



INTERPSIQUIS

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

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

PSYCHOPATHOLOGY OF CHRONIC DELUSIONAL DISORDERS

Becerra Darriba H

hbecerrasalud@gmail.com

Trastorno delirante crónico, Paranoia, Psicopatología

Psychopathology, paranoia, delusional disorders

RESUMEN

Introducción

Kraepelin hace referencia a la paranoia como el desarrollo insidioso de un sistema delirante permanente e inamovible, surgido a consecuencia de causas internas, con total mantenimiento de la claridad y orden del pensamiento, con perspectiva de remisión poco favorable.

Objetivo: revisar la literatura disponible sobre la psicopatología de los trastornos delirantes crónicos y sus formas clínicas.

Métodos

Revisión narrativa. Estudios experimentales, observacionales, descriptivos y series de casos publicados entre 2014 y 2019, en población adulta mayor de 18 años, con diagnóstico de trastorno delirante crónico, en ausencia de consumo de sustancias. Se aplicaron combinaciones terminológicas ("*psychopathology*", "*paranoia*", "*delusional disorder*") para la búsqueda bibliográfica en *MEDLINE (PubMed)*, *EMBASE*, *EBSCOhost*, *Trip Database*, *Social Science Citation Index (SSCI)*, *Science Direct* y *Google Scholar*.

Resultados

27 artículos seleccionados de 101 referencias. El delirio persistente se caracteriza por su irreductibilidad al razonamiento lógico, elevada sistematización y coherencia, definido como una falsa creencia posible aunque altamente improbable.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

Su forma clínica más prevalente es de contenido persecutorio. Los pacientes presentan un afecto catatímico y nula conciencia de enfermedad. La memoria y la capacidad de atención no muestran disfunciones en temas no afectados por la construcción delirante. La funcionalidad suele estar conservada, mostrando una conducta normalizada o bizarra, pudiendo existir riesgo autolítico o heteroagresivo. Otras variantes son el delirio de relación, de identidad, celotípico, hipocondriaco o somático, megalomaniaco, genealógico, místico o religioso, erotomaniaco.

Discusión

El conocimiento de las manifestaciones psicopatológicas del trastorno delirante crónico es esencial para permitir un diagnóstico preciso y un tratamiento rápido.

ABSTRACT

Background

Kraepelin refers to paranoia as the insidious development of a permanent and immovable delusional system, arisen as a result of internal causes, with total maintenance of clarity and order of thought, with an unfavorable remission prospect.

Objective: To review the available literature on psychopathology of chronic delusional disorders and their clinical forms.

Methods

Narrative review. Experimental, observational, descriptive studies and case series published between 2014 and 2019, in an adult population over 18 years of age, diagnosed with chronic delusional disorder, in the absence of substance disorders. Terminological combinations ("psychopathology", "paranoia", "delusional disorder") were applied for the bibliographic search in MEDLINE (PubMed), EMBASE, EBSCOhost, Trip Database, Social Science Citation Index (SSCI), Science Direct and Google Scholar.

Results

27 articles selected from 101 references. Persistent delusional disorder is characterized by its irreducibility to logical reasoning, high systematization and coherence, defined as a possible false belief, although highly improbable. Its most prevalent clinical form is of a persecutory content. The patients present a catatymic mood and no awareness of disease. Memory and attention show no dysfunction on topics unaffected by delusional construction. The functionality is usually preserved, showing normalized or bizarre behavior, and there may be suicidal ideation or heteroaggressive risk depending on the content.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

Other variants are relationship, identity, celotypic, hypochondriac or somatic, megalomaniac, genealogical, mystical, religious or erotomaniac delusions.

Discussion

The knowledge of psychopathological manifestations in chronic delusional disorders is essential to enable an accurate diagnosis and a prompt treatment.

INTRODUCCIÓN

La denominación de paranoia, usada por primera vez en un sentido específico por *Kahlbaum* en 1863 y luego por von *Krafft-Ebing* y Mendel, toma el lugar del vocablo *locura*, más antiguo, con el que se calificaba una forma de locura que se desarrolla en el ámbito de la razón. Según Kraepelin, solamente las investigaciones de Ludwig Snell (1865), Kare Westphal (1893) y Wilhelem Sander (1878) en los años 60-80 del siglo XIX, han conseguido que se reconozca también un origen primario de la paranoia: "primäre Wahnsinn", "originäre Verrücktheit". Es pues la paranoia, una enfermedad primaria de la razón frente a la manía y a la melancolía, en las que se pueden constatar delirios, posible consecuencia del trastorno afectivo de base. Karl Westphal (1878) añade a la paranoia de W. Sander, la forma hipocondríaca, la crónica y la aguda. En la "paranoia aguda", surge de forma repentina las alucinaciones y el delirio persecutorio, con cierta confusión mental, final rápido y tendencia a la curación.

Kraepelin referencia la paranoia como el desarrollo insidioso de un sistema delirante permanente e inamovible, surgido a consecuencia de causas internas, con total mantenimiento de la claridad y del orden en el pensar, en el querer y en el actuar. A la vez se produce un cambio profundo ante la vida, y por ese "desplazamiento" de la posición ante el mundo se ha elegido el nombre de "locura".

Los investigadores franceses se esforzaban más bien en describir formas clínicas singulares. Se tenía en cuenta el contenido múltiple de las representaciones mentales, del "délire", su origen a partir de trastornos perceptivos o interpretaciones delirantes, "interprétations delirantes", su sistematización (*délire systématisé* o delirio sistematizado), el estado físico general del enfermo ("*folie lucide, raisonnante*" o locura lúcida, razonante).

Jean Pierre Falret (1794-1870) describió el desarrollo progresivo de la formación del delirio a partir de un período preparatorio, la *sistematización*, hasta, finalmente, la *fijación* uniforme del delirio, significando así una peculiaridad del desarrollo que se encuentra a menudo en una paranoia real, pero también en la Dementia paranoides y en las enfermedades parafrénicas.

Por su parte, Ernest-Charles Lasègue (1806-1883) aportó el cuadro clínico del *perseguidor perseguido*, el persécuteurs-persécutés, que comprende sobre todo a los querulantes.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

Valentin Magnan (1835-1916) realizó un esfuerzo por separar los trastornos mentales de los degenerados, de las formas creadas a partir de una base sana. La enfermedad paranoide característica del último grupo se corresponde *al délire chronique à évolution systématique*. Al primer grupo pertenecen primero los *perseguidores perseguidos* y los *querulantes*, (de base "degenerada") así como las formas de enfermedades delirantes que se alejan en mayor o menor medida por su formación "atípica" del modelo del "délire chronique", por lo súbito del desarrollo, la interrelación de las diferentes orientaciones de los delirios y las desviaciones en su desarrollo.

