

Capítulo 15

Trastornos delirantes crónicos

D. Barcia Salorio

INTRODUCCIÓN

El tema de los *delirios crónicos* es complejo debido a la gran variedad de cuadros clínicos descritos y, sobre todo, por la falta de unidad de criterios tanto en la línea clásica como en la actual. El delirio es un síntoma que prácticamente puede estar presente en todas las enfermedades mentales, tanto orgánicas como funcionales, por lo que la discusión nosológica sobre los procesos delirantes lleva necesariamente a una discusión nosológica más generalizada.

En este capítulo vamos a analizar cuadros clínicos en los que la sintomatología delirante domina claramente, tanto si se acompaña o no de otra sintomatología (alucinaciones, síntomas afectivos, etc.) y que en general cursan de modo crónico o al menos de duración larga.

En la CIE-10 se contemplan estos cuadros principalmente en el apartado “F”, *Trastornos de ideas delirantes persistentes*, un grupo que incluye cuadros que tienen como característica más destacada o única la de cursar con “ideas delirantes consolidadas durante bastante tiempo” y que no pueden ser clasificadas como orgánicas, esquizofrénicas o afectivas.

En este grupo se distingue el *Trastorno de ideas delirantes* (F22.0) y el grupo de *Otros trastornos de ideas delirantes* (F22.8), diferenciándose ambos fundamentalmente en que en el primer grupo el cua-

dro delirante aparece limpiamente sin contaminación de otros síntomas psicopatológicos, aunque sí puedan concurrir trastornos depresivos o alucinaciones olfatorias y táctiles, mientras que el segundo grupo es un grupo “residual”, por tanto formado por cuadros que no entran en el primero. De todos modos lejos de una unidad sindrómica ambos grupos incluyen cuadros de muy diversa índole. En el primero, Paranoia, parafrenia y delirio sensitivo de referencia, y en el segundo, dismorfobia delirante, cuadros delirantes involutivos y Paranoia querulante.

El apartado F24 se refiere al *Trastorno de ideas delirantes inducidas* que incluye la *Folie a deux*, el Trastorno paranoide inducido y la Psicosis simbiótica, un cuadro en que lo esencial, contrariamente a lo que ocurre con los cuadros del apartado anterior, es que la sintomatología delirante se inicia a partir de la influencia del trastorno psicótico de personas emocionalmente ligadas al paciente.

A nosotros nos parece, sin embargo, que es más adecuado hablar de *Trastornos delirantes crónicos*, ya que lo característico es el ser síndromes de larga duración con clara tendencia a la cronicidad y en muchas ocasiones sin remisión clínica alguna y distinguir las formas típicamente delirante, es decir, la *Paranoia* y los *delirios reactivos paranoides*, que incluirían los cuadros que en la CIE-10 se contemplan en los apartados 22.0 y 24, aunque deban precisarse otros cuadros no referidos aquí, y los *Delirios*

tardíos, un grupo en donde entraría los del F22.8 de la CIE-10, pero en donde también deben hacerse una serie de precisiones.

PARANOIA Y DELIRIOS PARANOIDES REACTIVOS

PARANOIA DE KRAEPELIN

En la 6ª edición de su Tratado (1899), Kraepelin define la Paranoia como “Una psicosis crónica progresiva... caracterizada por el desarrollo gradual de un sistema delirante, estable y progresivo, sin deterioro mental acusado, obnubilación de conciencia, ni alteración de la coherencia del pensamiento”. Se trata indudablemente de una de las definiciones más claras comparándola con las referentes a otras enfermedades mentales. En ella aparecen contenidos todos los elementos esenciales de la enfermedad.

Hay, en primer lugar, un rasgo positivo: la existencia de un delirio bien sistematizado, lo cual es esencial para la noción de paranoia y que, además, termina con las clasificaciones de los delirios por su temática delirante: perseguidos, perseguidores, eróticos, religiosos, etc. tal como venía haciéndose en las nosologías anteriores a dicho autor.

Respecto a esto último, debemos advertir que, en algunos ambientes, sigue manteniéndose la distinción entre los diversos cuadros delirantes por su temática esencial, concretamente en el DSM-IV y en la mayor parte de los tratados franceses. En nuestra opinión, tiene un cierto sentido proceder así por cuanto se corresponde con una verdadera realidad clínica, y más adelante nos referiremos a algunos cuadros característicos, pero entendemos que es mejor tratar de conocer el cuadro delirante por su estructura, ciertos mecanismos etiopatogénicos y la evolución.

Y junto al rasgo positivo señalado, la existencia de un sistema delirante, aparece otro, negativo éste, cuál es la existencia de normalidad en el pensar, el querer y el actuar. Pero esta definición debe ser analizada en el sentido de ver si puede y hasta qué punto mantener el planteamiento de Kraepelin.

En la concepción de Kraepelin se dice que se trata de un sistema delirante estable y progresivo, es decir, una situación en la que el delirio siempre está presente, sin que se consiga nunca la curación, aunque tampoco se llegue a la demencia (“sin deterioro mental acusado”), aunque el propio autor había advertido que el delirio podía desaparecer dejando un pequeño defecto.

Siguiendo con esta definición, advertimos que se señala que el delirio “está bien sistematizado”. Esto no significa que exista una sola fábula delirante, ya que pueden darse toda clase de combinaciones: delirios dobles, en cadena, de sumación, etc. De manera esquemática suele referirse la siguiente sucesión: delirio de perseguidos, delirio de perseguidores y delirio

de grandeza, sucesión temporal que ha sido interpretada de manera diferente. Así, Mayer habla únicamente de sucesión temporal; Kleist, de relación lógica, y Kehrer, de un mecanismo de compensación en el sentido de que cuando aparece el delirio de grandeza existe siempre un trasfondo de delirio de persecución.

Respecto a la estructura del delirio, Kraepelin había advertido que éste era siempre lógico y comprensible, hecho que lo diferenciaba de los delirios de la demencia paranoide y de la parafrenia, que son absurdos y cursan con alucinaciones y otros síntomas. Kehrer (1928), sin embargo, señaló que no siempre las cosas ocurrían así y que era posible observar en otros procesos delirantes, como, por ejemplo, en la PGP y también en algunas esquizofrenias, delirios más lógicos que los observados en ciertas paranoias.

Siguiendo con esta definición, encontramos el rasgo negativo al que antes aludíamos, es decir, la normalidad en prácticamente todas las funciones: querer, pensar, actuar, pero ello es parcialmente exacto, de modo que es frecuente observar deformaciones del recuerdo, merma de la actividad a causa del delirio y modificaciones del lenguaje, el cual puede presentar características parecidas al de la esquizofrenia, y así puede ser rebuscado, pretencioso, engolado y hasta con algún neologismo (Lange, 1927).

Sin embargo, a pesar de estas y otras precisiones a la definición de Kraepelin, podría aceptarse su concepción de la paranoia, pero donde las cosas no están tan claras es en la evolución de la enfermedad, la noción de desarrollo y la génesis de la misma, o sea, en su carácter puramente endógeno. Es decir, donde la noción kraepeliniana de paranoia se tambalea y debe ser corregida es precisamente en la noción misma de la enfermedad, todo lo cual pasamos a analizar.

