

11241
28
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIROGIA

Sergio Ordoñez Camarena

TRASTORNOS DELIRANTES
ASPECTOS CLINICOS Y PSICOMETRICOS



INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGIA Y
NEUROCIROGIA
CON DIRECCION GENERAL DE
CIENCIAS

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:

PSIQUIATRIA

PRESENTA:

DR. SERGIO ORDONEZ CAMARENA



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CONTENIDO

PARTE I. TRASTORNOS DELIRANTES. REVISION DE LA LITERATURA.

Introducción.....	2
Nosología y Demografía.....	7
Cuadro Clínico.....	15
Etiología.....	31
Diagnóstico Diferencial.....	33
Tratamiento.....	37

PARTE II. TRASTORNOS DELIRANTES. EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIROGIA.

Materiales y Métodos.....	42
Resultados.....	44
Discusión.....	47
Conclusiones.....	51
REFERENCIAS.....	53

INTRODUCCION.

Los trastornos delirantes tienen una larga historia dentro de la psiquiatría, y la evolución del concepto - ha sido particularmente azarosa. Tradicionalmente conocidos como trastornos paranoides, han sufrido cambios - de nomenclatura hasta llegar a la actual denominación. Es ampliamente reconocido que los trastornos delirantes (o paranoides) no son frecuentes, si bien podrían no -- ser tan raros como en un tiempo se supuso. Pero a pesar de su relativa rareza, constituyen un enorme problema - clínico, en cuanto a tratamiento y pronóstico se refiere. Es evidente que necesitamos saber más acerca de esta peculiar forma de psicopatología.

Desde una perspectiva histórica, el reconocimiento - formal de la paranoia lo hizo Kalbhaum, en 1863, al cla- sificarla como un trastorno mental independiente, "una forma parcial y limitada de insania que a través del -- curso del padecimiento, afectaba la esfera del intelecto". Influído por el método de la medicina empírica, -- Kalbhaum enfatizó la historia natural y restringió el - término de "paranoia" para aquellos trastornos delirantes que permanecían sin cambio a través del tiempo.

Emil Kraepelin reforzaría este punto de vista, conderándola como una patología específica, crónica, caracterizada por un delirio fijo, inamovible, ausencia de alucinaciones y de deterioro de la personalidad. El proprio Kraepelin describiría los subtipos que ahora han vuelto a reconocerse. Persecutorio, somático, celotípico, grandioso y erótico. A pesar del distinto contenido de los sistemas delirantes, Kraepelin fue capaz de ver que se trataba del mismo proceso psicopatológico. Lo consideró un trastorno psicógeno, relacionado con factores constitucionales y ambientales.¹

Kraepelin describió también otro trastorno mental estrechamente relacionado con la paranoia, y que él llamó parafrenia. Con este término aludía a trastornos delirantes que se instalaban en la edad senil, que podían acompañarse de alucinaciones, pero que no producían deterioro cognitivo, ni del afecto o la personalidad. Esta categoría diagnóstica se ha alejado del concepto de paranoia y actualmente parece encajar más en el concepto moderno de esquizofrenia.

Siguiendo la pista histórica del concepto, llegamos a las aportaciones de Sigmund Freud.² Utilizando el material autobiográfico del juez Daniel Schreber, Freud explicó cómo los impulsos homosexuales que Schreber ---

tenfa hacia su propio padre fueron reprimidos y luego proyectados hacia el exterior en la forma de un delirio persecutorio. El punto de vista psicoanalítico ha tenido gran influencia en la aproximación etiológica a la paranoia, pero aún no ha sido validado.

Por otra parte, Ernst Kretschmer enfatizó ciertas características de personalidad, hipersensibilidad, inseguridad, pesimismo y narcisismo, que bajo estrés severo podían desarrollar trastornos paranoides con delirios autoreferenciales. Sus aportaciones han sido casi olvidadas en la actualidad.³

La paranoia fue considerada durante el siglo actual como un trastorno mental raro, exótico, con mayor importancia literaria o cinematográfica que clínica. En la tradición anglosajona fue bastante ignorada, hasta 1980 en que se plantea una definición formal en el Manual -- Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, - III edición, elaborado por la Asociación Psiquiátrica - Americana.⁴

Esta definición tuvo lugar en una sección especial llamada trastornos paranoides, que incluía la paranoia pura, con dos subtipos, el persecutorio y el celotípico. Además incluía otra categoría diagnóstica, el trastorno paranoide agudo, con estrecha relación con las psicosis

reactivas y el trastorno paranoide compartido.

Entre 1980 y 1987 se acumula información empírica en diversos centros de investigación, sobre la cual se lanzan propuestas de modificación al DSM-III.⁵

Las principales críticas a la sección de trastornos paranoides del DSM-III fueron en relación al carácter equívoco del término paranoide, que ha ido permeando categorías diagnósticas muy diversas. Se le utiliza para denominar un subtipo de esquizofrenia y también para designar un trastorno de personalidad. Esta naturaleza multidimensional del término había generado considerable confusión. Por otra parte, resultaba ya evidente en la década de los 80's que el punto de vista Kraepeliniano, de varios subtipos de contenidos diversos, era correcto.⁶ Por lo tanto, la definición del DSM-III con solo dos subtipos, persecutorio y celotípico, resultaba demasiado restrictiva. En 1987 apareció el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, tercera edición revisada.⁷ Aquí se incluyen cambios mayores en el capítulo de los trastornos paranoides. Se llaman ahora delirantes, para explicar la naturaleza básica del trastorno, y se admiten 6 subtipos: persecutorio, erotomaniaco, celotípico, somático, de grandiosidad y no especificado. Se exige un mes como duración mínima y

la exclusión de otras entidades que pueden generar deli-
rios como esquizofrenia, depresión psicótica o trastor-
nos orgánicos. Este cambio ha ampliado el concepto y lo
ha vuelto mas cercano a su origen histórico y a la rea-
lidad clínica.

NOSOLOGIA Y DEMOGRAFIA.

Los trastornos delirantes se caracterizan por la presencia de un delirio fijo, sistematizado, no bizarro -- (es decir, que potencialmente podría ocurrir) pero en el marco de un intelecto, afecto y personalidad preservadas. Desde el siglo pasado se ha debatido mucho sobre la relación de estos trastornos con la esquizofrenia pa ranoide. Se ha supuesto, en base a los síntomas, que -- las paranoias podrían ser esquizofrenias "incompletas". Para aclarar este punto, se han realizado numerosos estudios comparativos que además de responder esta pregun ta básica, han aportado información epidemiológica y de mogr áfica.

Los estudios han tenido dos líneas esenciales. La -- historia familiar y el seguimiento. Desde la perspectiva de la historia familiar, Kendler ha realizado cinco estudios publicados entre 1980 y 1985. De estos 5 estudios, 4 son retrospectivos, ^{8,9,10,11.} con una cobertura muy amplia. Uno de ellos revisa los archivos de los Departamentos de Salud de 6 países en un período que abar ca desde 1912 hasta 1978. Otro estudio es considerablemente depurado, pues procede de la muestra de Copenhage

para el estudio danés de adopción sobre esquizofrenia.

Los 4 estudios retrospectivos demuestran que la asociación familiar de esquizofrenia con trastornos delirantes es similar a la de controles normales y muy inferior a la de pacientes esquizofrénicos. El otro estudio más reciente, publicado en 1985, es un trabajo prospectivo que evalúa los trastornos psiquiátricos en familias de primer grado de pacientes con psicosis paranoide, esquizofrenia, y como controles, pacientes médicos. Este estudio prospectivo demostró la ausencia de relación genética entre la esquizofrenia y la paranoia. Por otra parte, el trastorno paranoide de la personalidad se agregó, en cambio, en forma significativamente mayor a la paranoia, y en forma mucho menor en los controles médicos y en los pacientes con esquizofrenia.¹² Esta consistente asociación familiar entre trastorno paranoide de la personalidad y paranoia fue también evidente en los estudios retrospectivos.