Emmanuel Régis (1855-1918) estableció una "*psychose systematisée progressive*" que, con su desarrollo crónico del sistema delirante sin trastornos perceptivos, podría corresponder en lo esencial a la *paranoia "verdadera"*. Paul Sérieux (1864-1941) separó decididamente el *délire d'interprétation* del *délire de revendication*; al primero comprende exactamente nuestra paranoia y al último el delirio de querulantes.

Ernest Dupré (1862-1921) ha descrito finalmente un *délire d'imagination* en el cual las puras imaginaciones, además de la falsificación de los recuerdos sin relación con hechos reales, serían la fuerza impulsora de la formación delirante. Clemens Neisser (1861-1940) habló de la "paranoia confabulante": " Es cierto que las invenciones fantasiosas y las falsificaciones de los recuerdos juegan un papel importante en la historia de formación del delirio, pero no como mecanismo exclusivo".

Crítica de Kraepelin a la paranoia aguda, reactiva, o transitoria

El concepto original de la paranoia contó solamente con *estados crónicos e incurables*, así, favoreció enormemente la delimitación del cuadro clínico. Cuando ya no eran determinantes el desarrollo y fin de la enfermedad, quedaba como único indicio palpable de la locura la alteración de la razón, la aparición de ideas delirantes y trastornos de la percepción. De esta manera se iban excluyendo toda una serie de cuadros, *Amentia*, delirio alcohólico y muchos otros, que pertenecen indudablemente a la *Dementia praecox* o "*esquizofrenia de Bleuler*", o a la *locura maníaco-depresiva*, y que, desde el punto de vista clínico, no guardan relación alguna con la locura originaria o paranoia.

La mayoría de los casos de la llamada paranoia aguda no muestran ni un origen específico, ni un desarrollo y fin peculiar, ni otros indicios clínicos que permitan separarlos de otros cuadros. Kraepelin insiste en que si se quiere mantener esta tesis sería más útil no aplicar el concepto de paranoia a esos cuadros clínicos (las formas agudas de psicosis y atípicas) para así no desdibujar ni las características esenciales de las formas universalmente reconocidas de esta enfermedad, ni su transcurso insidioso, ni las perspectivas de curación poco favorables, ni tampoco la permanencia de construcciones delirantes.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

¿El paranoico oculta su delirio?

Para explicar la contradicción entre lo que se conjeturaba y lo que se hallaba se solía partir de la suposición según la cual aunque el enfermo sí presentaba un sistema delirante, no lo contaba por alguna razón, o, aunque tenía anteriormente un sistema, éste ya se había; "desmoronado". En ese caso se trataría de un "*antiguo paranoico*", que por edad, podría ser aún muy joven.

La experiencia posterior ha demostrado que ambas suposiciones, aunque en algún caso se hayan podido producir, no han conseguido explicar la ausencia de un delirio sistemático en el inmenso número de presuntos paranoicos. Más bien quedó patente que se trataba aquí de cuadros clínicos acompañados, generalmente, no por formas de delirio sistemáticas sino confusas, contradictorias, cambiantes y pobres.

¿Es unitaria la paranoia?

Cuando se retomaba para el diagnóstico de la paranoia la exigencia de un delirio, de alguna manera fijado y mentalmente elaborado, se mostraba que este todavía numeroso grupo de casos no parecía clínicamente unitario. Resaltó sobre todo el hecho de que el desarrollo de la enfermedad se acompañaba casi siempre de trastornos perceptivos, más o menos vivos, mientras que en un menor número de casos se mostraba que la formación de delirios se desarrollaba, permanentemente o durante años, únicamente a través de la interpretación enfermiza de los hechos reales, o de falsificación de recuerdos.

¿La paranoia es también alucinatoria?

Se intentaron explicar estas diferencias por la existencia de una paranoia alucinatoria, y de una paranoia combinatoria o simple. Algunos casos, preferentemente los de formas con trastornos perceptivos muy vívidos, presentaban la tendencia de pasar rápidamente a estados de debilidad mental, con delirios extravagantes, falta de discernimiento, embotamiento afectivo, e incoherencia. Por el contrario, se constató que otros pacientes, sobre todo con delirios puramente combinatorios, se mantenían a veces durante decenios sin merma de su capacidad psíquica. El resto de casos, mucho más abundante, representaba las enfermedades "paranoides", un grupo aún no unitario, formado por componentes muy diversos.

Kraepelin añade la paranoias atípicas a la Demencia precoz: "*Como su núcleo central fue formado por casos que demostraban clínicamente en muchos de sus rasgos, desarrollo y terminación una concordancia indudable con la Dementia praecox, creo que, y hasta que se clarifiquen las dudas, deberían de ser añadidos a la mencionada enfermedad como formas paranoides*". Kraepelin denomina "parafrenias" a una forma evolutiva diferente.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

El delirio querulante como una forma diferente de paranoia

Durante mucho tiempo se le consideró la forma de paranoia mejor identificada, pues en ésta resaltan la sistematización del delirio, su uniformidad e inquebrantabilidad y la limitación del proceso a ciertas esferas de representación, además del constante mantenimiento de la personalidad psíquica y la ausencia de manifestaciones de debilitamiento mental. En este sentido se constata más bien una similitud con otras enfermedades psicógenas, sobre todo con algunas formas de "*psicosis carcelarias*" y de "*neurosis derivadas de accidentes*".

Las diferencias en la génesis del delirio querulante y de la paranoia se limitan así solamente a un cierto desplazamiento de la relación entre influencias externas psicógenas y causas internas de la enfermedad. A ello se añade la peculiaridad de los querulantes, basada en la lucha con el ordenamiento jurídico, que se ve empujada por un factor externo a una formación concreta que se desvía del comportamiento de los paranoicos.

La paranoia puede tener un origen psicógeno

En cierto sentido puede atribuirse a la paranoia también un origen psicógeno; ciertas experiencias vividas pueden alcanzar también aquí una influencia determinante en la formación del sistema delirante. La diferencia radica solamente en que aquí las fuerzas desencadenantes para la elaboración enfermiza de las experiencias vitales dependen del propio enfermo, mientras que en el caso de los querulantes es un acontecimiento externo el que suministra los supuestos determinantes para la formación del cuadro clínico.

OBJETIVOS

El principal objetivo del presente trabajo consiste en realizar una revisión bibliográfica de la literatura disponible sobre la psicopatología de los trastornos delirantes crónicos y sus formas clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión narrativa, incluyendo estudios experimentales, observacionales, descriptivos y series de casos publicados entre 2014 y 2019, en una población adulta mayor de 18 años, con diagnóstico de trastorno delirante crónico, en ausencia de consumo de sustancias, patología neurológica o discapacidad intelectual.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

Se aplicaron combinaciones terminológicas ("psychopathology", "paranoia", "delusional disorder") para la búsqueda bibliográfica en las bases de datos de MEDLINE (PubMed), EMBASE, EBSCOhost, Trip Database, Social Science Citation Index (SSCI), Science Direct y Google Scholar.