DESMEMBRAMIENTO DE LA PARANOIA: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE Y DEPRESIÓN DELIRANTE

Es bien sabido que la noción de demencia precoz se basa en el peculiar modo de evolucionar y terminar, y es precisamente la terminación por demencia, aunque ésta sea de un carácter peculiar, el rasgo esencial. Pero se dan dos hechos. En primer lugar, muchas paranoias, al cabo de una serie de años, terminan en un defecto análogo al de la esquizofrenia; en segundo lugar, desde la concepción de Bleuler (1912), la terminación por defecto no es un rasgo definitorio de la esquizofrenia. Por esta razón, debemos trasladar la discusión desde la terminación al comienzo de la enfermedad, es decir, lo que debe ser analizado es la noción de *desarrollo paranoide*, tal como aparece en la concepción de Kraepelin.

Desde los planteamientos de Jaspers (1947), los conceptos de *proceso* y *desarrollo* se han elevado

como fundamentales para el análisis de las psicosis y, aunque en muchos aspectos deben ser revisados, sin embargo, podemos seguir utilizándolos provisionalmente. Según ellos, la diferencia esencial entre la esquizofrenia y la paranoia reside en que aquélla se trata de un proceso, mientras que ésta es un desarrollo.

Sin embargo, una serie de autores han puesto de manifiesto que en muchas ocasiones el delirio paranoide no surge desde una determinada personalidad, sino precisamente desde un brote esquizofrénico. Son casos como los observados por Ngyro y Ko, que mantienen puntos de vista defendidos por Kahn (1926), en los que es posible captar auténticas percepciones delirantes y otras vivencias primarias, pero que evolucionan con un cuadro delirante bien sistematizado, debido a que el paciente conserva suficientemente bien la personalidad. Se trata de lo que López-Ibor ha llamado “esquizofrenia inapercepta” (1957).

Junto a lo anterior, es preciso indicar también que en ocasiones los delirios paranoides no surgen desde un brote, sino desde una fase. En este sentido es conocido que Specht (1905) había intentado incluir todas las formas querulantes crónicas en el cuadro de la manía crónica y además había señalado que, en su opinión, el fondo psicológico de la paranoia era una mezcla de estados afectivos, en los que las oscilaciones entre dos actitudes afectivas opuestas eran más frecuentes en la psicosis maniaco-depresiva, por lo que inducen a interpretaciones paranoides.

Esta asociación entre la paranoia y la psicosis maniaco-depresiva fue también advertida por otros autores (Schroeder, Lange, etc.) y asimismo por algún autor clásico francés, como Seglas. El propio Kraepelin había descrito una forma paranoide de la melancolía, un aspecto sobre el que hemos insistido en varias ocasiones (Barcia 1960, Amat y Barcia, 1964).

Así pues, tenemos que los desarrollos paranoides pueden surgir desde un brote –son pues, esquizofrenias– o desde una fase –por tanto, psicosis maniaco-depresivas o depresiones endógenas–. En este sentido, López-Ibor ha escrito textualmente: “La base de muchos desarrollos paranoides es una fase psicótica de tipo angustioso-depresivo, no alineable al lado de la esquizofrenia, sino de la melancolía angustiosa, de lo que yo llamo el círculo timopático... la paranoia de Gaupp tendría estas dos fuentes: la esquizofrenia y la angustia vital” (1957).

Aunque muchos de los cuadros que tradicionalmente se han diagnosticado de paranoia, en el sentido de Kraepelin, pasen a engrosar la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva; sin embargo, tiene razón Gaupp (1942) cuando advierte que, aunque se reduzca el número de casos, esto no es un argumento válido para negar su existencia o su independencia nosológica. De hecho en el momento actual se acepta la existencia de una serie de cuadros, algunos de los cuales comentamos más adelante que se corresponderían con la noción de Paranoia de Kraepelin,

es decir formas delirantes independientes de la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva.

Pero junto a la noción de desarrollo, es necesario aceptar, siguiendo el punto de vista kraepeliniano, que el delirio surge desde un condicionamiento interno, es decir, es endógenamente generado, y esto ha sido discutido, al menos respecto a no pocos cuadros delirantes, lo que pasamos a comentar.

DELIRIOS REACTIVOS

El propio Kraepelin, en las “psicosis querulantes” y en la “psicosis carcelarias” había visto bien la importancia de los factores externos (*Verkehrsgesychosen*) (1919), pero en su concepción de la paranoia lo fundamental y exclusivo era el factor endógeno, por lo que cuando en algún caso parece advertirse que los factores externos pueden desempeñar algún papel, por lo general son interpretados como efecto y no como causa. Frente a estos puntos de vista, una serie de autores han destacado cada vez más la significación de los factores ambientales, y ha sido Kehrer quien ha ordenado los cuadros descritos en su magistral exposición en el *Handbuch des Geisteskrankheiten*, dirigido por Bumke (1928).

Jaspers (1947) había señalado que los estados reactivos podían ser clasificados atendiendo a tres criterios: según los motivos de la reacción, es decir, por la situación ambiental; según la estructura psíquica y según los tipos de constitución. Kehrer, siguiendo fundamentalmente el primer criterio, había distinguido en los estados paranoides las *reacciones paranoides* y las *psicosis paranoides de situación* de Stern.

En ambos casos se siguen los criterios de reacción establecidos por Jaspers, es decir: iniciación común del delirio y la vivencia; relación comprensible del contenido y terminación del delirio al finalizar la acción ambiental, pero en las reacciones paranoides la vivencia es única y aguda, mientras que en la psicosis de situación es permanente y duradera.

Las reacciones vivenciales anormales por lo general son descritas de acuerdo con los cuadros clínicos que más llamativos resultan al exterior. Así la depresión reactiva, el estado crepuscular reactivo y el delirio reactivo, pero “son las clases de sentimientos anímicos que se ponen en juego, dice K. Schneider, lo esencial y el principio de clasificación”.

Existen muchas clases de sentimientos anímicos susceptibles de convertirse en el sentimiento rector de una reacción vivencial, pero fundamentalmente lo son la tristeza, el terror y la angustia. Tradicionalmente suele hablarse de angustia a la ansiedad inmotivada y de terror y miedo a la motivada, pero K. Schneider distingue dos formas de angustia la motivada y la inmotivada.

Al comienzo de la “angustia motivada” existe siempre un “susto psíquico”, que se refiere, dice K. Schneider, al “amenazador significado de una per-

cepción que es captada de modo que asusta”. Desde esta angustia puede surgir un *delirio paranoide*, cuando se siente agudamente la sensación de pánico. Pero es preciso que esta angustia ataque a un sujeto con un Yo débil y, entonces, la conjunción de ambas circunstancias, hace semejante esta situación a la que ocurre en el auténtico psicótico procesual. Por esto esta angustia puede dar lugar a síndromes que recuerdan a la esquizofrenia paranoide, diagnóstico, dice Astrup, frecuente en el momento del ingreso del enfermo que suele modificarse al observar la evolución.

