



CONNOTACIONES ACTUALES DEL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA DE E. KRETSCHMER

García Valls, JM; Morant Lujan, Y; Ibañez Soriano, E

Hospital Arnau de Vilanova

chemadoc_22@hotmail.com

RESUMEN

Introducción. Apoyándose en una amplia colección de casos clínicos E. Kretschmer aclara la psicogénesis (etiología psicógena) de un trastorno que denominó “delirio sensitivo de referencia”. La interacción entre el carácter sensitivo y la vivencia que implica una fricción de la propia estimación, se considera la causa patógena esencial.

Metodología. El delirio sensitivo pertenece a las obras fundamentales de la gran época de la psiquiatría europea en torno a la Primera Guerra Mundial, y los conceptos descritos acerca de la génesis de las enfermedades mentales han estimulado la psicoterapia de otros enfermos paranoides y también de los esquizofrénicos. En la CIE-10 queda incluido en el apartado F22.0 Trastorno de ideas delirantes, y la personalidad sensitiva queda incluida en el apartado F60.0 Trastorno de la personalidad paranoide. Su traslación al momento actual conlleva la aparición de nuevas formas delirantes para nuevas constelaciones sociales patógenas: estrés en entornos laborales, académicos, frustraciones profesionales, situación laboral de desempleo, u otras situaciones de incapacidad laboral. A este respecto se describe un caso clínico de un delirio sensitivo que aparece en una mujer licenciada en Ciencias Químicas, cuyo conflicto intrapsíquico da lugar a la sintomatología típica, con delirios autorreferenciales en el contexto de sentimientos de insuficiencia vergonzante en un entorno laboral, insertos en un carácter sensitivo, similar al descrito por Kretschmer.

Conclusiones. Se evidencia mediante el análisis del caso clínico, la vigencia del delirio descrito por Kretschmer, así como las connotaciones clínicas de éste, en su traslación al momento actual.

CONNOTACIONES ACTUALES DEL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA DE E. KRETSCHMER

1. INTRODUCCIÓN

Ernst Kretschmer (Heilbronn, 1888 - Tübinga, 1964) fue director de la Clínica Neurológica de la Universidad de Tübinga (1946-1959). Su obra considerada como de mayor relevancia, fue la denominada "Constitución y carácter" en la cual definió los ya clásicos tipos leptosomático-pícnico-asténico. Entre otras obras cabe destacar "Psicología Médica", "El delirio sensitivo de referencia", "Histeria, reflejo, instinto", más una plétora de importantes estudios en el campo de la psicoterapia y también de la criminología. El autor fue nominado al Premio Nobel de Medicina y Fisiología, en el año 1929.

Apoyándose en una importante serie de casos clínicos E. Kretschmer pretendió aclarar la psicogénesis (etiología psicógena) de una enfermedad que vino a denominar "delirio sensitivo de referencia". La posición epistemológica que adopta Kretschmer se posiciona dentro de la hermenéutica (tradición de la *Verstehen* o comprensión). El "Delirio sensitivo de referencia" fue publicado en 1918, han sido publicadas un total de cuatro ediciones de la obra original y pertenece al conjunto de obras fundamentales de la gran época de la psiquiatría en torno a la Primera Guerra Mundial (1914-1918).

2. LA CONTROVERSIA DE LA PARANOIA

Como hito dentro de las teorías psicogenéticas del delirio destaca la figura de Tilling, que en 1897 ya enfatizó en lo que denominó la "comprensión del delirio". Entre otros autores, y en este sentido, destacó Gaupp con su concepto de paranoia abortiva, Friedmann (paranoia benigna), y Neisser (paranoia aguda). También otros, admitieron influencias psicógenas en los trastornos delirantes: Jaspers, desarrollos comprensibles de síntomas y de la personalidad; Bleuler, el delirio entrafía una distorsión catatímica de la realidad conflictiva; Sérieux y Capgras, el delirio asienta sobre una determinada personalidad, a la que denominan constitución paranoica; desde su formulación inicial (paranoia endógena) la concepción de Kraepelin sobre la paranoia se dirigió hacia la psicogénesis.

3. LA TEORÍA PSIQUIÁTRICA DEL CARÁCTER

Enmarcado en lo que vino a denominar la teoría psiquiátrica del carácter, Kretschmer definió carácter como la suma total de las reacciones del temperamento y de la voluntad de un individuo frente a vivencias recurrentes. Las denominadas capacidades básicas del carácter conforman el rendimiento total del carácter, que mide la cantidad total de energía psíquica disponible en cada individuo. La capacidad de agotamiento constituye la capacidad de rendimiento especial frente a vivencias muy afectivas, por irrupción brusca o carácter acumulativo. Y finalmente, la vivencia constituye el grupo de sensaciones susceptibles de producir un afecto.

