

Alteraciones estructurales detectadas por imagenología del cerebro en pacientes psicóticos con paranoia. Factores psicodinámicos centrales en su génesis

M.C. Jesús Antonio Orueta Alvarez,* Myr. M.C. Marcos Hernández Daza,** Myr. M.C. José de Jesús Almanza***

Hospital Central Militar. Ciudad de México

RESUMEN. La paranoia es una de las entidades clínicas en psiquiatría que han sido tributarias de exhaustivas revisiones históricas. Sin embargo hasta el día de hoy existen diversas discrepancias para establecer la génesis de esta enfermedad. Existen teorías sociológicas, biológicas y psicoanalíticas que tratan de explicar el factor central de la enfermedad. Es la teoría psicoanalítica propuesta por el Dr. Sigmund Freud la más aceptada y plantea a la homosexualidad reprimida como el factor psicodinámico central en la génesis de la paranoia. Recientemente han sido reportadas alteraciones estructurales detectadas a través de imagenología en cerebro de pacientes homosexuales.

El presente estudio busca detectar la presencia de alteraciones estructurales en pacientes psicóticos con paranoia, buscando el substrato neuroanatómico para saber si se corrobora su relación con el proceso psicótico y la orientación homosexual. Se realizó un estudio prospectivo longitudinal abierto donde se estudiaron ocho pacientes con paranoia. Se hicieron estudios de imagenología, se elaboró historia clínica psiquiátrica y se aplicó una batería completa de pruebas psicológicas. En los resultados obtenidos no se encontraron alteraciones estructurales a través de los estudios de imagenología del cerebro en nuestros pacientes. La prevalencia en el sexo masculino en este estudio fue significativamente mayor a la reportada en la literatura universal.

Palabras clave: paranoia, TAC.

SUMMARY. Paranoia is one of the psychiatric clinical entities which has been recognized by many exhaustively historical reviews. Nevertheless nowadays there are still many discrepancies to establish the illness genesis. There are sociological theories, as well as biological and psychoanalytical that try to explain the central point of the disease. The psychoanalytic theory by Dr. Sigmund Freud is the most accepted and states the repressed homosexuality as the main psychodynamic factor for the paranoia genesis. Recently, by using the brain scanning technic, many structural deficiencies have been reported in homosexual patients. This study tries to identify structural deficiencies in psychiatric paranoid patients, establishing the neuroanatomical substract for this disorder, as well as corroborate its relation to the psychotic process and the homosexual orientation. An open longitudinal prospective study was followed with 8 patients diagnosed, clinically and psychodynamically, as paranoid.

Brain scanning studies were taken, such as, CT an MRI afterwards a psychiatric clinical history was made and also a complete psychological set of test.

The results throught the brain imaging studies didn't show any structural brain deficiency in our patients. Homosexuality was not the principal psychodynamic feature. Finally in this study, a male prevalence was significantly higher than data reported in the universal literature.

Key words: paranoia, CT.

*Residente de tercer año del Curso de Especialización y Residencia en Psiquiatría General de la Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

** Jefe del Servicio de Psiquiatría de Hombres del Hospital Central Militar

*** Jefe de Investigación del Departamento de Enseñanza e Investigación del Hospital Central Militar.

Correspondencia:

M.C. Jesús Antonio Orueta Alvarez, Hospital Central Militar. Perif. s/n, esquina Av. Ejército Nacional. CP 11649, Lomas de Sotelo, D.F. Apartado Postal 35-592.

El pensamiento paranoide, así como la tristeza y la alegría, es un fenómeno universal que puede llegar a convertirse en una entidad patológica que es la paranoia. La paranoia puede encontrarse ampliamente en todos los estadios de la vida adulta, en ambos sexos y en una diversidad

