



## **ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS EN EL TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Lucía Povedano García

Jesús Cuesta Bascones

Raquel Calles Marbán

Andrés Sánchez Pavese

Elisa Hernández Padrón

Fernando García Gomez-Pamo.

[Lucgar92@gmail.com](mailto:Lucgar92@gmail.com)

Psicosis. Trastorno de ideas delirantes. Trastornos personalidad paranoide. Diagnóstico diferencial

### **RESUMEN**

A continuación presentamos una revisión del diagnóstico diferencial en un caso varón de 55 años que debuta con un episodio psicótico que no se resuelve en la unidad de agudos y necesita una intervención de hospitalización de mayor duración, por lo que se derivada a la unidad de subagudos. En esta unidad se intenta filiar el diagnóstico del paciente y se realiza un diagnóstico diferencial exhaustivo del mismo.

En primer lugar vamos a presentar el caso, se trata de un paciente varón de 55 años que acude (en agosto) al Servicio de Urgencias por intensa angustia, buscando protección por sentirse perseguido y expresando que le iban a matar.

Está divorciado. Tiene 2 hijos de 30 y 22 años de su primer matrimonio, independizados. Tiene 2 hermanos. Convivía con pareja, en el momento del ingreso (se trataba de una relación de 10 años, que se ha roto durante la hospitalización del paciente). Estudios de Formación Profesional, 2º grado de Mecánica. Ha trabajado de soldador, en carpinterías y en los últimos años de taxista. Inactivo laboralmente en la actualidad, ha trabajado hasta una semana antes del ingreso, como taxista asalariado para una Cooperativa

Antecedentes personales. Dentro de los antecedentes somáticos, no tiene alergias medicamentosas conocidas. Está intervenido del tabique nasal. Antecedentes de sinusitis. Tuvo un perforación timpánica de oído derecho y un desgarró muscular en brazo derecho tras traumatismo por choque con una moto a mediados de Julio de 2018. -

## **ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS EN EL TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Destacan entre sus hábitos tóxicos: fumador de 60 cig/día. No consumidor de alcohol. Consumo diario de una unidad de cannabis desde hace 5 años. Niega consumo de otras drogas.

Entre sus antecedentes psiquiátricos refiere hace 5 años una visita a un psiquiatra en relación a una sintomatología de ansiedad reactiva a una juicio tras una denuncia. Recibió tratamiento con Diazepam durante unos meses. No antecedentes de ingresos previos en Psiquiatría.

### **ENFERMEDAD ACTUAL**

El paciente acude a urgencias acompañado por su pareja, refiriendo formar parte de una asociación de taxistas con graves conflictos por denuncias ligadas al mundo del crimen y la corrupción en la entrega de licencias de taxi desde hace más de 10 años. En los últimos meses había gastado mucho dinero en abogados para poner denuncias "a los corruptos del taxi". Hablaba de una "mafia del taxi" que compra y vende licencias. Afirmaba que había hablado en la radio de la mafia y de asesinatos que había habido. Está presentando múltiples denuncias contra diversas personas e instituciones por estos motivos. Describe estar recibiendo amenazas de muerte por lo que en las últimas semanas, necesita mirar hacia atrás cuando camina por la calle. Tal es la situación que la semana previa al ingreso ha cesado en su trabajo . Además describe una situación reciente en la que, en un control policial, le metieron anfetaminas en la botella de agua por lo que fue al hospital donde dio resultados negativos en el examen de orina. Manifiesta temor a que le hagan daño y ansiedad con disminución de las horas de sueño. Aceptó ingreso hospitalario para reducir la angustia.

Exploración Psicopatológica al ingreso en la unidad de agudos: Consciente, orientado en tiempo, espacio y persona. Abordable y colaborador. Alerta. Conducta psicomotora normal. Angustiado. Lenguaje espontáneo y fluido. Verbaliza ideación delirante de perjuicio estructurada en relación con el ámbito laboral con denuncias falsas contra su persona, persecución y amenazas de matarle. Presenta falsos reconocimientos. Posibles alucinaciones de tipo cenestésico como sabor extraño en algunos líquidos que ha bebido que relaciona con la trama delirante contra su persona. No alucinaciones auditivas. Fácil irritabilidad. No ideas autolíticas. Insomnio de varios días de evolución. Apetito conservado. Nulo insight. Juicio de realidad alterado.