CONNOTACIONES ACTUALES DEL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA DE E. KRETSCHMER

Las llamadas capacidades de rendimiento del carácter están constituidas por: la capacidad de impresión (impresionabilidad), que constituye la capacidad de la vivencia de producir un interés o sugestión; la capacidad de retención es la conservación intrapsíquica de afectos, unidos a representaciones; la actividad intrapsíquica constituye la capacidad de seguir produciendo a partir de la vivencia, nuevas direcciones sentimentales; finalmente la capacidad de conducción (expresión) es la capacidad de permitir el flujo de las vivencias.

Kretschmer denomina carácter psicopático aquel que, como reacción a diversas vivencias, va a originar trastornos psíquicos con mayor facilidad que el carácter medio del ser humano. La afección psicopática reactiva es un trastorno cuya causa etiológica esencial es una vivencia.

Dentro de las formas reactivas psicopáticas el autor destacó varios subtipos en función de la fuerza de las cualidades del carácter o formas de rendimiento del mismo, según lo ya referido:

- Reacciones primitivas: buena capacidad de impresión y expresión, con retención deficiente. Predominio en explosivos e inestables, instintivos, impulsivos.
- Desviaciones: defecto parcial en la retención, y la vivencia escapa a la acción consciente. Típico del grupo de los histéricos.
- Reacciones y desarrollos expansivos (esténicos puros): impresionable, con notable capacidad de retención y actividad intrapsíquica y buena capacidad de conducción.
- Reacciones asténicas puras: escasa energía global, escasa retención, tendencia a las depresiones reactivas.
- Reacciones sensitivas o tipo asténico impuro.

4. EL GRUPO REACTIVO CLÍNICO SENSITIVO

El grupo reactivo clínico sensitivo, tal y como fue definido por Kretschmer, se caracteriza por una capacidad de impresión aumentada para los estímulos emotivos, una energía psíquica movilizada por la vivencia que se retiene (alta retención), una actividad intrapsíquica extraordinariamente intensa, y finalmente el grave defecto en la conducción. Encontramos en este temperamento, tendencias caracterológicas finas, profundamente receptivas y sensibles a sus vivencias, las cuales son elaboradas sin que se trasluzca nada al exterior. Son personalidades con sentimientos éticos profundos, y con tensiones emotivas íntimas y muy duraderas. Cuando se ven afectados por la impronta de determinados conflictos vitales, no pueden dejarse llevar pasivamente, sino que se ven impelidos a intensas luchas interiores motivadas por su gran conciencia de culpa y la escrupulosidad.

5. LOS POLOS ASTÉNICOS Y ESTÉNICOS DE PERSONALIDAD

En todas las personas se entremezclan elementos asténicos y esténicos de personalidad. En el paciente sensitivo encontramos estigmas de su polaridad esténica en las grandes expectativas que posee. El polo asténico hace referencia a su gran debilidad psíquica-física, poniendo de relieve la tensión entre las aspiraciones y las fuerzas o energía para acometerlas. El carácter sensitivo posee un predominio asténico, con leve irritación esténica (asténico impuro).

6. EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA. PREDISPOSICIÓN ENDÓGENA Y ESTRUCTURAS INSTINTIVAS DEL DELIRIO SENSITIVO

Se ha observado una agregación familiar de afecciones psíquicas en los pacientes afectos de este tipo de delirios, con una herencia de componentes asténicos y esténicos propios del carácter sensitivo. El estado elemental de la personalidad es psicasténico, caracterizado por la agotabilidad, inclinación a la depresión reactiva, sufrimientos por sobrecargas vitales, y diversos síntomas neurasténicos. Otras variantes de constitución sexual consisten en altas dosis de instintividad e inhibición excesiva del impulso sexual.

7. EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA Y LA VIVENCIA

La tríada que se ha considerado característica del delirio sensitivo de referencia, es la conformada por el carácter, la existencia de una vivencia y el ambiente o entorno en que se desarrolla.

La interacción entre el carácter sensitivo y la vivencia es la causa patógena esencial del delirio sensitivo de referencia. La vivencia que produce el delirio se basa en el denominado mecanismo de retención con inversión posterior, típico del carácter sensitivo. No huye del conflicto, sino que continúa la elaboración psíquica hasta la inversión, con transformación final de la vivencia primaria en delirio de referencia. El mecanismo de la inversión constituye por tanto la transformación de un grupo de ideas abundantemente elaboradas, hasta constituir un pensamiento secundario independiente, pero relacionado (simbólico). Constituye por tanto el grado máximo del mecanismo de la retención.