RESULTADOS

Se seleccionaron 27 artículos de un total de 101 referencias. El delirio persistente se caracterizó por su irreductibilidad al razonamiento lógico, elevada sistematización y coherencia, definido como una falsa creencia posible aunque altamente improbable. Su forma clínica más prevalente fue de contenido persecutorio. Los pacientes presentaron un afecto catatímico y nula conciencia de enfermedad. La memoria y la capacidad de atención no mostraron disfunciones en temas no afectados por la construcción delirante. La funcionalidad suele estar conservada, mostrando una conducta normalizada o bizarra, pudiendo existir riesgo autolítico o heteroagresivo. Otras variantes son el delirio de relación, de identidad, celotípico, hipocondríaco o somático, megalomaniaco, genealógico, místico o religioso, erotomaniaco.

Clínica del trastorno delirante crónico o paranoia

La percepción y estímulos sensoriales suelen producirse en general sin mayores obstáculos, aunque las impresiones sean interpretadas de manera enfermiza. Los enfermos permanecen constantemente serenos, despiertos de mente y competentes, y relatan con frecuencia experiencias visionarias aisladas o repetidas, que sitúan casi siempre de noche, a veces también de día, y supuestamente ligadas a algún hecho singular acaecido. Es posible que se trate aquí, a menudo, de embelesamientos de ensueño. En otros casos se reinterpretan acontecimientos naturales: "en una luna llena aparece Dios, una nube toma la forma de un animal apocalíptico". Los relatos sobre acontecimientos pasados hacen sospechar falsificaciones de recuerdos; una enferma vio "el cielo abierto ya con cuatro años".

A veces, los pacientes reciben mensajes o revelaciones de Dios durante estos episodios. Tales episodios son interpretados por los enfermos invariablemente como hechos sobrenaturales, fuera de toda experiencia normal. Algunos enfermos aseguran estar constantemente en contacto con Dios, recibir de él revelaciones, pero no se trata nunca de trastornos auditivos, sino siempre de aparición de pensamientos de exhortación, de advertencia, de revelación, que se atribuyen como "voz de la conciencia", a influencias sobrenaturales.

La memoria y la capacidad de atención de los enfermos no muestran disfunción alguna, en temas no afectados por el delirio. Las falsificaciones de los recuerdos estrechamente ligadas

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

al ámbito de las representaciones enfermizas son muy frecuentes: se trata de reinterpretaciones y transformación de vivencias, o de apariciones de manifestaciones o de acontecimientos totalmente inventados en forma de imágenes de recuerdos. Los pacientes hablan también de "encuentros mantenidos con personalidades destacadas", de vivencias de perjuicios y "ataques", "extraños ataques a los que ha sido expuesto". Es notoria la confianza absoluta y ciega mostrada hacia las manifestaciones de cualquiera sobre secretos importantísimos. A menudo se trata de acontecimientos enmarañados que se transmiten con todo detalle. Lo aventurado y lo manifiestamente inverosímil de las manifestaciones hacen que la falsificación de recuerdos sea fácilmente reconocible. A éstos pertenece lo relatado por pretendientes al trono, y que se refieren a premoniciones recibidas en su juventud en relación a su nacimiento y sus derechos.

La clasificación clínica de los cuadros de la paranoia presenta especiales dificultades pues existen tantas formas como enfermos. En efecto, la singularidad personal, (el papel de la personalidad en la paranoia) relativamente poco afectada por la enfermedad, tiene una amplia influencia sobre el desarrollo de la enfermedad.

El trastorno de la razón que domina el cuadro clínico de la paranoia es clasificable en dos orientaciones: La impronta autorreferencia y el egocentrismo en la paranoia. El enfermo es el centro de un entorno que se ocupa de múltiples maneras solamente de él y de su destino. Todo lo que ocurre a su alrededor no es casual ni indiferente sino que tiene una relación profunda con él. Le falta la capacidad de calibrar los resultados de su imaginación con la regla de la experiencia cotidiana, pues poseen para él aquella seguridad inmediata de la fe que no deja lugar a la duda. El delirio suele madurar aquí lentamente y a lo largo de muchos años. Al principio se mantiene en el marco de sospechas recelosas, orgullo altivo, esperanzas íntimas, que se nutre cada vez más de una sistematización prejuzgada de la experiencia vivida y se fija más y más.

Ocasionalmente, bajo la influencia de circunstancias especiales o determinados estados de ánimo, parecen producirse avances intermitentes del delirio, siempre y cuando los relatos de los enfermos sobre tales acontecimientos no sean deformados con posterioridad por falsificaciones de recuerdos. Con motivo de algún hecho, súbitamente le son desveladas conexiones secretas y revelaciones que les muestran el presente y el futuro. Otras veces puede detenerse el delirio durante muchos años; las mismas representaciones son relatadas sin mayores variaciones y como mucho adornadas por algunas falsificaciones de recuerdos, pero sin ser enriquecidas por nuevos episodios delirantes.

El delirio persistente se sistematiza con regularidad, es trabajado intelectualmente y en lo esencial es coherente, sin que se presenten mayores contradicciones internas. Los enfermos

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

se esfuerzan en obtener una visión egocéntrica, deformada de su posición ante el engranaje de la vida, una especie de visión del mundo. Relacionan diferentes experiencias y buscan la causa y el efecto, los motivos y las relaciones. Las confusiones y las contradicciones son eliminadas, en lo posible, por una sistematización equilibrante, de manera que se origina una edificación del delirio que, a pesar de las improbabilidades e inseguridades, no suele contener un imposible aparente y absoluto. Los enfermos están abiertos a objeciones, que aunque saben refutarlas basándose en sus experiencias internas y externas, reconocen, sin embargo, la necesidad de probar sus afirmaciones y defenderlas ante las dudas.

Esta elaboración interna del delirio implica que éste se convierta en una parte de la personalidad y penetre hasta el tuétano en el enfermo. Con eso se relaciona su inquebrantabilidad. A pesar de que los enfermos admiten no poder aportar nunca o solamente raras veces una prueba inapelable que demuestre la veracidad de su afirmación, cualquier intento de convencerles de lo delirante de sus ideas se estrella contra un muro. Acaso admiten que solamente desde el punto de vista de ese convencimiento personal, pueda adquirirse el conocimiento de la relación interna de todas las casualidades aparentes, convencimiento que "existió en una ocasión como imperturbable y así permanecerá". Por eso, un paciente intuye a veces que un no iniciado no puede seguir su razonamiento y teme que sus perseguidores puedan aprovechar esa circunstancia para declararle afectado por un delirio de persecución.

La incorregibilidad básica de las representaciones delirantes es considerada, con relativo acierto, como característica principal de la paranoia. Por un lado, Friedmann ha descrito formas de paranoia benignas en las que el delirio retrocede paulatinamente después de unos años. Gaupp ha señalado casos de paranoia abortiva en los que se forman delirios menos rígidos bajo la influencia de destinos poco agradables, que pueden desvanecerse nuevamente sin una rectificación aparente.