Entre estos cuadros de *reacciones paranoides*, se han descrito diferentes síndromes entre los cuales destaca el *delirio primario de relación* de Schneider, que es el modelo fundamental de estas formas, que está generado desde una experiencia altamente angustiosa, puede cursar con seudopercepciones y es de terminación a corto plazo. Además pueden citarse, el *delirio querulante recidivante* de Raecke, en el que cada vez que aparece la vivencia reaparece la misma reacción psíquica; la *paranoia abortiva* de Gaupp, la *paranoia atenuada* de Friedman y la *paranoia rudimentaria* de Kraepelin, tres cuadros muy similares, condicionados por un gran número de motivos ambientales y de pronóstico benigno.

En el segundo grupo, las *psicosis paranoides de situación*, se distinguen a su vez dos grupos, según que las psicosis sean desencadenadas por la acción positiva del medio o por aislamiento de él. Entre las primeras tenemos las *psicosis de los gobernantes* de Ziehen, la de los *maestros insatisfechos*, la de las *solteronas* y, especialmente, las *locuras inducidas*, que son como el modelo de este grupo.

Las locuras inducidas fueron perfectamente analizadas por la psiquiatría francesa en la segunda mitad del siglo XIX. Coro Vizueté, y De la Fuente (1993) han realizado una revisión de este tema y señalan que la primera descripción de este fenómeno fue la de Harvey, en 1651. Con posterioridad, diversos autores se refieren a este tema y los describen con diferentes denominaciones: “locura infecciosa” (Ideler, 1838), “infección psíquica” (Hoffbauer, 1886), “locura contagiosa” (Parsons, 1877), “locura colectiva” (Ireland, 1886), pero fue el término utilizado por Laségue y Falret, *folie á deux* el que ha tenido más fortuna, el cual había sido propuesto por Hoffman, en 1899.

Posteriormente, Falret, Laségue y Baillarger se ocuparon del tema con importantes aportaciones. Más tarde, Régis habla de que esta locura se da con más frecuencia entre los perseguidores, afirmación compartida por casi todos los autores. Más importantes quizá son los trabajos de Legrand du Saule, Marandon de Montyel y Claranbault, quienes precisaron muchas de las características de la locura inducida.

En la *folie á deux* deben distinguirse tres grupos:

1. La *folie simultanée*, en la que la psicosis aparece al mismo tiempo en dos sujetos igualmente pre-dispuestos y determinada por una causa común.

2. La *folie imposée*, en la cual un enfermo “fuerza” a delirar a otro, el cual es intelectual o moralmente débil.

3. La *folie communiquée* en la que un sujeto (inductor) enferma de psicosis paranoide, cuyos síntomas arraigan en otro sujeto relacionado con el primero (inducido). Este segundo enfermo desarrolla con posterioridad una enfermedad autónoma que evoluciona independientemente del otro, aun después de la separación de ambos. Esta tercera forma es la verdadera “locura inducida”.

Voss había establecido unas exigencias muy precisas para poder aceptar el diagnóstico de locura inducida: 1) que el inductor enferme antes y que su influencia sobre el inducido esté probada; 2) que el inducido esté previamente sano; 3) que las psicosis de ambos pertenezcan a un tipo en el que no es posible decidir terminantemente el curso de las mismas, y 4) que la psicosis del inducido siga un curso independiente de la del inductor. A esto hay que añadir que es decisivo, más que la igualdad o no de las psicosis, la identidad del tema delirante.

Aunque lo habitual es que se trate de una locura de dos, sin embargo, aunque no es muy frecuente, se han descrito locuras de tres, cuatro, etc., llegando Waltzer a comunicar una “locura de doce”: según Coro Vizueté y De la Fuente no hay más de 15 casos descritos en la literatura mundial de delirios inducidos a más de dos personas.

Como antes habíamos señalado, junto con las psicosis por la acción del medio deben situarse las que aparecen por “ausencia” de él. Aquí deben citarse los *delirios de los sordos y de los duros de oído* de Kraepelin: de los *sordomudos* de Mikulski: de los *degenerados* de Birnbaum y los *delirios paranoides de los ciegos* de Sanchis Banús. A estos hay que añadir los delirios paranoides de los emigrantes, no citados por Kehrér, que recuerdan el delirio de los prisioneros en un país extranjero de Allers.

Es interesante contraponer el *delirio paranoide de los sordos* de Kraepelin con el *delirio paranoide de los ciegos* de Sanchis Banús porque puede ayudarnos a entender aspectos de la génesis de la formación delirante paranoide (Barcia, 1968, 1997). El primero es bastante frecuente. Fue descrito por Kraepelin en la 8ª Edición de su tratado (1915) como *Verfolgungswahn der Schwerhörigen* (Delirio de persecución de los duros de oído), y lo definió como “exteriorizaciones de un delirio de persecución, vago, con alucinaciones particularmente indeterminadas y humor ansioso o intenso, lo que según toda apariencia toma sus raíces en sentimientos de inseguridad que derivan de la imposibilidad de relaciones intelectuales con el mundo exterior.

A partir de esta descripción se han hecho muchas observaciones (Bondenheimer, 1994). Kraepelin había señalado que el delirio paranoide de los sordos se daba con más frecuencia en las mujeres de cierta edad, lo que ha llevado a investigar este cuadro entre

las personas ancianas y, en conjunto, puede decirse que se ha confirmado este hecho. Kay y Roth (1961) observaron mayor proporción entre los Parafrénicos que entre otros diagnósticos, lo que fue confirmado en trabajos posteriores (Cooper et al. 1974; Mayer-Gross et al. 1969). Eastwood et al. (1985), observaron una proporción del 36% de trastornos delirantes con pérdida de oído. Frente a la frecuencia del delirio paranoide de los sordos existe la escasez del mismo entre los ciegos. En 1964 revisamos el tema (Barcia y Sempere) y sólo pudimos encontrar seis casos en la literatura en que el delirio pudiera ser referido a la ceguera y no otras circunstancias. Lo volvimos a analizar en 1997 (Barcia) y creemos que deben añadirse ocho casos más. Frente a la escasez de formas delirantes lo habitual en la ceguera adquirida es aparición de severos cuadros depresivos. El primero en referirse a esto fue Dunton en 1908 y estudios posteriores confirman la alta frecuencia de depresiones entre la ceguera adquirida (Wittkower y Davenport (1946), Duke-Elder y Wittkover, 1946). En un trabajo ya clásico, Fitzgerald (1970) encontró que un 92% de los ciegos estudiados por él presentaron intensas reacciones disfóricas, siendo ellas en un 82% de graves síntomas depresivos, un 74% de ansiedad y un 61% de ideas de suicidio, entre otros síntomas psiquiátricos.

Las razones de lo anterior hay que verlas en la peculiar manera en que el ciego y el sordo se relacionan con el Otro. El sordo se encuentra sometido a una relación puramente visual y falto del apoyo de la palabra, las actitudes del Otro son difícilmente valorables e inciertas. En el encuentro puramente visual puedo pasar a ser “objeto” del Otro y de ahí el carácter amenazante que la mirada pueda tener (Sartre, 1943). Mientras que el ciego puede por medio del lenguaje tener una adecuada relación con el Otro. La soledad del ciego es “natural”, es respecto a las cosas y el mundo, la del sordo es “personal”, en relación con los demás (Barcia, 1969, 1997)¹.

