



INTERPSIQUIS 2022

XXIII CONGRESO VIRTUAL INTERNACIONAL
DE PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA Y SALUD MENTAL

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

SENSITIVE DELUSION OF REFERENCE, DELUSIONAL DISORDERS, PERSONALITY ASSESSMENT, ATTACHMENT THEORY, THEORY OF MIND, PSYCHOTHERAPY, PSYCHOPHARMACOLOGY, THERAPEUTIC ADHERENCE

Alejandro Compaired Sánchez

alejandrocompairedsanchez@gmail.com

Delirio Sensitivo de Referencia, Trastorno Delirante, Valoración de la Personalidad, Teoría del Apego, Teoría de la Mente, Psicoterapia, Psicofarmacología, Adherencia terapéutica

RESUMEN

Introducción: El delirio sensitivo de referencia, según Kretschmer (1918), es un cuadro clínico paranoico reactivo que se caracteriza por un delirio autorreferencial de base afectiva y cuya causa radica en la interacción psicológica entre una vivencia vergonzante y una personalidad sensitiva (predominantemente asténica) dentro de una atmósfera opresiva. Pese a ser una entidad de evolución habitualmente benigna y susceptible de curación mediante intervención terapéutica, con frecuencia se la agrupa con otros subtipos delirantes de características muy dispares. Esta heterogeneidad se aprecia en la ya de por sí escasa bibliografía acerca de los trastornos delirantes, que si algo destaca es la relevancia de la falta de adherencia al tratamiento de los mismos.

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

Objetivo: valorar la evidencia clínica de la relevancia del delirio sensitivo dentro de los trastornos delirantes.

Método: Revisión bibliográfica exploratoria en Pubmed y obras de referencia en papel sobre características del trastorno delirante extrapolables al concepto de delirio sensitivo; así como exposición de un caso ilustrativo en la práctica clínica habitual.

Resultados y conclusiones: Las perspectivas dimensionales de la personalidad, la teoría del apego y la teoría de la mente resaltan el solapamiento de los aspectos afectivos y/o cognitivos (obsesividad, evitación y culpa) en la génesis, evolución y adherencia al tratamiento del delirio; futuras investigaciones para recabar evidencia en cuanto a la combinación de tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos en esta línea (por ejemplo, antidepresivos y antipsicóticos a dosis bajas con abordajes cognitivo-conductuales) se intuyen como fundamentales de cara a la fundamentación del delirio sensitivo como entidad clínica relevante.

ABSTRACT

Introduction: The sensitive delusion of reference, according to Kretschmer (1918), is a paranoid reactive clinical entity characterized by a self-referential delusion with affective underpinnings and whose cause lies in the psychological interaction between a shameful experience and a sensitive personality (predominantly asthenic) in an oppressive atmosphere. Although usually benign in its evolution and responsive to therapy, it is frequently grouped with other delusional subtypes with differing characteristics. This heterogeneity is visible in the already limited bibliography regarding delusional disorders, itself particularly concerned with their lack of therapeutic adherence.

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

Objective: to assess the clinical evidence regarding the relevance of the sensitive delusion amongst the delusional disorders.

Method: exploratory review in Pubmed and physical reference texts on the characteristics of delusional disorders pertaining to the concept of sensitive delusion; as well as an illustrative case presentation from everyday practice.

Results and conclusions: dimensional perspectives of personality, attachment theory and theory of mind underline the overlap of affective and/or cognitive components (obsessiveness, avoidance, shame) in the genesis, evolution and therapeutic adherence of delusions; future research to collect evidence regarding the combination of psychopharmacological agents and psychotherapies (for example, low-dose antidepressants and antipsychotics with cognitive-behavioral approaches) emerge as key to establishing the sensitive delusion as a clinical identity.

INTRODUCCIÓN

La evolución del concepto de delirio, así como su posible comprensibilidad, han experimentado numerosas variaciones a lo largo de su historia. Especialmente condicionado por la codificación última de la paranoia de Kraepelin en su *Die verrucktheit (1913)*, un desarrollo insidioso y crónico con conservación completa de la claridad del pensamiento y con carácter endógeno (separado, por tanto, de las psicosis reactivas); la clasificación actual como trastorno delirante en el DSM V (2013) reza esquemáticamente como sigue:

- Presencia de uno o más delirios con una duración de un mes o más
- Sin criterios A para la esquizofrenia (las alucinaciones, si presentes, no importantes y relacionadas en todo caso con el tema del delirio)

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

- Fuera del impacto del delirio o sus ramificaciones, funcionamiento (social y laboral) no limitado y conducta no bizarra
- Si ha habido episodios maníacos o depresivos, han sido breves
- No atribuible a sustancias u otra afección médica o mental

Más allá de las dificultades que entraña la distinción entre abordajes categóricos y dimensionales (Widiger, 1992), la determinación de unos criterios de consenso amplio aunque de carácter eminentemente negativo -especialmente tras su inclusión en el espectro de la esquizofrenia- inevitablemente trae consigo una heterogeneidad de difícil extrapolación a la clínica; particularmente en cuanto al pronóstico y al tratamiento del paciente delirante concreto se refiere. El énfasis en el criterio sintomático del delirio y en lo temporal -menos desde lo crónico y sistemático de la noción de Kraepelin y más desde la duración del mismo- relegan a un segundo plano aspectos como la relevancia de la vivencia, la personalidad del paciente o la efectividad del tratamiento.

Estas últimas cuestiones, con importantes connotaciones de origen psicogénico, surgieron de una corriente histórica diferente a los postulados endógenos de Kraepelin.

Pese a un perfil eminentemente somaticista, Wernicke observó una forma de delirio a la que denominó autopsicosis circunscrita (Wernicke, 1892), consistente en una forma de delirio surgida directamente a partir de una vivencia concreta sin concordancia con el contenido preexistente en la conciencia y que ejerce su efecto como consecuencia de la intensidad del afecto.

Esta idea fue desarrollada, si bien en el marco endógeno y como subtipo de la paranoia verdadera de Kraepelin, por Friedman con el concepto de forma paranoica leve (1894); un sistema delirante como consecuencia de un conflicto externo grave en personas sensibles y orgullosas que recuperan la tranquilidad al cabo de uno o dos años aunque no lleguen nunca a criticar de la trama delirante.