En forma independiente de Kendler, Watt ha confirmado en forma prospectiva la ausencia de relación familiar entre esquizofrenia y trastornos paranoides.¹³

En base a esto, todo parece indicar que la paranoia es una entidad nosológica independiente, por lo menos desde el punto de vista genético, y que podría compartir un espectro con el trastorno paranoide de la perso-

nalidad. Tres de los estudios retrospectivos confirmaron que además de familiares con rasgos paranoides, los probandos tenían una personalidad premórbida, caracterizada por hipersensibilidad, suspicacia y facilidad para sentirse humillados y amenazados.

La otra vertiente de estudios para averiguar si los trastornos delirantes son una entidad nosológica independiente, no relacionada con esquizofrenia, la constituyen los estudios de seguimiento. Es decir, si la paranoia es una entidad nosológica, su curso clínico debe permanecer estable a lo largo del tiempo. No debe evolucionar hacia la transformación en otros síndromes psiquiátricos como la esquizofrenia o la enfermedad bipolar. Los estudios fundamentales de seguimiento han sido realizados en Noruega, inicialmente por el profesor Retterstol y actualmente por su alumno Opjordsmoen, utilizando la misma serie de pacientes. Ellos han demostrado que el diagnóstico de psicosis paranoide es estable a lo largo del tiempo, con seguimientos que fluctúan entre 10 y 30 años. Retterstol ha sido el más firme divulgador del concepto escandinavo de psicosis paranoide reactiva, una forma especial de psicosis paranoide que comparte algunos aspectos con el trastorno esquizofreniforme del DSM-III. Esta psicosis paranoide reactiva ---

puede durar varios meses, es secundaria a un estresor importante y tiene un buen pronóstico con remisión total en 55% de los casos y casi total en 30%. Tiene mejor pronóstico en mujeres.¹⁴

Opjordsmoen también ha encontrado la estabilidad del diagnóstico y que la mayoría de los pacientes tienen alteraciones en la personalidad previa, esencialmente rasgos paranoides y de evitación. El encontró que en el seguimiento a 30 años, 60% de los pacientes mostraban remisión total. También confirmó que el pronóstico es mejor en los trastornos delirantes reactivos, es decir, secundarios a un estresor severo.¹⁵ Por otra parte, Opjordsmoen reporta que la evolución de las psicosis paranoides, comparada con esquizofrenia y trastornos afectivos, ocupa una posición intermedia, aunque más cercana a estos últimos, en términos de funcionamiento social y laboral.¹⁶ Los factores que Opjordsmoen encontró con valor predictivo en cuanto a la evolución, son el status marital, la existencia de un estrés disparador, y el buen funcionamiento y ajuste previos. Los pacientes casados, con un claro evento desencadenante, que tenían buen rendimiento laboral y social, tenían mejor pronóstico.¹⁷

Los estudios que hemos mencionado dejan claro que la

psicosis paranoide, o trastorno delirante como se le conoce ahora, es una entidad nosológica independiente, pero además nos permite conocer algo sobre la demografía del padecimiento. El estudio capital es de Kendler, en la revisión de Archivos de los Departamentos de Salud Mental de 6 países. Kendler encuentra que los trastornos delirantes suelen instalarse en la edad media de la vida o un poco más tarde, con range entre los 35 y los 55 años. Los pacientes suelen proceder de un status socioeconómico bajo y parecen predominar en mujeres y en inmigrantes. El abuso de alcohol no fue un factor asociado en forma significativa y el pronóstico, concordando con lo que reporta Opjordsmoen, es mejor que para esquizofrenia pero no tan bueno como para las enfermedades afectivas. Kendler reporta que 60% de los pacientes han estado casadas en alguna ocasión, y muchos han tenido hijos. El principal problema de los estudios mencionados, tanto las recopilaciones de Kendler como los seguimientos de Retterstol y Opjordsmoen, es que los criterios diagnósticos para definir psicosis paranoide o trastorno delirante no estaban claramente definidos ni mucho menos estandarizados. No obstante, existe un **razonable** consenso clínico para poder esperar en resultados confiables.

Un comentario especial lo merece la condición de inmigrante como factor de riesgo para desarrollar un trastorno delirante. Kendler encuentra que la psicosis paranoide es más frecuente en inmigrantes que la esquizofrenia o las enfermedades afectivas. Un estudio inglés sobre dos poblaciones inmigrantes, polacos y ucranianos, encontró este mismo fenómeno, más acentuado en la población polaca que tiene menos cohesión social y menos redes interfamiliares.¹⁸ Es posible que la condición de inmigrante, que expone a situaciones de sospecha, discriminación y muchas veces persecución clara o subrepticia, combinada con barreras culturales y lingüísticas, pueda ser un factor suficiente para desencadenar una psicosis paranoide en las estructuras de personalidad predispuestas. Los rasgos paranoides, hipersensibles y evitantes que se han documentado en los pacientes y en sus familiares de primer grado podrían representar esta susceptibilidad.

Otro factor de interés es la hipoacusia como elemento coadyuvante al desarrollo de un trastorno delirante. La información es contradictoria y mientras algunos estudios encuentran una clara correlación positiva entre defecto auditivo e ideación paranoide,¹⁹ otros descartan este tipo de asociación.²⁰ La contribución de la --

hipoacusia en alguna medida parece ser clara,²¹ si bien el mecanismo no está plenamente comprendido. Se sabe -- que la sordera adquirida en la edad adulta, y no la congénita es la que se asocia con trastornos delirantes.

Como hemos mencionado previamente, la prevalencia de acuerdo al sexo no está aclarada. De acuerdo con ----- Kendler, es discretamente superior en mujeres, pero --- Opjordsmoen encontró una ligera superioridad en el sexo masculino. Rudden y colaboradores han realizado un estudio retrospectivo que compara los trastornos delirantes de acuerdo al sexo, y han encontrado algunas diferen---cias interesantes. Los contenidos delirantes parecen variar de acuerdo al sexo, de manera que los temas eroto---maniacos son más frecuentes en las mujeres que en los - hombres. Las mujeres exhiben más síntomas afectivos, -- acompañando a su trastorno delirante y esto eventualmente podría dificultar el diagnóstico. Finalmente el es---trés parece jugar un rol más importante en la instala---ción del trastorno delirante en las mujeres que en los hombres.²²

En conclusión, los trastornos delirantes constituyen una entidad nosológica independiente, sin un claro predominio por sexo, que se suelen desarrollar en el marco de una personalidad susceptible, con rasgos paranoides

o evitantes. El grupo más afectado parece tener status socioeconómico bajo, y la incidencia es mayor en las poblaciones de inmigrantes. La sordera, el estrés y el aislamiento social son factores predisponentes. El pronóstico es en general mejor que para esquizofrenia, pero no tan bueno como para los trastornos afectivos. La mayoría de los pacientes han estado casados, tienen hijos y mantienen su trabajo, y poco más de la mitad, muestran remisiones casi totales en seguimientos muy prolongados.

CUADRO CLINICO.

Los trastornos delirantes, como hemos visto, se caracterizan por la presencia de delirios fijos, persistentes, no bizarros, en el contexto de una personalidad y funcionamiento intelectual bien preservados. No hay embotamiento afectivo ni pérdida de la capacidad asociativa. Si ocurren alucinaciones visuales o auditivas, son ocasionales y no dominan el cuadro clínico. Las alucinaciones táctiles y olfatorias, pueden formar parte del delirio. (como en la parasitosis delirante o el síndrome autoreferencial olfatorio). El DSM-III-R exige una duración de un mes como mínimo.