de contextos socioculturales que incluyen grupos y figuras políticas, pandillas juveniles, grupos nacionalistas, sectas religiosas y grupos terroristas. La paranoia es de las pocas entidades clínicas en psiquiatría que ha sido tributaria de exhaustivas revisiones históricas, siendo descritas en múltiples obras literarias y en el desarrollo de la vida de personajes de la vida universal. Sin embargo a pesar del exhaustivo conocimiento de su historia y de las múltiples teorías para dilucidar su etiología, existen hasta el día de hoy discrepancias para establecer la génesis de esta enfermedad, las cuales van desde las teorías sociológicas, biológicas y psicoanalíticas. La teoría psicoanalítica postulada por el padre del psicoanálisis, Sigmund Freud, es la más aceptada y basa su teoría en el análisis del caso «Schreber» en 1911,¹ el cual desarrolló sobre una autobiografía del paciente, señalando la homosexualidad reprimida como el mecanismo psicológico de la génesis de la paranoia.

Actualmente a partir del avance tecnológico, se ha estudiado el sistema nervioso central de personas afectadas por la enfermedad mental, buscando con ello el sustrato neuroanatómico de la génesis de estas enfermedades y en relación con la psicosis, se han reportado la existencia de alteraciones estructurales a partir del estudio del cerebro por la tomografía axial computarizada del cráneo y la resonancia magnética de cerebro.² De igual forma, recientemente han sido reportadas alteraciones estructurales en el cerebro de personas homosexuales.³

El término paranoia se deriva de dos raíces griegas: *Para*, que significa a un lado o paralelo y *Nous* que significa pensamiento, espíritu, mente. Así el término implica una mente o pensamiento al lado de la misma. La definición clásica de paranoia, es de una psicosis crónica caracterizada por un delirio bien sistematizado, con predominio de la interpretación, la debilitación intelectual, la preservación de la personalidad, desconfianza generalizada, suspicacia, resentimiento crónico, además del delirio persecutorio, erotomaniaco, celotípico, de grandiosidad y somático. El término de paranoia fue acuñado en la Grecia antigua;⁴ aparece como palabra en uso en los trabajos atribuidos a Hipócrates. En el siglo XIII d.C. los médicos árabes describieron un trastorno mental con ideas persecutorias⁵ muy semejante al concepto actual de nuestros días. A pesar que en aquel entonces, no se contaba con ordenación taxonómica alguna, encontramos extraordinarias descripciones literarias e históricas de sujetos que padecieron trastornos de esta índole. Citaremos a Otelo, descrito con sus celos intensos y morbosos en Shakespeare, al inefable Don Quijote de la Mancha, con sus interpretaciones e ideas delirantes en la obra de Cervantes, a W.A. Mozart quien convencido de que un complot iba a asesinarle compuso su obra *Requiem*.

Es hacia 1818 que Johann Christian Heinroth⁶ introduce el concepto básico de la paranoia en la psiquiatría. En 1838 Jean Etienne Dominique Esquirol⁷ citó que este tipo de trastorno se caracterizaba por delirios organizados y que no se asociaban con alteraciones del razonamiento ló-

gico o la conducta general. Kalbaum⁸ utilizó en 1863 el término «paranoia» para describir una enfermedad mental la cual afectaba el intelecto pero no otras áreas del funcionamiento mental y aportó que el comportamiento delirante era persistente y que permanecía sin cambios a través del curso de la vida. Emil Kraepelin⁹ el maestro de la sistematización en la psiquiatría describe a la paranoia como un trastorno caracterizado por un comportamiento delirante, persistente, con ausencia de alucinaciones auditivas y deterioro de la personalidad, considerando además que el trastorno no era raro y estableció la diferenciación con la demencia precoz (esquizofrenia).

