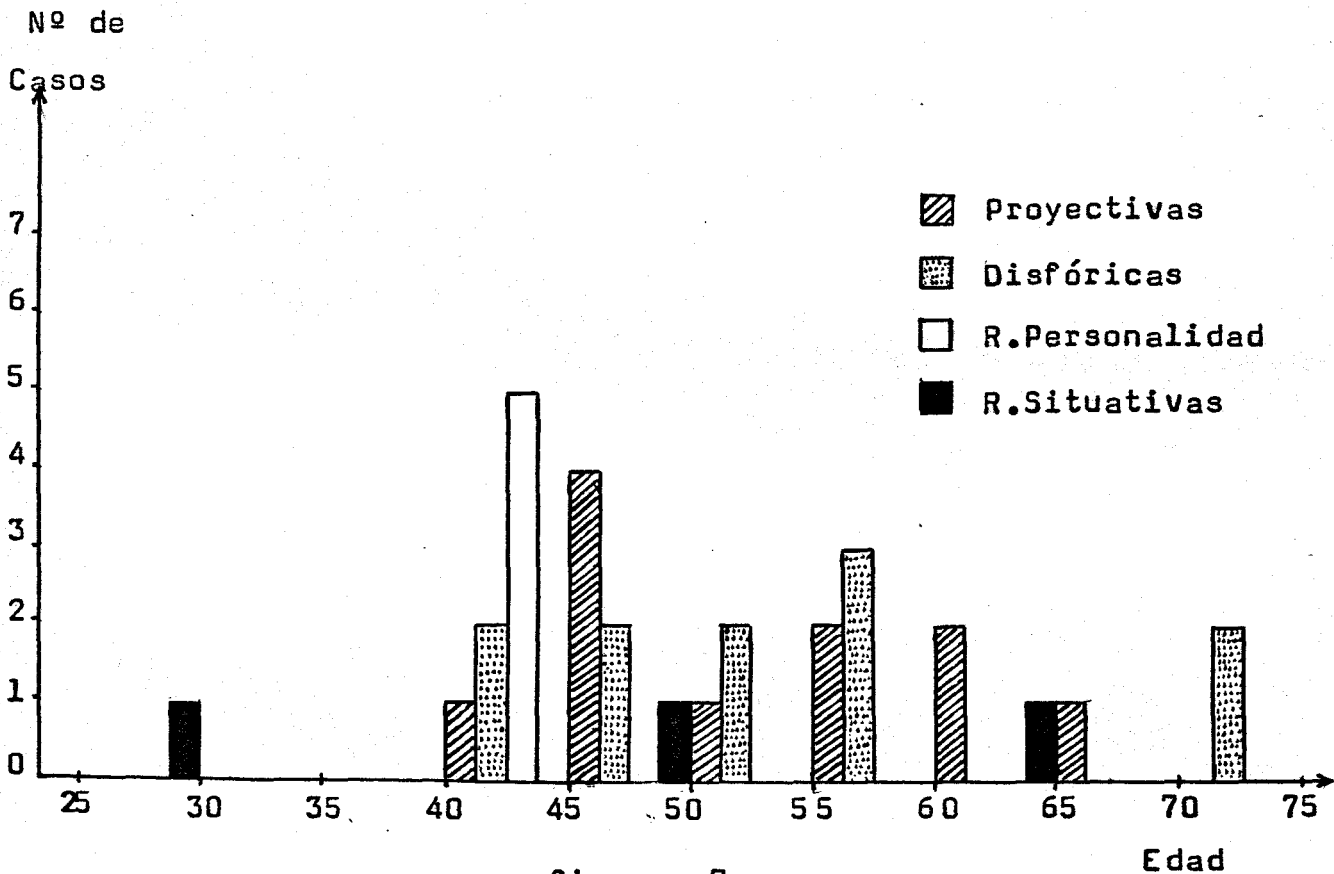


figura 6

En estos 30 ingresos he calificado 11 casos (un 36,66%) como depresiones paranoides proyectivas, lo mismo ocurriendo con la subforma disfórica. El restante 1/4 fué repartido entre las reacciones depresivo-paranoides de la personalidad (un 16,66%) y situativas (un 10%), que correspondieron a 5 y 3 ingresos respectivamente.

Es posible que en el atendimento ambulatorial, la relación de estas frecuencias se invierta, es decir que sean mucho más frecuentes allí las reacciones depresivo-paranoides.

7. DISTRIBUCIÓN DE LAS SUBFORMAS SEGÚN LA EDAD



Por la figura 7 se puede notar lo siguiente: la subforma disfórica si acumula ligeramente entre los 55 y 60 años; aquí he observado varios casos que la antigua psiquiatría fácilmente calificaría de típicos delirios de perjuicio preseniles de KRAEPELIN, pero que en realidad eran depresiones vitales y que remitieron muy bien bajo tratamiento combinado de antidepresivos y antipsicóticos, hecho ya esgrimido por ALONSO-FERNÁNDEZ (1976).

También es interesante el hecho de que mientras todos los casos calificados como reacciones depresivo-paranoides de la personalidad estan entre los 40 y 45 años, los tres ingresos tidos como reacciones situativas se distribuyeron más o menos regularmente a lo largo de los varios períodos etarios. A mi modo de entender, eso ocurrió así porque entre las edades de 40 y 45 años és donde la personalidad paranoide pasa a sufrir más intesamente las exigencias ambientales, donde su compromiso con el mundo ya pasa a ser mucho significativo y como consecuencia és donde viene a ser más intensa su lucha activa contra el ambiente. Además también entran en concurrencia aquí los factores inherentes a lo endógeno, para los cuales esta etapa de la vida es más o menos significativa.

En cuanto a las reacciones situativas, su distribución equivalente a lo largo de las etapas etarias es muy significativa en el sentido de que las situaciones paranoidizantes son justamente situaciones universales, y, en este tipo de reacciones donde el aciento recae fundamentalmente sobre la situación, la participación de la personalidad y del terreno del endon és segundaria y casi consecuente.

Finalmente, la distribución de las depresiones paranoida

des proyectivas, en cuanto estas representan en su mayoría depresiones endógenas puras, se asemeja más o menos a la distribución etaria de estas.

8. ANTECEDENTES PERSONALES

Vale la pena subrayar que, en ninguno de nuestros enfermos, encontramos referencias a fases maníacas anteriores, en contra un encuentro de 21 ingresos (70%) con una ó más fases depresivas anteriores (el restante 30% de las historias clínicas no contenía datos suficientes en este sentido).

Ya ALONSO-FERNÁNDEZ(1977) cita que las formas atípicas de la depresión somatovital (en las que las depresiones paranoides se incluyen) no suelen alternarse con fases maníacas y en consecuencia serían casi siempre adscritas al sector de las psicosis depresivas monopolares.

Sin embargo, admito que la casuística no es representativa para una afirmación rotunda en este sentido, una vez que las formas bipolares corresponden a un solo 9% del total de las depresiones endógenas.

Pero por otro lado sí es admisible que el modo depresivo típico de enfermar es más propio de las psicosis cíclicas, mientras las formas clínicas atípicas se adscriben más al terreno de la enfermedad depresiva pura.

Además, he encontrado en casi la mitad de estos mis enfermos, situaciones de aislamiento social que he considerado como un importante factor dentro del desencadenamiento de sus cua

T A B L A V

Ante cedentes	Subfor mas	PROYECT.	DISF.	R.PERS.	R.SIT.	TOTAL
Cuadro Depres. Anterior 1 vez		45%	18%	60%	66%	40%
Cuadro Depres. Anterior 2 veces		-	9%	-	-	3%
Cuadro Depres. Anterior 4 veces		18%	36%	40%	-	27%
Aislamiento social		18%	27%	40%	66%	30%
Casamiento tardío (40 años)		-	27%	40%	-	17%
Menopausia reciente		-	27%	40%	-	17%
Rasgos de pers. presepresiva		36%	-	-	-	13%
Vivencias paran. anteriores		-	18%	40%	-	13%
Hipoacusia		-	-	40%	33%	10%
Ingesta alcohólica		9%	9%	-	-	7%
Diabetes méltus		9%	9%	-	-	7%
Insufic. cardio resp. crónica		9%	9%	-	-	7%

dros psiquiátricos. En este sentido podríamos decir que estas situaciones no solo podrían conlleva a un estado depresivo sino también contribuir en algunos casos a paranoidizar el individuo.

Es interesante también relatar que los 5 casos de casamiento tardío eran hembras y concidieran todos con una menopausia reciente. En este sentido parece ser que tenemos aquí la meno-

pausia no solo como un factor biológico desencadenante del cuadro, como también la vivencia de esta situación como contribuyente a la precipitación de estas depresiones, és decir, en este sentido estaríamos aquí frente a depresiones endobiopsico-reactivas.

De los trastornos cardiovasculares y endócrino-metabólicos, encontramos solo dos casos de diabetes y dos con cardiopatías; no fué encontrado ningun caso con hipertensión arterial. Eso és también un otro paso en favor de adscribir las depresiones paranoides, en su mayor parte, al terreno de la enfermedad depresiva monopolar, una vez que las psicosis circulares se encuentran asociadas en alta frecuencia con los citados trastornos. (Vide TABLA V).