La inútil tensión producida por el desequilibrio entre el ideal propuesto y la energía personal disponible conduce a la vivencia de insuficiencia vergonzante o inferioridad moral. Las vivencias patógenas se encuentran en diversos conflictos, con unas características típicas. Los conflictos descritos en la literatura clásica han consistido en:

- Grupo de enamorados tímidos desgraciados
- Grupo de mujeres mayores solteras
- Grupo de mujeres desengañadas

CONNOTACIONES ACTUALES DEL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA DE E. KRETSCHMER

- Conflictos profesionales
- Problemas de moral matrimonial
- Aldeanos solitarios
- Autodidactas ambiciosos
- Otros problemas de moral sexual

8. EL AMBIENTE EN EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA

El ambiente se encuentra muy relacionado con el carácter por crear a su vez un ambiente generador. El sentimiento asténico de insuficiencia y la autoestima esténica son irritados específicamente por determinados factores ambientales o constelaciones sociales típicas, que ya se han comentado. Éstas incluyen aquellas circunstancias que provocan una tensión de la autoestima en una circunstancia humillante para la persona.

9. SINTOMATOLOGÍA TÍPICA DEL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA

- 1ª El contenido de los delirios se centra en torno a la vivencia patógena.
 - Aparecen ideas hipocondríacas
 - Pensamientos obsesivos de estar embarazada
 - Autoacusaciones depresivas
 - Pensamientos de ser observado y menospreciado por otros
 - Escuchan alusiones e insinuaciones en el entorno
 - Creencia de que se establecen contubernios entre los demás
 - Significados subjetivos de estímulos neutros
 - Creencias de que otras personas están enamoradas del paciente
- 2ª Los síntomas constituyen el efecto incrementado de las cualidades del carácter sensitivo.
 - Oscilaciones de la conciencia de enfermedad
 - Ausencia de explosiones agresivas pese a la intensísima angustia
 - Precaución al valorar los motivos de los supuestos enemigos
 - Delirios basados en autoacusaciones, cariz autopunitivo
 - Deseos de recuperarse

CONNOTACIONES ACTUALES DEL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA DE E. KRETSCHMER

- 3ª El cuadro patológico tiene entreverado síntomas de agotamiento.
 - Síntomas de agotamiento físico
 - Fallo en el rendimiento de la profesión
 - Síntomas de incapacidad de concentración
 - Ánimo lábil
 - Quejas hipocondríacas

10. GRUPOS SINDRÓMICOS

Kretschmer describió cuatro tipos de síndromes, los cuadros paranoicos, el delirio sensitivo agudo, las neurosis de referencia y los llamados delirios inconstantes tipo neurosis obsesiva.

En los cuadros paranoicos o paranoia sistematizada la clínica predominante es un delirio de referencia sistematizado. El contenido está basado en ideas de desprecio de otros, que el paciente es observado o vigilado, o bien el paciente puede percibir malas intenciones difusas de otras personas hacia él. Es típica la oscilación de la certeza sobre las ideas delirantes. En los casos más desarrollados puede condensarse en delirios puramente persecutorios, pero siempre existe una conservación de la lógica, y de la forma del pensamiento.

El delirio sensitivo agudo consiste en un estado crítico de breve duración. Se considera el punto culminante de psicosis sensitivas más graves, y se instaura sobre un delirio sistematizado. Aparecen frecuentemente fenómenos de influencia, sentimientos de extrañeza, transmisión de pensamiento, ideas delirantes megalomaniacas, o síntomas catatónicos. Sin embargo no hay síntomas de autismo, el afecto está conservado, y tras el episodio se restituye el estado de normalidad.

Las neurosis de referencia son las formas más leves del delirio sensitivo de referencia. En ellas no hay evidencia de delirio. En ocasiones queda como un residuo tras un delirio de referencia ya finalizado (neurosis de referencia secundarias). Pueden aparecer síntomas neurásténicos o hipocodríacos, escrupulosidad, hipersensibilidad personal, ideas de referencia pasajeras y se considera un factor de riesgo para las recidivas psicóticas.

Finalmente, los delirios tipo neurosis obsesivas aparecen insertos en un estado nervioso basal grave. En este tipo, surgen delirios muy breves y de rápida resolución, y se hallan más cerca de las neurosis obsesivas.