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

Realizó especial hincapié en la importancia del inicio y el desarrollo del delirio, si bien no especificó la naturaleza de la vivencia que desencadenaría el cuadro.

La importancia del carácter quedó reflejada en el trabajo de un discípulo de Wernicke, Robert Gaupp (1910), quien utilizó el concepto de paranoia abortiva para designar a sujetos con disposición depresiva-paranoide que terminaban desarrollando un delirio de persecución de características benignas. En comparación con las anteriores, esta entidad concedía un escaso papel a la vivencia en la construcción del delirio. Fue esta una de las principales cuestiones que Ernst Kretschmer, también perteneciente a la escuela de Tubinga, acabaría esgrimiendo contra su maestro.

Influido por la formación catatímica delirante (Maier, 1912) y sobre todo por el rol de los complejos cargados de afecto en la génesis de la paranoia descritos por Bleuler (1906), Kretschmer desarrolló un tipo diferenciado de delirio sobre una disposición personal determinada y en el contexto de una vivencia afectiva característica.

A esta entidad, con pronóstico y respuesta terapéutica muy diferentes del paranoico al uso, la denominó delirio sensitivo de referencia.

A grandes rasgos, Kretschmer considera el carácter como la totalidad de las reacciones aisladas del individuo a los estímulos mayores y menores de la vida cotidiana. (En contraposición al temperamento, determinado desde el nacimiento por motivos biológicos, considera al carácter susceptible de ser condicionado por la historia biográfica de la persona.

La capacidad de la psique de entrelazar estímulos y reacciones se ve especialmente condicionada por la vivencia, un grupo de sensaciones y representaciones susceptibles de producir un afecto. La habilidad del alma para captar la vivencia sería la impresionabilidad o sensibilidad, su habilidad para conservar su carga afectiva intrapsíquicamente sería la capacidad de retención, el grado de productividad respecto a dicha vivencia la actividad intrapsíquica, y la posibilidad de difusión de su intensidad (por asociación libre interna o por liberación externa) sería la capacidad de conducción.

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

Esta capacidad total de rendimiento del carácter, que denomina fuerza psíquica, la opone a la fuerza del intelecto, que consistiría en la capacidad total de rendimiento asociativo. Ambas constituirían la personalidad total del individuo.

Según el grado de fuerza psíquica, Kretschmer diferencia entre asténicos (con facilidad de agotamiento) y esténicos. Un ejemplo sería la diferencia entre un obsesivo y un querulante, con similares intensidad y duración de la afectividad de su vivencia pero con desigual capacidad de exteriorización.

Los hábitos del carácter serían las regularidades en las formas de reacción del individuo en cuanto condicionadas por sus capacidades. El acto de la voluntad se diferenciaría de un simple acto afectivo por la finalidad que lleva implícita tras el contraste con las vivencias anteriores. El componente de elaboración esténico sería la acción, y el asténico sería la pasión. La percepción subjetiva de autoestima sería un concepto de retención asténico, y la fuerza de voluntad un componente de retención esténico. El conjunto de estos hábitos de la voluntad, las cualidades éticas, está condicionado por factores sociales.

Globalmente, se consideraría una afección psicopática reactiva a aquella cuya causa es una vivencia condicionada por la realidad, y un carácter psicopático reactivo al que, como reacción a vivencias, origina trastornos patológicos con mayor facilidad. Por ejemplo, una reacción primitiva sería aquella con escasa capacidad de impresión, elaboración o retención psíquica. Una retención deficiente sería un carácter explosivo, una escasa elaboración pese a una buena retención sería un patrón histérico, y una inhabilidad de conservación o elaboración de la fuerza psíquica sería el neurasténico.

Cuando un exceso de tensión afectiva (por demasiada capacidad en la impresión, retención y elaboración sin posibilidad de conducción) sobrepasa a la capacidad psíquica, en pacientes principalmente asténicos pero con un componente esténico complementario -asociado a su

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

autoestima- puede ocurrir que vivencia corriente, relacionada asociativamente con otras vivencias previas, desencadene una transformación irreprimible del contenido vivencial primario en un grupo de representaciones secundario, patológico y aparentemente extraño que desde ese momento representa un mecanismo psíquico independiente.

Este proceso patológico se denomina inversión, y es el que está detrás de la formación del delirio en las personalidades llamativas sensitivas.

Es importante resaltar que no solo es una cuestión caracterial. La naturaleza de la vivencia debe ser de culpa, de una vergüenza suficiente como para atacar de forma directa a la autoestima del sensitivo. Esto, junto la frecuente aparición en un contexto opresivo (una excesiva moral familiar o un ámbito laboral exigente, por ejemplo), es lo que se conoce como la tríada psicógeno reactiva del delirio sensitivo de referencia: carácter, vivencia y ambiente.

Generalmente, el delirio se caracteriza por una constante sensación de alusión y de referencialidad. Pese a la agotabilidad del paciente, existe una viva reactividad psicológica y una perfecta conservación de la personalidad. De curso heterogéneo, en general sería de evolución benigna y con tendencia a la curación con psicoterapia (mayor probabilidad cuanto más se asemejase el carácter del sujeto al arquetipo sensitivo).

El concepto de delirio sensitivo así expuesto por Ernst Kretschmer, aunque recibido de forma generalmente positiva en su época, no dejó por ello de ser criticado. El propio Wolfgang Kretschmer defiende en el prólogo de la obra de su padre que el delirio sensitivo sería un síndrome y no una unidad nosológica.

Muchas críticas se centrarían también en las diversas manifestaciones clínicas propuestas por Kretschmer: desde cuadros crónicos paranoides a delirios sensitivos agudos, pasando por cuadros no delirantes catatímico-autorreferenciales (las llamadas neurosis de referencia) y las formas atenuadas o de delirio inconstante.

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

Kretschmer defendía que se trataba de una especie patológica muy caracterizada pero no claramente delimitada; Jaspers lo consideraba en 1919 “un buen comienzo pero sin una elaboración definitiva”.