Evolución durante la unidad de agudos (1 mes aproximadamente). Al ingreso expresaba la temática delirante de perjuicio y persecución con importante repercusión emocional y conductual.

## **ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS EN EL TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Se mostraba angustiado con convicción delirante de la existencia de un complot en su contra por La Cooperativa: "Estoy amenazado de muerte" "Ha habido muertes y asesinatos". En los primeros días del ingreso, a la hora de las visitas, estaba pendiente de si venía gente a observarle o atacarle. Recibió tratamiento con Risperidona 6 mg/día y Lorazepam 2 mg/día. A los quince días de ingreso se inició tratamiento con Paliperidona inyectable de larga duración 150 mg I.M., a los cuatro días posteriores 100 mg I.M. y se continuó con 100 mg el día en el mes siguiente. En los permisos terapéuticos con sus familiares se ha mostrado con fácil irritabilidad, suspicaz, y cuando veía a otros taxistas hacía interpretaciones delirantes paranoides: "Uno de los compañeros del taxi, reconoció el taxi de mi hija y se quedó mirando, eso no me gustó nada". "Todos los taxis tienen que ver unos con otros", "me están controlando". Y se mostraba querulante expresando su intención de al salir de alta interponer múltiples denuncias. Persiste la temática delirante con un grado de atenuación.

Dada la persistencia de la ideación delirante estructurada de perjuicio y persecución con repercusión emocional, se considera que precisa un tiempo de hospitalización mayor del que es propio en la unidad de agudos (en torno a 20 días), por lo que se decide hacer una Propuesta de Traslado a la unidad de subagudos.

### **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS A SU LLEGADA AL ÁMBITO HOSPITALARIO**

- Hemograma: normal. - Bioquímica: normal. - Vitamina B12 y Folato: normales - TSH: normal. - Marcadores de hepatitis B y C: negativos. - Sífilis Ac IgG: negativo. VIH: negativo. - Sistemático de orina: normal. - Tóxicos en orina: Cannabis: positivo. Cocaína, opiáceos y anfetaminas: negativos. - TC cerebro sin contraste del 21-07-2018:.. Conclusión: Imágenes sugestivas de discreta atrofia cortical cerebral. Probable proceso inflamatorio-infeccioso de oído medio derecho.

Evolución en la unidad de subagudos (en torno a 3 meses aproximadamente). A su llegada a la unidad de subagudos, destaca ideación delirante de perjuicio con parcial repercusión emocional. Afecto hipotímico con llanto durante la entrevista cuando se abordaba el tema de pareja con ideas de ruina que impresionaban de sobrevaloradas. A lo largo del ingreso, la temática delirante se ha quedado en un segundo plano, con mayor importancia de sobre la conflictiva de pareja con importante repercusión emocional respecto a este tema. Cierta hipomimia facial, enlentecido motrizmente, bradilálico.

## **ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS EN EL TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Salidas terapéuticas con los familiares, donde existe importante problemáticas en el domicilio y con pareja que el paciente maneja de forma congruente. Se inicia tratamiento antidepresivo con agomelatina 25 mg, se aumenta la dosis del tratamiento intramuscular a 150 mg y se suspende la risperidona vía oral progresivamente.

Se decide ampliar el estudio...

- Electroencefalograma (EEG), debido al enlentecimiento que presentaba el paciente.

Se realiza en la siguientes condiciones: Sentado. 21 electrodos. Vigilia. Hiperventilación.

Fotoestimulación. Buena colaboración . Conclusiones: EEG patológico con una anomalía, focal, paroxística fronto-temporal bilateral a predominio izquierdo, representada por actividad de bajo régimen theta a 5Hz, puntas y elementos agudos, que en ocasiones se generalizan formando episodios amplios y que aumentan de manera importante durante la hiperventilación, siendo su origen probable subcortical. Sería aconsejable realizar estudio con Resonancia Magnética Nuclear (RMN) cerebral.