Sigmund Freud inicia sus teorías sobre la paranoia en 1896¹⁰ en donde la formuló como una neuro-psicosis de defensa, continuando con una serie de escritos que establecían las condiciones paranoides y la paranoia como fenómenos psicodinámicos en un desarrollo ontogenético describiendo que era a través del mecanismo psicológico de la proyección, depositado, en forma delirante a otras personas y no al propio «self», pero retornados a la conciencia. En 1911 culminan los trabajos de Sigmund Freud sobre la paranoia,¹¹ partiendo su concepto del análisis de la autobiografía escrita por el Dr. Daniel Paul Schreber, distinguido jurista, en donde Freud coloca en cuadratura a la paranoia con la teoría de la libido. Freud hipotetizó que la paranoia poseía impulsos sexuales encontrados en su base, y toma los delirios descritos por el Dr. Schreber acerca de su psiquiatra el Dr. Flesching, quien fue considerado como un asesino de almas dentro de la autobiografía. Freud interpretó los delirios de Schreber como una proyección de su ambivalente atracción homosexual latente hacia su padre, consistiendo la defensa contra deseos homosexuales en su negación y su proyección en el medio ambiente en forma de delirios persecutorios. En su hipótesis Freud mencionó que el Dr. Flesching fue objeto de esos delirios persecutorios, simplemente por que él había sido importante y amado por Schreber. Freud consideró el amor del paciente para otro hombre como una reacción contraria: «Yo no lo amo a él» llega a convertirse en «Yo lo odio a él».¹² Este odio luego es proyectado de tal forma que el paranoide no sólo odia, sino que llega a ser el objeto odiado, en esa formulación la persona paranoide intenta mantenerse ligado al objeto. Freud realizó una elaboración sobre el narcisismo manifestando que éste tenía un papel vital en el desarrollo de la autoestima, y en el caso de Schreber ésta había regresado a una etapa de predominante investidura libidinal en el «self» considerando al paciente como poseedor de un problema con la regulación de la autoestima. Freud vio la etapa narcisista como una piedra angular en el desarrollo para establecer amor heterosexual y consideró a Schreber con una fijación narcisista que lo hacía homosexual, una vía de desarrollo en la cual para Freud el paciente se había quedado fijado a sus propios genitales, con amor objetal y que posteriormente se movía relacionándose con otros objetos con los mismos genitales, dándose así la homosexualidad reprimida.

Freud describe este mecanismo de la siguiente manera: «El núcleo del conflicto en la paranoia del varón es la invitación de la fantasía homosexual: amar al varón, y es entonces que el individuo establece el siguiente proceso «Yo no lo amo —pues lo odio— por que Él me odia», esto a través de la proyección, dando paso al proceso persecutorio propuesto por Freud.¹³ Hasta el día de hoy la teoría propuesta por el Dr. Sigmund Freud, se considera la más aceptada.

Swaab y Gooren en 1995¹⁴ publicaron el hallazgo de alteraciones estructurales en el cerebro de pacientes homosexuales, detectadas a través de estudios de imagenología, reportando diferencias en el tamaño de células de varios núcleos en el hipotálamo de sujetos homosexuales en comparación con sujetos heterosexuales, indicándose que en pacientes homosexuales varones, al igual que en las mujeres existe disminución del tamaño del hipotálamo, esto secundario a un menor número de células en varios núcleos de esta estructura neuroanatómica. Así también se ha observado disminución del tamaño de la estría terminalis y del núcleo intersticial del hipotálamo (NIHA).^{15,16}

Se ha explicado que alrededor de los dos a los cuatro años de edad, el número de células en la estría terminalis y en el núcleo intersticial del hipotálamo se incrementan considerablemente tanto en niños como en niñas.¹⁷ Poco tiempo después de ese periodo de edad, existe una disminución en el número de estas células en las niñas pero no en los varones. Esto causa la diferenciación sexual del sistema nervioso central. Este periodo postnatal de diferenciación celular hipotalámica indica que, en suma factores genéticos, y una multitud de factores ambientales y psicosociales pueden tener profunda influencia en la diferenciación sexual del cerebro.¹⁸ Doell, Swaab, Gooren y LeVay, en sus respectivos estudios reportan el hallazgo en un área del hipotálamo denominada núcleo supraquiasmático (SCN) y en el área NIHA-3 de un doble del número de células en varones heterosexuales en comparación con varones homosexuales. Allen,¹⁹ Haumann y Zhou²⁰ proponen la comorbilidad de alteraciones biológicas y psicológicas en las alteraciones estructurales en pacientes homosexuales y plantean que las teorías psicodinámicas y psicoanalíticas son un contexto inseparable en el paradigma de la homosexualidad, delegando los hallazgos de alteraciones estructurales a ocasionales.