La trascendencia actual del delirio sensitivo –considerado en el marco de los trastornos delirantes- parece haber ido en esta línea de falta de entidad nosológica. Desaparecido en el DSM V, salvo por la mención de ideaciones referenciales sin persecución como ejemplo de otros tipos de trastorno delirante, e incluido de forma anecdótica en la CIE 10, tampoco en la investigación se ha intentado una comprobación sistemática de su relevancia.

Pese a algunos esfuerzos tempranos en contra de su independencia categórica (Rasmusen, 1978) o a favor de su importancia diferencial (Douglass et al., 1980), parece que las preguntas que suscita su posible relevancia en la práctica clínica (especialmente respecto a la comprensión del delirio y a las connotaciones pronósticas y de manejo específico psicofarmacológico) se encuentran mayormente inexploradas.

Este hecho resulta especialmente relevante cuando se tiene en cuenta el estado de la investigación de los trastornos delirantes en su conjunto.

Una revisión Cochrane (Skelton et al., 2015), con objetivo de evaluar la efectividad de todos los tratamientos actuales para los pacientes con trastorno delirante, solamente pudo incluir un ensayo en el que se comparaba la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la de la psicoterapia de apoyo (O'Connor et al., 2007). Dado que los participantes ya estaban tomando medicación, fue difícil establecer conclusiones firmes y no hubo pruebas disponibles acerca de la mejoría en el comportamiento o en la salud mental general de los pacientes. Se encontró un efecto positivo de la TCC sobre la autoestima social del paciente, aunque nuevamente este resultado estuvo limitado por la baja cantidad y calidad de los datos. La conclusión fue una falta general de información de alta calidad basada en la evidencia y la ausencia de pruebas suficientes para establecer recomendación alguna al respecto.

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

Si hay algo que destaca en la literatura dedicada al trastorno delirante, es la relevancia de la falta de adherencia al tratamiento (Mews et al., 2013). Se han mencionado diversas posibilidades (González-Rodríguez et al., 2020): sexo, edad, estado de ánimo, consumo de sustancias o genética entre otros. En el mismo artículo se menciona la dificultad en concretar conclusiones por no haber diferenciaciones por subtipos; cuestión fundamental si se tiene en cuenta que, al menos considerándolo como subtipo, el delirio sensitivo de referencia no presentaría esta falta de adherencia al tratamiento.

OBJETIVOS

-Valorar la evidencia clínica del delirio sensitivo de referencia como entidad relevante dentro de los trastornos delirantes

MÉTODOS

Revisión sistemática de la base de datos Pubmed con el término 'Sensitive Delusion of Reference', así como una revisión bibliográfica exploratoria en Pubmed con el término 'delusional disorders' y en obras de referencia en papel sobre las características del trastorno delirante extrapolables al concepto de delirio sensitivo (entendiendo como tales estudios diferenciales respecto a la personalidad y la vivencia; así como su repercusión pronóstica o terapéutica.

Como complemento a la revisión se expondrá un caso ilustrativo en la práctica clínica habitual compatible con un episodio delirante sensitivo de referencia a la manera descrita por Kretschmer.

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

RESULTADOS

Revisión exploratoria de la bibliografía

En el momento de la redacción de este trabajo, una revisión sistemática de la base de datos Pubmed con el término 'sensitive delusion of reference' arrojó 17 resultados. Más allá de reportes de casos o artículos con varias décadas de antigüedad, no se consideró que ninguno de ellos aportara novedades según los criterios expuestos en el apartado de métodos. Una excepción fue la presentación de un caso en el que se incidió en la relevancia de la copresentación de trastornos del humor e ideas delirantes (Esposito et al., 2021). En particular resaltaron que, pese a un mismo inicio de ideación referencial de vergüenza, esta se manifestó como culpa en las fases depresivas y como ideas de persecución en las fases de activación.

Prescindiendo del término específico de delirio sensitivo, la revisión exploratoria resultó algo más fructífera.

Se ha descrito cómo la distinción por comorbilidades psiquiátricas (De Portugal et al., 2011) podría diferenciar dos tipos de trastornos delirantes. Uno de ellos consituiría un patrón sindrómico particular de rasgos *cluster* C de personalidad y síntomas depresivos, delirios somáticos, alucinaciones gustativas/olfatorias, mayor gravedad psicopatológica y riesgo de suicidio junto a disregulación emocional. El otro sería más puramente delirante y asociado a déficits cognitivos, sobre todo en la memoria de trabajo y en la habilidad de entender procesos mentales de otras personas. Estas observaciones resultaron similares a las expuestas en un estudio transdiagnóstico del espectro esquizofrénico y de las psicosis depresivas (Bentall et al, 2009), en las que los pensamientos negativos y los déficits cognitivos y de teoría de la mente contribuían de forma independiente a la formación delirante.

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

Ya se han mencionado previamente los indicios sobre el rol de la terapia cognitivo-conductual en cuanto a la mejora de la autoestima en algunos pacientes diagnosticados de trastorno delirante (O'Connor et al., 2007), cuestión que ya había aparecido previamente en la literatura (Fenigstein et al., 1992). También un estudio piloto encontró indicios de la utilidad de una terapia cognitivo-conductual en cuanto a una mejoría de la sensibilidad interpersonal en pacientes delirantes (Bell et al., 2014), si bien en ausencia de grupo control y con una persistencia de la idea delirante como tal.

La presencia de rumiaciones en una muestra no clínica (Martinelli et al., 2013) se relacionó con el mantenimiento de las ideas paranoides, mientras que la capacidad de distracción tuvo el efecto contrario.

Trabajando en parte con conceptos psicodinámicos adscritos a la teoría del narcisismo (Kohut, 1972), un estudio encontró una relación entre el atributo de ocultación del yo y la predisposición a las ideas delirantes (Tonna et al., 2018). El estudio resalta que la afectividad paranoide y la ocultación del yo contribuirían de forma independiente a la predisposición a sufrir ideación delirante. Menciona específicamente a Kretschmer cuando postula la relación entre la ocultación del yo y el carácter sensitivo, especialmente respecto al sentimiento de inadecuación y la susceptibilidad afectiva.