Todos estos delirios plantean el tema de cuál es la importancia y significación etiopatogénica de los acontecimientos ambientales y cuál es el papel de la personalidad, un tema complejo que no queremos analizar en este momento, ya que intentamos mantenernos en una pura descripción clínica. Sin embargo, si pretendemos señalar que estos estudios ponen de manifiesto que no puede aceptarse para todas las formas delirantes el mero condicionamiento interno y que muchas veces se necesita la concurrencia de factores ambientales para que se produzca el delirio.

CUADROS CLÍNICOS ESPECÍFICOS

La nosología de los delirios crónicos debe ser completada con una serie de cuadros, bien definidos, aunque poco frecuentes, en los que se discute si de-

ben o no ser incluidos dentro de las dos grandes formaciones delirantes: la esquizofrenia paranoide y la paranoia. Su interés reside en que puede ayudar a comprender aspectos de la génesis de los delirios. Algunos están condicionados culturalmente.

Aquí incluimos: el síndrome de Cleranbault, formaciones delirantes relacionadas con alteraciones de la corporalidad, y síndromes condicionados culturalmente.

Síndrome de Cleranbault (psicosis pasional)

Este cuadro fue descrito por Cleranbault en 1912 y tiene, según Lehman (1967) (64), dos formas principales:

1. Una caracterizada porque la paciente –por lo general se trata de mujeres–, está convencida de que un hombre, en particular un personaje conocido, la ama intensamente. La paciente puede estar molesta o contenta por ello. Muy frecuentemente persigue y molesta con llamadas, cartas, etc., al presunto amante, el cual se ve obligado a acudir a la policía. Este cuadro aparece como una variante del trastorno paranoide de grandeza y en general puede adoptar un curso más parecido a la parafrenia que al desarrollo paranoide (Priori, 1965).

2. Un segundo cuadro, en el que hay ideas paranoides de influencia, creyendo el paciente que su pensamiento está bajo el control de otra persona. El paciente hace afirmaciones carentes de sentido, puede presentar conductas violentas y automatismos mentales.

Delirios corporales

Aquí incluimos unos cuadros que, si bien presentan características clínicas y evoluciones diferentes, tienen en común referirse principalmente a alteraciones de la corporalidad. Son el síndrome de Capgras, el fenómeno heautoscóptico o autoscópico, el síndrome de Cotard y también, el llamado síndrome del susto.

Síndrome de Capgras

Capgras y Reboul-Lachaux (1923) describieron por primera vez este síndrome en el que un sujeto vivencia a una persona conocida de modo doble o múltiple. El enfermo afirma que alguien, bien conocido por él, es un doble que ha tomado la forma de dicha persona. En numerosos trabajos, Capgras et al. asignan a este cuadro de falso reconocimiento el nombre de “ilusión de Sosias”, tomándolo de un personaje, Sosias, de la comedia de Plutarco, *El anfitrión*.

El cuadro que, como acertadamente señala Alonso Fernández (1977), debería llamarse “delirio de Sosias” y no “ilusión” debe adscribirse al tema de los

¹ Ver nota 56 página 55 del capítulo 1.

falsos reconocimientos que cuenta con una extensa literatura desde los trabajos clásicos de Kahlbaum (1866) y de Kraepelin (1896).

Pauleikhoff (1954) distingue dos clases de falsos reconocimientos: 1) no reconocer a una persona conocida, que representa el verdadero síndrome de Capgras; y 2) reconocer a una persona desconocida.

La capacidad de identificar a una persona sin ser capaz de reconocerla realmente en el verdadero sentido, es decir, con un sentimiento de familiaridad, sugiere la participación de posibles factores neurofisiológicos (Swanson et al. 1974). Sin embargo, Arieti y Meth (1959) creen que este síndrome puede ser interpretado desde planteamientos psicodinámicos. Se trataría de un mecanismo parecido al desplazamiento en que la afectividad del paciente no se desplaza hacia una persona u objeto, sino que se proyecta en el impostor.

Fenómeno heautoscóptico

La primera descripción del cuadro fue hecha por Aristóteles, que refiere que un viajero fatigado, después de permanecer varios días sin dormir, al cruzar un río a caballo, se vio a sí mismo, su propia imagen, a su lado. En la literatura universal posterior, se han hecho descripciones análogas. Desde el punto de vista psiquiátrico, fue Bonnet (1760) el primero en describir este síndrome.

En 1891 Ferè utiliza el término *autoscopia*, para referirse a la experiencia de un médico que, gravemente enfermo, creía ver su propia imagen como en un espejo, y este término es el que se utiliza habitualmente.

Sin embargo, Menninger-Lerhentaahl (1935) señala, acertadamente, que *autoscopia* es un término incorrecto para referirse a esta experiencia, ya que literalmente significa “mirarse a sí mismo”, y el fenómeno descrito es el de “la percepción engañosa de la figura de sí mismo”, por lo que debe llamarse *heautoscopia*.

Hagen (1933) había realizado una distinción: la percepción de un doble físicamente idéntico, fenómeno que debe llamarse “heautoscopia”, y la percepción de un doble físicamente distinto, fenómeno que Hagen denominó *deuteroscopia*.

El fenómeno heautoscóptico es complejo y en él pueden distinguirse diferentes tipos. Siguiendo a López-Ibor (1957) debe diferenciarse, fundamentalmente: 1) la despersonalización y el delirio heautoscóptico y 2) la alucinación heautoscóptica.

El mérito básico de este último autor consistió en haber llamado la atención sobre el hecho de que lo primordial en el fenómeno heautoscóptico es que se trata de una despersonalización, un trastorno del yo corporal. En general, los autores anteriores habían intentado interpretar el fenómeno que analizamos como debido a una alteración de la cenestesia o del esquema corporal, lo cual fue corregido por López-

Ibor. Aquí deben situarse también otros cuadros como los descritos por Sollier (1903), como “autoscopia cenestésica” y el ya referido de “deuteroscopia”.

El “delirio heautoscóptico” fue descrito por Alonso Fernández (1977), aunque hay referencias de autores anteriores, y en él el paciente no se percibe a sí mismo, aunque “sabe” que está fuera de él.

La “alucinación heautoscóptica” debe ser considerada como un fenómeno secundario a la despersonalización, contrariamente a lo que opina Menninger-Lerhentaahl (1935), que define la heautoscopia “como un esquema corporal alucinado” (*als ein alluziniertes Körperschema*), interpretación a la que se suman Hecan y De Ajuriaguerra (1952).

Otros fenómenos descritos como heautoscópicos, como la heautoscopia interna, la heautoscopia negativa, no son propiamente fenómenos heautoscópicos, ya que suele tratarse de fenómenos histéricos.

Síndrome de Cotard

Cotard (1882, 1891) describió un “delirio negativo sistematizado autónomo” que aparece, en cierto modo, como un cuadro opuesto a la heautoscopia. Aquí existe un delirio nihilista masivo, en el que el paciente tiene la evidencia de que no existe nada, todo ha desaparecido (familia, amigos, hogar, etc.) y que todo ha muerto, incluido el paciente. Además, hay sensación de cese del tiempo, lo que paradójicamente da al paciente evidencia de inmortalidad.

En la actualidad, debido seguramente a la eficacia terapéutica, es difícil observar un cuadro completo de síndrome de Cotard, pero no formas incompletas, especialmente quejas hipocondríacas referidas principalmente a órganos internos, especialmente del tracto digestivo. Aunque este síndrome suele adscribirse a la melancolía involutiva, puede deberse a otras enfermedades (esquizofrenia, lesiones cerebrales, etc.).