8.1 N^o DE INGRESOS ANTERIORES

Aún dentro de los antecedentes personales, y en relación al número de ingresos anteriores que van referidos en las historias clínicas, encontramos los datos que estan consignados en la figura 8.

Se puede observar que 40% de los ingresos tipificados como reacciones deo-resivo-paranoides de la personalidad se sobresalieron por sus numerosos reingresos. Esto nos induce a pensar que en esta subforma las remisiones del cuadro se mantienen más difícilmente, lo que parece comprensible pués aquí estamos frente a una personalidad - la paranoide - que todavía plantea dificultades terapeuticas considerables. Además no hay que olvidar que una leve depresión ya puede contribuir a que las ideas sobrevaloradas de estos individuos sean reemplazadas por las ig

ideas deliriosas, lo que nos dá a entender el grado de suscepti**l**ibilidad y fragilidad de estas personalidades frente a las dificultades de la vida. Esto también és confirmado por el hecho de que uno de estos enfermos permaneci6 56 dias hospitalizado - el record de la casuística - en uno de sus ingresos.

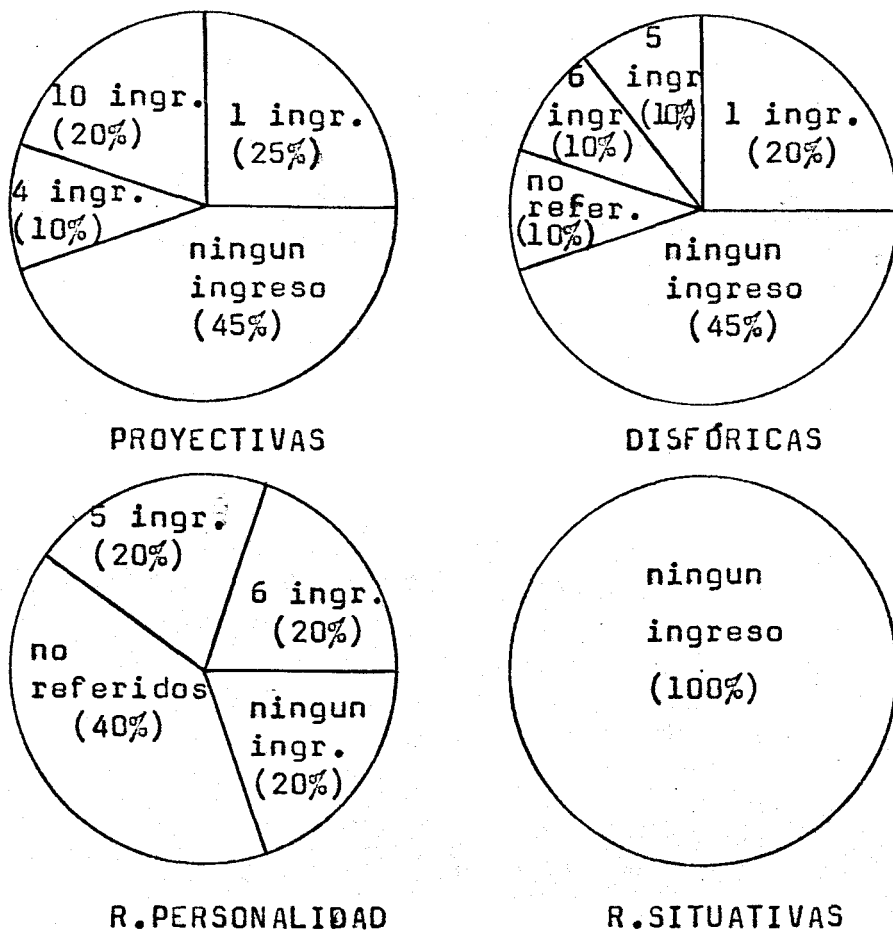


figura 8

9. DESENCADENAMIENTO

En cuanto al desencadenamiento de estas fases depresivo-paranoides, fué obtenido lo expuesto en la siguiente tabla:

SUBFORMAS DESENCADENAM/	SOMÁTICO	PSÍQUICO	AUTÓCTONO
Proyectivas	18%	18%	64%
Disfóricas	89%	-	91%
R. Personalidad	-	60%	40%
R. Situativas	-	100%	-
TOTAL	10%	26%	64%

T A B L A VI

Ya se sabe que la mayor parte de las depresiones desencadenadas por factores sean psíquicos sean somáticos pertenece al grupo de la enfermedad depresiva manopolar y son más frecuentes en las hembras. Por otro lado, nos podría parecer a la primera vista que todas las reacciones depresivo-paranoides fueran desencadenadas de manera exógena, pero si esto es cierto para las reacciones situativas ni siempre ocurre lo mismo con las reacciones de la personalidad, en donde algunas veces la reacción vivencial paranoide podría estar matizada en el fondo, o de acuerdo con K.SCHNEIDER(1975) en el "trasfondo", por una fase depresiva incipiente; en nuestro material, por ejemplo, dos de los cinco casos de reacciones depresivo-paranoides de la personalidad tuvieron sus actuales fases depresivas, de apareamiento autóctono.

Según ALONSO-FERNÁNDEZ(1977), cuyas cifras no discre-

pan mucho de las de otras autores, 15% de las psicosis fasotímicas tendrían desencadenamiento psíquico y 5% desencadenamiento somático; esas dos porcentajes suben un poco, en detrimento de la referente al surgimiento autóctono, si estamos frente a la depresión monopolar.

Como vemos, 64% de las fases depresivas de nuestra casuística fueron autóctonas y 26% tuvieron un desencadenamiento psíquico, números estos que no se distancian mucho de los de aquellos autores recientemente citados, si consideramos que la mayoría de las depresiones paranoides pertenece a la enfermedad depresiva monopolar; sin embargo, el desencadenamiento somático sobrepasó aquí un poco aquellas cifras clásicas y yo interpreto este hecho por la posibilidad de estaren concurriendo aquí factores somáticos todavía desconocidos y que contribuyeran a configurar la patoplastia paranoide de algunas de estas depresiones fasotímicas somáticamente desencadenadas.

10. ESTUDIO PSICOPATOLÓGICO

En cuanto al estudio psicopatológico de estos enfermos, he ordenado los hallazgos en tres grupos, a saber:

- 10.1. Trastornos psicopatológicos de la afectividad
- 10.2. Trastornos psicopatológicos "productivos".
- 10.3. Otros hallazgos psicopatológicos.

10.1 TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS DE LA AFECTIVIDAD

En lo que se refiere a las manifestaciones psicopatológicas afectivas, fueron encontrados los siguientes datos: (vide Tabla VII).

En todos los enfermos estaban allí presentes y aprehensibles tanto la tristeza como la angustia en sus diversos grados. Ambos sentimientos patológicos pudieron ser objetivados casi siempre como vitales, siendo por lo tanto frecuentes las referencias de los enfermos a quejas tales como cefalea nucal, opresión torácica, sensación de nudo en el cuello, etc, o sea, formas difusas y/o localizadas de la encarnación de la vivencia de estos sentimientos.

T A B L A VII.

	PROYEC. 11 casos	DISF. 11 casos	R.PERS. 5 casos	R.SIT. 3 casos	TOTAL 30 casos
Tristeza moder.	-	63%	100%	66%	47%
Tristeza acent.	100%	9%	-	-	40%
Tristeza discr.	-	27%	-	33%	13%
Ansied.moderada	36%	63%	40%	100%	53%
Ansied.intensa	63%	36%	60%	-	47%
Astenia vital	64%	55%	60%	33%	57%
Miedo	82%	63%	40%	33%	63%
Irritabilidad	-	100%	-	-	37%
Hetero-agresivid.	9%	73%	-	-	30%
Actit.desconf.	27%	36%	100%	66%	47%
Actit.hipocond.	27%	27%	40%	33%	30%
Sent.de culpa	45%	9%	20%	-	23%
Sent.de soledad.	-	27%	40%	33%	20%
Sent.de desesper.	9%	9%	20%	33%	13%
Pánico	36%	18%	-	-	20%
Actit. reinvin.	-	27%	-	-	10%
Aburrimiento	-	18%	-	-	7%

17 casos presentaron la astenia como manifestación de la tristeza angustiosa vital, muchas veces vivenciada corporalmente como cansancio o fatiga y psíquicamente como pérdida de la memoria o dificultad de concentración.

2 casos hicieron referencia a la sensación de aburrimiento, que ya sabemos ser otra manera de vivenciar la tristeza vital.

Para mayor objetividad, ambas clases de fenómenos - tristeza y angustia vitales - fueron clasificadas de acuerdo con su intensidad, en discreta, moderada y acentuada. Para tanto me he basado fundamentalmente en la apreciación que se les concediera en las historias, no habiendo sido posible su evaluación de acuerdo con escala tales como las de Hamilton.