Expondremos ahora las características clínicas de los diferentes subtipos de los trastornos delirantes.

Trastorno delirante de tipo persecutorio

En este cuadro los pacientes desarrollan la convicción delirante de que son víctimas de alguna conspiración o algún tipo de persecución, ya sea policial, política, racial o de alguna otra naturaleza. En ocasiones el sistema delirante se instala en forma insidiosa, lentamente progresiva, y empieza a invadir gradualmente las diversas áreas de vida del paciente.

Habitualmente los delirios son bien elaborados y los pacientes pueden argumentar en forma lógica y razonada las ramificaciones de su idea delirante. Es decir, dada la convicción delirante, a partir de ella construyen inferencias lógicas y difíciles de rebatir.

Es frecuente que los delirios persecutorios de estos pacientes, combinen elementos reales con elementos delirantes y por lo tanto pueden producir confusión y dividir bandos entre la gente que les rodea. La conducta típicamente esta orientada a la autopreservación, y a veces la exacerbación del delirio y la ansiedad concomitante lleva a los pacientes a exhibir conductas violentas que ellos consideran autodefensivas.

En algunas ocasiones, particularmente cuando hay un evento estresor que cataliza el cuadro, los delirios -- persecutorios se instalan en forma aguda, y es entonces posible establecer una clara fecha de inicio. Uno de -- nuestros pacientes, ingeniero de 34 años de edad, de -- nombre y apellido extranjeros, tuvo algunos problemas -- laborales menores, y sobre este caldo de cultivo el paciente desarrolló el delirio de que el gobierno había -- iniciado a través de la Secretaría de Gobernación, una persecución contra los mexicanos de ascendencia extranjera. Los delirios persecutorios se complicaron y ----

llevaron al paciente a recluirse en su casa, donde había acumulado provisiones. Solo salía de noche y había conseguido identificaciones falsas donde constaba un nombre totalmente mexicano. Cuando el paciente fue hospitalizado, se encontraba a punto de solicitar asilo político en la Embajada Japonesa.

Los pacientes con trastornos delirantes de tipo persecutorio pueden mostrarse hoscos, hostiles, con un afecto intensamente teñido por la beligerancia. No hay ninguna conciencia de enfermedad y habitualmente son llevados a consulta o a salas de Urgencia contra su propia voluntad. En ocasiones pueden negar sus delirios sistemáticamente y hacer gala de ingenio para explicar sus conductas previas y sus errores de juicio. La modulación adecuada del afecto y la capacidad de abstracción pueden lograr que los pacientes parezcan psiquiátricamente íntegros, a menos que un testigo confiable reporte la verdadera historia.

En los periodos de agudización la conducta aparentemente desorganizada y los errores de juicio pueden plantear la posibilidad de esquizofrenia paranoide, el diagnóstico diferencial más frecuente, pero la historia y el examen del estado mental permite establecer el verdadero diagnóstico. En ocasiones, sobre todo cuando el

paciente se muestra hosco y renuente a cooperar, es necesaria una observación prolongada, en un setting hospitalario, para poder aclarar el diagnóstico.

Trastorno delirante celotípico.

Profundos acercamientos al problema de los Celos se pueden encontrar en Shakespeare, Bocaccio, Maupassant, Tolstoi y Ernesto Sábato. Este último es autor de uno de los relatos más cuidadosos y precisos sobre un caso de delirio celotípico que culmina en asesinato. La interpretatividad característica y el desplazamiento de la realidad en el área específica del delirio quedan magistralmente plasmados en el monólogo del personaje sabatiano.

Los pacientes con trastornos delirantes celotípicos se caracterizan por delirios de infidelidad. Es decir, el sujeto está convencido de que su pareja le es infiel sexualmente. En vista de que los celos son hasta cierto punto una experiencia universal, estos pacientes plantean dificultades especiales de diagnóstico. Las inseguridades y las dudas que un paciente pueda expresar acerca de la fidelidad de su pareja, no importa cuán injustificadas y atormentadoras puedan resultar, no bastan para establecer un diagnóstico de trastorno delirante. Debe

existir la convicción, la seguridad absoluta en el paciente, de que está siendo engañado. Y esta convicción debe ser delirante, es decir, falsa, inamovible, y determinar en algún grado la conducta del individuo.

En términos generales, los pacientes con delirios celotípicos arriban a la conclusión, falsa, de que están siendo engañados por su pareja, e inicia entonces un patrón de conducta que puede llegar a ser enormemente peligroso. Los pacientes limitan al máximo la libertad de su pareja, pero esto no contribuye en modo alguno a aliviar los profundos sentimientos de rabia, humillación y coraje que les produce su idea delirante. En un intento por encontrar pruebas fehacientes de su delirio, los pacientes examinan la ropa interior del conyuge, colocan grabadoras activadas en la recámara cuando dejan sola a la pareja, o contratan detectives. Se despiertan durante la noche para revisar los alrededores de la casa.

La naturaleza delirante de los celos se hace evidente en la interpretatividad que estos pacientes despliegan. Un coche que pasa por la casa y suena la bocina se interpreta como prueba de la infidelidad.

Con frecuencia se atribuye a la pareja una promiscuidad desmesurada y no es raro que entre los cómplices de la pareja el paciente mencione a sus propios familiares

como padres, hermanos, primos.

Los pacientes suelen exigir a la pareja una "confesión", muchas veces ofreciendo "olvidarlo todo" y "empezar de nuevo", pero esto no es más que un recurso para confirmar sus celos delirantes. En algunas ocasiones recurren a la tortura para obtener estas confesiones.

Uno de nuestros pacientes exhibía como prueba un videocassette de una fiesta familiar donde se veía a su esposa sonriendo entre un grupo de gente, lo cual el paciente interpretaba como sonrisa de invitación sexual a todos los varones presentes en la fiesta.

La pérdida de contacto con la realidad en la esfera de la relación de pareja contrasta grandemente con el juicio y la racionalidad que los pacientes exhiben en el manejo de su trabajo y de otros asuntos personales.

Esta variedad de trastorno delirante plantea como prioridad la evaluación del riesgo homicida. No es raro que los pacientes sean llevados a tratamiento cuando ya han lesionado a la pareja en forma reiterada. Esto es indicativo de hospitalización para investigar impulsividad y potencial homicida, y permitir que se realicen los arreglos necesarios para garantizar la seguridad de la pareja del paciente.

Hay una gran escasez de literatura reciente sobre --

trastorno delirante celotípico, si bien ha sido un tema tratado a fondo por autores clásicos. Citamos dos referencias de interés. Un estudio norteamericano que provee un análisis clínico, demográfico y terapéutico que se acompaña de ilustrativas viñetas,²³ y un estudio inglés que analiza un aspecto específico de las celotipias masculinas: el tamaño del pene como causa de celos patológicos.²⁴

Trastorno delirante erotomaniaco.

Este tipo de trastorno delirante ha tenido una historia plena de altibajos y confusiones. Aunque fue Emil Kraepelin el primero en estudiar clínicamente este fenómeno y quien lo ubicó nosológicamente como un subtipo de paranoia,²⁵ el principal crédito ha sido atribuido al psiquiatra francés Gatan de Clerembault por un trabajo publicado en 1921 titulado "Las Psicosis Pasionales".

Esencialmente, tanto Kraepelin como Clerembault habían encontrado que algunas pacientes, con delirios amorosos escapaban al diagnóstico de esquizofrenia paranoide o enfermedad afectiva, y parecían constituir casos primarios, monodelirantes. Esto se ha confirmado en estudios posteriores, y finalmente, después de largas ---

controversias en la literatura,^{26,27} se le ha ubicado en el capítulo de los trastornos delirantes del ----- DSM-III-R.