- RMN cerebral. Conclusión: Existe una pequeña hiperintensidad en región frontal izquierda en relación con áreas de gliosis de probable origen vascular antiguo, aunque en número no significativo para la del paciente. No existen datos de proceso expansivo intracraneal. No existen datos de isquemia aguda, ni alteración significativa de la señal de la difusión cerebral.

También durante el ingreso en la unidad de subagudos se realiza por parte del equipo multidisciplinar una evaluación de personalidad y deterioro cognitivo.

- Cuestionario de personalidad de EPQ de Eysenck. - Mini-examen cognoscitivo de Lobo y cols., 1979 (33/35) - Test cognitivo de Crichton. 34 ptos. - Clinical Dementia Rating - Subtests del Test de Barcelona.

## **ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS EN EL TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES. A PROPÓSITO DE UN CASO**

### **CONCLUSIONES**

Lo más relevante del perfil de personalidad es su elevada puntuación en Psicoticismo (97), lo que indica, en su caso, un elevado paranoidismo junto con una importante tendencia a psicotizarse cuando el estrés ambiental excede su baja capacidad de tolerancia al mismo. Entonces puede tener importantes trastornos de conducta que le ocasionen problemas con familiares o personas de su entorno. La puntuación en la escala de neuroticismo-estabilidad indica una clara tendencia al polo inestable, por lo que presenta una importante ansiedad de base, con obsesividad y rigidez. Por tanto, el paciente está dentro de una personalidad impulsiva, excitable, con tendencia a agitarse, desconfiado, susceptible, y vulnerable al estrés. Eysenck la ubicaría dentro de un carácter colérico con tendencia a psicotizarse por estrés.

Se decide realizar un amplio diagnóstico diferencial, debido a las dudas diagnósticas que presentaba el caso tras varios meses de internamiento, ya en la unidad de subagudos, sacando las siguientes conclusiones:

El trastorno psicótico breve o secundario a consumo de tóxicos, que se podría pensar por el consumo perjudicial de cannabis que presentaba el paciente, queda descartado porque la recuperación sería parcialmente rápida, es decir, en menos de 1 mes.

Otro de los diagnósticos que se plantearon, fueron una depresión psicótica, debido al componente afectivo importante que presentó el paciente al inicio del ingreso en la unidad de subagudos. Para que tuviera este diagnóstico deben cumplirse los criterios diagnósticos de un episodio depresivo, no presentes en este momento.

Otra de las opciones que se plantearon fue que el paciente pudiera estar comenzando con algún tipo de deterioro cognitivo. Pero no se disponen en estos momentos de datos objetivos para plantearse, después de realizar todo el estudio. El paciente se encuentra dentro de la normalidad en las pruebas neuropsicológicas realizadas. Además el paciente es independiente para sus actividades básicas de la vida diaria, sin pérdida importante de la funcionalidad que no se explique por clínica psicótica en este caso.

Para que se ha descartado de forma razonable que el trastorno que padece el paciente tenga un origen primario orgánico debido a la clínica y a las pruebas complementarias que se han realizado.

Por lo tanto, nos quedan dos diagnósticos con lo que se realiza un diagnóstico diferencial más exhaustivo.

El primero de ellos se trata del trastorno de personalidad, en este caso paranoide. Pero para ello debemos en primer lugar definir de manera sencilla los criterios diagnósticos del trastorno de personalidad según el CIE 10 (F 60).

## **ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS EN EL TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Son alteraciones severas de la personalidad y de las tendencias comportamentales del individuo, que no son consecuencia directa de una enfermedad, daño o alguna otra alteración del cerebro, o de una enfermedad psiquiátrica. Normalmente abarcan diversas áreas de la personalidad y casi siempre van asociadas con tensión subjetiva y dificultades de adaptación social. Suelen estar presentes desde la infancia o la adolescencia y persisten en la vida adulta. G 1. El modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y comportarse, se desvía de forma importante de las normas aceptadas y esperadas de la propia cultura.