Sin embargo hasta hoy en día continúa el dilema en cuanto a la existencia o no de alteraciones estructurales detectadas en el cerebro de pacientes con enfermedad mental y las cuales puedan corresponder al substrato neuroanatómico del factor psicodinámico central en la génesis de los mismos.

La paranoia denominada en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) trastornos delirantes, constituye entre el 1 al 4% de todos los ingresos hospitalarios²¹ y entre el 2 al 7 % de los ingresos hospitalarios de las psicosis funcionales no debidas a enfermedad médica o al abuso de sustancias. La incidencia (número de ingresos por año) es de 1 a 3 por

100,000 habitantes y la prevalencia (número de casos activos) se sitúa alrededor de 24 a 30 por 100,000 habitantes.²² La enfermedad tiene como media de edad de inicio alrededor de los 40 años, con un periodo de aparición entre los 35 y los 55 años, siendo más frecuente en mujeres en relación 3:1 en comparación con el sexo masculino.²³

Material y métodos

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal abierto en dos fases. La primera fase fue un estudio descriptivo clínico y psicodinámico y la segunda parte fue un estudio de casos para establecer la existencia de las alteraciones estructurales en cerebro detectadas a través de imagenología en pacientes con paranoia y su relación con el factor psicodinámico central propuesto por el Dr Sigmund Freud en la génesis de esta enfermedad. Se realizó una investigación en la literatura internacional y se elaboró un estudio correlacional con nuestros hallazgos.

Población estudiada. El universo estuvo constituido por el total de pacientes que acudieron al servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar a través de la consulta externa y Servicio de Hospitalización y que cumplieron los criterios diagnósticos de acuerdo con el manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales cuarta edición (DSM IV),²⁴ el Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales tercera edición revisada, (DSM III-R) y confirmado por la entrevista clínica estructurada para el DSM III-R²⁵ para paranoia (Trastorno delirante). El total de pacientes bajo esta impresión diagnóstica fue de 8. Siete de estos pacientes fueron captados a través del servicio de hospitalización de la especialidad de Psiquiatría y un paciente a través del servicio de consulta externa de la especialidad.

Criterios de inclusión y exclusión. A) Criterios de inclusión: diagnóstico de trastorno delirante (paranoia) de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM IV, DSM el III-R y definido por la entrevista clínica estructurada para DSM III-R, sujetos de ambos sexos, edad entre los 20 y 60 años y cooperación para el estudio por parte del paciente. B) Criterios de exclusión: no cumplir criterios diagnósticos del DSM IV, DSM III-r y de la entrevista clínica estructurada para el DSM III-R, presencia de trastorno mental orgánico y falta de aplicación, cooperación y/o resolución de alguno de los instrumentos de trabajo.

Instrumentos utilizados. 1) hojas de datos sociodemográficos, 2) criterios diagnósticos para trastorno delirante de acuerdo al DSM IV, 3) entrevista clínica estructurada para el DSM III-R, 4) entrevista clínica psiquiátrica, 5) historia clínica psiquiátrica con diagnóstico clínico y psicodinámico, 6) tomografía axial computarizada de cráneo, 7) resonancia magnética nuclear del cerebro, 8) batería de pruebas psicológicas (test gestáltico visomotor de Lauretta Bender, test de inteligencia Beta II-R, test proyectivo de frases incompletas, inventario multifásico de la personalidad -MMPI, test proyectivo de la figura humana de Karen

Machover, 9) electroencefalograma, 10) estudios de laboratorio de rutina y 11) viñeta clínica.

Procedimiento. En la primera fase de este estudio se procedió a la captación de los sujetos a través del Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar, obteniéndose un total de ocho pacientes bajo impresión diagnóstica de paranoia (trastorno delirante). Siete eran hospitalizados, seis de ellos procedían de la sala de Psiquiatría de Hombres, una de la sala de Psiquiatría de Mujeres y otra de la consulta externa de la especialidad.