En lo que respecta a la tristeza discreta, la presentaron solo 3 casos, y ello es fácil de entenderse si llevamos en consideración que esta casuística se refiere a enfermos hospitalizados, en los cuales estos cuadros son más acentuados. Es evidente que a nivel de ambulatorio abundan mucho más las formas de presivas leves que incluso pueden ser muchas ellas rotuladas como reacciones paranoides simples si no se les presta una atención y estudio más detenidos, punto sobre el cual ya ha llamado la atención ALONSO-FERNÁNDEZ(1976).

La angustia discreta no se hizo notar en ninguno de los enfermos, esto por que lo productivo en las depresiones no es la tristeza sino la angustia, y no debemos olvidar que aquí nos enfrentamos con cuadros depresivos en los cuales cobra un rango clínico prevalente el delirio, en este caso el delirio paranoide.

El sentimiento de miedo fué bastante frecuente-casi las dos terceras partes de los casos - siendo que la tercera parte de estos enfermos lo manifestaron sob forma de pánico, juntamente con el cual coincidió bastante la llamada vivencia de acorralamiento.

Llegamos a un punto que considero interesante algunos comentarios. He aquí como LOPEZ IBOR hace distinción entre la angustia y el miedo: "La angustia es ante lo desconocido y el miedo es ante lo conocido. Lo conocido siempre produce un impacto emotivo menor. En cuanto conocido existe la posibilidad de evadirse del peligro de ser dominado. Por eso la amenaza de la angustia es distinta de la amenaza del miedo. La transformación de la angustia en miedo es un mecanismo defensivo.(1) En cuanto un peligro se objetiva, se teme menos. Lo que conmueve profundamente es lo desconocido, proque trae el mensaje inmediato de la nada que nos envuelve." Y, más adelante dice el mismo autor: "El pánico es un miedo a todo, a un peligro que amenaza de todas partes y, en el fondo, lo hace desde ninguna." LOPEZ IBOR (1966).

Entonces, volviendo a nuestros enfermos con miedo o pánico, a mi modo de entender habría en ellos en primero lugar la transformación de la tristeza angustiosa - sentimiento vital y sensorial - en sentimiento de culpa - sentimiento psíquico. En seguida habría una elaboración psíquica secundaria (en este caso la delirante), utilizando el enfermo para eso un mecanismo defensivo, por lo cual su yo externalizaría la culpa, objetivando así su angustia, la remplazando por el miedo, lo que daría origen entonces a las construcciones delirantes de caracter paranoide. El conflicto con su super - yo para a ser un conflic-

(1) El subrayado es del autor.

to principalmente con su comundo.

Ahora bién, si la tristeza angustiosa viene a ser muy intensa, ya no es miedo sino pánico que pasa a sentir el enfermo. De ahí a inmergir en la situación donde el vivenciará el acorralamiento, es un paso. En esta situación extremadamente dramática, para el enfermo el peligro ya viene de todas las partes; seguir externalizando la culpa, que le continúa sobrecargando me diante la tristeza angustiosa intensa, ya no és suficiente como defensa de su yo, y este empieza entonces a entrar en crisis. Ahora el enfermo se siente acorralado no solo por todas las partes del mundo exterior sino también por su propio super-yo. Entonces, ¿como salir de esta situación? La única via de acceso a la salida no es si no la muerte - el no estar aquí y ahora. Con su muerte el enfermo procura por lo tanto satisfacer tres exigencias apremiantes:

1. La de huir de sus perseguidores, en esta situación todo y todos.
2. La de cumplir las instancias de sus propios sentimientos de culpa, en esta situación sobrecargandole excesivamente, pues ya nó és posible externalizarlos suficientemente.
3. La de evitar la vivencia de desintegración de la unidad de su yo mediante la intensa angustia, esta también ya sin posibilidad de ser elaborada suficientemente.

De ahí^{que} estos tipos de enfermos busquen con tanta frecuencia lograr el suicidio, muchas veces de manera brutal. Pienso que la vivencia de acorralamiento nos permite comprender no solo los motivos del suicidio buscado, sino tambien sus características formales. Además aquí se puede observar, más una vez, que el acto suicida és una tentativa de salir de una situación,

una afirmación, de vida. Apesar de que és un hecho indiscutible el que todos los enfermos depresivos son portadores de un nivel relativamente alto de agresividad, hago referencia aquí solo a la heteroagresividad manifiesta, por que esta era casi siempre posible de ser aprehendida inmediatamente, la que se manifestaba de manera más clara y que permitía además caracterizar mejor la subforma disfórica. Me refiero por lo tanto aquí a las tendencias agresivas dirigidas del enfermo hacia su ambiente.

Así és que este tipo de agresividad fué encontrado en la totalidad de los casos rotulados como depresiones disfóricas. A propósito de este punto yo planteo la cuestión de si en estos enfermos, portadores de los niveles quizaz más altos de agresividad entre todos los depresivos, las producciones delirantes no surgen también como consecuencia de la proyección de su hostilidad hacia las personas.

El término actitud és utilizado aquí de acuerdo con la definición de Meili, citada por ALONSO-FERNÁNDEZ (1976); es decir como un atributo afectivo de la personalidad que es percibido por los demás como una forma de comportamiento. De acuerdo con esta definición encontramos la actitud paranoide en la totalidad de la muestra; en 14 y 9 casos respectivamente las actitudes de desconfianza e hipocondríaca; y en 3 de ellos la actitud reivindicativa.

10.2 TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS PRODUCTIVOS

Como trastornos productivos me refiero aquí al delirio y las alucinaciones. He clasificado el conjunto de delirios encontrados en la casuística de acuerdo con el siguiente criterio:

- Formas de delirios
- Temas de los delirios
- Personajes participantes en los delirios.

- FORMAS DE DELÍRIOS DE LA MUESTRA

En los enfermos de este material fueron encontradas las siguientes formas de delirio:

T A B L A VIII

	PROYEC. 11 casos	DISF. 11 casos	R.PERS. 5 casos	R.SIT. 3 casos	TOTAL 30 casos
Juicios delir.	100%	100%	100%	100%	100%
Interpret.delir.	82%	73%	-	-	57%
Ocurr.delirantes	73%	18%	-	-	33%

De acuerdo con los temas, los delirios presentaron los siguientes aspectos:

T A B L A IX

	PROYEC. 11 casos	DISF. 11 casos	R.PERS. 5 casos	R.SIT. 3 casos	TOTAL 30 casos
Del.autorrefer.	73%	54%	40%	100%	63%
Del.perjuicio	45%	82%	80%	33%	63%
Del.persecución	91%	45%	20%	100%	63%
Del.envenen.	36%	27%	20%	33%	30%
Autorreproches	45%	9%	20%	33%	27%
Del.de ruina	36%	-	-	33%	17%
Del.de celos	-	9%	20%	-	7%

Como se puede observar, todos los enfermos presentaron delirio con más de un tema. Entre ellos, lo más frecuentes fueron los de autorreferencia, perjuicio y persecución, este último en casi la totalidad de los casos pertenecientes a la subforma proyectivas.

El tema relativo a la ruina, encontrado en uno de los enfermos afecto de una reacción depresivo-paranoide situativa, tenía la forma de juicios deliroides (los tres temas: culpa, ruina y enfermedad no son privativos del delirio depresivo).

De los 11 casos que exhibían la subforma proyectiva, 5 exhibían autorreproches, pero en solo 3 de estos se pudo observar claramente la aceptación por su parte de la culpa "como muy justa" dato que discrepa con lo de ALONSO-FERNÁNDEZ(1976) en este punto. Lo más probable es que quizaz aquí no hubo un suficiente acercamiento del médico hacia estos enfermos para obtener sus declaraciones en este sentido. La desconfianza de ellos con frecuencia se extendía también hacia el personal del hospital, incluso a los propios médicos que les trataban.

Es interesante ver que el tema del celos no es frecuente en el delirio de este síndrome paranoide.

En la Tabla X se encuentra la relación de los personajes que fueron elegidos en estos delirios.

También aquí, al igual que lo que se pasara con los temas, habían varios personajes involucrados en el delirio de cada enfermo. Los más frecuentemente elegidos fueron los vecinos de los pacientes, seguidos por sus conyuges y los funcionarios del hospital donde estaban ingresados. Varias veces había cambios de

T A B L A X

	PROYEC. 11 casos	DISF. 11 casos	R.PERS. 5 casos	R.SIT. 3 casos	TOTAL 30 casos
Proyec s/vecinos	45%	36%	40%	33%	40%
Proyec s/conyuge	18%	54%	40%	-	33%
Pr.s/fun.Hospital	18%	18%	20%	1-	17%
Proyec s/policia	27%	9%	-	-	13%
Pr.s/otros famil.	9%	18%	-	-	10%
Pr.s/pers.espec.	9%	18%	-	-	10%
Pr.s/el suegro(a)	18%	-	-	-	7%
Pr.s/todas las per	18%	-	-	-	7%

las personas que ocupaban el centro de estas producciones psicopatológicas; así un enfermo que antes de su ingreso decía estar siendo perseguido por un vecino, al estar ya en el hospital manifestaba que ahí era ahora un ATS quién lo vigilaba o aún le daba pastillas para envenenarlo. En fin, la impresión dada era la de que los pacientes elegían siempre personas de su mundo cercano de aquellos momentos como coprotagonistas de sus delirios.