Síndrome del susto

Relacionado con el síndrome de Cotard, puede citarse el “síndrome del susto”, que aparece en niños y adolescentes y que se caracteriza por intenso temor, ansiedad, hiperexcitación, depresión y pérdida de peso. Los enfermos piensan que el alma ha sido absorbida y que no permanece más en el cuerpo (Gayral y Barcia, 1991).

Síndromes culturalmente condicionados

Síndrome de Amok

Típicamente se trata de un estado de violencia, de autoagresividad y de heteroagresividad o ambos, que ocurre en un hombre retraído, después de un breve

tiempo de cavilación. El paciente suele morir, pero si sobrevive, sufre amnesia de lo ocurrido. Este cuadro se observa especialmente en Malasia y en algunos países africanos.

La interpretación más frecuente es la de que el ataque violento representa una solución a una situación que el sujeto juzga insoportable, o de que es incapaz de resistir a las frustraciones, o bien que le atormenta la humillación. Popularmente, se piensa que el demonio prueba a estos pacientes, idea que da notoriedad al cuadro (Burton-Bradley, 1968; Lehman, 1982).

Psicosis de whitico (whitigo, windigo)

Se presenta en esquimales Cree, de la bahía de Hudson, y en indios *salteaux* y *ojibwa*, asemejándose al “síndrome de posesión” de Clerambault. Se inicia con trastornos intestinales del tipo de la anorexia o náuseas. El paciente está caviloso, temiendo convertirse en *whitico* (figuras legendarias de hielo, que se comen a los hombres). El enfermo se retrae, está triste, insomne y angustiado. Finalmente, cree haberse convertido en *whitico* y muestra una conducta canibalística.

Algunos autores han interpretado este cuadro como un fenómeno histérico primitivo, pero en muchos casos indudablemente se trata de un cuadro psicótico en el que se dan conductas extravagantes y alteraciones del pensamiento (Lehman, 1982).

Muerte vudú

El sujeto, angustiado por la amenaza de un brujo o de un hechicero, muere rápidamente. Este cuadro se ha visto en Australia, Haití y Sudamérica. Cannon (1942) lo interpreta como consecuencia de un exceso de adrenalina, y Richter (1957) como debido a sobreestimulación vagal.

Síndrome de Puerto Rico

Se trata de un cuadro mal definido, en el que hay ideas extravagantes, ideas de infidelidad y otros delirios paranoides. En ocasiones, existen síntomas catatónicos y alucinaciones. Se observa excitación extrema, pánico y conducta de automutilación y de violencia.

Mehlman (1961), que ha realizado un profundo análisis de este síndrome, duda de su existencia real. Todos los enfermos que pudo estudiar diagnosticados de síndrome de Puerto Rico pudieron ser catalogados como afectos de otras enfermedades psiquiátricas.

Psicosis colectivas

En la Edad Media, se produjeron manifestaciones colectivas patológicas, por lo general de tipo histérico. Zilboorg (1941) refiere muchas experiencias colectivas entre los siglos XVI y XVII.

Un cuadro relativamente frecuente fue la idea de convertirse en un animal, especialmente un lobo (licantropía), por lo que se organizaban muchas veces cacerías para terminar con estos infelices.

DELIRIOS TARDÍOS

La Psiquiatría clásica, especialmente a partir de la descripción por Kraepelin de las “Psicosis de la edad de la Involución” (*Irreseins des Rückbildungsalters*), aceptó la idea de que en esa edad existían una serie de cuadros específicos que no se daban en otros períodos y se describieron una gran cantidad de ellos. Contrariamente a este planteamiento, la Psiquiatría actual tiende a señalar que en la edad involutiva y senil los cuadros psíquicos observados son los mismos que existen en otras edades. Como un ejemplo de este modo de entender la patología de la edad senil y ciñéndonos a los cuadros delirantes, en la Tabla I, presentamos un esquema tomado de un trabajo de Alonso Fernández (1990), en donde se establecen las correlaciones entre los cuadros clásicos con la nosología actual.

Desde un punto de vista nosológico nosotros pensamos que los cuadros delirantes que se ven en las edades avanzadas de la vida pueden ordenarse en dos grupos, cuadros que están ligados a una determinada enfermedad, especialmente patología afectiva

Tabla I
Correspondencia cuadros clásicos con nosología actual

Cuadros clínicos	Nosología actual
Paranoia de Ewald Paranoia de Kleist	Delirio paranoide
Parafrenia de Serko Depresión rígida de Medow	Esquizoparafrenia
Depresión rígida de Ekow	Esquizofrenia paranoide
Depresión involutiva de Kraepelin Agitación ansiosa de Kraepelin Catatonía inhibida de Kraepelin Delirio de perjuicio de Kraepelin Catatonía agitada de Jakobi Delirio nihilista presenil de Wewer	Depresión monopolar
Tomado de Alonso Fernández, 1990.	

(manía y depresión) y cuadros delirantes, concretamente, Parafrenia (Esquizofrenia tardía), Psicosis alucinatoria crónica y Paranoia senil y creemos que cualquiera que sea la tesis mantenida –la clásica o la actual–, lo que si es cierto es que en estas edades seniles, los cuadros psíquicos y concretamente los delirantes tienen una serie de características que los diferencian de los de otras edades. Nosotros pensamos que pueden ser destacados cuatro hechos, esencialmente:

1. Hay síndromes delirantes que aparecen en la vejez con más frecuencia que en otras edades anteriores de la vida.

2. Los cuadros delirantes seniles tienen características clínicas y sintomatológicas peculiares.

3. La mayoría de los cuadros delirantes de la edad senil se asocian a sintomatología afectiva.

4. La patología de la corporalidad juega un papel esencial en la génesis de la sintomatología delirante de las edades avanzadas de la vida.

En este trabajo centraremos nuestro análisis en tres aspectos: en primer término realizaremos el estudio de la “Hipocondría depresiva”, un síndrome altamente característico de la depresión senil y, en relación con él estudiaremos aspectos del delirio dermatozoico. En segundo, nos referiremos al cuadro clásico de las Parafrenias y finalmente, trataremos de la “Psicosis alucinatoria crónica”, un cuadro prácticamente desconocido en la actualidad, pero que creemos que debe estudiarse para decidir sobre su posible legalidad nosológica. No hablaremos de los cuadros delirantes orgánicos, especialmente de la Demencia senil tipo Alzheimer, ya que se tratan en otro Capítulo y además así se contempla en la CIE-10.

DELIRIOS HIPOCONDRIACOS Y DELIRIO DERMATOZOICO

Uno de los autores que analizó en profundidad la patología de la edad senil y puso orden en la nosología psiquiátrica de esta edad fue M. Roth (1958) y, por lo que se refiere a los cuadros depresivos, distinguió cinco tipos: 1. Depresión atípica, 2. Depresión pseudodemencial, 3. Depresión con obnubilación de conciencia, 4. Depresión en enfermedad somática crónica y 5. Depresión reactiva.