Este trastorno delirante se caracteriza porque el paciente desarrolla la convicción delirante de ser amado a distancia, habitualmente por una persona de mayor rango económico y social. El delirio puede desarrollarse - insidiosamente o en forma abrupta, y es posible que el paciente haya tenido un contacto casual con el objeto - de sus delirios o que no haya entablado nunca contacto personal con él. Este trastorno delirante, más que ningún otro, se caracteriza por una abrumadora diferencia en la distribución por sexos. La inmensa mayoría de los casos reportados son mujeres, aunque sí se han informado casos masculinos en forma ocasional.

Típicamente, los pacientes con este trastorno son mujeres de mediana edad, solteras, con una vida social -- muy restringida, quizá rasgos esquizoides o evitantes - de personalidad. Muchas de estas pacientes han tenido - escasa o nula relación heteroafectiva. En este marco de opacidad, la paciente conoce a un hombre que le impre-- siona, quizá intercambien alguna frase, a veces ni si-- quiera esto es necesario. Encuentros casuales en los pasillos o en los ascensores se interpretan como búsqueda

por parte del objeto amoroso. Esta convicción delirante de ser amada a distancia, convicción que no depende de sucesos explícitos sino de una creativa interpretatividad constituye la base del síndrome. Las respuestas emocionales de las pacientes al contenido de la idea delirante pueden variar. La mayoría de las pacientes deciden "corresponder" en forma inmediata y apasionada. Entonces inician la tarea de mostrar su "aceptación" al objeto amoroso, que hasta ese momento todavía no ha caído en cuenta de la situación. Por supuesto, los hombres que son víctimas de las cartas y acercamientos amorosos suelen evadir o rechazar inmediatamente estos intentos de aproximación. La paciente interpreta que su objeto amoroso no puede mostrar abiertamente sus sentimientos, de manera que se comunica en forma secreta, por signos sutiles o códigos. Esto permite una interpretación paradójica y delirante de los intentos de rechazo, que a veces conduce a los objetos amorosos a iniciar acciones legales contra las pacientes, con el fin de protegerse del asedio.

En algunas ocasiones, la respuesta emocional a la idea delirante no es de "correspondencia" sino de indignación y rechazo. Esto conduce a reiterados intentos por parte de la paciente de mostrar su negativa al

objeto amoroso delirante, y puede reclamarle por sus --
insinuaciones sexuales o su acoso subrepticio. Esta ---
reacción negativa ante el contenido erótico-persecuto--
rio del delirio es más bien rara.

Si bien la gran mayoría de los casos de trastorno de
lirante de tipo erotomaniaco son heterosexuales, exis--
ten algunos reportes de delirios eróticos homosexua---
les. 28,29.

Trastorno Delirante Somático.

Un subtipo de los trastornos delirantes puede involu
crar la esfera somática en diversos aspectos. Implican
la convicción delirante de alguna anormalidad física o
de la presencia de alguna enfermedad. El antecedente --
histórico más directo es el concepto de psicosis hipo--
condriaca monosintomática desarrollado por Alistair Mun
ro. 30.

Mencionaremos algunos ejemplos clínicos.

Los pacientes con trastorno delirante somático pue--
den desarrollar la convicción de que una especie de in--
sectos o parásitos infestan la piel o inmediatamente de
bajo de la misma. Los pacientes pueden describir con --
realismo como perciben los movimientos de estos parási--
tos y el prurito consecuente. Aunque en un sentido ----

estricto, este aspecto del síndrome puede considerarse alucinatorio, la interpretación que se hace de la percepción anormal es lo que predomina. Por lo menos, este es el acuerdo general de la literatura clínica inglesa³¹, aunque hay algunas controversias al respecto. Lo cierto es que estos pacientes llegan a utilizar sustancias antisépticas, jabones de todo tipo, lejía y medicamentos tópicos para tratar de abatir su sintomatología delirante. Son pacientes que acuden primariamente al dermatólogo, y muy renuentes a visitar al psiquiatra. La parasitosis delirante, como se le conoce en la literatura, puede llegar a dominar la vida del individuo y a implicar riesgos considerables. Muchos pacientes fumigan su casa una y otra vez, y un paciente quemó su casa en un intento por deshacerse de los insectos.³² Un aspecto fascinante del síndrome es que puede "contagiarse" como si se tratara en verdad de una verdadera infestación parasitaria. Es decir, otras personas cercanas al paciente pueden sugestionarse y llegar a experimentar los mismos síntomas, hasta que finalmente comparten el delirio. Hasta un 25% de los casos de parasitosis delirante pueden ser compartidos (folie à deux).³³

Otro ejemplo típico de trastorno delirante somático lo constituye la convicción de emitir un olor desagradable, que --

puede proceder de todo el cuerpo o de regiones anatómicas específicas, como la boca o el ano.³⁴ Nuevamente -- nos enfrentamos con la interfase alucinación-delirio. -- El paciente asegura que el olor existe, afirma que lo percibe, y toda su conducta está orientada a practicar medidas que puedan corregirlo. Se bañan varias veces al día, utilizan todo tipo de desodorantes y enjuagues bucales. Algunos pacientes son incapaces de hablar sin -- ocultar la cara para que el olor delirante no pueda ser notado por el interlocutor. Otros abren puertas y ventanas, incluyendo las ventanillas de los coches, para tratar de disminuir el mal olor inexistente. Este tipo de pacientes pueden llevar una vida de reclusión casi total, evitando todo tipo de contactos sociales. Los pacientes con halitosis delirante, como es de suponerse, suelen ser vistos por dentistas o por otorrinolaringólogos, y muchos son sometidos a extracciones dentarias o amigdalectomías innecesarias. Son también pacientes refractarios a la evaluación psiquiátrica.

Otras variedades de trastorno delirante de tipo somático lo constituyen las alteraciones delirantes de la autoimagen corporal. Algunos pacientes desarrollan la convicción delirante de que su nariz, o su cabello, o sus genitales, no tienen una apariencia normal. Cuando

este tipo de ideación es absolutamente inamovible, a pesar de la evidencia en contrario, podemos hablar de un trastorno delirante. Las dudas respecto a la autoimagen física pueden ocurrir en adolescentes o aún en personas adultas sin que exista una base real, pero si el paciente puede llegar a reconocer que tal vez está equivocado y en realidad no hay nada anormal en su apariencia, entonces su convicción no es delirante y podemos hablar de un trastorno dismórfico. En cambio, cuando el sujeto no abriga ninguna duda y no hay intervención alguna que lo haga cambiar de opinión, el trastorno delirante es claro. Estos pacientes suelen también restringir su vida social e iniciar una larga peregrinación por los consultorios de los cirujanos plásticos. Estos pacientes antes creaban considerable confusión diagnóstica y nosológica, y se les podía incluir en el grupo de las dismorfofobias, que siempre fue visto como un síntoma extraordinariamente ominoso. 35,36.

Finalmente, una variedad de trastorno delirante somático la constituyen los pacientes que están convencidos de padecer alguna enfermedad, a pesar de toda la evidencia en contrario. Lo más frecuente es que los pacientes se convenzan que tienen cáncer, alguna neoplasia o alguna enfermedad cardíaca o digestiva. Que los delirios --

cambian con la época, lo refleja el hecho de que uno de nuestros pacientes con trastorno delirante somático estaba convencido de tener SIDA.

Trastorno delirante de grandiosidad.