Otros síntomas "productivos" fueron:

T A B L A X I

	PROYEC. 11 casos	DISF. 11 casos	R.PERS. 5 casos	R.SIT. 3 casos	TOTAL 30 casos
Alucin. audict.	36%	36%	-	-	27%
Viv.de desrealiz.	36%	-	-	-	13%
Viv.de despersion.	9%	9%	-	-	7%

9.3 OTROS HALLAZGOS

En cuanto a las restantes manifestaciones psicopatológicas de interés, fue recogido lo siguiente:

T A B L A XII

	PROYEC. 11 casos	DISF. 11 casos	R.PERS. 5 casos	R.SIT. 3 casos	TOTAL 30 casos
Insomnio	100%	82%	80%	66%	87%
Quejas físicas	73%	73%	100%	100%	80%
Llanto	63%	63%	100%	66%	70%
Negativismo	91%	73%	40%	33%	70%
Anorexia	63%	54%	80%	66%	63%
Ideas de suicid.	45%	35%	20%	33%	37%
Agitación psicom.	36%	27%	40%	-	30%
Inquietud psicom.	18%	27%	20%	-	20%
Inhib.Psicon.leve	27%	-	40%	-	17%
Viv.de acorralam.	36%	9%	-	-	17%
Manif.anancástica	9%	18%	20%	33%	17%
Pers. paranoide	-	-	100%	-	17%
Tent. de suicidio	18%	18%	-	-	13%
Inhib.psicom.moder	18%	-	-	33%	10%
Pers.predepresiva	18%	-	-	-	7%

Tratarse aquí de los restantes síntomas psicopatológicos de interés que estaban consignados en las historias de estos enfermos. Así es posible que la totalidad de la muestra presentara insomnio pero lo menos en 4 de los casos no había referencias claras a tal síntoma; lo mismo se pasó con los síntomas restantes.

En relación al insomnio, por insuficiencia de datos no fué posible clasificarlo, en muchos casos, como era mi propósito inicial.

Las quejas físicas, también muy frecuentes, se referían en su mayoría a la vivencia de encarnación de la tristeza y angustia vitales, principalmente dolores físicos y, entre estos, los localizados en el torax y cefaleas. Una enferma por ejemplo (M.B.C. - Nº Ha. 20.79.56) se quejaba de dolores en los huesos y exigía a su médico que se le hiciesen radiografías para que se averiguara las causas de los mismos.

El negativismo se manifestó principalmente por el evitar a tomar las medicaciones y por la sitiofobia, ambos fenómenos, en la totalidad de los casos, con su origen en el delirio.

El llanto evidente y la anorexia también fueron frecuentemente consignados en las historias. Las ideas de suicidio fueron más frecuentes en la subforma proyectiva - casi mitad de los casos. En su mayoría eran ideas alimentadas por el sentimiento de desesperanza. Uno de los enfermos (A.M.M. - Nº Ha. 186330) por ejemplo; declaraba en su reingreso: "Yo estoy desesperado, no encuentro mejoría... estoy cansado de vivir".

Los fenómenos reunidos bajo el título de manifestacio-

nes anancásticas se presentaron en la mayor parte de los casos como preocupaciones obsesivas.

Dos de las 4 tentativas de suicidio referidas ocurrieron de forma violenta: uno quizo tirarse a un pozo y el otro caso fué por intento de ahorcamiento.

10. EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En lo que se refiere a este asunto, debo decir primeramente que en la casuística del presente trabajo fué empleada como terapéutica biológica únicamente la psicofarmacológica, mediante la cual se obtuvo éxito satisfactorio en la totalidad de los casos. Por esto me refiero aquí a este tipo de tratamiento.

A propósito, en certa ocasión había sido planteada la cuestión de porqué en estos enfermos no había sido administrado el tratamiento electroconvulsivo una vez siquiera. La respuesta es que estamos aquí frente a enfermos afectos de un cuadro depresivo clínicamente atípico y en general portadores de un nivel relativamente acentuado de angustia, en los cuales el TEC no dá buenos resultados, siendo de lejos superado por el uso de antidepresivos combinadamente con antipsicóticos, como vamos a ver en seguida.

10.1 LOS PSICOFÁRMACOS PRESCRITOS

Para considerar un psicofármaco en esta apreciación he utilizado el siguiente criterio:

1. Tenía el que constar en la prescripción de rutina, no siendo considerados los administrados en las emergencias.

2. Habría de ser administrado al enfermo, dato obtenido mediante los apuntes de los ayudantes técnicos sanitarios. Por lo tanto no he considerado aquellos psicofármacos que los enfermos se negaron a que se les administrara.
3. Bastara que el medicamento fuera prescrito y administrado una sola vez en el mismo ingreso, siendo despreciados las otras veces en que aparecía repetido.
4. Finalmente, intenté averiguar en cuantos ingresos apareciera un determinado psicofármaco.

Entiendo que al aplicar estos criterios podría obtener una idea aproximada de qué clases de "target-symptoms"(1) el terapeuta estaría enfrentando al momento de hacer sus prescripciones.

En el tratamiento de la presente casuística fueron utilizados, en las prescripciones de rutina, un total de 25 tipos diferentes de psicofármacos, así distribuidos:

- 8 antipsicóticos
- 6 antidepresivos
- 5 tranquilizantes
- 3 hipnóticos
- 3 de otros grupos

Podemos verlos, así como su frecuencia de utilización, por la siguiente figura:

(1) Según FREYHAN, citado por KALINOWSKY y HIPPIUS (1972), los "target-symptoms" son aquellos que responden específicamente a una droga particular y "constituyen el requisito más importante para una valoración quimio-terápica".

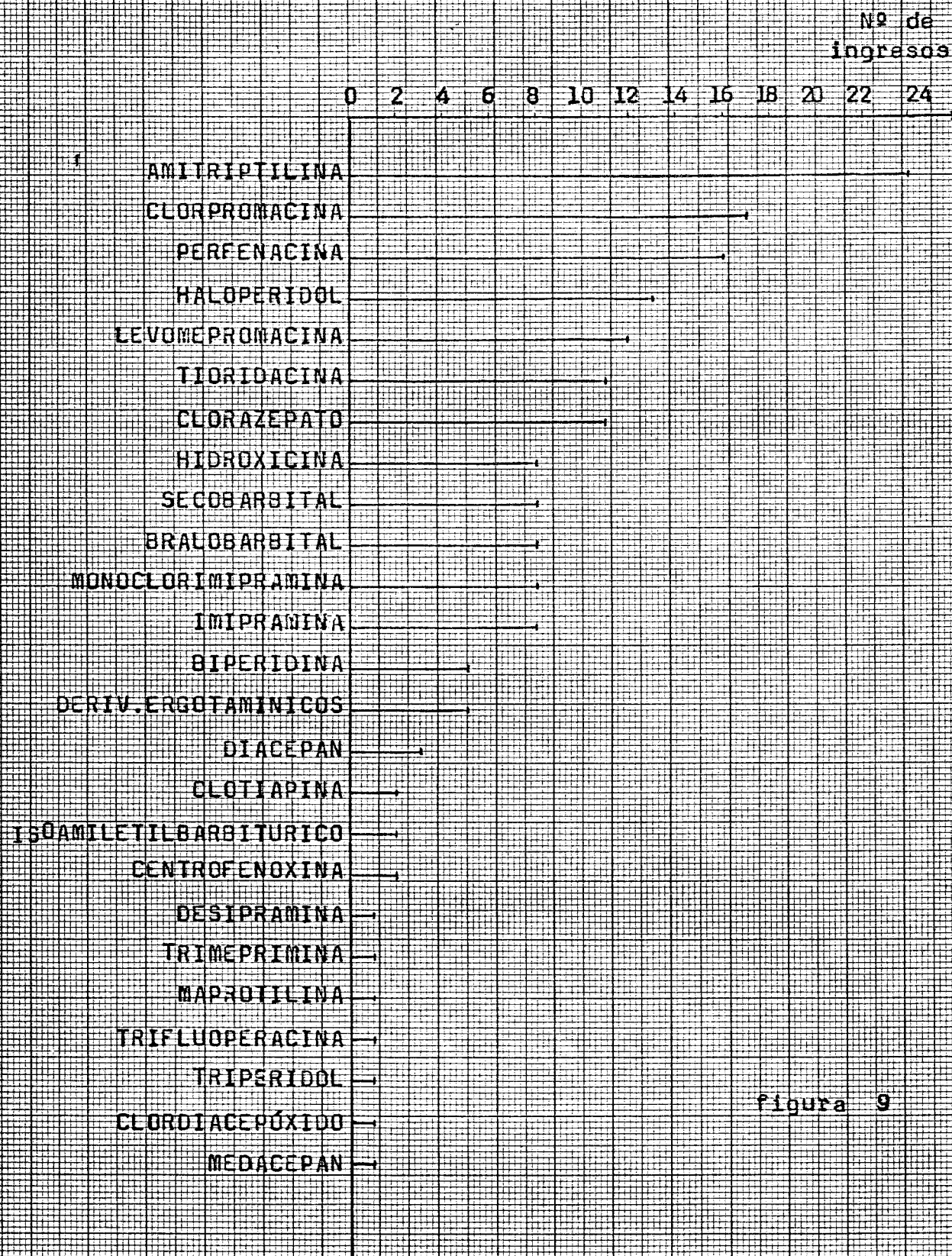


figura 9

PSICOFÁRMACOS

Las mayores preferencias se quedaron con la amtriptilina entre los antidepresivos y la clorpromacina entre los anti-psicóticos, lo que puede ser entendido tanto por sus amplios espectros de acción como por sus mayores márgenes de seguridad.