En este momento nos interesa el primer cuadro, es decir, la Depresión atípica. Este síndrome se caracteriza porque cursa con ideas extravagantes y grotescas, agitación, ideas de autodesprecio, que en algunas ocasiones se complica con Síndrome de Cotard y con ideas nihilistas respecto al cuerpo, al que hemos aludido en el apartado anterior. Según predomine algún síntoma pueden estos cuadros depresivos organizarse en diferentes tipos clínicos, y así, por ejemplo, Ferrey et al. (1994) distinguen cuatro formas: 1. Síndrome de Cotard, 2. Formas hipocondríacas de la Melancolía (en ocasiones con delirio

dermatozoico), 3. Delirio hipocondríaco paranoide y 4. Hipocondría histeriforme.

Pero si se atiende a lo anterior, se percibe que los hechos esenciales comunes a todos los tipos clínicos descritos por estos autores son el predominio de la patología somática junto a la existencia de sintomatología delirante. El hecho básico común sería por lo tanto el *delirio hipocondríaco*.

En 1995, publicamos un trabajo en donde analizábamos la patología depresiva de los pacientes ancianos y llamábamos la atención sobre un hecho, denunciado por todos los autores, y que se corresponde con lo que venimos diciendo, respecto a la mayor frecuencia de sintomatología somática en la depresión senil que en la depresión de la edad adulta, pero además, al estudiar por medio de un análisis *cluster*, los pacientes seniles deprimidos pudimos observar que podían reconocerse tres grupos, uno de los cuales estaba caracterizado por trastornos delirantes hipocondríacos, por lo que concluíamos que en esta edad debía recogerse la existencia de una *Forma depresivo-hipocondríaca*.

Aunque, como advertía M. Roth, puede darse en la depresión hipocondríaca senil una forma completa del Síndrome de Cotard², sin embargo lo característico es que aparezca de forma mitigada con síntomas de aspecto cotardiforme.

Los síntomas son variados y el paciente los refiere a cualquier parte del cuerpo, aunque predominan claramente las quejas gastrointestinales. Los enfermos están preocupados por la “función global” del intestino y tienen molestias imprecisas, malestar del aparato gastrointestinal, pero son muy frecuentes quejas relacionadas con el estreñimiento, hasta en el 33% de los casos, según Alarcón (1964), las cuales adquieren un claro tinte delirante y nihilista. Otras veces las molestias se refieren a la boca, del tipo de “lengua ardiente”, “mal sabor de boca”, etc.

No son infrecuentes, como también ocurre en la depresión de la edad adulta, la presencia de dolores, como cefaleas, dolor de espalda, etc, pero que en los ancianos se presentan con más frecuencia. Por ejemplo Magni et al. (1958) encontraron quejas dolorosas en el 75% de los depresivos ancianos frente al 32% de los adultos controles. En un trabajo realizado por nuestro grupo (Sánchez Blanque et al. 1995), encontramos cifras análogas si bien eran más frecuentes los dolores en las mujeres. No es de extrañar la frecuencia de las quejas abdominales, después de todo la noción de hipocondría, de hecho variable

² El primero en describir un delirio de negación fue posiblemente Avenzoar, un médico árabe español del siglo XII (1076-1163), natural de Peñafiel (Sevilla) que escribió: “*Quales sunt a mania possessi, qui se mortui arbitrantur ita, ut nee bibere, neque edere reluit, dicentes talia mortui non facere, aut corpus duplex habere* (Libro I, Thezir c. 165) (algunos de los que son dominados por la manía se consideran muertos y no quieren ni beber ni comer, diciendo que los muertos no hacen tales cosas o que tienen dos cuerpos).

a lo largo de la historia y confusa, alude sin embargo, a una zona del abdomen donde los griegos y especialmente Galeno situaba una serie de dolencias.

Todas estas quejas somáticas pueden verse en cualquier anciano deprimido pero tienden a agruparse dando lugar a un subtipo de la depresión senil. En este sentido Hyer et al. (1987), por medio de un análisis de varianza encontraron que había un fuerte relación entre depresión y quejas dolorosas e hipocondriasis, que además eran las variables que afectaban más a la calidad de vida de los pacientes.

Respecto al modo como el paciente describe sus quejas somáticas es habitual junto a la sensación de mal funcionamiento y dolorimiento difuso, que hable de que tienen los intestinos paralizados, podridos o rotos. Un enfermo decía que los intestinos estaban llenos de pus y podredumbre. Como señalan Sarró y Ruiz Ogara (1977) estas formas menores deben ser valoradas con la misma significación que cuando aparece de forma completa el delirio de Cotard.

De que forma debe interpretarse la queja hipocondríaca es discutible, no sólo para las hipocondrias de la senilidad. Tras un excelente análisis de la literatura Barsky y Klerman (1983), llegan a la conclusión de que se han utilizado cuatro modelos para interpretar la hipocondriasis que representamos en la Tabla II. De ellos nos interesa el tercero, es decir, la idea de que la hipocondría es expresión de anomalías en la percepción, un modelo defendido por varios autores (Barsky y Klerman (1983); Adler y Lomazzi (1973); Adler et al. (1973). Pero esta hipótesis de que la hipocondriasis se debe a “aumento de la sensibilidad para cambios corporales”, puede ser entendida, por lo menos, de tres maneras diferentes. 1. Los hipocondríacos experimentan sensaciones somáticas con mayor intensidad que los no hipocondríacos; 2. Los hipocondríacos interpretan equivocadamente sensaciones relativamente normales, produciéndose entonces respuestas cognitivas catastróficas. Por ejemplo, dificultades menores al tragar creadas por sequedad o lige-

ro dolor de garganta pueden interpretarse como expresión de un proceso maligno y 3. Los hipocondríacos están predispuestos neurofisiológicamente a pensamientos concretos e interpretaciones físicas de la percepción.

Posiblemente las tres interpretaciones sean correctas y los mecanismos aducidos en ellas jueguen un papel, pero nosotros estamos más inclinados a aceptar como más relevante del modelo perceptivo la tercera forma señalada, por varias razones.

En primer lugar este planteamiento coincide con la tesis clásica de la *Cenestesia*. Aquí conviene recordar los puntos de vista de Dupré que había interpretado a la Hipocondría como consecuencia de una alteración de la sensibilidad psíquica referida a determinados territorios orgánicos y, sobre todo, los planteamientos de una serie de autores franceses (Seglas, Canabis, Peisse, Maime de Birant) que sostenían que la conciencia y la idea de continuidad de la persona tendrían una base física, por lo que el sentimiento general que tenemos de nuestro cuerpo se expresa en una sensación global que llamaron *cenestesia*.

En relación con lo anterior hay que recordar que hay varias modalidades de referirse al cuerpo. El cuerpo mundano, el cuerpo físico y el cuerpo vivido. El primero es el modo como nos presentamos ante los demás y en relación a él puede estructurarse el *delirio paranoide* (Zutt y Kulenkampf, 1957). El cuerpo físico (*Körper*), es el cuerpo visto como un objeto, es el cuerpo que estudian los anatómicos, que tiene una forma, un color, etc. Es el “cuerpo que tenemos” decía Gabriel Marcel, distinto del “cuerpo que somos” (*Leib*), el cuerpo vivido, a través del cual y por medio del cual vivimos.

