



**INTERPSIQUIS**

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología  
y Enfermería en Salud Mental

## **TRASTORNO DELIRANTE TIPO EROTOMANIACO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Covadonga Huergo Lora, Sergio Ocio León, Mario Javier Hernández González, Mercedes Valtueñas García, Carina Ludwing, Laura Lago García

[Dumpy1981@hotmail.com](mailto:Dumpy1981@hotmail.com)

Delirio, irreductible

### **RESUMEN**

Los delirios son creencias falsas fijas, culturalmente discordantes, interesantes por la enorme variedad de falsas creencias que pueden sostener personas distintas y son de tratamiento muy difícil. Su diagnóstico se establece cuando un individuo presenta delirios no extravagantes de al menos un mes de duración no atribuibles a otros trastornos psiquiátricos. La prevalencia del trastorno delirante es menor que para la Esquizofrenia (1%) y que para los trastornos del ánimo (5%); infrecuente pero relativamente estable. La edad media de inicio se sitúa en torno a los 40 años, aunque el intervalo de edad abarca desde los 18 hasta los 90 años o más. Se ha observado ligera preponderancia de las mujeres, siendo más probable que los varones presenten ideas delirantes paranoides más frecuentes que las mujeres quienes, éstas últimas, desarrollarán con más frecuencia, ideas delirantes erotománicas.

En este trabajo se pretende hacer una revisión sobre el trastorno delirante de tipo erotomaniaco y exponer el caso clínico, que se dio a conocer en septiembre de 2019 tras el ingreso en la Unidad de Psiquiatría, de una mujer de 42 años, divorciada desde hace 2 meses, una niña de 13 años, que se encuentra presa de la convicción irreductible delirante de comunicación amorosa con un hombre de rango superior a través de miradas en el entorno laboral, de unos cinco meses de evolución donde el delirio se mantiene sin cambios a pesar del rechazo a la relación amorosa por parte del amado

# **TRASTORNO DELIRANTE TIPO EROTOMANIACO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

## **INTRODUCCIÓN**

Los delirios son creencias falsas fijas, culturalmente discordantes, interesantes por la enorme variedad de falsas creencias que pueden sostener personas distintas y son de tratamiento muy difícil. Su diagnóstico se establece cuando un individuo presenta delirios no extravagantes de al menos un mes de duración no atribuibles a otros trastornos psiquiátricos. La prevalencia del trastorno delirante es menor que para la Esquizofrenia (1%) y que para los trastornos del ánimo (5%); infrecuente pero relativamente estable. La edad media de inicio se sitúa en torno a los 40 años, aunque el intervalo de edad abarca desde los 18 hasta los 90 años o más. Se ha observado ligera preponderancia de las mujeres, siendo más probable que los varones presenten ideas delirantes paranoides más frecuentes que las mujeres quienes, éstas últimas, desarrollarán con más frecuencia, ideas delirantes erotomaniacas.

Los pacientes con trastorno delirante utilizan principalmente los mecanismos de defensa de formación reactiva (como defensa a la agresión, las necesidades de dependencia y los sentimientos de afección, transformando la necesidad de dependencia en una independencia acérrima), negación (evitan ser conscientes de la realidad dolorosa) y proyección (consumidos por la ira y la hostilidad e incapaces de afrontar la responsabilidad de la furia, proyectan su resentimiento e ira en otros utilizando la proyección para protegerse de reconocer los impulsos inaceptables en ellos mismos).

También el aislamiento social y sensorial, la privación económica, edad avanzada, antecedentes familiares, características de la personalidad e inmigración reciente son factores de riesgo asociados a los trastornos delirantes.

En el DSM-5, el trastorno delirante se encuadra dentro del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, donde se requiere la presencia de uno o más delirios de un mes o más de duración; nunca haber cumplido del Criterio A de esquizofrenia; aparte del impacto del delirio o sus ramificaciones, el funcionamiento no está muy alterado y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño; si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, han sido breves en comparación con la duración de los episodios delirantes y no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Se especifica en relación con el tipo de delirio (erotomaniaco, grandeza, celotípico, persecutorio, somático, mixto y no especificado); si es de contenido extravagante y según evolución después de un año de duración del trastorno y según la gravedad actual (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anómalo y síntomas negativos).

## **TRASTORNO DELIRANTE TIPO EROTOMANIACO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

En el CIE-10, el trastorno de ideas delirantes se caracteriza por el desarrollo de una o varias ideas delirantes relacionadas entre sí, diferentes de las enumeradas como típicas de la esquizofrenia, deben estar presentes durante al menos 3 meses, no cumplen los criterios generales de esquizofrenia; no debe haber alucinaciones persistentes de ningún tipo (pero puede haber alucinaciones auditivas ocasionales y transitorias que no sean en tercera persona o comenten la propia actividad); puede haber síntomas depresivos de forma intermitente( o incluso un episodio depresivo) siempre que las ideas delirantes persistan durante los períodos que no hay alteraciones del ánimo y no debe haber pruebas de ningún trastorno mental orgánico primario o secundario ni de un trastorno psicótico debido al consumo de sustancias psicoactivas.

En la exploración del estado mental demuestra normalidad, a excepción de un sistema delirante que destaca por su anormalidad. El estado de ánimo suele concordar con el contenido de sus delirios. No suelen presentar alteraciones en la sensorio-percepción, salvo pocos pacientes que muestran experiencias alucinatorias, más auditivas que visuales.

Dentro de los diferentes tipos y en relación con el caso que se expondrá a continuación, en el tipo erotomaniaco, también denominado síndrome de Clérambault), el paciente tiene la convicción delirante de que otra persona, habitualmente de estatus superior, está enamorado o enamorada de él o ella. Estos pacientes tienden a ser solitarios, retraídos, dependientes y sexualmente inhibidos con un funcionamiento social o laboral suele estar por debajo de lo normal.