Además, ambos poseen también propiedades sedativas, de ahí teren sido los más preferidos en las depresiones paranoides, donde es frecuente haber altos niveles de angustia.

Las sales de litio no aparecieron prescritas a ninguno de los enfermos de esta casuística.

10.2 LAS ASOCIACIONES PSICOFARMACOLÓGICAS EMPLEADAS

La tabla XIII demuestra a través de una visión panorámica la frecuencia con que aparecieron las prescripciones psicofarmacológicas en el marco del tratamiento de estos enfermos. Para la obtención de estos datos he utilizado los mismos criterios anteriores. De esta manera fueron encontrados los siguientes tipos de prescripciones:

- Antidepresivos + antipsicóticos: 10 veces
- Antidepresivos + antipsicóticos + tranquilizantes... 7 veces
- Antipsicóticos asociados o solos: 7 veces
- Antidepresivos + tranquilizantes: 4 veces
- Antipsicóticos + tranquilizantes: 3 veces
- Antidepresivos asociados o solos : 2 veces

Las asociaciones de dos o más psicofármacos fueron prácticamente una constante. Los raros casos en que hubieron pres-cripciones de un solo psicofármaco fueron:

Un antidepresivo sedativo: 4 veces

Un antipsicótico inhibitorio: 2 veces

Un antipsicótico incisivo: 1 vez

El hecho de se utilizar asociaciones de drogas con tanta frecuencia se debe principalmente a la persecución de dos objetivos: la combinación terapéutica, es decir facilitar la obtención de la mejoría clínica tanto en un tiempo más corto como una remisión más acentuada del cuadro clínico; y la combinación correctora, que significa disminuir o evitar los efectos secundarios indeseables.

La asociación antidepresivos y antipsicóticos fué la más frecuente - casi la tercera parte de todas las prescripciones. La preferencia de esta asociación es compartida por otros varios autores. Así por ejemplo, según KALINOWSKY y HIPPIUS (1972), la principal indicación de la combinación de antidepresivos y fenotiaccinas sería quizá las depresiones agitadas. Aún según estos autores, suele emplearse la combinación fenotiaccinas - tranquilizantes en síndromes acompañados de ansiedad.

11. TIEMPO DE PERMANENCIA

La tabla XV nos muestra los tiempos de permanencia máximos y mínimos, así como las respectivas medias de permanencia en relación a cada una de las cuatro subformas clínicas.

La media de permanencia global en la misma Unidad es de 17 días, de modo que podemos ver que la estancia media de las depresiones paranoideas, que aquí es de 22 días, está más al

T A B L A X V

SUBFORMAS	MAX.	MIN.	MEDIA
PROYECTIVAS	50	12	26,36 ± 13,30
DISFORICAS	41	4	15,90 ± 11,17
R. PERSONALIDAD	56	9	9,00 ± 4,81
R. SITUATIVAS	21	6	9,00 ± 8,83
MEDIA (GLOBAL)			22,06 ± 13,83

ta que la media global de todos los casos.

Incluso, la depresión paranoide como reacción de la personalidad, con la estancia de 56 días, que a la primera vista pueda parecer muy alta, hasta cierto punto es aceptable ya que hay casos como este, en los que se prolonga la hospitalización porque las dificultades ambientales complican mucho la situación de los mismos.

Los enfermos correspondientes a la subforma proyectiva fueron los que exigieron mayor tiempo medio de hospitalización; esta estancia media para las depresiones proyectivas es también totalmente admisible y podríamos decir prudente, debido a la gravedad de estos cuadros clínicos.

IV - CASOS CLÍNICOS



Con la exposición de las siguientes patografías mi intención es de intentar ilustrar lo que hemos visto hasta aquí, en el presente trabajo. Son historias clínicas correspondientes a cada una de las subformas de las depresiones paranoides:

DEPRESIÓN PARANOIDE PROYECTIVA

Caso nº5 de la casuística: Antonio C.G. (Nº Ha.150054), de 49 años, casado, del campo, residente en pueblo.

El motivo de su ingreso fueron las referencias de que Antonio se conducía de modo totalmente distinto al de antes y decía estar siendo seguido por un coche; además tenía ideas de autolisis.

Como antecedentes personales fueron recogidos los siguientes datos: hasta 13 años "era algo torpe". Siempre ha trabajado en el campo. Hijo la "mili". Se casó hace 14 años, después, de 6 años de noviazgo; anteriormente había tenido otra novia; según la esposa, es muy callado, no suele alarmarse mucho, cuando se le pasa algo se lo calla para dentro. No bebe.

En la familia son referidos los siguientes datos: el padre ha muerto hace 19 años y "a él gustaba las cartas y las mujeres". La madre todavía vive, estando con 81 años. Antonio ha tenido 3 hermanos, siendo 2 varones y una hembra; uno de los varones ha muerto por accidente de tráfico (no hay referencias sobre la fecha de su muerte). Los otros 2 hermanos son casados. El enfermo tiene 4 hijos, 3 hembras de 12, 11 y 9 años y un varón con 7 años, todos sanos. Es negado cualquier antecedente psiquiátrico en los familiares.

Según cuenta la esposa, hace un mes el paciente estu-

vo ingresado en la misma clínica psiquiátrica por 18 días. De acuerdo con la historia de aquél ingreso el cuadro fué diagnosticado como posible trombosis cerebral. Se trató de un cuadro de confusión mental de inicio brusco, donde había pensamiento incoherente, desorientación espacial y excitación psicomotriz; se le prescribieron vasodilatadores cerebrales y antibióticos, habiendo el enfermo obtenido alta mejorado. Antonio solo durmió bien la primera noche, después ya se despertaba muchas veces. Pasados algunos días, la esposa empezó a notarle raro; decía no gustarle cosas que se hacían de siempre en casa. Una vez se despertó diciendo que por un rumor por el pueblo se lo achacaban a él, que él tenía la culpa. Se negaba a venir al hospital, decía que le iban a quitar la cartilla, que para qué la esposa lo traería aquí si ya todo era igual. Unos 15 días antes del ingreso actual quiso tirarse a un pozo, "estaba muy nervioso que un pronto se le entró". Afirma deber una gran suma en dinero, diciendo ser la cantidad que le ha pagado por adelando su jefe por un negocio, se preocupa mucho por unos papeles, que dice ser lo que él debe al banco. Obliga a todos los familiares a acostarse por que piensa que a toda su familia le vá a pasar algo, que él se va a morir, incluso que los propios familiares lo van a matar. Hace unas horas antes, dice a la suegra que iba a tirarse desde la azotea. Al ingreso el enfermo dice, entre otras cosas, que le persiguen para pegarlo. "Creo que vienen muchos coches detrás de mí, para ver donde vengo y espiarme... lo que me preocupa es que al haber estado aquí, ya se ha sembrado y he perdido el dinero... Yo creo que me echan en la comida veneno... Tendo que dar parte a la policia por que los del banco se quieren meter conmigo por lo de los papeles. Los coches paran en mi puerta con los agricultores que me van a pegar, han dicho por el pueblo cosas malas y por eso..."

Al 2º día del ingreso afirmaba: "desde que estoy en casa me estan dando pastillas para ponerme así, no me dejan salir solo. Cuando estubo yo aquí, mi mujer hablava mal de mí en el pueblo, y cuando me fué se amolinaron contra mí los agricultores, sentía yo el ruido. No me dejaba salir por que ella sabía que me iban a pegar, me iban a envenenar; yo me quedé flojo, la culpa es de mi mujer y mi suegra... Me han levantado que soy un maricón, que soy así, que soy asado... el teléfono me lo han conectado, no lo sé quién ha sido... me han levantado lo más absurdo, yo los oigo desde mi casa... me daban pastillas para que yo firmara cheque y yo no me diera cuenta. Paradas y Arahall están en contra mia, el odio que tienen... yo no he hecho nada... hace 25 años hubo un anarquista con mi padre y desde entonces vienen a ver por donde me pueden meter la pata". (Trás la última frase, el enfermo se levanta y mira detrás de la puerta del despacho, con actitud de sospecha).

La exploración psicopatológica de este enfermo revela una tristeza angustiosa vital intensa, con gran inquietud psicomotora. Hay pánico, seguido de vivencias de acorralamiento y además ideas de suicidio. Podemos también observar un negativismo delirante. Esreferido insomnio. En cuanto a los fenómenos productivos, encontramos ocurrencias delirantes y juicios delirioses psicóticos que se refieren a los temas de persecución y autorreferencia, sendo consecuentes a la externalización del sentimiento de culpa.