En esta variedad se desarrolla un delirio que conlleva para los pacientes una posición especial, es decir, un elemento de grandiosidad. El individuo puede desarrollar la convicción delirante de que pertenece a una familia de abolengo. En las descripciones clásicas los pacientes "descubrían" que formaban parte de la nobleza o de la realeza. Actualmente algunos pacientes describen que son hijos ilegítimos de personajes famosos, y su conducta se centra en reclamar sus derechos o en ser "reconocidos" o en tener acceso a una parte de la herencia. En otras ocasiones, los pacientes desarrollan la idea delirante de que han hecho un descubrimiento de capital importancia, de índole científica o política, y toda su conducta se orienta a conseguir que sus logros sean reconocidos y sus descubrimientos puestos en práctica.

Otros pacientes con trastorno delirante de tipo grandioso tienen delirios de contenido místico, sienten que tienen alguna misión especial en esta vida, y pueden --

llegar a convertirse en líderes de alguna secta o culto religioso de nueva factura. Esto puede resultar muy difícil de evaluar desde el punto de vista psiquiátrico, y no basta la entrevista para que el clínico realice el diagnóstico. Muchas veces es necesario observar al paciente y entrevistar a testigos confiables para definir si la convicción es delirante. En ocasiones la decisión clínica se basa en los actos y en los posibles errores de juicio que el paciente cometa. Si las ideas religiosas o místicas llevan al individuo a ignorar sus necesidades básicas o a poner en riesgo su integridad o la de otros, probablemente estamos ante un trastorno delirante.

Trastorno delirante de tipo no especificado.

Se ha permitido esta categoría abierta para poder incluir algunos pacientes con delirios difíciles de clasificar, por ejemplo, delirios autoreferenciales que no tienen una clara connotación persecutoria. También podrían incluirse ocasionalmente algunos trastornos delirantes muy peculiares, como el síndrome de Capgras, en el cual el paciente está convencido que alguien cercano a él ha sido sustituido por un impostor, muy parecido - pero no idéntico.³⁷ Aunque hasta cierto punto bizarro,

en este tiempo de refinamiento quirúrgico y tecnológico
es un delirio que potencialmente podría ocurrir.

ETIOLOGIA.

La etiología de los trastornos delirantes, como la de muchos otros desórdenes psiquiátricos, es actualmente desconocida. Se ha escrito mucho sobre teorías explicativas, pero la evidencia empírica es casi inexistente. Podemos dividir las proposiciones etiológicas en dos -- grandes vertientes: la psicodinámica y la neurobiológica.

Desde la perspectiva psicodinámica se han propuesto conflictos internos que son patológicamente resueltos -- por medio del mecanismo de la proyección.³⁸ En los delirios de contenido persecutorio, se ha insistido mucho -- en un conflicto homosexual no resuelto y proyectado hacia el exterior.³⁹ La evidencia empírica de estos puntos de vista es mínima hasta ahora.

Por otra parte, en los delirios erotomaniacos se ha sugerido que la causa del sistema delirante reside en -- severas deficiencias yoicas. El delirio erotomaniaco -- puede entonces ser entendido como un recurso para satisfacer necesidades narcisistas y compensar fallas en la autoestima.⁴⁰

Por otra parte, la perspectiva neurobiológica ofrece

también grandes generalizaciones con limitado fundamento empírico. Se sostiene que fallas perceptuales o distorsiones cognitivas dan origen a experiencias extrañas para los cuales el paciente busca una explicación. Y esta explicación es el delirio. Un modelo hipotético elegante pero aún no comprobado.

Entre las pocas cosas firmes que se han establecido en cuanto a la producción del sistema delirante, es el origen subcortical. En una revisión de la literatura, - Cummings encontró que las lesiones que más se asociaban con delirios complejos y persistentes eran subcorticales, específicamente en sistema límbico, tálamo, ganglios basales y tallo cerebral rostral.⁴¹ La corteza cerebral, la estructura filogenéticamente más nueva y evolucionada del cerebro, parece tener poco que ver en el origen de los trastornos delirantes.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Aunque en términos generales se considera que los -- trastornos delirantes no plantean dificultades especiales de diagnóstico, una breve discusión sobre diagnóstico diferencial podría ser útil. Para empezar, siempre -- que un paciente es evaluado por alguna idea o creencia extraña, uno debe cerciorarse de qué tipo de idea se -- trata. Una idea delirante consiste en una creencia personal errónea, que se basa en inferencias incorrectas a partir de la realidad externa, sostenida con firmeza a pesar de lo que los demás creen y en abierta oposición a pruebas incontrovertibles. La respuesta emocional suele ser bien modulada y congruente con el contenido de -- la idea delirante (cuando se trata de un trastorno delirante y no de esquizofrenia).

Por otra parte, una idea obsesiva es recurrente, persistente y muchas veces irracional, pero el paciente reconoce lo absurdo de la idea obsesiva a pesar de que no puede controlarla. La experimenta como extraña y suele existir gran ansiedad que a veces se alivia con rituales. Distinguir entre ideación delirante e ideación -- obsesiva a veces puede ser difícil, pero es esencial --

hacerlo, pues los tratamientos disponibles son diferentes. Sobre todo en los trastornos delirantes somáticos y celotípicos suele ocurrir esta confusión. Sin embargo los pacientes con celos obsesivos suelen reconocer que éstos son irracionales, y las conductas hipervigilantes y controladoras tienen una cualidad estereotipada que los revela como rituales.⁴²

Otro diagnóstico diferencial de ideas delirantes lo constituyen las ideas sobrevaloradas. Son ideas que pueden tener alguna base real, y por lo tanto no son delirantes, pero el individuo les atribuye una importancia y una magnitud mayores de las que realmente tienen. Pueden influir en la vida cotidiana del paciente tanto como una idea delirante, pero no tienen la cualidad extraña y ajena que tienen los delirios.⁴³

Un aspecto difícil de evaluar en ocasiones con ciertos pacientes es si una idea extraña o falsa es un delirio o es una idea culturalmente condicionada, compartida por un subgrupo social, religioso o étnico. Este aspecto debe considerarse cuando se evalúan pacientes que pertenecen a minorías raciales o son inmigrantes.⁴⁴

Desde el punto de vista psiquiátrico los trastornos delirantes pueden confundirse con la esquizofrenia paranoide, pero ésta última es una enfermedad mucho más ---

deteriorante, con alucinaciones auditivas prominentes, alteraciones en la modulación del afecto y fallas en la capacidad asociativa. Las ideas delirantes de la esquizofrenia paranoide suelen ser bizarras y muchas veces - no son sistematizadas.⁴⁵

Un problema clínico considerablemente mas difícil lo plantea la depresión mayor con síntomas psicóticos, o - depresión delirante. Algunos pacientes, principalmente de edad madura, pueden llegar a consulta quejándose de que son perseguidos, vigilados, de que su familia intenta envenenarlos. En otras ocasiones se quejan de delirios somáticos, de enfermedad, infestación o mal olor. Siempre debe investigarse el estado de ánimo previo a - la instalación del delirio, y esto puede ser varios meses antes de la consulta. En ocasiones los pacientes o sus familiares no reportan con claridad que existiera - depresión previa pero reconocen que había pérdida de peso, disminución de la libido, retardo psicomotor, trastornos del sueño y de la concentración.⁴⁶ La mayoría - de los pacientes de edad madura con delirios, en realidad tienen depresiones psicóticas.

El trastorno paranoide de la personalidad ocasionalmente debe distinguirse de los trastornos delirantes -- persecutorios o celotípicos. Sin embargo, el trastorno

paranoide de la personalidad, que exhibe rasgos como -- suspicacia, desconfianza, frialdad, falta de sentido -- del humor y distancia interpersonal excesiva (a nivel - afectivo) nunca pierde el contacto con la realidad ni - elabora delirios. Estos pacientes siempre tienen una -- justificación apropiada para todas sus sospechas, aun-- que a veces parezcan excesivas.⁴⁷

Finalmente debemos enfatizar que el diagnóstico de - trastorno delirante en cualquiera de sus variedades de- be realizarse únicamente cuando se han excluido otras - entidades psiquiátricas y médicas que pueden generar de- lirios.