Sin una alusión directa al delirio sensitivo, pero de forma relacionada con la idea de vivencia vergonzante, un estudio buscó la relación entre la humillación o el recuerdo de un episodio de vergüenza con el desarrollo de ideación paranoide y ansiedad social (Matos et al., 2013). Empleando algunos aspectos etológicos de la teoría del apego (Bowlby, 1988) y su solapamiento con las teorías de la mente (Bentall et al., 2009; Korver-Nieberg et al., 2013), utilizó la diferenciación entre ansiedad paranoide y ansiedad social (Gilbert et al., 2005) y la probabilidad del sesgo en precipitarse con las conclusiones (Freeman et al., 2007; Freeman et al., 2013) en la valoración del recuerdo vergonzante traumático.

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

Si bien la ansiedad paranoide y la ansiedad social se considerarían relacionadas con vergüenza externa y vergüenza interna respectivamente, el estudio constató que la memoria de una vivencia traumática internalizada podría desencadenar una reacción ansiosa paranoide con independencia de su origen interno o externo.

Se ha propuesto la terapia basada en la compasión (Gilbert, 2010) como forma de abordaje de esta vivencia de culpa.

Otro estudio transversal y en población joven que acudía a salud mental (Johnson et al., 2014) encontró una varianza significativa en la relación entre paranoia y culpa solo tras haber introducido en el modelo la interacción de la culpa y los estresores vitales. También se objetivó una amplificación de la asociación entre estresores vitales y paranoia en función de la intensidad de los sentimientos de culpa.

Con respecto al posible tratamiento farmacológico del delirio sensitivo, no se ha encontrado ninguna guía ni ensayo clínico aleatorizado con información directamente relacionada. La revisión exploratoria de sus características en la literatura sobre trastornos delirantes arroja escasa evidencia.

Se ha afirmado que la pimozida constituiría el tratamiento de elección en trastornos delirantes (Munro, 1995), un fármaco planteado originalmente por el mismo autor en psicosis hipocondriaca monosintomática (Riding et al., 1975). En el mismo artículo quedó plasmada su apreciación de una evolución indistinta de los subtipos delirantes, que achacaba principalmente a la adherencia o no al tratamiento.

En la actualidad existen estudios que desmienten esta visión, refrendando la utilidad comparada de diversos fármacos. Un análisis se centró en el uso de olanzapina y risperidona (Kulkarni et al., 2017), con resultados positivos en ambos casos. También se ha planteado un posible beneficio de las presentaciones inyectables de larga duración, habiéndose observado en un estudio una mejor adherencia con risperidona y palmitato de paliperidona (González-Rodríguez et al., 2014).

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

Una revisión sistemática reciente de casos tratados con aripiprazol (Miola et al., 2020) señala a la efectividad, al perfil de efectos secundarios y a la disponibilidad en forma de inyectable de larga duración como argumentos de cara a su viabilidad en trastornos delirantes.

El uso de antidepresivos también se encuentra descrito en casos particulares, tanto por sí mismos (Akiskal et al., 1983) como en combinación (Dimopoulos et al., 2008).

Una monografía clínica acerca de la paranoia (Barjau, 2019) presenta un apartado específico acerca del tratamiento psicofarmacológico del delirio sensitivo de referencia. Recomienda el tratamiento concomitante de antipsicótico (entre otros aripiprazol 5 mg en desayuno para subir posteriormente a 10-15 mg, o risperidona 3 mg en cena con posibilidad de aumentar a 6 mg) y antidepresivo (sertralina 50 mg para aumentar a 100-150 mg en desayuno, o escitalopram 5 mg en desayuno para aumentar a 10-15 mg, mencionando la venlafaxina retard y la vortioxetina como alternativas) junto a benzodiazepinas de vida media-larga y/o hipnóticos para ayudar con el insomnio. Plantea también antipsicóticos inyectables de liberación prolongada como aripiprazol o risperidona, que no suelen ser necesarios si se establece una adecuada relación terapéutica.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 33 años que acude a consultas ambulatorias tras ingreso en Unidad de Hospitalización Breve por episodio psicótico agudo.

Según consta en el informe de alta, la paciente fue llevada a urgencias hospitalarias por el SUMMA tras un aviso policial; habían descubierto a la paciente lanzándose desde un puente con una altura de dos metros sobre la M30.

Presentaba bloqueos del discurso, latencia de respuesta e incapacidad para mantener una conversación fluida y organizada. Se sentía examinada y preocupada por la opinión de sus compañeros de trabajo, ("he hecho algo terrible"), aunque sin concretar.

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

Antes de ser derivada al servicio de urgencias protagonizó un cuadro de agitación, desorganización conductual y gritos y llantos no reconducibles.

Esta clínica disminuyó significativamente tras administración de 1/2 ampolla de haloperidol IM y valoración posterior en hospital de referencia. Durante el ingreso fue tratada con aripiprazol con buena tolerancia y rápida mejoría, realizando crítica completa de ideación delirante en pocos días.

Antecedentes de diagnóstico de síndrome ansioso-depresivo en 2016, tratado con Fluoxetina por su Médico de Atención Primaria. Seguimiento en psicología privada durante los últimos cinco años.

Buena relación con familia y una pareja de ocho años, con la que convive. Buen círculo de amistades. Hermano fallecido a los 42 años cuando la paciente tenía 17 y padre fallecido a los 67 años cuando ella tenía 18, ambos de forma súbita por patología cardiovascular.

Trabaja como ingeniera informática, desde hace unos meses en una agencia de protección de datos. Buen desempeño profesional hasta episodio actual, con asignación de puestos de responsabilidad creciente. Paralelamente realizando oposiciones en cadena para dichos puestos, aprobándolas sin dificultades. En este momento en Interrupción Laboral temporal.

No refiere consumo regular de tabaco, alcohol u otras sustancias.

Tratamiento psicofarmacológico al alta del hospital: Aripiprazol 15 mg 2-0-0-0, Lorazepam 1 mg 0-0-0-1.

Durante nuestra entrevista, la paciente se muestra abordable y colaboradora. Cierta aprensión ante la posibilidad de un diagnóstico de gravedad, por lo demás enteramente adecuada y sin datos psicopatológicos a destacar.