La exploración somática nada revela además de una constitución atlética.

Las pruebas analíticas fueron normales al ingreso, pero debido a una hepatitis vírica aparecida durante el ingreso

hubo hallazgos analíticos compatibles con esta enfermedad.

Hemos calificado este caso, como una depresión paranoide - subforma externalizante.

El tratamiento instituido en el paciente durante este ingreso fué:

- Hasta el 8º día, una combinación de antipsicóticos y tranquilizante, con lo que el enfermo seguía sin grandes mejorías y con su franco delirio. Al 6º día, por ejemplo, decía: (...) "hay un complot, todo coincide, las palabras, las cosas, todo coincide... mi mujer me quiere abandonar, llevarme la ropa y el dinero y dejar me aquí solo con el pijama".
- A partir del 9º día, uno de los antipsicóticos fué reemplazado por amitriptilina (30 mg/día) y así siguió el tratamiento hasta el 15º día, cuando se notan ya mejoras evidentes; es suprimido entonces el tranquilizante.
- En el 20º día fué suprimido también otro antipsicótico, siguiendo el enfermo su favorable evolución.
- Finalmente, del 25º día hasta la fecha del alta, 11 días después, fué mantenido el paciente bajo una asociación de amitriptilina (75 mg/día) y diacepán (30mg/día).

DEPRESIÓN PARANOIDE DISFÓRICA

Caso nº 9 de la casuística (1º ingreso): Corpus M.S., de 49 años, casada, residente en un pueblo cerca de Sevilla.

La enferma había sido encaminada a psiquiatría por la Seguridad Social, debido ofrecer "peligrosidad social".

Como antecedentes personales constan "nervios muy tensionados y tristeza desde hace mucho tiempo". Según declara una hija, la enferma siempre ha estado mala de los nervios. "Pegaba a nosotros en casa y desde hace 6 meses me tiene toda señalada; hace 1 año, días antes del período, se pone así, los ojos se le quieren salir de la cara".

Encuanto a los antecedentes familiares, hay los siguientes datos: los padres ya se han muerto; conta Corpus actualmente con 2 hermanos y 4 hermanas, una de las cuales "se le entran punzadas en la cabeza y se cae" y a otra "le da por meterse en la cama y no quiere nada con nadie". Tiene 3 hijas y un hijo, todos sanos.

De acuerdo con el relato de la hija, Corpus hace ya por lo menos 6 meses viene pegando mucho a sus hijos. "De ha sacado un cuchillo a mi padre para clavarselo en él (...) Está imposible, se mete con todo el mundo, no respecta a nadie. Usted habla con ella y parece que está bien de la cabeza, pero no es así, se figura que todo el mundo la está criticando y les pone a parir a todos, con una lengua que ella no la tenido nunca en la vida. Antes me reñía y me hacía caso, pero ahora es imposible, se lanza en cima de mí con una fregona, a farme bocados y ahora no quiere que me arrime a ella. Riñe con todo el mundo: familiares, conocidos, etc. Le entra una fuerza tan grande que no hay quién

la aguente" (...). "Antes se arrependía de lo que había hecho, pero desde hace 15 días no hay quién puede con ella" (...). "Anoche estuvo esperando que nos quitáramos de la puerta para irse a la calle, dice que a trabajar por ahí; eso le ha pasado muchas veces y nos hace estar vigilantes, para impedir que se vaya de casa". Hay una problemática relacional entre la enferma y una sobrina suya que es vecina, debido una cancela que puzo esta en la puerta. Según la hija "la sobrina sí, puzo una cancela, pero no es para echarla de la casa", como cree la enferma.

Al ingreso Corpus afirma: "estoy triste desde hace mucho tiempo por que tengo a mis hijos por ahí, y muchas veces no me escriben; pero estoy malamente hace 2 semanas. Siempre he tenido unos nervios muy tensionados, con ideas malas para mí como para los demás. Estoy más triste que nunca, con dolores en el cerebro en la parte de atraz, muy nerviosa por dentro y parece que voy a hacer una cosa mala: matar a mi marido... porque la familia de mi marido dice que soy una bruja y ya no hago más que reinar sobre eso. Los escuché desde la ventana de mi casa y sabía que estaban hablando de mí porque yo ya había oído algo, porque en los pueblos no hay oculto nada, todo se sabe" (...). "El pronto de mi marido me dió porque él me dijo que su sobrina no estaba diciendo nada de mí. Los pronto los tengo también conmigo misma. He discutido también con varias personas porque me han llevado la contra. Ahora quiero irme con mis hijos a Barcelona (llora). Las vecinas dijeron que yo tenía una lengua muy mala: lo escuché desde la ventana y eso es mentira, llevo 22 años con mi marido y en el mismo barrio... la sobrina quiere poner una cancela abajo porque quiere vivir independiente y me ha querido echar de la casa hace unos 3 años, y yo pensé que al poner la cancela es porque quiere echarnos, y si eso es así, lo que podría haber hecho es decirme directamente y no estar poniendo cance-

las para que nos marchemos. Son tonterías pero le duelen a uno. Mi sobrina es mala de la pelota".

La exploración psicopatológica revela, antes de todo en esta enferma, una tristeza disfórica donde se sobreesale la iritabilidad principalmente por los intensos impulsos heteroagresivos (hay también los autoagresivos). Son referidos llanto, insonnio y negativismo; también quejas físicas, muchas de las cuales traducción de la tristeza irritable vital. Se notan vivencias de soledad por la ausencia de algunos hijos y manifestaciones fóbico-anancásticas. Hay ocurrencias delirantes y juicios deliroides psicóticos. No tenemos elementos suficientes para saber si hay ilusiones afectivas ó fenómenos alucinatorios auditivos. El delirio aquí contiene los temas de autorreferencia y perjuicio.

El examen físico no ofrece datos de interés.

En cuanto a las pruebas analíticas de laboratorio, hubo un EEG con "excitabilidad cortical difusa".

Este caso de depresión paranoide, por mí cualificado como perteneciente a la subforma disfórica, fué submetido en este ingreso a un tratamiento farmacológico, que consistió:

- Inicialmente de una asociación de amitriptilina (105mg/día) prefenacina (12mg/día), diacepán (30mg/día), y 1 comp. de un hipnosedante(1) por la noche. Esta prescripción se mantuvo durante los 5 primeros días del ingreso.
- A partir del 6º día, ya con majorías evidentes, se suprimió el comp. nocturno del hipnosedante.

(1) El de nombre comercial "somatarax" (asociación de secobarbital, bralobarbital e hidroxicina)

- Del 9º hasta el 14º día, fecha del alta, la asociación psicofarmacológica fué ahora de amitriptilina (100 mg/día hasta el 12º día, y 125 mg/día en el 13º y 14º días) y clordiazepóxido (30 mg/día).

Como interurrencias clínicas hubo a destacar solo una conjuntivitis y blefaritis al 2º día, tratada con éxito en el mismo ingreso de la enferma.

REACCIÓN DEPRESIVO-PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD

Caso nº 24 de la casuística (1º ingreso): Ramón S.G. de 44 años, soltero, residente en pueblo, de profesión no referida en la historia.

El motivo del ingreso fué la queja de que desde hace 10 meses Ramón viene decaído, inapetente y perdiendo peso.

Entre los antecedentes personales son acusados los siguientes datos: de pequeño el paciente era "normal"; no tuvo escolaridad. Empezó a trabajar a los 15 años de edad. Tuvo una novia pero no se casó por oposición de los padres; dice la madre al médico: "pensé que si se casara, a lo mejor le cogería celos y le haría algo a ella, y se me quedaba a mí el remordimiento." De pequeño le pegaron una piedra en la cabeza y desde entonces "venía maleando". Tiene hipoacusia desde la niñez y una otitis supurada desde los 32 años. Hace 15 años si queja con frecuencia de dolores epigástricos y ocasionalmente presenta nauseas y vómitos. Tuvo 5 ingresos psiquiátricos en otro hospital en los últimos 15 años. Informa la madre: "La 1ª vez que ingresó fué por que se iba de casa, se subía a un poste y no quería bajar, te-

nía miedo, se escondía, decía que se lo iban a matar, que se echaban veneno a las comidas, que lo iba a matar yo".

Como antecedentes familiares se refiere que los padres todavía viven, estando el padre con 70 años y la madre con 65 años, ambos sanos. Ramón es el segundo hijo de un serie de 6, de los cuales solo hay una hembra, la menor; todos los hermanos estan sanos. Son negadas enfermedades psíquicas en los familiares.

Según cuenta la madre del paciente, este, "el miércoles pasado, ingresó en la Residencia por que estava flojo, sin ganas de comer, tenía fatiga. A los 3 dias de estar allí ingresado Ramón, se murió de cancer uno que estava en la cama al lado de la suya", y con lo qué el paciente se puzo muy nervioso y desde entonces tiene miedo. "Deciá que los enfermeros lo habían envenenado, se le daban veneno, y se lo iban a llevar. Los del estómago, son manias que se le meten, por que allí (en la Residencia) lo han visto de todo y no tiene nada. A mí me deciá para que yo no bebiera agua pués que los enfermeros le echaban veneno. Dice que tiene miedo, que esté yo con él, que lo van a envenenar. No da razones de ningún tipo para su persecución. Lleva unos 3 dias que dice cosas sin sentido, que le echan un lagarto por debajo de la cama, o que tiene micrófonos en la habitación.