A cada uno de los pacientes se les aplicó hoja de datos socioeconómicos, se les realizó estudios de laboratorio de rutina de la sala, entrevista clínica estructurada, se realizó historia clínica psiquiátrica con orientación psicodinámica, estudios de imagenología, electroencefalografía y batería de pruebas psicológicas.

Siete de nuestros pacientes correspondieron al subtipo persecutorio y uno al subtipo celotípico. A dos no se les realizó resonancia magnética del cerebro por no cooperar en la realización de este estudio.

En los estudios de imagenología se buscó la presencia de alteraciones en el tamaño de la estructura hipotalámica.

Resultados

Durante el presente estudio de un total de 5,057 pacientes estudiados, se captaron 8 que fueron los que reunieron los criterios diagnósticos para trastorno delirante (paranoia).

No se encontraron alteraciones estructurales detectadas a través de la tomografía axial computarizada del cráneo ni la resonancia magnética del cerebro. Reportándose estructura hipotalámica dentro de límites y tamaño normales. Tampoco se encontró a la homosexualidad reprimida como factor psicodinámico central en la génesis de la paranoia, ya que se encontraron otros factores psicodinámicos con mayor prevalencia en los ocho casos estudiados. El trastorno delirante (paranoia) fue más frecuente en hombres en relación 4:1 en comparación con las mujeres, lo cual es completamente significativo en comparación a lo citado por la literatura internacional en donde se cita que este trastorno es más frecuente en mujeres. El trastorno fue más frecuente en pacientes que tenían parejas. Siete de los pacientes estudiados que representan el 87.5% del estudio, tenían religión católica. Tres pacientes eran casados, tres solteros, uno vivía en unión libre y el otro vivía separado de su pareja. Ninguno tenía antecedente de enfermedad psiquiátrica previa. El promedio de edad de los pacientes fue de 33 años.

Discusión

El presente estudio no encontró alteraciones estructurales en el cerebro de enfermos psicóticos con paranoia a través de tomografía axial computarizada de cráneo y de la resonancia magnética del cerebro; en ambos estudios fue-

ron reportados con estructuras cerebrales sin alteraciones, solicitándose específicamente el reporte del tamaño de la estructura hipotalámica, la cual se encontró dentro de límites normales. Lo anterior concluye que en nuestros pacientes no se puede establecer alteración relacionada con la homosexualidad reprimida a través de alteraciones estructurales en el cerebro, descartándose el sustrato neuroanatómico.

Asimismo dentro de nuestro estudio la homosexualidad reprimida, no resultó ser el factor psicodinámico central, reportándose en las pruebas psicológicas una adecuada identificación sexual en todos los pacientes. Encontramos otros factores psicodinámicos como la humillación crónica, la indiferencia, el abuso severo en la infancia, el desamparo, el abandono a temprana edad, las fantasías de ataque, venganza y retribución como predominantes dentro de la psicodinamia de los pacientes estudiados.

El trastorno delirante (paranoia) fue más frecuente en hombres que en mujeres en relación 4:1, lo que es contrario a lo citado por la literatura internacional. Sin embargo nosotros atribuimos esta prevalencia a las características propias del medio y porque es mayor el número de pacientes masculinos que se hospitalizan en el servicio de Psiquiatría.

Realizamos una investigación en la literatura y encontramos que varios autores coinciden con los hallazgos del presente trabajo. Citaremos a H. Klein y Horowitz²⁶ quienes describen historias infantiles de abuso traumático que encontraron en la mayoría de los ocho pacientes que estudiaron en el año 1949. Oldman, Bone, Auchincloss y Weiss^{27,28} citan a la agresión, la indiferencia, el maltrato y el abuso físico y psicológico como factores psicodinámicos principales en la paranoia.

En conclusión no existen alteraciones estructurales detectadas a través de imagenología (tomografía axial computarizada de cráneo y resonancia magnética de cerebro) que sean el sustrato neuroanatómico del factor psicodinámico central que es la homosexualidad reprimida en la génesis de la paranoia. Existen factores psicodinámicos que fueron más predominantes en los pacientes estudiados y se encontró una adecuada identificación sexual en los pacientes en estudio. El trastorno delirante fue más frecuente en hombres que en mujeres en una relación 4:1. Los factores psicodinámicos predominantes en este estudio fueron: la humillación crónica, la indiferencia, el desamparo y el abandono a temprana edad, el abuso infantil, la agresión, la venganza y la retribución.