Corroboró lo descrito en el informe de alta. Describe una acumulación de estresores vitales que circunscribe exclusivamente al ámbito laboral.

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

Resalta la asignación hacía dos meses a un puesto de trabajo con un aumento de las responsabilidades administrativas y que aparejaba tensiones frecuentes con otros compañeros; fue una discusión con otra trabajadora acerca de la desaparición de unos bienes de inventario la que terminó por precipitar el episodio actual. La paciente resalta la sensación de injusticia ante las exigencias por hechos acontecidos con anterioridad a su incorporación que escapaban a su control; reconoce haberse quedado dándole vueltas "hasta que fue lo único en lo que podía pensar". Relata cómo durante los dos días siguientes va entrando en un estado de difícil descripción, con lagunas mnésicas pero que describe como "la mayor angustia que he tenido en la vida". Menciona fogonazos de culpa, con el convencimiento de que algo malo iba a suceder a su familia y que esto se hallaba de alguna forma relacionado con un desempeño insuficiente en el trabajo. El día del incidente terminó llegando a la conclusión de que la única forma de expiar su responsabilidad y salvar a su familia era sacrificarse a sí misma, lo que la motivó a precipitarse por el puente de la M30. Previamente había presentado algún momento de lucidez, decidiendo acudir a urgencias para solicitar ayuda pero encontrándose incapaz de permanecer ahí por mucho tiempo y abandonando el recinto sin ser atendida. En este momento la paciente rechaza categóricamente las ideas descritas durante el episodio, resaltando que "soy consciente de la gravedad de lo que ha ocurrido" y centrando la demanda de ayuda en evitar que la situación pueda volver a repetirse.

La paciente se describe a sí misma como algo insegura y perfeccionista, "me gusta que me digan que hago las cosas bien". De carácter tranquilo, solo recuerda haber perdido la paciencia en una ocasión cuando tenía en torno a diez años "tras años y años de aguantar el 'bullying' de los otros niños por ser una empollona". Refiere encontrarse muy a gusto en su trabajo, ya que siempre había querido trabajar en un sitio que marcara la diferencia, "y la seguridad de los datos de la gente me parece primordial". Destaca el apoyo por parte de su jefe y la mayor parte de la plantilla, manifestando querer reincorporarse al trabajo cuanto antes.

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

Señala que el episodio ansioso-depresivo de 2016 fue motivado también por un problema laboral, pero ahí la sensación de ansiedad fue mucho menor y el desánimo en relación directa a dicho conflicto, continuando de hecho con su desempeño profesional y su actividad social sin repercusiones de gravedad. Rechaza haber presentado anhedonia, ánimo exaltado, hiperactividad u otros síntomas de la esfera afectiva. La paciente se había mantenido estable y sin tratamiento desde 2017 (exceptuando el seguimiento por psicólogo privado) hasta dos semanas antes del episodio actual, cuando la sobrecarga acumulada empezó a hacer mella. Niega haber experimentado sintomatología psicótica con anterioridad, aludiendo únicamente a un aumento de su ansiedad basal y a las dificultades en conciliar el sueño (actualmente buen descanso nocturno de ocho horas de duración tras toma de medicación).

En este momento describe buena tolerancia a la medicación, señalando únicamente cierta somnolencia durante el día. Se compromete a la toma regulada del tratamiento.

Se ajusta a la baja dosis de aripiprazol (1-0-0-0), resto sin cambios.

Dos semanas más tarde acude a la consulta acompañada de nuevo por su pareja. Inicialmente más nerviosa y aprensiva, mejora palpable conforme avanza la conversación.

Se van perfilando las circunstancias en las que se produjo el incidente. La discusión se produjo tras recriminarle una compañera de trabajo la desaparición de unos materiales de la empresa, con unas formas y una violencia sin motivo que la paciente consideró inapropiadas. Esta situación se produjo, además, el contexto de un acúmulo de demandas a las que se había visto sometida en las tres últimas semanas y por el que había ido experimentando una tensión e inseguridad crecientes.

Pese a su desacuerdo con las acusaciones, refiere cómo al poco rato empezó a cuestionarse si no debería haber sido ella misma la que tendría que haber afrontado el problema con los ordenadores: o antes de que la destinasen allí porque en el fondo era su obligación ser responsable de los recursos del trabajo, o de cualquier otra manera, daba lo mismo.

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

Lo cierto es que estas cavilaciones fueron intensificándose hasta la comida con familiares y su pareja, donde las verbalizó con intención de desahogarse. Aunque el resto de la mesa procuró tranquilizarla, ella tenía la impresión de que estaban minimizando la gravedad de lo sucedido para que no se agobiase. La gota que colmó el vaso fue cómo, tras trazar un plan que la dejó más relajada y que motivó una carcajada de alivio por su parte, cundió la alarma entre sus familiares y su madre daba golpe sobre la mesa, “gritándome, ¡deja de hacer eso, parece que estás loca!”

La paciente reconoce importante repercusión de la opinión de los demás y en particular de su familia sobre su bienestar. Describe también cómo en el colegio había tenido la sensación de estar sometida a estándares injustos, con castigos desmedidos pese a su conducta intachable en comparación con otros compañeros.

Lo cierto es que fue durante la noche cuando empezó a entrar en una angustia sobrecogedora, afianzándose más y más la idea de que no había actuado como debía en el trabajo y que esta culpa iba a traer aparejado un castigo. Dado su trabajo en una agencia con posibilidad de acceso a datos personales de la población, llegó a la conclusión de que la mejor forma de castigarla sería en forma de repercusiones sobre su familia; desde la cancelación de ayuda médica a su madre hasta la suspensión de empleo de sus dos hermanas funcionarias. El agobio que esta situación despertaba la movió a acudir junto a su pareja a urgencias.

La espera a solas, sin embargo, no hizo sino exacerbar sus preocupaciones. La certeza de que les iba a suceder algo la llevó a salir corriendo sin avisar a nadie del recinto de urgencias.

Una vez tras otra, pese a no disponer de dinero, intentó encontrar una forma de llegar a casa. Solicitar la ayuda de un taxi, intentar colarse en el metro... Todas resultaron infructuosas.