Los criterios para su diagnóstico suelen ser: convicción delirante de comunicación amorosa, el objeto es de rango muy superior, el objeto es el primero en enamorarse, el objeto es el primero en hacer avances, inicio súbito (en un período de 7 días), el objeto se mantiene sin cambios, el paciente racionaliza la conducta paradójica del objeto, la evolución es crónica y ausencia de alucinaciones.

Habitualmente son mujeres poco atractivas y con trabajos poco cualificados, vidas retraídas y solitarias, solteras con pocas relaciones sexuales. Suelen elegir amantes secretos que difieren sustancialmente de ellas. Presentan una conducta paradójica donde interpretan, de forma delirante, todas las negaciones de amor, sin importar lo claras que son, como afirmaciones secretas de amor. La evolución puede ser crónica, recurrente o breve y es la separación del objeto de amor lo que puede mitigarlo.

En el caso de los varones, con menos frecuencia entre las mujeres, pueden ser más agresivos y posiblemente violentos en la persecución del amor.

## **TRASTORNO DELIRANTE TIPO EROTOMANIACO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

En el diagnóstico diferencial, se debe descartar enfermedades orgánicas causantes del delirio y de otros trastornos mentales como la esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, el trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno somatomorfo, trastorno de la personalidad paranoide, trastorno facticio y simulación.

En el tratamiento, el elemento esencial reside en establecer una relación en la que el paciente empiece a confiar en el terapeuta. Inicialmente, el terapeuta ni aceptará ni desafiará los delirios del paciente. Aunque se debe incidir para conocer la magnitud del delirio, es mejor evitar el interrogatorio persistente. Se puede estimular la motivación para recibir ayuda poniendo en relieve su disponibilidad para reducir sintomatología no deseada por el paciente como la angustia, irritabilidad y/o insomnio. También es básico que tanto el paciente como la familia pueda beneficiarse del apoyo del psiquiatra y que el paciente tenga una adaptación social satisfactoria, más que la supresión de los delirios.

La hospitalización será necesaria cuando se requiera una evaluación médica completa, signos de impulsos violentos y/o que esté afectada su capacidad funcional en el entorno habitual del paciente.

Como tratamiento psicofarmacológico, los antipsicóticos son el tratamiento de elección. Destacar la pimozida, particularmente efectiva en los delirios de tipo somático. Comentar que dada la nula/ escasa conciencia de enfermedad, una causa habitual de fracaso farmacológico es la falta de cumplimiento terapéutico por ello la psicoterapia concurrente puede facilitar el cumplimiento del mismo.

A continuación, se expone el caso clínico, que se dio a conocer en septiembre de 2019 en su primer ingreso en la Unidad de hospitalización de psiquiatría. Mujer de 42 años, divorciada desde hace 2 meses, una niña de 13 años de la que tiene la custodia, trabaja con contratos eventuales de auxiliar en un comedor escolar.

NRAM. No enfermedades somáticas. No IQ. No hábitos tóxicos. No antecedentes de enfermedad mental ni de toma de tratamiento psicofarmacológico.

Acude al servicio de urgencias del hospital derivada por psicóloga a donde acudió por angustia en relación a conflictos con su exmarido y exhibiendo una temática delirante que impresiona de tipo erotomaniaco.

En la entrevista, relata problemas de angustia en relación con conflictos con su exmarido ya que refiere que éste no entiende y se interpone en su relación amorosa. Comenta que desde hace un año, trabajando como auxiliar de comedor en un colegio, conoce y se enamora al momento tanto ella como su supuesto amado, un profesor del colegio casado con 2 hijos.

## **TRASTORNO DELIRANTE TIPO EROTOMANIACO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Relata que a través de miradas por el entorno escolar y mirando una foto del profesor que imprime de la página web del colegio, se comunica con él y a través de ver su foto puede conocer su estado de ánimo, problemas, etc. A pesar de las negativas del supuesto amante a iniciar una relación, ella lo disculpa y asegura que con la negación de reafirma en su amor.

En la exploración psicopatológica, abordable, consciente, orientada en las 3 esferas, parcialmente colaboradora, discurso coherente, centrado, algo tensa e irritable, temple disfórico, hiporexia, insomnio global, rasgos de personalidad del grupo A ( suspicaz, desconfiada, hostilidad), temática delirante de tipo erotomaniaco, no impresiona alteraciones sensorio-perceptivas, no auto ni heteroagresividad. Nula conciencia de enfermedad.

Análítica de sangre, orina y TAC craneal sin alteraciones reseñables. Acepta ingreso para control de angustia y sueño.

Durante su estancia, se inicia paulatinamente tratamiento psicofarmacológico con risperidona 8 mg/24 horas y se intenta mantener un relación de ayuda a la paciente sin afirmar ni negar la temática delirante sino se busca solventar la sintomatología que surge del conflicto psicótico con la toma de tratamiento psicofarmacológico e involucrarla en la vida real con el cuidado de su hija y el trabajo. En las sucesivas entrevistas con la familia, comentan que el supuesto amante plantea poner una denuncia a la paciente si persiste instigándole con la temática delirante y se cambia a la paciente de colegio para intentar alejarla de la fuente de deseo.

Al alta, persiste nula conciencia de enfermedad pero impresiona estar algo más involucrada en la vida real, con diagnóstico de trastorno de ideas delirantes y a tratamiento risperidona 8 mg.

En el seguimiento ambulatorio en el CSM, persiste nula conciencia de enfermedad pero sigue acudiendo a consultas, prosigue con su trabajo en centro diferente al amado y a tratamiento con palmitato de paliperidona 75 mg cada 4 semanas.