Al ingreso, el enfermo relata... "Estoy muy triste, pesado... los brazos se me pezan... me duele la garganta, me quemó por dentro... no puedo dormir". Dice que a él le gusta de estar con los hombres de edad, más que con los jóvenes de su pueblo, pués se siente "más comprendido" por aquellos.

El examen psicopatológico nos permite observar aquí los

siguientes elementos principales: una tristeza angustiosa vital, de moderada intensidad, ansiedad, sentimiento de miedo por veces intenso, sentimiento de soledad, una actitud hipocondríaca con quejas físicas variadas. Hay insomnio y anorexia además de una sitiofobia deliroide. El delirio se caracteriza por ser constituido por juicios deliroides psicóticos retrospectivos, prospectivos y actuales, de temática persecutoria, sobresaliendose en esta el de envenenamiento oral.

La exploración somática revela otitis bilateral supurada y hipoacusia bilateral. Constitución asténica con delgadez.

Las pruebas analíticas laboratoriales no aportan nada de interés.

Este caso, a mi modo de ver, constitui una reacción de presivo-paranoide de la personalidad, y en sus 13 días de ingreso fué tratado con estos psicofármacos:

- Al 1º día con tioridacina - 200 mg/día.
- Al 2º día con: amitriptilina - 75 mg/día.
levomepromacina - 75 mg/día.
perfenacina - 12 mg/día.
- Del 3º al 13º día con: amitriptilina - 100 mg/día
monoclorimipramina - 50 mg/día
tioridacina - 150 mg/día

La evolución clínica presentada fué la siguiente:

- Al 4º día, se dice el paciente menos cansado pero que le duelen la espina, la cabeza y el vientre. "Estoy menos triste"(...) "Ya la gente no me quiere hacer nada". Según la madre, en este día el enfermo ya está mucho mejor.

- Al 8º día está muy mejorado.
- Al 10º día dice: "Estoy muy bién, más tranquilo de los nervios... estoy mejor de la tristeza, más tranquilo por dentro"(...) "Pero siempre solo, al que me hable le hablo yo..."

REACCIÓN DEPRESIVO-PARANOIDE SITUATIVA

Caso nº 38 de la casuística: Tratase de la paciente Josefa F.R., (NºHa.164573) de 49 años, casada, residente en un pueblo cercano a Sevilla, donde además de cuidar de su casa y familia, trabaja como limpiadora en una farmacia.

Son negados antecedentes psiquiátricos personales. Con 8 años la paciente se hizo cargo de su casa tras la muerte repentina de la madre, y a los 10 años vino a Sevilla para trabajar. Se casó con 36 años cuando el marido tenía entonces 37 años. Según este, Josefa ha sido siempre de "genio corto y nerviosa" y no solía ser triste sino más bién "apagada", Tiene una hipoacusia congénita y "siempre ha sido difícil la conversación con ella" dice su esposo. A los 19 y 21 años fué operada "del estómago", pero "los médicos no encontraron nada". Hace unos 6 meses Josefa empezó a sentir "fogachos", lo que es atribuido a la menopausia.

Son también negados antecedentes psiquiátricos en los familiares. Los padres son ya fallecidos. Hubo 2 casos de hipoacusia en la familia: el padre y una hermana de él. Josefa tuvo 2 hermanos - una hembra y un varón - siendo que este se murió con la edad de 18 años, "de infección intestinal". La hermana es 4 años más joven que Josefa y está también con síntomas atribuidos a la menopausia. La enferma tiene 2 hijas, ambas sanas, res

pectivamente de 11 y 6 años.

El motivo del ingreso fué que unos días antes, más o menos unas 2 ó 3 semanas, la paciente pasó a presentar tristeza, ansiedad, anorexia, insomnio, cambios de conducta y delirio, principalmente de autorreferencia.

Según cuenta la hermana, hace unos 20 días Josefa le dijo que se encontraba mareada. Dijo también que tenía bien la tensión y que el médico le había mandado unas pastillas. Unos días antes del ingreso, llamó a la hermana por teléfono, y esta se le notó rara, creyendo que la enferma quería decirle algo pero que no podía por haber alguien delante. A seguir la informante relata que hace 8 ó 9 meses, los amigos de una hija de la paciente quitaran dinero en el colegio y se lo metieron en la cartera de la niña. Esta, por encobrir a sus compañeros, lo soltava en su casa y de ahí la gente del pueblo empezó a decir que era una ladrona. Desde entonces Josefa está mala, se cree que los vecinos hablan mal de ella diciendo que és una ladrona; "yo creo que sí, que dicen de ella que su hija roba; y eso ya sabe usted lo que pasa en los pueblos"... dice la hermana al contestar a una pregunta del médico.

Según el relato del marido, dos semanas antes del ingreso, Josefa se mareó, al estar trabajando en la farmacia, siendo allí mismo atendida y se le pasó; volvió a casa con "mala cara y pálida" y no contó nada de lo ocurrido. Hace dos días se le notaron, tanto el marido como los colegas de trabajo, que Josefa iba y venía con actitud de sospechas, abriendo y cerrando puertas y ventanas, diciendo que teme que vayan a matar o que algo pueda ocurrir a sus hijos. Al marido le dice que no vaya al bar por que le pueden echar algo en la bebida. En la farma-

cia le indicaron a que fuera a echar una carta y ella dijo que no iba por que en aquella carta iba alguna indicación para que la encerraran en la cárcel o la matarán; tiene mucho miedo y se lleva así ya hace 3 días, diciendo que van a matarla y a los demás de la familia. Queda observando continuamente a la calle con mal-humor, todo la molesta incluso que le hablen de las hijas. "Tiene una memoria ex²gerada y ahora es como se la hubiera perdido; ha sido siempre trabajadora pero en estos últimos días estaba como que despreocupada de las cosas".

La exploración psicopatológica revela en esta enferma una tristeza-angustiosa vital de grado moderado. Hay sentimiento de miedo y una actitud de intensa desconfianza. Hay insomnio y anorexia; los referidos mareos pueden muy bien representar la vivencia de encarnación de la tristeza-angustiosa vital. Observanse juicios deliroides reactivos principalmente con las temáticas de autorreferencias, persecución y perjuicio, todos ellos actuales y prospectivos.

El examen somático no reveló hallazgos de interés, afue²ra una constitución pícnica y la hipoacusis bilateral acentuada. Los exámenes analíticos fueron normales.

El presente caso es por mí calificado como una reacción depresivo-paranoide situativa, habiendo aquí una situación de injusticia y verguenza.

El tratamiento farmacológico instituido fué haloperidol (XXV gts/día) y clorpromacina (75 mg/día) en los 2 primeros días del ingreso. A partir del tercero día de la internación, consistió en una combinación de amitriptilina (30 mg/día) y clorpromacina (75 mg/día), con la cual la enferma presentó la siguiente

evolución clínica:

- Al 3º día del ingreso afirma encontrarse ya "mucho mejor". "Ya no estoy tan nerviosa ni tan triste"(...) "antes estaba preocupada por tonterías"(...) "eso no me había pasado nunca".

- Al 5º día dice ya no sentir tristeza y estar con mejores sueño y apetito. "Las cosas que dije ya las olvidé"

- Al 6º día la enferma sigue se presentando bastante mejor, incluso con plena crítica de su delirio, Recibe su alta hospitalaria.

Casi un mes después del alta, Josefa fué atendida en ambulatorio y seguía manteniendose muy bién con amitriptilina y clorpromacina, combinadas ahora a dosis de 75 mg/día cada una.



V - CONCLUSIONES

PRIMERA: Entre los síndromes paranoides hay un grupo con algunas características propias que es el de las depresiones paranoides y que permite ser individualizado debido sus peculiaridades clínicas y evolutivas, formas de apareamiento y otras.

SEGUNDA: Su adscripción, en su mayoría, al sector de la enfermedad depresiva monopolar, y en su totalidad, al terreno de las depresiones pasotímicas es comprobada no sólo por el estudio fenomenológico clínico de su esencia psicopatológica, sino también "ex iuvantibus" a través de su tratamiento psicofarmacológico.

TERCERA: En este grupo de las depresiones paranoides se puede identificar y se conocen hasta el momento cuatro subformas clínicas:

- la depresión paranoide externalizante
- la depresión paranoide disfórica
- la reacción depresivo-paranoide de la personalidad
- la reacción depresivo-paranoide situativa

QUARTA: Los estudios fenomenológico clínico y estadístico de 30 ingresos habidos en la Unidad de Internación de la Clínica Psiquiátrica del Hospital Universitario de Sevilla nos permite puntualizar lo siguiente:

- a- A cada 35 ingresos, entre los cuales 13 depresiones somatovitales, corresponde 1 caso de depresión paranoide.
- b- Entre las subformas, las reacciones depresivo-paranoides provienen en su mayoría de pueblos.
- c- La distribución sexual de estos enfermos no difiere de la depresiva en general, o sea: más o menos 3 hem

bras para 1 varón.