La lista de condiciones neurológicas, metabólicas, - endócrinas y tóxicas que pueden producir delirios es ca- si interminable.⁴⁸ Esto es particularmente probable en casos tardíos o con algunas características atípicas. - El diagnóstico final debería realizarse únicamente des- pués de obtener una historia psiquiátrica y médica com- pleta, con especial cuidado en consumo de drogas y medi- camentos, un examen físico y neurológico completo y es- tudios paraclínicos cuando estén indicados.

TRATAMIENTO.

El tratamiento a corto y largo plazo es el gran desafío de los trastornos delirantes. Resulta muy difícil cualquier tipo de abordaje terapéutico en un padecimiento que por su propia naturaleza bloquea la conciencia de enfermedad y pone al paciente en guardia contra cualquier tipo de intervención. Sin embargo, actualmente no todo es pesimismo.

Los pacientes con trastornos delirantes de tipo persecutorio o celotípico frecuentemente son evaluados en estado crítico y suelen requerir hospitalización. La evaluación de potencial suicida y homicida es particularmente importante en estos casos. Debe investigarse el nivel de impulsividad y los rasgos de personalidad previa autodestructivos, como abuso de alcohol y substancias.

En términos generales, los pacientes con este tipo de delirios no se confrontan directamente. Es mucho más productivo tratar de empatizar con los aspectos sanos de estos pacientes y ayudarlos a aliviar su ansiedad, su preocupación y su temor. El tema del delirio puede tocarse en ocasiones para contraindicar al paciente conductas arriesgadas e imprudentes, que puedan revertirse

en acciones legales en su contra. Esto puede discutirse calmadamente, sin implicar que el paciente esté equivocado. Es importante también, sobre todo en aquellos casos en que la hospitalización o el tratamiento fueron impuestos al paciente, dejar bien claro con él que el clínico no es representante de la familia, sino un individuo autónomo interesado centralmente en el bienestar y recuperación del enfermo. En los trastornos delirantes de tipo persecutorio y celotípico está contraindicada la psicoterapia analítica tradicional y se recomienda más la psicoterapia de apoyo.

Los trastornos delirantes erotomaniacos y de grandiosidad ocupan el mismo tacto y la misma orientación empática que los anteriores, pero es factible confrontar al paciente con la falsedad de su idea delirante, con menos riesgo. Algunos casos aislados de delirio eroto---maniaco han remitido con este tipo de confrontación.⁴⁹

Los delirios somáticos, como hemos visto, suelen ser vistos inicialmente por otros especialistas y después referidos al psiquiatra. Aunque a primera vista podrían parecer menos graves que las otras variantes, su peligrosidad no debe subestimarse y pueden conllevar un alto riesgo de suicidio.⁵⁰

Actualmente se dispone de varias alternativas -----

farmacológicas para el tratamiento de los trastornos de lirantes.

La droga de primera elección en el tratamiento de -- los trastornos delirantes no complicados es el pimozide. Su efectividad ha sido comprobada en los trastornos celotípicos,⁵¹ en los trastornos delirantes somáticos,⁵² y en la erotomanía primaria.⁵³ Esta uniformidad en la - respuesta a un solo fármaco, bloqueador dopaminérgico, ha consolidado el concepto de unidad nosológica en trastornos delirantes de tema tan diverso.

Además del pimozide, existen otras líneas de segunda elección que pueden utilizarse si el pimozide falla o - no se encuentra disponible, como en el caso de México. Curiosamente, los otros fármacos que han probado su --- efectividad en el tratamiento de los trastornos delirantes no son neurolepticos, sino antidepresivos. Tanto -- los tricíclicos como los inhibidores de la MAO han sido utilizados con buenos resultados, en algunos casos con remisión total. Aunque se han utilizado en trastornos - delirantes que no se acompañan de un síndrome depresivo completo, algunos factores que predicen buena respuesta son irritabilidad, alteraciones del ritmo circadiano, - síntomas de pánico, historia familiar o personal de depresión. Los antidepresivos han resultado eficaces en -

psicosis paranoides,⁵⁴ hipocondriasis monosintomática,^{55,56} y dismorfofobia.⁵⁷

Sobre la base de la dificultad para distinguir ideas delirantes de ideas obsesivas en algunos pacientes, nosotros hemos utilizado la clorimipramina en nuestros pacientes con trastornos delirantes de diverso tipo, con aceptables resultados.

PARTE II

TRASTORNOS DELIRANTES

EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN EL

INSTITUTO NACIONAL DE

NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA

MATERIALES Y METODOS.

Realizamos un estudio retrospectivo, transversal de todos los pacientes con diagnóstico de trastorno delirante, que estuvieron hospitalizados en el Instituto Nacional de Neurología, en el período 1986-1990.

Los criterios de inclusión fueron tanto los criterios del DSM-III⁴ para paranoia, como los criterios del DSM-III-R⁷ para trastorno delirante en cualquiera de los subtipos.

Otra condición para ingresar al estudio, fue que el paciente hubiera sido valorado por el Departamento de Psicología, y contara con un reporte anexado al expediente clínico.

En los últimos cuatro años se diagnosticaron como paranoia o como trastornos delirantes 21 pacientes, todos procedentes de las listas de hospitalización. Correspondieron al 0.5% de todos los ingresos al piso de Psiquiatría. De estos 21 pacientes, se excluyeron 5, ya sea por no contar adecuadamente con información clínica en el expediente o porque no contaban con valoración psicológica.

A los 16 pacientes que quedaron incluidos en el

estudio, 8 hombres y 8 mujeres, se les estudiaron las -
siguientes variables:

1. Edad de inicio del padecimiento.
2. Tiempo de evolución.
3. Estado Civil.
4. Escolaridad.
5. Desempeño laboral.
6. Alcoholismo.
7. Historia familiar de Trastornos Delirantes.
8. Personalidad Premórbida.
9. Tipos de Delirios.
10. Rol del Estrés en la Instalación del Trastorno.
11. Tratamientos y respuesta clínica.
12. Pruebas Psicológicas.

RESULTADOS.

1. Edad promedio de inicio del padecimiento: 38.43 años
Rango: 28-60 años.

2. Tiempo promedio de evolución del padecimiento: --.
4.5 años.
Rango: 3 meses - 16 años.

3. Estado Civil:
10 pacientes casados.
1 Viuda.
1 Divorciada.
4 Solteros (2 hombres y 2 mujeres).
75% de los pacientes han estado casados.

4. Escolaridad:
Universitaria: 4 pacientes.
Preparatoria: 3 "
Secundaria: 3 "
Primaria: 5 "
S/escolaridad: 1 "
43% de los pacientes tienen nivel medio superior.
En la población universitaria de la muestra, las mu
jeres constituyen el 75% y los hombres el 25%.

5. Desempeño laboral:
Inadecuado: 2 pacientes. (12.5%)
Adecuado: 4 " (25%)
Excelente: 10 " (62.5%)
Mujeres que son económicamente activas: 5 (62% de -
la población femenina de la muestra).

6. Alcoholismo:

Dependencia alcoholica: 3 pacientes. (19%).

Abuso de alcohol: 1 " (6%)

Abstemios: 12 " (75%)

7. Historia familiar de trastorno delirante:

Positiva: 3 pacientes (18%)

Negativa: 13 " (82%)

8. Personalidad premórbida:

Con rasgos paranoides, obsesivos, de hipersensibilidad y evitación: 14 pacientes (87.5%)

Sociables, sin rasgos mal adaptativos: 2 pacientes (12.5%)

9. Tipos de Delirios:

Persecutorios: 8 pacientes

Celotípicos: 5 "

Somáticos: 2 "

Erotomaniaco: 1 "

De Grandiosidad: ninguno.