Esta desviación ha de manifestarse en más de una de las siguientes áreas:

1. Cognición (p. ej., en la manera de percibir e interpretar las cosas, personas y acontecimientos; en el desarrollo de las actitudes y la imagen de sí mismo y de los demás).
2. Afectividad (rango, intensidad y adecuación de la respuesta emocional y la afectividad).
3. Control de los impulsos y satisfacción de deseos.
4. Modo en que se relaciona con los demás y manejo de situaciones interpersonales.

G2. La desviación debe manifestarse de forma generalizada como un comportamiento rígido y desadaptativo que interfiere en una amplia gama de situaciones personales y sociales (p. ej., no se limita a una situación o estímulo desencadenante). G3. Se produce malestar general, efecto negativo en el entorno social o ambos, claramente atribuibles al comportamiento referido en el criterio G2. G4. Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, con inicio al final de la infancia o la adolescencia. G5. La desviación no puede ser explicada como una consecuencia o manifestación de otros trastornos mentales del adulto. No obstante, pueden darse condiciones agudas o crónicas que se recogen en las categorías F00-F59 o F70- F79 de esta clasificación y que coexisten o se superponen a la misma. G6. La alteración no se debe a enfermedad del sistema nervioso central, traumatismo o disfunciones cerebrales. (En caso de que se demuestre una causa orgánica se utilizará la categoría F07.-.).

Dentro de estos, tenemos un conjunto de trastornos de personalidad que son definidos como cluster A o "sujetos extraños". Se trata de un conjunto de personas que se caracterizan por su incapacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales debido a la acusada introversión, a falta de sintonía y calidez, y a una llamativa dificultad para aprender habilidades sociales más elementales. Son individuos raros e impenetrables, que viven socialmente aislados en distintas formas de marginalidad y que carecen de sentido del humor y de intereses afiliativos.

## **ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS EN EL TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Suelen ser fríos e inexpresivos, y son altamente vulnerables a la patología psiquiátrica, en particular la esquizofrenia, a los trastornos afectivos y al uso de adictivo de sustancias, que con frecuencia son utilizadas para hacer menos penosos los contactos sociales. Desde el punto de vista de las teorías de la personalidad, los sujetos de este grupo presentan elevadas puntuaciones en la dimensión psicoticismo (P) de Eysenck (1981), que agrupa conductas desviadas de la norma, "callosidad" emocional y componentes de la impulsividad y del aventurerismo que no pertenecen a la extraversión. Estos trastornos de la personalidad apenas se modifican a lo largo de la biografía del sujeto.

Por lo tanto, podríamos decir que las principales características del trastorno de personalidad paranoide, son:

- Desconfianza - Hipersensibilidad y la propensión a dar significado a los detalles más nimios, desde la presunción de una exagerada autoimportancia, que puede o no ser confirmada por las realidades y los hechos.
- Son personas proclives a la autorreferencia y al entendimiento malévolo y hostil de las personas y las circunstancias, y no suelen tener ningún amigo, puesto que siempre andan metidos en rencillas y contraen con facilidad resentimientos y enemigos.
- Son rectos, justicieros, racionales y normativos, es decir, rígidos; y propenden a moralizar y a ser muy radicales en cuestiones de orden.
- Estas personas carecen de flexibilidad y de sintonía afectiva para relativizar los conflictos y acuden a los tribunales a las primeras de cambio, dispuestos a hacer valer su razón formal con tozudez y beligerancia. Acaban viviendo solos, sin más apoyo social que el que obtienen en su medio laboral, aunque lo frecuente es que también litiguen contra la empresa y se enemisten con todos los compañeros de trabajo.

Hay dos posibles versiones de la personalidad paranoide, una "dura", afirmativa y litigante. Otra "blanda", sensitiva y sufriente, en la que predominarán los aspectos de hipersensibilidad, rencor y sentimiento de ser tratado de manera desconsiderada o peyorativa.

Al aislarse tanto de los otros está más expuesto a desfigurar la realidad. Así, distorsiona sus recuerdos, sus pensamientos y, en definitiva, la percepción de la vida. Se muestra rencoroso y recuerda cualquier desprecio que crea que le han hecho otros, pudiéndole esto llevar a mostrarse desafiante y provocativo. Se identifica con mayor frecuencia en varones.