Sin embargo, habrá de tenerse en cuenta que la no influenciabilidad del delirio paranoico difícilmente pueda estar presente de antemano. Se puede suponer que el delirio crece lentamente durante largos años de preparación, que los enfermos se resisten ante las sospechas que les asolan y las rechazan, para, después de largas luchas internas, ser definitivamente vencidas. Por ello no puede negarse básicamente la posibilidad de que la evolución de su mal se forme a través de ese tiempo de preparación con formaciones delirantes cambiantes.

El estado de ánimo de los enfermos se corresponde generalmente con el contenido de los delirios descritos por ellos. Algunos son tímidos, recelosos, malhumorados e irritados, otros están seguros de sí mismos y son confiados.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

A menudo ni siquiera se observa alguna matización llamativa en su estado de ánimo, apareciendo éste más claramente con la manifestación de las ideas delirantes. Las alteraciones más fuertes del equilibrio anímico no pertenecen al cuadro clínico, aspecto que quiero resaltar en contraposición a lo expuesto por Specht.

Kraepelin cita a Hans-Wolfgang Maier y las formas catatímicas: "El contenido de la paranoia muestra, aunque desarrollado de una manera enfermiza, una sintonía notable con los temores, deseos y esperanzas experimentados, a partir de un sentimiento de inseguridad y de afán de felicidad, también por personas sanas, de tal manera que uno está tentado aquí a creer en un origen parecido". Desde la baja autoestima, el paciente tiene el temor de ser despreciados, ridiculizados, amenazados por la persecución planificada, ser engañados en el matrimonio. Desde la alta autoestima, por otra parte con la convicción feliz de tener una procedencia noble, ser el elegido de un gran personaje, el inventor y salvador de la patria, el llamado por Dios.

El proceder y el comportamiento de los enfermos se mantienen a menudo sin trastornos aparentes. Casi siempre son capaces de ganarse la vida sin llamar la atención en su entorno. No obstante, se presentan con frecuencia algunas rarezas en su conducta. Muchos enfermos se retiran, se sumergen en libros, confeccionan largos escritos; otros vagan errantes, cambian a menudo de trabajo, aparecen de pronto aquí y allá. Tienen poca inclinación a una ocupación regular y permanente. Otros pacientes no consiguen realizar nada bien, a pesar de tener buenas disposiciones; sufren fracasos en todas partes, hacen manifestaciones que desbordan sus condiciones y se ocupan, sin suficiente capacidad intelectual y conocimientos, de las más complicadas cuestiones. Algunos se confrontan con la ley, en los juzgados, o atacan a sus perseguidores. A pesar de todo, en ocasiones son capaces de influir considerablemente en su entorno, de tener cierto reconocimiento, convenciendo a algunas personas de lo correcto de sus representaciones delirantes, que terminan compartiendo el delirio.

Por regla general, los enfermos entran tarde en contacto con el psiquiatra, si es que llegan a hacerlo, y en este caso lo hacen esporádicamente y cuando han llamado la atención u ocasionado algún escándalo por algún acto determinado por su delirio. Suelen tener el suficiente grado de autocontrol como para poder evitar cualquier controversia con la ley. Además, nunca se encuentran tan atormentados para verse empujados, debido a tensiones internas, a realizar crímenes brutales. Por ello se limitan a actos relativamente inocentes: insultos, amenazas, anuncios en periódicos, denuncias a la policía, intentos de llegar hasta personalidades, prácticas religiosas ilegales, explotación de personas en base a sus pretensiones delirantes.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

Delirio de perjuicio

La forma más usual adoptada por la paranoia es la del delirio persecutorio. Es posible que el enfermo, que se siente desde hace tiempo postergado, injustamente tratado, oprimido, insuficientemente considerado, observe que en esa o aquella circunstancia no se le ha tratado con la misma amabilidad de antes, que la gente se muestra prevenida, que le evitan y que no quieren tener que ver nada con él a pesar de algunos gestos amistosos fingidos. Crece su susceptibilidad y su desconfianza; empieza a prestar atención al comportamiento de su entorno y encuentra, poco a poco, numerosos indicios de que se intenta sistemáticamente perjudicarlo por todos los medios, minar su posición, convertirlo en un imposible. Se le observa y se le vigila, se envían detectives tras él para recoger material en su contra. La gente le echa miradas de desprecio, silban y se ríen de él, le retan y buscan irritarlo. En las observaciones inocentes se esconden maldades; naturalmente no lo dicen, ni mencionan nada en concreto. Se le trata de la manera más desdeñosa, imitan su voz en tono de burla, le ponen motes, se le silba como a un perro, le tiran bolas de nieve y piedras. A veces el delirio es reforzado por falsificaciones de recuerdos.

El modo y el alcance de los perjuicios constantes son muy variados. Los inquilinos, dan nombres falsos, no pagan, colocan botellas de cerveza delante la puerta, las tiran a la calle para que la gente crea que el enfermo es un alcohólico. Sus cartas son abiertas, leídas, sustraídas; un enfermo recibía de la Autoridad un aviso falso y negativo instado por su enemigo. Los envíos a clientes son estropeados y ensuciados de manera que se producen quejas permanentes. La chimenea es taponada, sus botas son dañadas, los vestidos y las ropas son desgarrados. Se pierden procesos judiciales por intervenciones hostiles, los abogados son sobornados; se producen intrigas respecto al dinero, mentiras y estafas; el inquilino es incitado a no pagar los alquileres. Se siembran calumnias sobre el enfermo y con estos procedimientos se le echa de los trabajos, se le priva de sus bienes, de su herencia y se procura seducirlo para realizar barbaridades sexuales, onanismo, volverle loco y quitarle del medio. Los médicos son sobornados y suministran medicamentos dudosos.

Se amplía el círculo de los perseguidores cada vez más. El cambio de domicilio en la paranoia produce un alivio temporal. Cuando un enfermo cambia de paradero se encuentra por un tiempo más tranquilo, pero nota rápidamente que la gente le trata como a una personalidad previamente anunciada, que está perfectamente informada sobre su vida anterior. A través de insinuaciones se tejen hilos misteriosos desde su entorno anterior hacia el entorno actual. Algunas personas, que reconoce perfectamente a pesar de haberse puesto un disfraz, barbas postizas y pelos teñidos, le siguen y son cómplices de un boicot.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

En relación con la elaboración del delirio y la búsqueda de culpables ("el perseguidor", "el acosador"), el paciente se suele hacer las ideas más raras respecto de los causantes y del alcance de las persecuciones dirigidas contra él. A veces se considera como fuerza impulsora a una persona determinada, a un amante infiel, a la antigua novia, a la cuñada, a un compañero o al alcalde. O bien, se trata de masones, socialdemócratas o alguna otra sociedad secreta. Naturalmente, éstos disponen de enormes poderes y de cómplices en todas partes; participan en la conjura no sólo personas de la calle, sino funcionarios, juzgados, policía, sacerdotes, médicos, periodistas y escritores.