10. Rol del estrés en la instalación del trastorno.

Positivo: 9 pacientes (56%)

Negativo: 7 pacientes (44%)

11. Tratamiento y respuesta clínica.

TEC: 8 pacientes.

2 = buena respuesta clínica.

5 = moderada respuesta clínica.

1 = no evaluable por alta voluntaria.

Neurolépticos: 5 pacientes.
3 = buena respuesta clínica.
2 = mala respuesta clínica.

Antidepresivos: 2 pacientes.
2 = buena respuesta clínica.

* Un paciente no recibió tratamiento, por alta voluntaria.

12. Pruebas Psicológicas:

WAIS : 14 pacientes.

Army Beta: 1 paciente.

No evaluado: 1 paciente.

CI promedio: 89.

Rangos: 80 - 118.

MMPI: 16 pacientes (100% de la muestra)

Depresión clínicamente significativa: 11 pacientes
(69% de la muestra total).

DISCUSION.

Si bien el estudio que hemos realizado es puramente descriptivo, nos ha revelado alguna información interesante desde el punto de vista demográfico, clínico y -- psicométrico.

La edad de inicio en la cuarta década de la vida y - la duración variable, pero tendiendo a la cronicidad, - concuerdan con la literatura previa. Igualmente el hecho de que 75% de los pacientes hayan estado casados y 62% aún lo estén en el momento de la hospitalización, - es consistente con hallazgos previos.⁸

En cambio, la elevada escolaridad y el excelente ren dimiento laboral de nuestra serie son hallazgos inesperados y difíciles de interpretar. Cuarenta y tres por - ciento de nuestra muestra tiene una escolaridad de ni-- vel medio superior, que es excepcional en el tipo de po blación que atiende nuestro Centro. De nuestros pacien- tes con escolaridad universitaria 75% son mujeres y 25% son hombres, una relación inversa a la que habitualmen- te vemos.

También es sorprendente el rendimiento laboral que - fue adecuado en 25% de los pacientes y excelente en el

62% de la muestra global. Nuevamente llama la atención que el 12.5% con rendimiento laboral inadecuado es masculino. De las 8 mujeres de nuestra serie, 5 (62%) eran económicamente activas y de hecho muy exitosas en actividades principalmente comerciales.

Esto parece indicar que el ajuste previo y el rendimiento laboral son superiores en las mujeres que en los hombres con trastorno delirante.

El abuso o dependencia alcohólica estuvo presente en 25% de nuestros pacientes, lo cual en nuestra opinión no fue significativo.

En la historia familiar encontramos que 18% de los pacientes tenían historia familiar de trastorno delirante, que fue el único trastorno mental investigado. Uno de los pacientes tenía una hermana con trastorno delirante de tipo persecutorio, que había enfermado antes que el probando. Por otra parte, dos pacientes varones con trastorno delirante celotípico, tenían historia de trastorno similar en el padre. Es difícil decidirse entre un posible componente genético y un potencial condicionamiento temprano en estos dos pacientes.

La personalidad premórbida mostró rasgos paranoides, obsesivos, y de evitación en 87.5% de nuestros pacientes. Esto concuerda con la mayoría de los estudios ----

previos,^{9,10} y está en franca disparidad con otro estudio prospectivo reciente.²⁰

Es factible que los rasgos de personalidad paranoic--
des y obsesivos puedan explicar en alguna medida el ---
buen ajuste escolar y laboral que muestran nuestros ca--
sos, pues es bien sabido que estos rasgos permiten un -
buen rendimiento en el trabajo y ayudan a evitar erro--
res.

La distribución proporcional de los delirios, con --
franco predominio de los presecutorios y los celotfpi--
cos, está de acuerdo con la literatura previa.

El estrés jugó un rol importante en la instalación -
de los delirios en un 56% de nuestra serie. Aunque ----
Opjordsmoen ha encontrado que los trastornos delirantes
relacionados con un estresor, tienen mejor pronóstico -
que los idiopáticos,¹⁵ nuestra serie es demasiado peque
ña para investigar esta diferencia.

En lo que se refiere al tratamiento y la respuesta -
al mismo, encontramos que la terapia electroconvulsiva
no parece tener la efectividad de la que goza en otros
trastornos psiquiátricos. La respuesta fue moderada en
62% de los pacientes en que se utilizó y buena en el --
25% únicamente.

Los neurolépticos se caracterizaron por respuesta --

impredecible. De los 5 pacientes que los recibieron, ---
3 mejoraron y 2 parecieron empeorar. Finalmente, aunque
en esta muestra sólo 2 pacientes recibieron antidepresivos,
los 2 pacientes mejoraron en forma significativa.

En la valoración psicométrica, se encontró que la mayoría
de los pacientes tenían una inteligencia normal, al promediarla
dio un rango de normal bajo. Sin embargo la mayoría de los
pacientes tenían una inteligencia normal promedio.

En el Inventario Multifásico de Personalidad de ---
Minnesota, que se aplicó a los 16 pacientes de la muestra,
se encontró el interesante dato de depresión significativa,
no siempre evidente en la entrevista clínica, en 11 pacientes
(69% de la muestra total). Quizá esto explique la buena
respuesta que tuvieron nuestros 2 pacientes tratados con
antidepresivos, y los numerosos reportes en la literatura que
recomiendan antidepresivos en los trastornos delirantes.^{54,55,57.}

CONCLUSIONES.

La naturaleza retrospectiva del estudio y la ausencia de un grupo control, obligan a ser muy cautos en la interpretación de los datos obtenidos. No obstante, hemos concluido los siguientes aspectos:

1. La edad de inicio, la cronicidad del padecimiento y el status marital de los pacientes, son similares en la población mexicana y en las poblaciones anglosajonas y escandinavas.
2. La escolaridad y el desempeño laboral de los pacientes con trastornos delirantes parece ser superior a los pacientes con otros trastornos psiquiátricos, y esto podría tener relación con los rasgos paranoides y obsesivos de personalidad. Los trastornos delirantes parecen tener un curso más benigno en las mujeres.
3. La terapia electroconvulsiva no tiene en los trastornos delirantes la misma efectividad que en otros trastornos psiquiátricos. Los neurolépticos tienen utilidad limitada en los trastornos delirantes.
5. Desde el punto de vista psicométrico muchos pacientes delirantes mostraron depresión significativa no

evidente en la entrevista clínica (69% de la muestra total). Muchos pacientes podrían beneficiarse de un ensayo terapéutico con antidepresivos.

REFERENCIAS.

1. Manschreck TC. Delusional (Paranoid) Disorders. En: Kaplan, Sadock (eds). Comprehensive Textbook of -- Psychiatry. Williams and Wilkins. 1989.
2. Freud, S: Psychoanalytic. Notes upon an autobiographical account of a case of paranoia. (dementic paranoides). En: Collected Papers. Vol. 3, Hogarth - Press, London 1950. Originalmente publicado en 1911
3. Rasmussen S. Sensitive delusions of reference. Acta psychiat. Scand. 58:442-448, 1978.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and - Statistical Manual of Mental Disorders. 3º edition 1980.
5. Munro A. Paranoia revisited. Brit. J. Psychiatry. - 141:344-349. 1982.
6. Munro A. Paranoid (delusional) Disorders: DSM-III-R and beyond. Compr. Psychiat. 28:35-39, 1987.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and -- Statistical Manual of Mental Disorders. 3º edition. Revised. 1987.
8. Kendler KS. Demography of Paranoid Psychosis. (Delusional Disorder). Arch. Gen. Psychiatry 39:890-902, 1982.
9. Kendler KS. The Nosologic Validity of Paranoia. -- Arch. Gen. Psychiatry 37:699-706, 1980.