Referencias

1. Strachey J. Sigmund Freud, obras completas. 3/a. Ed. Amorrortu Editores 1991; Vol. XII: 34-72.
2. Andreasen NC. Brain imaging applications in psychiatry. *Science American* 1982; 139: 297-345.
3. Levay S. Evidence for a biological influence in male homosexuality. *Science American* 1994; 270: 44-9.
4. Kaplan H, Sadock B. Textbook of psychiatry. 5^a Ed. Editorial Williams & Wilkins 1989; Vol. I: 816-829.

5. Vallejo RJ, Balbuena A. Paranoia y psicosis. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 3/a. Ed. Editorial Salvat 1992: 432.
6. Kaplan H, Sadock B, Grebb J. Sinopsis de psiquiatría 7/a. Ed. Editorial Médica Panamericana. Williams & Wilkins 1996: 518.
7. Postel J, Quétel C. Historia de la psiquiatría. Editorial Fondo de Cultura Económica 1987: 635-36.
8. Kalbaum KL. Clasificación de las enfermedades mentales 1963: 35-40.
9. Kendler KS. Nosological validity of paranoia. A review. Arch Gen Psychiatry 1980; 37: 699.
10. Blum H. Paranoia and beating fantasy inquiry into the psychoanalytic theory of paranoia. Journal Amer Psychoanalysis 1981; 28: 331-62.
11. Ferenczi S. Stimulation of the anal erotogenic zone as a precipitating factor in paranoia. New York. Basic Book 1996: 295-98.
12. Obessy L. Pseudohomosexuality. The paranoid mechanism and paranoia. An adaptational revision of classical freudian theory 1995; 19: 341-51.
13. Freud S. Three essays on three theory of sexuality. Journal Psychoanalysis 1927: 8.
14. Swaab DF, Gooren LJ. Gender and homosexuality orientation in relation to hypothalamic structures. Rev Homosexuality Switzerland 1992; Supple 2: 51-61.
15. Pool R. Evidence for homosexuality gene and orientation in relations to hypothalamic structures. Rev Homosexuality 1992; Suppl 2: 62-8.
16. Doell REG. Sexuality in the brain. J Homosex 1995; 28 (3-4): 345-54.
17. Hoffman MA, Swaab DF, Gooren LJ. Brain research gender and sexual orientation. J Homosex 1995; 28 (3-4): 283-301.
18. Friedman REC, Downer J. Psychoanalysis, psychobiology and homosexuality. J Am Psychonalysis Assoc 1993; 41(4): 1159-1198.
19. Allen LS, Gorski RA. Sexual orientation and the size of the anterior commissure in the human brain. Proc Natl Science USA 1992; 89(15): 7199-7202.
20. Haumann G, Zhou JN. Homosexuality biology and ideology. J Homosex 1995; 28(1-2): 57-77.
21. Spitzar RL, Gibbon M y cols. Manual diagnóstico y estadístico de los transtornos mentales. Edición IV. Editorial Masson 1995: 303-4.
22. Vallejo RJ. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 3/a. Edición. Editorial Salvat 1996: 432.
23. Goldman HH. Psiquiatría General. 3/a. Ed. Editorial Manual Moderno 1995: 336.
24. Spitzar RL, Gibbon M. Manual diagnóstico y estadístico de los transtornos mentales. Ed IV. Editorial Masson 1995: 306-8.
25. Spitzar RL. Entrevista clínica estructurada para el DMS III-R. Editorial Masson 1991.
26. Klein HIR, Horowitz WA. Psychosexual factors in the paranoid phenomena. Am J Psychiatry 1949; 105: 697-701.
27. Oldman JM, Bones S. Paranoia new psychoanalytic perspective. International Universities Press 1994: 31-42 y 53-78.
28. Auchincloss EL, Weiss RW. Paranoid character and the intolerance of indifference. International Universities Press 1994: 27-48.