11. EVOLUCIÓN Y CURSO

El delirio sensitivo de referencia viene caracterizado por su viva reactividad psicológica en todos los estadios patológicos. Existen formas reactivas agudas rápidamente curadas: neurosis de referencia o delirios sensitivos leves. Otros tipos clínicos de curso alargado con muchos años de duración: las

CONNOTACIONES ACTUALES DEL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA DE E. KRETSCHMER

psicosis sensitivas graves. Existen también formas de curso recidivante, con reagudizaciones aisladas muy claras. Pero siempre existe una conservación de la personalidad inclusive en los casos más graves.

12. CASO CLÍNICO

Presentamos un caso de un típico delirio sensitivo de referencia, con sus características de psico-reactividad, su carácter sensitivo que interaccionan con un entorno estresante que reagudiza la vivencia de inferioridad moral. Se trata de una mujer, de 57 años en la actualidad. Antecedentes personales somáticos: no RAM, no antecedentes. Antecedentes personales psiquiátricos: diagnosticada de Trastorno de Ideas Delirantes y Trastorno Depresivo Recurrente. Controles en USM (Unidad de Salud Mental) Fuente de San Luis (Valencia, España). Un total de dos ingresos registrados en la UHP (Unidad de Hospitalización Psiquiatra) del Hospital Peset (Valencia, España). Un ingreso en CEEM (Centro específico de enfermos mentales de Bétera, en la provincia de Valencia, en España) en julio de 2011, previo paso por una unidad de media estancia hospitalaria psiquiátrica. Antecedentes familiares: Prima hermana con Trastorno Bipolar y un tío paterno con una enfermedad mental/alcoholismo.

Soltera. Licenciada en CC. Químicas, sólo ejerció durante 3 años. Pensionista, 67 % de minusvalía.

Como resumen de la sintomatología en los últimos años, la paciente presentaba una idea delirante autorreferencial refractaria con gran extensión a la pseudo-comunidad paranoide, con creencia de que todos conocían que estaba cobrando una pensión y que ella, se estaba aprovechando de esto. Al mismo tiempo, se aislaba y evitaba salir del domicilio, por pensar que en el metro, en el mercado, etc. todos sabían del tema y se fijaban en ella.

En una única ocasión presentó alucinaciones acústicas ("como un cinta magnetofónica que provenía de las fincas de enfrente, y decía que me querían matar..."), sin volver a recidivar éstas. Presentó también en la evolución algunos episodios depresivos recurrentes, con componentes de inhibición psicomotriz, anhedonia y tristeza.

La sintomatología delirante tuvo un inicio larvado, ya durante la carrera universitaria (llegó a creer que un profesor estaba enamorada de ella, por los gestos que le hacía en clase..), y se intensificó durante su ejercicio profesional, en el contexto de diversos conflictos con alumnos. Como personalidad premórbida se definía como responsable, autoexigente, perfeccionista, se afectaba por todo, con inclinación a síntomas depresivos neurotiformes (cansancio, ansiedad...).

13. EL DELIRIO SENSITIVO DE REFERENCIA EN LA ACTUALIDAD

En la CIE-10 queda incluido en el apartado de F22.0 Trastorno de ideas delirantes, bajo el epígrafe: "incluye...". La personalidad sensitiva queda incluida en el apartado F60.0 Trastorno de la personalidad paranoide.

Enmarcado en el tiempo actual y a propósito del caso presentado, observamos la vigencia de las viejas teorías de Kretschmer, encontrando nuevas formas delirantes para nuevas constelaciones sociales patógenas: estrés en entornos laborales, académicos, situaciones de paro laboral, otras situaciones de incapacidad laboral o enfermedad y frustraciones profesionales, como el caso que nos ocupa. El delirio sensitivo de referencia como tal ha sido recientemente objeto de estudio, pudiendo encontrar algunas referencias bibliográficas aisladas (Tölle, 2013; Pallagrosi, 2012).

14. BIBLIOGRAFÍA

- Kretschmer E. Der Sensitive Beziehungswahn. 4 Aufl. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1966.
- Tölle R. Sensitive character: an almost forgotten personality disorder - illustrated by the case Anton Reiser. *Nervenarzt*. 2013; 84(3):374-80.
- Pallagrosi M, Majorana M, Carlone C, Marini I, Todini L, Fonzi L, Biondi M. Sensitive delusion of reference, rivisitation of a concept: clinical accounts on onset paranoid psychosis. *Riv Psichiatr*. 2012; 47(5):440-6.