Este cuerpo no sólo lo percibimos en el hambre, la sed, la sexualidad, etc, un cuerpo que no es tan silencioso como quería Sartre, *le corps*, decía, *passee sous le silence*, sino que existimos en tales sensaciones. Si pudiera decirse en castellano deberíamos decir *hambre, soy esa hambre*, en vez de *tengo hambre*, pues no se trata de algo que poseemos, sino de una modalidad de la corporalidad.

El cuerpo del viejo se va cosificando, lo cual es especialmente cierto en la Melancolía senil. O. Dörr (1995), parafraseando a Rümke, habla de una *Melancholische gefühl*, porque los rasgos que percibimos en el anciano melancólico no sólo nos ayudan al diagnóstico sino que nos ofrecen algo de la “esencia” de la enfermedad, concretamente algo como cosificado, próximo a la muerte. Y esto que percibimos en el melancólico viejo, es también percibido por él mismo en su corporalidad.

En tercer término, los estudios sobre la queja dolorosa de la depresión apuntan también hacia la tesis de que lo decisivo en la hipocondría es una peculiar percepción de la corporalidad alterada. En el análisis de las vivencias de los enfermos con dolor crónico que cursan con quejas depresivas es necesario distin-

Tabla II
Modelos conceptuales
sobre hipocondría

DSM-III-R	La hipocondría es vista como un cuadro independiente
Psicoanálisis	La queja hipocondríaca es una defensa
Modelo perceptivo	Aumento de sensibilidad para cambios corporales
Ps. social	Las quejas hipocondríacas se explican desde la teoría del aprendizaje
Según Barsky y Klerman, 1983.	

guir las características de la experiencia depresiva de otras, especialmente el *catastrofismo* (Barcia, 1997).

El *Catastrofismo*, es un modo de evaluar determinadas experiencias y ha sido caracterizado por Kaffee et al. (1990), por medio de una subescala de la *Coping strategies Questionnaire* (Tabla III). Lo que interesa decir es que las evaluaciones negativas sobre el dolor, como catastrofismo, mediatizan los aspectos afectivos del dolor, mientras que las auténticas vivencias depresivas, impactan la transmisión sensorial del dolor, por aumento de la atención a los aspectos somáticos, la sensación dolorosa y otras vivencias corporales (Fields, 1991). Esta distinción es importante y justifica la necesidad de diferentes terapéuticas. Los aspectos derivados de la experiencia depresiva centrada en las quejas dolorosas y somáticas indican la necesidad de terapéutica farmacológica con antidepresivos, mientras que las vivencias catastrofísticas deben ser modificadas por medio de terapéutica cognitiva.

En *conclusión*, nosotros pensamos que el paciente anciano deprimido con quejas hipocondríacas está predispuesto negativamente a pensamientos concretos e interpretaciones físicas de la percepción de su corporalidad. De hecho la hipocondría depresiva se trata de verdadera hipocondría *cum materia*. Los clásicos utilizaban este término para referirse a la hipocondría que surge a partir de auténticas enfermedades corporales que pueden estar en la base del delirio hipocondríaco. En este sentido podemos referirnos a un interesante caso de Guimón (1977) de un paciente con síndrome de Cotard que afirmaba tener el abdomen y la vejiga llena de pus, que una exploración e intervención quirúrgica posterior demostró la realidad de una extensa colección purulenta. Pero nosotros pensamos que la hipocondría depresiva se basa sobre percepciones alucinatorias de la corporalidad alterada, un tema que nos lleva a analizar el *delirio dermatozoico* que en ocasiones acompaña al delirio hipocondríaco, tal como referían Ferrey et al. (1994), en el segundo grupo de su ordenación nosológica que antes hemos referido.

Tabla III

**Subescala de catastrofismo
del cuestionario de estrategias
de afrontamiento (CSQ)**

Esto es terrible y creo que no mejorará nunca
Es espantoso y creo que me abrumará
Me parece que así la vida no vale la pena vivirla
Estoy constantemente pensando en si esto terminará
Creo que no puedo aguantar esto por más tiempo
Tengo la impresión de que no puedo continuar
Kaffee et al. 1990.

Este cuadro ha recibido numerosas denominaciones. Skott (1978) ha recogido, en un excelente estudio de la literatura, hasta treinta términos diferentes, a los que aún se podrían añadir algunos más.

Las primeras denominaciones tendían a utilizar el término fobia, por ejemplo Thibierge (1894): *Acarofobia*; Perrin (1896): *Parasitofobia*. La razón de lo anterior se debe a que, como mostró Berrios (1982), a finales del siglo XIX el término “fobia” no tenía el sentido de neurosis que tuvo posteriormente. Algunos autores posteriores, especialmente dermatólogos, que seguramente han hecho las mejores descripciones de este síndrome, han utilizado el término fobia, equivocadamente como neurosis para referirse a este síndrome.

Morris (1985) señala que debería hablarse de *delirio de infestación*, un término propuesto en 1970 por Hopkinson. Nosotros pensamos que, al menos para los autores de habla española, es preferible el término de *Delirio parasitario*, o el propuesto por Ekbohm (1938), *Delirio dermatozoico*, (*Dermatozoenwahn*)³.

Este cuadro es más frecuente de lo que suele pensarse. Tullet (1965), en diez años pudo observar 25 casos. Una revisión bibliográfica realizada por Mester en 1975, le lleva a pensar que en esa fecha se habían comunicado unos 300 casos. Reilly y Batchelor (1986), realizaron una encuesta a unos trescientos dermatólogos interrogando acerca de cuantos casos de delirio dermatozoico pudieron ver en cinco años y estiman que en ese período de tiempo en el Reino Unido e Irlanda se observaron 365 casos. Finalmente Morris y Jolley (1987), después de una revisión de la literatura, junto a su experiencia, llegan a la conclusión de que este cuadro es más frecuente en los pacientes ancianos.

³ El término *delirio parasitario*, ha sido propuesto por Wilhelmi en 1935 (*Ungezieferwahn*), es decir, literalmente *Delirio de parásitos*, que también con posterioridad ha sido utilizado por otros autores. En principio el término *Delirio de infestación* es correcto. En el *Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas*, editado por la McGraw-Hill, señala acertadamente que *Infestar*, viene de *Infestare*, que significa “acoso” y de ahí, *infestus*, “hostil”. Pero añade que puede utilizarse el término, *parásito*, y sus derivados, ya que se alude a los organismos vivos que anidan en otro.

En castellano (*Diccionario de la Lengua Española*), infestación significa “causar daño” y también *inficionar*, término antiguo que significa “infectar”, por lo que el uso de “delirio de infestación” podría ser utilizado. Sin embargo puede haber ciertas confusiones. Porque *infestus*, da lugar a dos acepciones distintas de lo anterior. En primer término da lugar a *enhiesto*, término que básicamente se utilizó para referirse a las lanzas. Así en Juan Ruiz (1086), leemos “enhiestos los pendones” o en Guevara y Fray Luis de Granada, “no quedar lanza enhiesta”, es decir “rendirse”. La otra acepción de *infestus* se refiere a “lo que está en alto”, lo que ha dado lugar, especialmente en gallego, al término *enfesta*, es decir, “elevado”. Una modificación *infesta* se utiliza para designar muchos lugares, especialmente en la provincia de La Coruña y de Orense. En Cataluña hay un lugar, cerca de Calaf, que se llama *anfesta*.