La paciente se sentía cada vez más observada. Le parecía entrever a investigadores siguiendo cada uno de sus movimientos y tomando nota para sus justas consecuencias.

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

En medio de toda esta vorágine de estímulos, con la culpa y la impotencia de ser incapaz de hacer ni siquiera eso bien, la paciente se encontró en el puente de la M 30. La idea de lanzarse al vacío -y así nulificar la sola razón por la que pudiesen querer hacer daño a su familia- era la única opción que le quedaba.

La pareja corrobora lo descrito en el relato de la paciente. Tranquilizamos a ambos sobre la probabilidad de repetición del episodio, acordando nueva cita para que pueda reincorporarse a un curso que debería empezar en unas dos semanas. Pautamos sertralina 50 mg por ideas rumiativas, resto de tratamiento igual.

En la siguiente cita refiere franca mejoría de su sintomatología. La rumiaciones han remitido a niveles anteriores al episodio salvo en algún momento puntual y sin repercusión emocional destacable. Ha llevado una vida todo lo normal que cabe en tiempos de pandemia, ha tolerado bien la medicación y se siente preparada para volver al trabajo (sobre todo porque empezaría con un curso telemático de unos cuatro meses de duración, un estrés mucho menor para la paciente).

Durante los dos meses siguientes continúa acudiendo con normalidad a consultas ambulatorias de psiquiatría y con psicología privada, con la que está trabajando el autocuidado y la necesidad de volcarse en exceso con otras personas. Pese un tramo de mayor tensión tras el inicio de la asistencia presencial, se encuentra adaptada al curso y poniendo límites consigo misma y su preocupación por el funcionamiento del grupo.

Se acuerda muy ocasionalmente del episodio de descompensación, con una frecuencia en cualquier caso mucho menor que anteriormente. Reconoce momentos de estar dándole vueltas a cómo podía haber perdido el control de esa manera, con cierto temor a que se repita. Como efectos secundarios solo refiere cierta somnolencia durante el día, lo que motiva reducción de aripiprazol de 15 a 10 mg en desayuno.

Su familia y pareja la ven muy mejorada. La propia paciente afirma “ya casi soy la de antes”.

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La historia clínica de la paciente refleja un cuadro clínico paranoico reactivo caracterizado por un delirio autorreferencial de marcada base afectiva, con un desarrollo comprensible como consecuencia de la interacción psicológica entre una vivencia vergonzante y una personalidad sensitiva (predominantemente asténica) dentro de una atmósfera laboral opresiva. Pese a la gravedad de la sintomatología, con un intento de suicidio de por medio, la paciente confió plenamente desde el mismo día del ingreso en la opinión de los profesionales médicos y tomó rigurosamente la medicación pautada. Jamás ha dudado de que lo que experimentó fue un trastorno psicótico. Pese a la persistencia de ciertos pensamientos de minusvalía y rumiaciones acerca del incidente, la crítica hacia la trama delirante desarrollada es total. Un abordaje similar al de un trastorno por idea delirantes al uso, con su habitual desconfianza y falta de adherencia al tratamiento, parece escasamente justificado en este tipo clínico particular. El mantenimiento del aripiprazol como antipsicótico por su buen perfil de efectos secundarios, así como la pauta de sertralina como antidepresivo con especial perfil antiobsesivo (Rasmussen et al., 1997), van en la línea de lo recomendado para una entidad clínica con relaciones tan estrechas en cuanto a lo afectivo y lo cognitivo. La pauta de lorazepam, inicialmente sistemática al acostarse y más tarde si precisaba, ayudó a un buen descanso nocturno y a mantener un nivel de ansiedad basal aceptable para la paciente.

Las circunstancias del caso complementan la situación reflejada en la búsqueda bibliográfica. Aunque se confirma la falta de estudios que investiguen con evidencia científica la relevancia clínica del delirio sensitivo de referencia, globalmente emergen una serie de puntos que argumentarían la necesidad de los mismos.

Repetidamente se mencionan la importancia de los estados afectivos en el desarrollo del delirio, tanto en la vivencia de culpa (Matos et al., 2013) como su posible rol en la patoplastia del delirio (Esposito et al., 2021).

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

No solo eso, sino que su presencia podría presentarse de forma agregada junto a aspectos de personalidad del *cluster C* y en contraste con las formas delirantes ‘puras’, a su vez relacionadas con déficits cognitivos y fallos en teoría de la mente (De Portugal et al., 2011) más acordes con lo esperado en un trastorno asignado al espectro esquizofrénico (Bentall et al., 2009). De particular interés resulta que el primer grupo se asociara a una mayor gravedad y posibilidad de suicidio, lo que contrastaría con la idea de evolución benigna postulada por Kretschmer. Cabe la posibilidad (observable también en nuestra paciente) que estos datos se deban al momento de mayor angustia en el delirio agudo, comprensible desde la génesis psicológica del mismo y que permitiría conciliar la gravedad del episodio con la benignidad del pronóstico una vez resuelto el mismo.

Estas características de personalidad, muy alejadas de las atribuidas clásicamente al *cluster A*, parecen ser semejantes a aspectos psicodinámicos como la ocultación del ser, que se ha relacionado con ideaciones delirantes de forma independiente a la afectividad paranoide (Tonna et al., 2018). Revisando los dominios de la personalidad recogidos en la la CIE-11 (World Health Organization, 2019), cabría plantearse la relación de algunos de ellos con el carácter sensitivo: la afectividad negativa (tradicionalmente relacionado con personalidades evitativas, dependientes y obsesivo-compulsivas), el bajo antagonismo o *dissociality* (evitativa y dependiente), la anancastia y la baja desinhibición (obsesivo compulsivas) y el desprendimiento o *detachment* (evitativa).

La importancia de la vivencia cargada de afecto en el delirio parece verse reflejada en la noción del recuerdo traumático interiorizado y su papel en la ansiedad paranoide, desarrollada desde las teorías del apego y de la mente (Matos et al., 2013); también con la relación de la vergüenza y los estresores vitales con el desarrollo delirante (Johnson et al., 2014).