10. Kendler KS. Hays P. Paranoid Psychosis (Delusional Disorder) and Schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry. 38:547-551, 1981.
11. Kendler KS. Gruenberg AM. Strauss JS. An Independent Analysis of the Copenhagen Sample of the Danish Adoption Study of Schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry. 38:985-987, 1981.
12. Kendler KS. Masterson CC. Davis KL. Psychiatric Illness in first degree relatives of patients with paranoid psychosis, Schizophrenia and Medical Illness Brit. Journal of Psychiat. 147:524-531, 1985.
13. Watt JAG. The relationship of paranoid states to Schizophrenia. Am. J. Psychiatry. 142:1456-1458, 1985.
14. Retterstol N. Paranoid Psychosis. Brit. Journal of Psychiat. 114:553-562, 1968.
15. Opjordsmoen S. Long term course and outcome in delusional disorder. Acta Psychiat. Scand. 78:576-586, 1988.
16. Opjordsmoen S. Delusional Disorders. Comparative long-term outcome. Acta Psychiatry Scand. 80:603-612, 1989.
17. Opjordsmoen S. Delusional Disorders. Predictor analysis of long term outcome. Acta Psychiatr Scand. 80:613-619, 1989.
18. Hitch PJ. Rack PH. Mental Illness among Polish and Russian Refugees in Bradford. Brit. J. Psychiat. 137:206-211, 1980.

19. Herbert EM. Jacobson S. Late Paraphrenia Brit. J. Psychiat. 113:461-469, 1967.
20. Watt JAG. Hearing and Premorbid Personality in Paranoid States. Am. J. Psychiatry 142:1453-1455, 1985.
21. Cooper AF. Deafness and Psychiatric Illness. Brit. J. Psychiatry. 129:216-226, 1976.
22. Rudden M. Sweeney J. Frances A. et al. A Comparison of Delusional Disorders in Women and Men. Am. J. - Psychiatry 140:1575-1578, 1983.
23. Mooney HB. Pathologic Jealousy and Psychochemotherapy. Brit. J. Psychiat. 111:1023-1042, 1965.
24. Todd J. Mackie JRM. Dewhurst K. Real or Imaginary - Hypophallism: A Cause of Inferiority Feelings and - Morbid Sexual Jealousy. Brit. J. Psychiat. 119:315-318, 1971.
25. Segal JH. Erotomania Revisited: From Kraepelin to - DSM-III-R. Am. J. Psychiatry 146:1261-1266, 1989.
26. Ellis P. Mellsop G. De Clérambault's Syndrome - A Nosological Entity? Brit. J. Psychiat. 146:90-95, 1985.
27. Munro A. De Clérambault's Syndrome - A Nosological Entity. Brit. J. Psychiat. 146:561, 1985.
28. Dunlop JL. Does Erotomania Exist Between Women? -- Brit. J. Psychiat. 153:830-833, 1988.
29. Signer SF. Homo-erotomania. Brit. J. Psychiat. 154: 729, 1989.
30. Munro A. Mono-symptomatic hypochondriacal psychosis Brit. J. Hospital Medicine. 24:34-38, 1980.

31. Berrios G. Tactile hallucinations: conceptual and historical aspects. *Journal of Neurol, Neurosurg -- and Psych.* 45:285-293, 1982.
32. Hunt NJ. Blacker VR. Delusional Parasitosis. *Brit. J. Psychiat.* 150:713-714, 1987.
33. Macaskill ND. Delusion Parasitosis: Successful Non-pharmacological Treatment of a Folie-à-deux. *Brit. J. Psychiat.* 150:261-263, 1987.
34. Malasi TH. El-Hilu SR. Mirza IA. et al. Olfactory - Delusional Syndrome with Various Aetiologies. *Brit. J. Psychiat.* 156:256-260, 1990.
35. Hay GG. Dymorphophobia. *Brit. J. Psychiat.* 116: -- 399-406, 1970.
36. Connolly FH. Gipson M. Dymorphophobia-A Long-term Study. *Brit. J. Psychiat.* 132:568-570, 1978.
37. Berson RJ. Capgras' Syndrome. *Am. J. Psychiatry.* -- 140:969-978, 1983.
38. Walker JI. Brodie HK. Paranoid Disorders. En: --- Kaplan, Sadock (eds). *Comprehensive Textbook of -- Psychiatry.* Williams and Wilkins. 1985.
39. Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. Paidós. 1986.
40. Hollender MH. Callahan AS. Erotomania or de Clérambault Syndrome. *Arch. Gen. Psychiatry* 32:1574-1576, 1975.
41. Cummings JL. Organic Delusions: Phenomenology, Anatomical Correlations, and Review. *Brit. J. Psychiat* 146:184-197, 1985.

42. Cobb JP. Marks IM. Morbid Jealousy Featuring as Obsessive-Compulsive Neurosis: Treatment by Behavioural Psychotherapy. *Brit. J. Psychiat.* 134:301-305, 1979.
43. McKenna PJ. Disorders with Overvalued Ideas. *Brit. J. Psychiat.* 145:579-585, 1984.
44. Westermeyer J. Psychiatric Diagnosis Across Cultural Boundaries. *Am. J. Psychiat.* 142:798-805, 1985.
45. Kendler KS. Spitzer RL. Williams JBW. Psychotic Disorders in DSM-III-R. *Am. J. Psychiatry.* 146:953-962, 1989.
46. Glassman AH. Roose SP. Delusional Depression. A Distinct Clinical Entity? *Arch. Gen. Psychiatry.* 38: 424-427, 1981.
47. Siever LJ. Kendler KS. Schizoid/Schizotypal/Paranoid. *Personality Disorders*. Ed: Cavenar JO. Michels R. Brodie HKH. (eds) *Psychiatry*, Vol. 1, Boston, Basic Books, 1986.
48. Manschreck TC. Petri M. The Paranoid Syndrome. *Lancet* 251:1978.
49. Rudden M. Gilmore M. Frances A. Erotomania: A Separate Entity. *Am. J. Psychiatry* 137:1262-1263, 1980.
50. Bebbington PE. Monosymptomatic Hypochondriasis, Abnormal Illness Behaviour and Suicide. *Brit. J. Psychiat.* 128:475-478, 1976.
51. Byrne A. Yatham LN. Pimozide in Pathological Jealousy. *Brit. J. Psychiat.* 155:249-251, 1989.

52. Riding J. Munro A. Pimozide in the treatment of --
monosymptomatic hypochondriacal psychosis. Acta --
Psychiatr Scand 53:23-30, 1975.
53. Munro A. O'Brien JW. Roll D. Two cases of "pure" or
"primary" erotomania successfully treated with pimo-
zide. Canadian Journal of Psychiatry. 30:619-622, -
1985.
54. Akiskal HS. Arana GW. Baldessarini RJ. et al. A Cli-
nical Report of Thymoleptic-Responsive Atypical ---
Paranoid Psychoses. Am. J. Psychiatry 140:1187-1190
1983.
55. Brotman AW. Jenike MA. Monosymptomatic Hypochondria-
sis Treated With Tricyclic Antidepressants. Am. J.
Psychiatry 141:1608-1609, 1984.
56. Fernando N. Monosymptomatic Hypochondriasis Treated
with a Tricyclic Antidepressant. Brit. J. Psychiat.
152:851-852, 1988.
57. Jenike MA. A Case Report of Successful Treatment of
Dysmorphophobia With Tranylcypramine. Am. J. Psy --
chiatry 141:1463-1464, 1984.