La gran autoestima del paranoide reside en la hipertrofia del yo, así pues existe a menudo un orgullo desmedido. El enfermo es muy religioso, más inteligente que los demás, entiende todo mejor, rinde "literalmente el doble", quería ser algo grande, ser respetado, distinguido, adquirir una posición más elevada. El ánimo de los enfermos está casi siempre excitado, irritado y amargado.

Las conductas de huida, confrontación y querulancia son frecuentes en el paranoico. El enfermo intenta por todos los medios eludir las persecuciones, cambia de lugar y de trabajo, presenta denuncias, adquiere armas y perros para su protección. Dirige informes querulantes a la autoridad, a los ministros, al duque y al emperador; en ellos emplea generalmente un lenguaje altisonante y exige el cese y castigo de sus enemigos, demandando grandes indemnizaciones. Además intenta estigmatizar a sus enemigos a través de la prensa y defenderse de las acusaciones ocultas.

Se pueden observar conductas de gran resonancia y espectacularidad social, al igual de que auto/heteroagresividad. Se encamina también hacia actos espectaculares para llamar la atención sobre el peligro que él mismo corre, ocasiona tumultos, envía peticiones a los representantes del pueblo e intenta llegar hasta el rey. Algunos enfermos intentan suicidarse, mientras que otros piden públicamente explicaciones a sus supuestos enemigos, les insultan, les amenazan violentamente haciéndose necesaria la intervención de la policía. Circunstancialmente siguen medidas disciplinarias al no reconocerse una causa clínica de sus actos, lo que amarga aún más al enfermo. La peligrosidad real es mínima a pesar de lo llamativo de su conducta. Los enfermos se suelen comportar ordenadamente y no realizan actos violentos serios, salvo los antes citados, pierden la libertad, por regla general, solo pasajeramente. En su comportamiento son apasionados, vivaces, locuaces y ágiles, reservados, malhumorados y negativos. Mantienen inquebrantablemente sus representaciones delirantes aunque no hablen de ello durante un tiempo. Solamente después de decenios de enfermedad puede, acaso, remitir la tensión interna y la viveza de su delirio sin que se produzca una rectificación de su concepto paranoico de la vida.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

Delirio de relación

Numerosas impresiones y acontecimientos no son aceptados como cotidianos sino que son relacionadas con el propio bienestar y malestar. Son sobre todo las acciones humanas el objeto de interpretaciones prejuizadas. Las expresiones y las miradas de los transeúntes, un ademán y un encogimiento de hombros tienen para el enfermo un sentido misterioso, de pronto torturante y atormentador, de pronto elevador y gratificante. Con ello se le quiere ofender, reñir, ridiculizar, advertir, elevar la moral, hacerle llegar una noticia importante. Una palabra cogida casualmente, una observación hecha en la mesa de al lado esconden insinuaciones. Las conversaciones de los compañeros de mesa insinúan veladamente un entendimiento secreto; el enfermo nota que *"hay algo, pero no sé qué es"*. Las mismas expresiones amenazantes propalan también brutalmente con toda intencionalidad (*"divulgación de algo que está oculto"*). En ocasiones concretas, se silban ciertas canciones de manera ostentosa para señalar así pequeños episodios del pasado del enfermo, para darle indicios sobre su proceder. En las obras de teatro, en los últimos seriales publicados en los periódicos, se encuentran expresiones relativas a su vida; el predicador en su púlpito o un candidato de las elecciones hacen alusiones inequívocas a su persona.

Así pues, se encuentra de pronto siempre con las mismas personas que, aparentemente, le observan y le siguen, simulando casualidad; le miran fijamente, carraspean, tosen por su causa, escupen delante de él o le esquivan. En los locales públicos alejan de él o se levantan en cuanto él aparece, le miran de soslayo y le critican. En todos los sitios dirigen la atención sobre él; su manera de vestir, a pesar de ser poco usual, es copiada por muchos desconocidos. Algunas observaciones que ha dejado caer se tornan inmediatamente comentarios públicos.

Todas estas experiencias, sin que importe su contenido, parecen "a todo no iniciado totalmente naturales", como casualidades, pero el enfermo nota, con demasiada claridad, que "todo se "hace" con rebuscada inteligencia", que se trata de "la producción artificial de casualidades" tras las cuales se esconde algún ataque vil, una acción de gobierno importante. Este juego es urdido, naturalmente, con mucha inteligencia para confundirle o para no revelar antes de tiempo grandes proyectos de futuro. En cuanto pide abiertamente explicaciones a alguna persona y hace entender que ha descubierto todo, ésta se hace la inocente y busca excusas *"hablan y actúan siempre con rodeos y con insinuaciones veladas"*. La gente se le acerca con amabilidad para engañar su atención, le enreda en conversaciones extrañas, le vienen con simulaciones que esconden intenciones que él reconoce de inmediato.

Muchas veces se aceptan relaciones íntimas, entre dos acontecimientos casualmente sucesivos. A veces, algunos fenómenos de la naturaleza alcanzan para el enfermo un significado especial.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

Normalmente se trata de hechos aislados durante los cuales el enfermo se encuentra en un estado de ánimo especialmente receptivo. Aquí se presentan nexos de unión con la habitual superstición, que a su vez relaciona hechos casuales del entorno con el destino propio.

Delirio de identidad

Las interpretaciones delirantes llevan a veces a extrañas confusiones de las personas, sin que entren en juego parecidos físicos. Se distinguen varias manifestaciones:

1) Síndrome de Capgras: Los pacientes, capaces de identificar la fisonomía de los rostros, las caras conocidas, afirman que los familiares próximos (conyugue, padres o hijos) han sido reemplazados por un sosias, un duplicado idéntico en cuanto al aspecto físico, pero de diferente identidad. El doble, el impostor, el sosias, ha reemplazado a su ser querido. *"Se le parece, pero no es él/ella »*. El examen físico del rostro, o de la corporalidad (incluida el hábito, vestido, apariencia,..), le refuerza la idea delirante. El impostor, adquiere connotación peyorativa, es maledicente, malvado, un suplantador con finalidad oculta, y siempre dañina. No se trata de una alucinación visual, ni dispercepción (ilusión óptica); sino de una construcción delirante, basada en percepciones, interpretaciones y nuevos significados, que llevan a la pérdida de la familiaridad, a la hipoidentificación, y al delirio de "suplantación" por un "sosias".