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

Estos aspectos enlazan con la importancia de la autoestima (O'Connor et al., 2007) y de la sensibilidad interpersonal (Bell et al., 2014) en los resultados preliminares de las investigaciones cognitivo-conductuales; así como con el papel de las rumiaciones en el mantenimiento de la ideación paranoide (Martinelli et al., 2013) y sus paralelismos con el concepto de retención de la vivencia y agotabilidad psíquica (Kretschmer, 1918).

Todo lo cual parece argumentar en pro de una totalidad clínica que, en numerosos aspectos, impresiona de ser muy similar al arquetipo del delirio sensitivo de referencia.

De la misma manera que las características así expuestas podrían beneficiarse de psicoterapias con abordajes cognitivo-conductuales (Skelton et al., 2015) o con técnicas basadas en la compasión (Gilbert, 2010), también deberían poder emplearse para la selección y el pronóstico de un tratamiento psicofarmacológico completo.

Entre los antipsicóticos se han planteado el aripiprazol, agonista parcial con un buen perfil de eficacia y efectos secundarios (Miola et al., 2020), así como otros atípicos diversos como la paliperidona (en particular aquellos con presentación inyectable de larga duración por si llegara a producirse, aunque se intuya de menor frecuencia en estos casos, una falta de adherencia al tratamiento).

La importancia del factor afectivo, tanto en la génesis como en la sensación de vergüenza durante y después del episodio agudo, justifican el planteamiento de una pauta concomitante de antidepresivos, inicialmente algún ISRS por un perfil más favorable (Barjau, 2019). Podrían ser candidatos la sertralina, a priori con buen perfil antiobsesivo (Rasmussen., 1987); o el escitalopram, descrito como con ventaja en efecto ansiolítico y con una historia de uso en ansiedad relacional (Pelissolo et al., 2008).

Este control de la ansiedad -y del comprensible insomnio subsiguiente- motivaría la posibilidad de tratamiento con benzodiacepinas de vida media/larga como el clorazepato o hipnóticos como el zolpidem (Barjau, 2019).

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

Las limitaciones de este trabajo son claras. Se trata de una revisión inevitablemente exploratoria y con un propósito meramente generador de hipótesis.

Sin embargo, creo que los hallazgos de las perspectivas dimensionales de la personalidad, la teoría del apego y la teoría de la mente con respecto a los aspectos afectivos y/o cognitivos (obsesividad, evitación y culpa) en la génesis y evolución del delirio, justifican el reclamo de futuras investigaciones en cuanto a la evidencia de la relevancia actual de cuadros compatibles con el delirio sensitivo de referencia de Kretschmer.

Especial importancia cobran los estudios observacionales para la delimitación clara de la predisposición caracterial, la vivencia cargada de afecto y el contexto opresivo; así como su repercusión diferencial o no en la evolución y adherencia al tratamiento del paciente con delirio.

Por último, y como consecuencia lógica de lo expuesto previamente, sería recomendable el estudio de tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos por separado o en combinación (por ejemplo, antidepresivos y antipsicóticos a dosis bajas con abordajes cognitivo-conductuales) en aras de concretar unos posibles avances en el manejo de estos trastornos delirantes sensitivos.

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

BIBLIOGRAFÍA

1. Akiskal HS, Arana GW, Baldessarini RJ, Barreira PJ. A clinical report of thymoleptic-responsive atypical paranoid psychoses. *Am J Psychiatry*. 1983 Sep;140(9):1187-90. doi: 10.1176/ajp.140.9.1187. PMID: 6614226
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2013
3. De Portugal E, Martínez C, González N, del Amo V, Haro JM, Cervilla JA. Clinical and cognitive correlates of psychiatric comorbidity in delusional disorder outpatients. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45:416–425
4. Barjau JM. *La paranoia. Una mirada desde la clínica*. Editorial Triacastela, Madrid 2019.
5. Bell V, Freeman D. A pilot trial of cognitive behavioural therapy for interpersonal sensitivity in individuals with persecutory delusions. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. (2014) 45:441–6. doi: 10.1016/j.jbtep.2014.06.001
6. Bentall RP, Rowse G, Shryane N, Kinderman P, Howard R, Blackwood N, Moore R, Corcoran R. The cognitive and affective structure of paranoid delusions: a transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Mar;66(3):236-47. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.1. PMID: 19255373
7. Bleuler E. *Afectividad, sugestibilidad, paranoia (1906)*. Ediciones Morata, Madrid 1969

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

8. Bowlby, John. *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge, 1988
9. Dimopoulos NP, Mitsonis CI, Psarra VV. Delusional disorder, somatic type treated with aripiprazole--mirtazapine combination. *J Psychopharmacol*. 2008 Sep;22(7):812-4. doi: 10.1177/0269881107082905. Epub 2008 Feb 28. PMID: 18308798
10. Douglass AB, Hays P. An objective study of relationships and discontinuities between paranoid schizophrenia and Kretschmer's syndrome of sensitive delusions of reference. *Acta Psychiatr Scand*. 1980 May;61(5):387-94. doi: 10.1111/j.1600-0447.1980.tb00877.x. PMID: 7405607
11. Esposito CM, Fiorentini A, Callari A, Galeazzi GM, Brambilla P. Transition Between Sensitive Delusion of Reference and Mood Disorder: A Case Report. *Front Psychiatry*. 2021;12:712552. Published 2021 Sep 6. doi:10.3389/fpsy.2021.712552
12. Fenigstein, A., & Vanable, P.A. (1992). Paranoia and selfconsciousness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 129–138
13. Freeman D, Startup H, Dunn G, Černis E, Wingham G, Pugh K, Cordwell J, Kingdon D. The interaction of affective with psychotic processes: a test of the effects of worrying on working memory, jumping to conclusions, and anomalies of experience in patients with persecutory delusions. *J Psychiatr Res* 2013;47:1837-42. doi: 10.1016/j.jpsychires.2013.06.016
14. Freeman, D. (2007). Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27, 425–457