- d- $3/4$ de estos enfermos son casados y $1/4$ solteros, siendo mínima la existencia de viudos.
- e- Casi la totalidad de estos casos ocurren después de los 40 años de edad.
- f- La mayor parte se acumula entre los 40 y 45, 45 y 50, y 55 y 60 años de edad. El primer pico se debe tanto a hembras como a varones, en el segundo la relación es de 6:1 y el tercero es de 5:1.
- g- Poco más de dos tercios de todas las depresiones paranoideas se componen de las subformas proyectivas y disfóricas y más o menos la cuarta parte de ellas es constituida por reacciones depresivo paranoideas.
- h- En cuanto a la distribución etaria:
 - Las depresiones paranoideas proyectivas se acumularon en dos picos entre las edades de 45 a 50 y 55 a 60 años.
 - Las depresiones paranoideas disfóricas se distribuyeron a lo largo entre los 40 y 70 años, con una ligera preferencia por la etapa pre-senil de los 55 - 60 años.
 - Las reacciones depresivo-paranoideas de la personalidad se acumularon todas, en la etapa de 40 a 45 años.
 - Las reacciones depresivo-paranoideas situativas no exhibieron predilección por edad, es decir se caracterizaron por su universalidad.

QUINTA: Reacciones depresivo-paranoideas de la personalidad fueron las que más se destacaron en relación a los ingresos: 40% de ellas volvieron a ingresar en la clínica en el periodo considerado en el inicio de este trabajo.

SEXTA: En cuanto al desencadenamiento, 10% y 64% de estos enfermos tuvieron sus depresiones desencadenadas respectivamente por factores somáticos y psíquicos, teniendo el restante 64% un apareamiento autóctono.

SÉPTIMA: Los síntomas psicopatológicos más frecuentes son:

I- En la esfera afectiva:

a- Tristeza angustiosa vital, algunas veces asociada a irritabilidad vital.

b- Miedo

c- Desconfianza

d- Heteroagresividad

e- Actitud hipocondríaca

II- Productivos: El delirio aquí se caracteriza por ser compuesto siempre por juicios deliroides habiendo además, en la tercera parte de los casos, ocurrencias delirantes de carácter prospectivo y actual de temáticas autorreferencial, de persecución y/o de perjuicio, coprotagonizados por personas que suelen hacer parte del comundo cercano de los enfermos. Las alucinaciones, cuando existen, son audictivas.

III- Otros síntomas: son por orden de frecuencia decreciente: insomnio, quejas físicas, llantos, negativismos, anorexia, ideas de suicidio y agitación psicomotriz, todos ellos característicos de las depresiones fasotímicas.

OCTAVA: El tratamiento farmacológico más adecuado para estos enfermos, hecho confirmado por los resultados conseguidos y consignados en todas las historias clínicas, consiste fundamentalmente en una combinación de antidepresivos y antipsicóticos.

NOVENA: A pesar de los esfuerzos terapéuticos, las depresiones paranoides exigen todavía permanencia en hospitalización más alta que la media general, hecho admisible por la frecuente gravedad de sus cuadros clínicos.

B I B L I O G R A F I A

- ALEXANDER, F.G. y SELESNICK, S.T. Historia de la psiquiatría. Espax, Barcelona, 1970.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, Francisco. Estudio comparativo de los delirios depresivo y esquizofrénico. En: Mesa redonda sobre depresiones. Sandoz, Barcelona, 1973.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, Francisco. Fundamentos de la psiquiatría actual. 3.ed. Paz Montalvo, Madrid, 1977. v.2
- ALONSO-FERNÁNDEZ, Francisco. Peduliaridades de las depresiones en el presente. Boletín de patología médica, 1969. nº9, p.159-172.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, Francisco. Psicología médica y social. 2.ed. Paz Montalvo, Madrid, 1974.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, Francisco et al. Psiquiatría sociológica. Paz Montalvo, Madrid, 1974.
- ANGST, J. Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Springer, Berlin, 1966.
- ASTI VERA, Armando. Metodología de la investigación. Cincel, Madrid, 1972.
- BATTEGAY, R. Angustia y grupo social. En: Angustia. Morata, Madrid, 1970.

- BINSWANGER, L. Artículos y conferencias escogidas. Gredos, Madrid, 1973.
- BLEULER, E. Afectividad, sugestibilidad, paranoia. Morata, Madrid, 1969.
- BOCHENSKI, I.M. Los métodos actuales del pensamiento. 10.ed. Rialp, Madrid, 1975.
- CALCEDO ORDÓÑEZ, A. Conductas suicidas y actitudes psiquiátrico-asistenciales. Actas luso-españolas neurol. psiq., Madrid. nº2, p.139-146, 1975.
- CASTILLA DEL PINO, Carlos. Un estudio sobre la depresión: fundamentos de antropología dialéctica. Península, Barcelona, 1974.
- DELGADO, H. Curso de psiquiatría. s.l.p. Lima, 1953.
- DURKHEIM, Emilio. El suicidio. 3.ed. Schapire, Buenos Aires, 1971.
- GONZALEZ-INFANTE, J.M. Desmembramiento de las formas ciclotímicas en el presente. Actas luso-españolas neurol. psiq., 1974. nº5, p.341-358.
- HERTRICH, O. Beitrag zur Diagnostik und Differentialdiagnostik der leichteren depressiven Zustandsbilder. Fortschr. Neurol. Psychiat., 1962. 30, 237.
- JASPERPS, K. Psicopatología general. Beta, Buenos Aires, 1963.

- KALINOWSKY, Lothar B. y HIPPIUS, Hanns. Tratamientos somaticos en psiquiatria. 2.ed. Cientifico Medica, Barcelona, 1972.
- KLEIST, K. Fortschritte der Psychiatrie. Kramer, Frankfurt, a. M., 1947.
- KRETSCHMER, E. Constitución y caracter. Labor, Barcelona, s.d.
- LEONHARD, K. Aufteilung der endogenen Psychosen. Akademie-Verlag, Berlin, 1957.
- LOPEZ IBOR, J.J. La angustia vital. Paz Montalvo, Madrid, 1969.
- LOPEZ IBOR, J.J. Las neurosis: como enfermedades del ánimo. Gredos, Madrid, 1966.
- LOPEZ IBOR, J.J. Los problemas de las enfermedades mentales. Labor, Barcelona, 1949.
- LOPEZ IBOR, J.J. Psicopatología de la angustia. En: Actas L.Esp., 1955
- LOPEZ IBOR ALIÑO, J.M. y SANTANDER REVILLA, G. Sobre la realidad de las depresiones involutivas. Actas luso-españolas neurol. psiq., 1973. nº6, p.805-810.
- MAYER-GROSS, W. et al. Clinical psychiatry. Baltimore, Williams & Wilkins, 1960.

- POELDINGER, W. La tendencia al suicidio. Morata, Madrid, 1968.
- POEDDINGER, W. y BLASER, P. La angustia como fenómeno historico-cultural y como problema científico-natural. En: Angustia. Morata, Madrid, 1970.
- POVEDA ARIÑO, J.M. Indicaciones de los diversos tipos de agentes antidepresivos. En: Mesa redonda sobre depresiones. Sandoz, Barcelona, 1973.
- ROJAS, E. y SÁNCHEZ BLANQUE, A. Consideraciones nosológicas: de Kraepelin y Kleist a Ottosson y Perris. Actas luso-españolas neurol. psiq. 1974. nº4, p.291-300.
- ROJAS BALLESTEROS, Luis. La perspectiva antropológica de la depresión clínica. En: Mesa redonda sobre depresiones. Sandoz, Barcelona, 1973.
- ROJAS MONTES, E. El suicidio aparente. Actas luso-españolas neurol. psiq. 1974. nº5, p.359-368.
- ROJAS MONTES, E. Entorno al concepto de depresión existencial. Actas luso-españolas neurol. psiq. 1973. nº6, p.747-750.
- SCHNEIDER, Kurt. Patopsicología clínica. 4.ed. Paz Montalvo, Madrid, 1975.
- SWANSON, David W. et al. El mundo paranoide. Labor Barcelona, 1974.

- TELLENBACH, Hubertus. Estudios sobre la patogéne-
sis de las perturbaciones psíquicas. Fondo de
cultura económica, Mexico, 1969.
- TELLENBACH, Hubertus. La importancia de la situa-
ción predepresiva para la transformación endóge-
na de la depresión. Actas luso-española neurol.
psiq. 1967. nº26, p.309-321.
- TELLENBACH, Hubertus. Melancolia. Morata, Madrid,
1976.
- TELLENBACH, Hubertus. Melancolia como psicosis en-
do-cosmo-gena. Folia neuropsiquiátrica, Granada,
1976. Nº3-4, p.191-201.
- WEITBRECHT, H.J. Manual de psiquiatria. Gredos,
Madrid, 1968.