2) Síndrome de Frégoli: En esta identificación delirante de hiperfamiliaridad, hay predominancia sensorial visual, y predomina el reconocimiento de caras, la mirada, los gestos y la estética, apariencia visual. El paciente sufre verdadera pasión de identificación del otro, siempre se identifica al mismo entre la multitud, entre la diversidad de los otros que le rodean, aunque sus nombres en origen y aspecto pretendan disimularlo. El otro es siempre el mismo y esta hipertrofia del reconocimiento hace que los otros sean siempre sospechosos, siempre él o ella, serán descubiertos. Un encuentro de semejanzas capaces de cualquier tipo de transformación corporal, y de imponerla en los demás, un Frégoli que pueden causar más Frégolis; en esta espiral de hiperidentificación.

3) Delirio de intermetamorfosis: Delirio de dobles, en el cual, alguien que puede ser un extraño, desconocido, has sido transformado física y psicológicamente en alguien reconocido para el paciente. Se vive la creencia delirante, de que las personas de nuestro entorno intercambian identidades, unas con otras, mientras mantienen la misma apariencia física. Para Courbon y Tusques, el síndrome de intermetamorfosis, tendría dos categorías de síntomas: a) "lo fabuloso" de que todos los acontecimientos que vive el paciente, son fruto de truco, falsedad mística o una gran conspiración; b) ciertas personas conocidas por el paciente, tienen la capacidad ellos mismos, de transformarse en otros, intercambiando identidades.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

4) Síndrome de los dobles subjetivos: El paciente tiene el convencimiento delirante de que tiene un doble (o varios), idénticos físicamente a él/ella, pero con su propia y diferente personalidad (con diferentes caracteres psíquicos, y llevando vidas independientes). En algún caso, experimenta que algún rasgo psíquico, identidad parcial o conocimientos de su persona han sido transferidos al doble.

Además de las falsificaciones de recuerdos y de las interpretaciones delirantes podemos considerar la inclinación a imaginaciones enfermizas, tal como han sido descritas por Dupré y Logre como delirio de imaginación.

Delirio celotípico

El paciente empieza a creer poco a poco en la infidelidad de su mujer, constata ciertos hechos que refuerzan cada vez más sus sospechas. La mujer le parece más fría, reservada, discute y riñe; sale cuando quiere al café y al teatro, visita sospechosamente y con frecuencia a un pariente o vecino, también en horas extrañas y durante un tiempo exagerado. A la vuelta a casa está confusa, viene con pretextos. La gente hace insinuaciones, hablan con un tono exageradamente amable, de tal manera que se tiene que sospechar; se trata de "*pruebas espirituales*". La descripción exacta de los sucesos o su repetición y el aparente comportamiento expectante de los enfermos en esas circunstancias, hacen indudable la presencia de falsificaciones de recuerdos. A consecuencia de sus experiencias delirantes el enfermo pronuncia las acusaciones más severas contra su mujer. Le engaña desde siempre, tiene una serie de amantes, cohabita tanto con animales domésticos como con inquilinos. El paciente ya no reconoce a sus hijos porque no eran de él, no se le parecen en nada; observó en ellos claramente los rasgos inequívocos de los rivales.

La coexistencia con distintas ideas persecutorias es frecuente. Son perseguidos por la comunidad observados por espías; se averigua todo sobre ellos, se abren sus cartas, se cuentan en todos los sitios aspectos privados de sus vidas; el médico participa en el complot con su mujer. A la vez existe un fuerte sentimiento de orgullo e hipertrofia yoica. El enfermo presume de su "*sentido de la justicia y de su diligencia infatigable*", es un ciudadano respetable y sólo quiere lo que es justo; ayuda a todos cuando puede si son justos. Otros, sin embargo, dan la impresión de tener una personalidad bondadosa y débil. La asunción del carácter patológico de las ideas de celos está totalmente ausente.

Relacionada con los delirios se desarrolla regularmente una fuerte irritabilidad, contra la pareja supuestamente culpable. Se llega a fuertes recriminaciones disputas. El enfermo insulta a su mujer, busca forzarla a una confesión, la amenaza y la maltrata. También los hijos son insultados y golpeados.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

Normalmente se llega hasta el divorcio o, al menos, a la separación de los esposos. Los enfermos se suelen tranquilizar poco a poco, pero sin rectificar su delirio.

Hipocondría paranoide o delirio somático

Otra variante de delirios paranoicos con un tinte depresivo; se trata de la forma hipocondríaca. El enfermo se da cuenta de que empieza a perder memoria, teme un reblandecimiento cerebral; se queja de dolores de cabeza, de espalda, molestias en el pecho, cólicos de estómago, escupe sangre; su salud está gravemente deteriorada, todo el cuerpo roto. Es cierto también que los delirios hipocondríacos se manifiestan a menudo en los paranoicos.

Delirio megalomaniaco o megalomanía

En las presentaciones de la megalomanía paranoica están representadas las orientaciones principales de la ambición humana: los inventores delirantes. Los enfermos no se sienten satisfechos con su dedicación habitual y se ocupan, además, en proyectos ampulosos y ambiciosos que se constituyen poco a poco en el contenido de sus vidas. Se imaginan así mismos convertidos en una celebridad mundial por un invento espectacular, y se imaginan también inmensamente ricos. Sin conocimientos previos y con medios insuficientes se ponen a desarrollar las ideas que van surgiendo, realizan dibujos, construyen modelos, buscan patrocinadores y solicitan patentes. A veces esos inventos se basan en ideas absolutamente utilizables, pero a los pacientes les falta la capacidad para darles forma ya que desconocen las bases técnicas o empresariales necesarias.

Con su desconocimiento típico del profano se ocupan de cuestiones que han sido resueltas satisfactoriamente por otros hace mucho tiempo. Padecen de un desconocimiento ingenuo, que los lleva normalmente a ocuparse de las cuestiones más difíciles e insolubles. Con un afán incansable, a pesar de disuasiones y ridiculizaciones, se confeccionan constantemente nuevos planos, cada vez más quijotescos, con los que el enfermo cree acercarse más a la meta.

La singularidad común de todos esos inventores es su fe inamovible en su buena estrella, en su gran y único talento y en su futuro exitoso. Se sobrevalora de una manera desmedida la importancia y el valor económico de los propios inventos; en opinión de los enfermos, se trata siempre como mínimo de millones. Guardan secretos sobre sus investigaciones, temen que se les pueda robar su idea, su tesoro mental. Consideran concluida su empresa una vez que su idea ha sido expuesta o, como mucho, una vez entregados unos dibujos chapuceros; nada que se pueda parecer a planos elaborados detalladamente.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

Están siempre altamente satisfechos con sus modelos y cierran los ojos descaradamente ante cualquier dificultad y fallo; dicen confiadamente, a pesar de los fracasos manifiestos, que falta solamente una mejora insignificante y que en poco tiempo alcanzarán su objetivo.