Afecta, por lo general, a un 0.5-2.5% de la población general.

## **ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS EN EL TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES. A PROPÓSITO DE UN CASO**

En función de la cultura o por determinadas circunstancias de la vida, algunos comportamientos pueden ser juzgados de forma equivocada como paranoides. Algunos grupos étnicos presentan comportamientos propios de su cultura que pueden calificarse de paranoides en otra. Incluso personas pertenecientes a grupos minoritarios, inmigrantes o refugiados políticos, pueden adoptar, en determinados momentos, actitudes recelosas con respecto a los demás por su situación de desconocimiento (de la cultura donde están, por ejemplo) o por el rechazo que perciben por parte de los demás. Se podría considerar como un proceso adaptativo en estos casos. Tampoco se debería diagnosticar un trastorno paranoide de la personalidad, en estas circunstancias.

Por otra parte, tendríamos el trastorno por ideas delirantes. Vamos a comenzar hablando de algunas de las características del mismo. No se ha demostrado una relación genética entre el trastorno delirante y la esquizofrenia. Se relaciona con una personalidad premórbida asocial y con más trastornos de personalidad esquizoide y paranoide.

Tienen ideas delirantes estables, bien estructuradas, que son expresadas con persistencia. Su pensamiento es lógico, coherente, pero las ideas están basadas en premisas falsas, por lo que es poco frecuente que el paciente se cuestione las interpretaciones. Por el mismo motivo rechazan el tratamiento. Suele presentar reservas o recelo cuando se le interroga sobre la idea delirante.

El nivel de conciencia es adecuado. La personalidad se mantiene intacta y el comportamiento y el afecto son bastante normales. Estos pacientes presentan un considerable buen funcionamiento social. Las anomalías del humor son habituales. El paciente se mueve entre las formas normales, donde el humor y las reacciones emocionales son apropiados, y delirante del pensamiento, donde existe una activación fisiológica y el paciente se muestra hipervigilante y suspicaz.

Las interpretaciones delirantes se desarrollan de forma progresiva, se van estructurando, por lo que el trastorno persiste toda la vida

.Se suele caer en el equívoco de emplear la palabra "paranoide" como sinónimo de "persecutorio", ya que su significado real es "delirante". Por lo tanto, debería ponerse en duda la existencia de un Trastorno de la Personalidad "Paranoide", pues tal término representa una contradicción semántica en sí misma: se trataría de un eje II en el que existe una "Personalidad Delirante" y por ende, esto borraría cualquier intento de separación entre los ejes I y II. Afirmar que existe un Trastorno de la Personalidad "Paranoide" es cuestionable.

## **ASPECTOS PSICOPATOLÓGICOS EN EL TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Después de haber realizado este diagnóstico diferencial de manera minuciosa, hemos llegado a la conclusión de que no siempre las personas están totalmente sanas, completamente maduras o indiscutiblemente trastornadas, en el caso de la personalidad y sus alteraciones la importancia de tener en cuenta este aspecto dimensional es esencial. En la mayoría de las ocasiones el paciente presenta rasgos dentro un continuo de normalidad-patología, y posiblemente también rasgos clínicos de varios trastornos diferentes mezclados entre sí.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. CIE-10: CID-10. Editorial Panamericana. 2000
2. Vallejo Ruiloba. J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 8ª Edición. Editorial Elsevier España. Barcelona 2015
3. Rebok, F; Díaz E; Perez Roldán, ML. Paranoia, personalidad y psicosis. Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol 15, Nº2, noviembre 2008 (121-126).
4. Ortiz-Tallo, M. Psicopatología clínica. Adaptado al DSM-5. Ed. Pirámide. 2013
5. Tiernan, B; Tracey, R; Shannon, C. Paranoia and self-concepts in psychosis: A systematic review of the literature. *Psychiatry Research*. Volume 216, Issue 3, 30 May 2014, Pages 303-313
6. Bebbington, P. et. al. The structure of paranoia in the general population. *The British Journal of Psychiatry* (2013) 202, 419–427. doi: 10.1192/bjp.bp.112.119032