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

15. Friedmann, M. (1894). Weiteres zur Entstehung der Wahnideen and über die Grundlage des Urteils. Mschr. Psychiatr. 1, 455-470.
16. Gaupp, R. (1910). Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. Allg. Zschr. Psychiatr. 67, 317-320
17. Gilbert, P. (2010). Compassion focused therapy: Distinctive features. London: Routledge
18. Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C. (2005). The relation of paranoid ideation and social anxiety in a mixed clinical population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12, 124–133
19. González-Rodríguez A, Molina-Andreu O, Penadés R, Bernardo M, Catalán R. Effectiveness of long-acting injectable antipsychotics in delusional disorders with nonprominent hallucinations and without hallucinations. *Int Clin Psychopharmacol*. 2014 May;29(3):177-80. doi: 10.1097/YIC.000000000000020. PMID: 24681811
20. González-Rodríguez A, Guàrdia A, Palao DJ, Labad J, Seeman MV. Moderators and mediators of antipsychotic response in delusional disorder: Further steps are needed. *World J Psychiatr* 2020; 10(4): 34-45 [PMID: 32399397 DOI: 10.5498/wjp.v10.i4.34]
21. Johnson J, Jones C, Lin A, Wood S, Heinze K, Jackson C. Shame amplifies the association between stressful life events and paranoia amongst young adults using mental health services: Implications for understanding risk and psychological resilience. *Psych Res* 2014;220:217-225

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

22. Kraepelin E. Die verrucktheit (paranoia) (1913). 2ª edición ampliada. Editorial Salerno, Buenos Aires 2012.
23. Kohut H. Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *Psychoanal Study Child* 1972;27:360–400
24. Korver-Nieberg, N.; Fett, A.-K. J.; Meijer, C. J.; Koeter, M. W.; Shergill, S. S.; de Haan, L.; Krabbendam, L. (2013). Theory of mind, insecure attachment and paranoia in adolescents with early psychosis and healthy controls. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(8), 737–745. doi:10.1177/0004867413484370
25. Kretschmer E. *Der Sensitive Beziehungswahn*. Berlin: Springer; 1918
26. Kulkarni K, Arasappa R, Prasad M K, Zutshi A, Chand PK, Murthy P, Philip M, Muralidharan K. Risperidone versus olanzapine in the acute treatment of Persistent Delusional Disorder: A retrospective analysis. *Psychiatry Res.* 2017 Jul;253:270-273. doi: 10.1016/j.psychres.2017.02.066. Epub 2017 Apr 9. PMID: 28411574
27. Maier, H. W (1912). Über katathyme Wahnbildung. *Zschr. ges. Neurol. Psychiatr.* 13, 55-610
28. Martinelli, C., Cavanagh, K. & Dudley, R.E.J., The impact of rumination on state paranoid ideation in a non-clinical sample, *Behavior Therapy* (2013), doi: 10.1016/j.beth.2013.02.002
29. Matos M, Pinto-Gouveia J, Gilbert P. The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clin Psychol Psychother* 2013;20:334–349

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

30. Mews, Marie Rosa; Quante, Arnim MD Comparative Efficacy and Acceptability of Existing Pharmacotherapies for Delusional Disorder, *Journal of Clinical Psychopharmacology*: August 2013 - Volume 33 - Issue 4 - p 512-519 doi: 10.1097/JCP.0b013e3182905796 Mala adherencia
31. Miola A, Salvati B, Sambataro F, Toffanin T. Aripiprazole for the treatment of delusional disorders: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 Sep-Oct;66:34-43. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2020.06.012. Epub 2020 Jun 26. PMID: 32650190
32. Munro A, Mok H. An Overview of Treatment in Paranoia / Delusional Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1995;40(10):616-622. doi:10.1177/070674379504001008 Defiende que todos los subtipos respuesta parecida, según adherencia
33. O'Connor K, Stip E, Péliissier MC, Aardema F, Guay S, Gaudette G, Van Haaster I, Robillard S, Grenier S, Careau Y, Doucet P, Leblanc V. Treating delusional disorder: a comparison of cognitive-behavioural therapy and attention placebo control. *Can J Psychiatry*. 2007;52:182–190. Cognitivo cond
34. Pelissolo A. Efficacité et tolérance de l'escitalopram dans les troubles anxieux: revue de la littérature [Efficacy and tolerability of escitalopram in anxiety disorders: a review]. *Encephale*. 2008 Sep;34(4):400-8. French. doi: 10.1016/j.encep.2008.04.004. Epub 2008 Aug 15. PMID: 18922243
35. Rasmussen S, Hackett E, DuBoff E, Greist J, Halaris A, Koran LM, Liebowitz M, Lydiard RB, McElroy S, Mendels J, O'Connor K. A 2-year study of sertraline in the treatment of obsessive-

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 1997 Nov;12(6):309-16. doi: 10.1097/00004850-199711000-00003

36. Rasmussen S. Sensitive delusion of reference, "sensitiver Beziehungswahn". Some reflections on diagnostic practice. *Acta Psychiatr Scand.* 1978 Nov;58(5):442-8. doi: 10.1111/j.1600-0447.1978.tb03574.x. PMID: 717009. Crítica
37. Riding J, Munro A. Pimozide in the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 1975 Jul;52(1):23-30. doi: 10.1111/j.1600-0447.1975.tb00019.x. PMID: 1155199
38. Skelton M, Khokhar W, Thacker SP. Treatments for delusional disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5. Art. No.: CD009785. DOI: 10.1002/14651858.CD009785.pub2 cochrane
39. Tonna, Matteo; Paglia, Francesca; Ottoni, Rebecca; Ossola, Paolo; De Panfilis, Chiara; Marchesi, Carlo (2018). Delusional Disorder: The role of personality and emotions on delusional ideation. *Comprehensive Psychiatry*, (), S0010440X18301056-. doi:10.1016/j.comppsy.2018.07.002
40. Wernicke., C. (1892). Über fixe Ideen. *Deutsche Med. Wschr.* 18, 581.
41. Widiger TA. Categorical versus dimensional classification: implications from and for research. *J Pers Disord* 1992;6:287–300

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO

42. World Health Organization (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.)

EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD: REVISIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS EN LA BIBLIOGRAFÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES Y EXPOSICIÓN DE UN CASO