Esa sobrevaloración (megalomanía) se muestra también en otros ámbitos. Los enfermos proyectan grandes bodas, molestan con sus proposiciones a damas desconocidas que no quieren saber nada de ellos, y se extrañan de no ser recibidos con los brazos abiertos. Demandan cantidades de dinero sin justificar, solicitan subvenciones al estado para sus pretensiones, esperan obtener puestos destacados ya que se sienten capacitados para las exigencias más elevadas. Las falsificaciones de recuerdos pueden verse afectados por esa megalomanía y a menudo, los enfermos adoptan en su comportamiento una cierta dignidad recatada.

Los resultados reales no se corresponden a tan grandes esperanzas. Los esfuerzos fracasan, sobre todo, en lo que se refiere al aprovechamiento de los supuestos inventos beneficiosos, y fracasan también a la hora de venderlos y de obtener patentes. La culpa de ello la tiene, según su opinión, no solamente su falta de medios que le impide una realización de sus proyectos, sino la incomprensión de la gente que no sabe apreciar su importancia. Son las maquinaciones hostiles las que le privan del fruto merecido de su trabajo.

Por regla general, los enfermos llevan una vida gris y apesadumbrada, pero iluminada por una esperanza invencible en un éxito final. Siguen trabajando en sus proyectos sin dejarse desanimar por los fracasos. No causan dificultades, pues se ganan la vida al margen de estas actividades, a no ser que la lucha contra sus oponentes o el intento de conseguir mayores medios les lleven, ocasionalmente, a iniciativas insólitas.

Delirios genealógicos

Otra forma de trastorno delirante crónico, que emana del afán de poder y de riqueza, es la dominada "delirio de alta cuna". Surge en el enfermo victoriosamente, a veces después de años de cavilaciones y sueños, la sospecha de que no es el hijo verdadero de sus padres sino que procede de noble cuna. El desencadenante de la formación de ese delirio, que para él se convierte inmediatamente en cierto, es a menudo un hecho banal. Durante una disputa el padre utilizó una expresión fuerte que nunca emplearía con un hijo verdadero. El enfermo se da cuenta de que sus padres cuchichean en el cuarto de al lado, palidecen cuando él entra, le saludan especialmente serios; en su presencia se cita "significativamente" el nombre de una gran personalidad. En la calle o en el teatro le mira una noble dama con extremada amabilidad; al contemplar la imagen de un conde o un marqués, el busto de Napoleón, le llama la atención el sorprendente parecido que guarda con éstos, o, finalmente, llega a sus manos una carta en la que se lee fácilmente entre líneas un mensaje importante.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

El paciente reconoce con una satisfacción especial que también su entorno más inmediato y lejano coincide, más o menos abiertamente, en la superioridad de su persona y posición. Allí donde va se le recibe con un respeto evidente; los extraños se quitan el sombrero ante él; la familia real intenta encontrarle las más veces posibles; en los desfiles o en el teatro la música comienza a sonar en cuanto él aparece. En los periódicos que le pasa el camarero y en los libros que le envía el librero encuentra alusiones, más o menos veladas, a su destino; los viandantes le agasajan en las calles con observaciones casuales y significativas. Este delirio generalmente se acompaña también de falsificaciones de recuerdos.

En la siguiente etapa, el enfermo intenta poco a poco hacer valer sus supuestos derechos. Se descubre ante un confidente, se dirige a las autoridades, escribe cartas a sus nobles padres. Se cree autorizado a exigir cosas especiales, da importancia a su aspecto y, a menudo, muestra poca inclinación a rebajarse a un trabajo continuado. Se desenvuelve con gran confianza e intenta adecuar su comportamiento a su noble origen, esforzándose y dando los pasos necesarios para llevar adelante sus asuntos, y es así como consigue muchas veces encontrar crédulos que le ayudan en espera de futuras compensaciones. Se topa verdaderamente con fuertes resistencias.

El paciente reconoce que la estancia en un centro psiquiátrico representa solamente un eslabón en la cadena de las pruebas que tiene que superar para poder, finalmente, alcanzar la gran meta. Sus compañeros pacientes no son verdaderos enfermos; se trata de simuladores sobornados o de policías espías que quieren "probarle" con su comportamiento. Los médicos lo retienen solamente "por una orden superior" y no piensan considerarlo verdaderamente enfermo. Entre los demás pacientes descubre altas personalidades que se ocultaban bajo nombre supuesto y que se encontraban allí para hacerle compañía. A veces, los enfermos entablan luchas estrambóticas para lograr su liberación y su reconocimiento; otros se someten dignamente a su destino, seguros de que llegará su hora.

Delirios místicos y religiosos

Otro grupo de paranoicos orienta su delirio hacia una relación con el mundo sobrenatural: son los profetas y los santos, generalmente llamados místicos. Los enfermos se ocupan a menudo de cavilaciones religiosas como la teosofía, el espiritismo y los asuntos de sectas. Las experiencias normalmente visionarias o de éxtasis adquieren un significado decisivo. El enfermo ve de noche apariciones divinas y experimenta una felicidad indescriptible: "*oigo la voz de Dios*", "recibo de él mensajes divinos"; pero también se le aparece el diablo. A veces se producen también alucinaciones visuales. Las falsificaciones de recuerdos son generales en los relatos delirantes místicos.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

El paciente se adentra cada vez más en la verdad, "ve todas las relaciones en su cabeza", no necesita leer periódicos para saber lo que sucede en el mundo. Se percata enseguida de si sus visitas tienen la fe verdadera y recibe una señal cuando se está satisfecho de él. Realiza constantes observaciones, se da cuenta que sus opiniones son difundidas, que se aprovechan sus conversaciones. Se afianza ahora en el enfermo la convicción que parece iluminarle fulminantemente, de que él es un elegido de Dios. Es frecuente la existencia de una amplia organización creada para él. El enfermo adquiere consciencia de que la humanidad se encuentra en un estado de confusión terrible.

A veces emergen también los delirios genealógicos, ideas persecutorias, confabulaciones y la posibilidad de comunicar el delirio o delirio compartido. Tampoco es difícil constatar que los paranoicos de esta índole suelen ser a menudo fundadores de grandes comunidades. El comportamiento externo de los enfermos suele ser totalmente ordenado, desempeñan una profesión y aparentan ser intelectualmente destacados. A menudo tienen una gran facilidad de palabra, pues son capaces, en un tono untuoso de predicador, de celebrar conferencias largas, descriptivas y profundas aunque poco entendibles. Los enfermos muestran siempre una gran autoestima, a veces disfrazada por un comportamiento pretendidamente humilde. Muchos buscan manifestar en su aspecto su mensaje santo, dejando crecer la barba y el cabello, y portando una especie de túnica de Cristo.

Delirio erotomaniaco

La locura erótica se engloba dentro de la megalomanía paranoica. El paciente observa que una persona, real o supuesta, del otro sexo y de elevada posición, le quiere bien y le presta una atención que no puede malinterpretarse. A veces es una mirada que se intercepta, un supuesto paseo bajo su ventana, un encuentro casual, que hacen que este amor secreto se convierta en un hecho seguro para el enfermo. Otros se enteran del asunto solamente por rodeos a través de insinuaciones disimuladas del entorno o por anuncios en la prensa, pero sin haber visto jamás al objeto de su interés.

Rápidamente aumentan los signos del entendimiento secreto. Cada hecho casual, como la manera de vestir, los encuentros, las lecturas y las conversaciones adquieren para el enfermo una relación con de su aventura imaginaria. Su amor es un secreto a voces y es objeto del interés general; en todas partes se habla de ello, aunque nunca claramente sino mediante insinuaciones cuyo sentido más profundo él entiende perfectamente. A menudo se acompañan de falsificaciones de recuerdos. Por el momento ha de guardarse el secreto de este amor tan extraordinario; por este motivo el enfermo nunca recibe las noticias de una manera directa sino a través de otros intermediarios, por la prensa y en forma de comentarios intencionados.

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

De la misma manera sabe ponerse en contacto con el objeto de su amor, dejando caer ocasionalmente alusiones.

Este delirio singular puede seguir desarrollándose durante mucho tiempo en la forma descrita, alimentada por anuncios velados en la prensa y sin que se produzcan otros trastornos en la actitud y en la actividad del enfermo; éste, por otra parte, intenta mantener sus asuntos en secreto. En una fase posterior se añaden sensaciones de ensueño falseadas, como la sensación de haber recibido un beso en sueños y otras similares. Toda la coloración del amor es soñadora, romántica. La actividad sexual del enfermo es escasa o se desarrolla de una manera onanista.

Finalmente, el enfermo se decide a ir más lejos. Realiza paseos bajo la ventana de la adorada, le envía cartas o le remite una petición de matrimonio formal. Puede que las negativas que siguen le ofendan al principio profundamente y que le parezcan luego un medio para ponerle a prueba. Esta opinión se refuerza al seguir manteniéndose las conexiones misteriosas de antes. Algunos anuncios en la prensa le invitan acudir a citas; algunos paseantes casuales le indican por sus comentarios que debe ir a ver a la amada; tiene la sensación de perderse algo si no lo hace.

Existe el riesgo de la evolución paranoide y agresiva hacia "el amante". Así la amada puede llegar a convertirse en enemiga y perseguidora del enfermo o, al menos, intentar quebrar su orgullo para después casarse con él. Le envía espías, manda revisar secretamente sus efectos personales e impide que reciba un buen trabajo. La comida le produce, debido a aditivos nocivos, dolores de estómago y digestivos de tal manera que se ve obligada a cocinar personalmente; por ese motivo escribe cartas amenazadoras y se dirige a la policía en busca de protección.

DISCUSIÓN

El conocimiento de las manifestaciones psicopatológicas del trastorno delirante crónico es esencial para permitir un diagnóstico preciso y un tratamiento rápido. Las formas individuales del delirio se relacionan unas con otras, pero de una manera irregular. Las observaciones clínicas se encuadrarán en los diferentes grupos si se tiene en cuenta la dirección principal del desarrollo de la enfermedad.

Kraepelin consideró que las formas más frecuentes son el delirio persecutorio, el delirio de celos y el delirio religioso; pero esta opinión puede deberse únicamente a que estos cuadros clínicos necesitan más que otros de intervención psiquiátrica por la presencia de alteraciones

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

conductuales. El delirio nuclear central es sobre el que se fundamenta la temática y desarrollo paranoide.

BIBLIOGRAFÍA

1. -Abbot S. What is paranoia? *American Journal of Psychiatry*, 71(1):29-40
2. -Afectividad, sugestibilidad, paranoia". E. Bleuler. Ediciones Morata. 1969.
3. -Alucinar y delirar" Tomo I. Edición de J. Carlos Stagnaro. Ed. Polemos 2006.
4. -Assal F, Mendez M. Intermetamorphosis in a Patient With Alzheimer's Disease. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*. 2003; 15 (2): 246.
5. -Bick, PA. The syndrome of intermetamorphosis. *American Journal of Psychiatry* , 1984; 141 (4): 588.
6. -Clásicos de la paranoia. Neisser, Kraepelin, Gaupp, Lagrand du Saulle, Sérieux y Capgras, Genil-Perrin, Clérambault. J.M^a Álvarez y F. Colina. Ediciones DOR. 1977.
7. -Clinical Psychopathology: Signs and Symptoms in Psychiatry. Fish F. Bristol: J. Wright. 1974.
8. -Courbon P, Tusquets J. Illusion d'intermétamorphose at de charme. *Annals Médico Psychologique*, 1932; 90: 401-405.
9. -El delirio en la clínica francesa. Ballet, Capgras, Clérambault, Falret, Lasegue, Magnan, Serieux. Textos seleccionados por F. Colina y J. M. Álvarez. Ed. Dorsa. 1994.
10. -Hadyn D, Whitley J, Luauté JP. Delusional misidentification: The three original papers on the Capgras, Frégoli and intermetamorphosis delusions. *History of Psychiatry*, 1994; 5 (17): 117.
11. -Kamanitz JR, el-Mallakh RS, Tasman A. Delusional misidentification involving the self. *J Nerv Ment Dis*. 1989;177(11):658-8.
12. -La folie à deux ou folie simultanée. E. Regis. Paris: J.-B. Baillière, 1880.
13. -Malliaras DE, Kossovitsa YT, Christodoulou GN. Organic contributors to the intermetamorphosis syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 1978; 135 (8): 985.
14. -Markidis M. Ego, my double. (The Golyadkin phenomenon). *Bibl Psychiatr*. 1986;(164):136-42.
15. -Motifs du crime paranoïaque: le double crime des sœurs Papin, Jacques Lacan. *Le Minotaure*, n° 3, décembre 1933.
16. -Ordóñez MP. La Paranoia Benigna. Recordando a los Clásicos. "Benign paranoia". *Rev Clin Med Fam*, 2011;4(2)

PSICOPATOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DELIRANTES CRÓNICOS

17. -Rebok F, Pérez-Roldán M.L. Paranoia, personalidad y psicosis. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 2008; 15(2):121-126.
18. -Silva JA, Leong GB, Shaner AL. Syndrome of intermetamorphosis: a new perspective. Compr Psychiatry. 1989;30(3):209-13.
19. -Silva JA, Leong GB, Shaner AL. The syndrome of intermetamorphosis. Psychopathology. 1991;24(3):158-65.
20. -The delusional Misidentificación syndromes. G. N. Cristodoulou. Bibliotheca psychiatrica nº 164. Ed. Karger. 1986.
21. -Vörös V, Tényi T, Simon M, Trixler M. Clonal pluralization of the self: a new form of delusional misidentificationsyndrome. Psychopathology. 2003; 36(1):46-48.