Sin intentar ahora un análisis de este cuadro, que estaría fuera de lugar, nos interesa destacar dos hechos, junto al dato anterior de presentarse con más frecuencia en los pacientes ancianos, y es que este síndrome se relaciona con mucha frecuencia a experiencias depresivas y que se trata de un *delirio hipocondríaco*.

Refiriéndonos a esto último queremos señalar que algún autor denominó el cuadro destacando la hipocondría. Así Schwartz (1929) se refirió a él como *Cirkumscriphte hipocondrie* y Munro (1978) habla de la existencia de un grupo de pacientes con *Psicosis hipocondríaca monosintomática*, que sería una subforma de la *Hipocondría delirante*.

Por lo que respecta a su vinculación a las experiencias depresivas que antes habíamos señalado hay que decir que si bien el delirio parasitario se da en muchas patologías, físicas y psíquicas, dos aparecen especialmente relevantes: la *Folie a deux* y la *Depresión*.

Mester (1975), en la revisión de la literatura que antes referimos piensa que *Folie a deux* ocurría en un tercio de los casos y en el también referido trabajo de Skott (1978) entre 57 casos este autor observó *Folie a deux* 14 veces.

Junto a lo anterior hay que señalar que todos los autores destacan también la alta incidencia que el delirio parasitario se da en la depresión, pero no sólo como entidad nosológica. Al respecto Skott (1978) señalaba que sus casos se relacionaban con crisis de ansiedad, síntomas depresivos, cuadros obsesivo-fóbicos y delirios, con independencia de la enfermedad que padeciera el paciente.

Nosotros pensamos que fundamentalmente el cuadro debe ser visto como un *Delirio hipocondríaco depresivo*. Frecuentemente el paciente señala que nota en su piel bichos que suele identificar (pulgas, ácaros, a veces gusanos, etc.), y hasta llegan a llevar a la consulta el espécimen que les atormenta, lo que en una editorial de *Lancet* (1983) se denomina “signo de la caja de cerillas”, por llevar ahí encerrado el parásito. Pero no es infrecuente que el enfermo sea impreciso y le llame “cosa” o “algo que se arrastra y ataca”.

Pero lo habitual es que antes de estas precisiones el paciente tenga molestias en la piel, prurito o algo análogo. Una enferma nuestra (Nieto et al. 1989), tres meses antes de la aparición del delirio parasitario se quejaba de “tener la piel vieja, pelleja, en la que se apreciaban venas que antes no tenía”. Notaba la “carne como muerta”. Se quejaba de tener “los genitales ennegrecidos, el ano metido hacia adentro, como lo tienen los muertos”, decía. “Afirmaba no tener estómago ni intestinos y que se deformaban los huesos, sobre todo los de la pelvis y las manos”. Es decir quejas claramente del tipo del síndrome de Cotard. Tal como hemos señalado, aproximadamente tres meses más tarde, fecha en que pudimos estudiarla, la enferma afirmaba “tener el cuerpo con gusanos, que son como larvas, las cuales se estaban co-

miendo su cuerpo y salían por la nariz. También podía observarlas en las heces”.

En un trabajo de revisión de este síndrome, Berrios (1985), señala que las opiniones de los autores pueden ordenarse en dos grupos: los que piensan que lo primario es un *delirio* (Ekblom, Wilson & Miller, Fisch, etc.) y los que creen que el delirio es secundario a una *alucinación* (McNamara, Bers & Conrad, etc.). Realmente parece difícil una decisión, pero nosotros pensamos que la segunda teoría es más cierta, pues demasiadas experiencias sensoriales preceden al delirio, aunque en realidad la discusión no tiene demasiado fundamento y pensamos con una serie de autores (Janet, Arnaud, H. Ey) que una alucinación es “ya un delirio” ya que en él debe destacarse, no el juicio erróneo, sino la creencia en la realidad de la experiencia, pues en caso contrario se trataría de una *Alucinosis*.

PARAFRENIA DE KRAEPELIN

Kraepelin, bajo la denominación de *paranoia Verblödung*, había reunido una serie de cuadros clínicos que se caracterizaban por cursar con un delirio alucinatorio mal sistematizado, de fondo persecutorio, que evolucionaban crónicamente, pero sin que se llegase a producir el embrutecimiento característico de la demencia precoz. Kraepelin aceptaba la existencia de cuatro formas de parafrenias: sistemática, expansiva, confabulatoria y fantástica.

Sin embargo, la investigación posterior puso en duda la realidad nosológica de las parafrenias e incluso la realidad clínica de alguna de estas formas. Verdaderamente, el propio Kraepelin siempre había dudado respecto a la autonomía de las Parafrenias y si las segregó de la demencia precoz fue para mantener intacta su concepción de esta última, es decir, la necesidad conceptual de terminación por demencia, pero de hecho este autor había establecido un cierto *continuum*, al separar la demencia precoz en las formas *gravis* y *mitis*.

Atendiendo al curso de la enfermedad, lo cual es central en la conceptualización de Kraepelin de las psicosis endógenas, pronto se reconoció que los cuatro tipos de parafrenias aceptados nunca tuvieron el mismo pronóstico. La “parafrenia sistemática” cursa sin destrucción de la personalidad. En la “parafrenia expansiva”, las ideas delirantes evolucionan en el sentido de hacerse cada vez más absurdas, pero sin que se llegue a producir un grave deterioro de la personalidad. Por el contrario, la “parafrenia confabulatoria” cursa con un empobrecimiento del delirio y un derrumbamiento del psiquismo. En la “parafrenia fantástica”, por último, aunque hay casos que pasan muchos años sin demenciarse, la demencia suele aparecer en el plazo de unos 4 o 5 años, por lo que Bumke (1946) llama a esta forma “demencia fantástica”.

De este modo tenemos que las Parafrenias sistemática y expansiva se aproximan a la paranoia, y la fantástica se situaría junto a la demencia precoz paranoide. Finalmente, la parafrenia confabulatoria es, si existe, muy rara, hasta el punto de que Bumke duda haberla diagnosticado, y Leonhard (1960) la identifica con la fantasiofrenia.

En 1911, apareció la obra fundamental de Bleuler sobre *Las esquizofrenias*, por lo que desde entonces no fue necesario el requisito del deterioro de la personalidad para el concepto y el diagnóstico de este proceso, por lo cual pareció innecesario mantener a las Parafrenias como grupo independiente, ya que Kraepelin las había segregado del grupo de la demencia precoz, precisamente como hemos señalado por su terminación no demenciante.

Sin duda, el golpe más fuerte contra la independencia nosológica de las parafrenias lo representó el trabajo de Mayer (1921), quien siguió la evolución de 78 casos diagnosticados por Kraepelin de parafrenia, llegando a la conclusión de que sólo 28 se ajustaban a los criterios de este autor, mientras que los 50 restantes evolucionaban como psicosis de otro tipo. Por otro lado, basándose en los trabajos hereditarios de Hoffmann, Mayer aproximó las parafrenias a la esquizofrenia, negándoles autonomía nosológica.

También Kolle (1931) participa de esta misma opinión a la luz de sus investigaciones sobre las familias de 66 casos diagnosticados de parafrenia, en las que encontró altos porcentajes de esquizofrénicos, e igualmente por el seguimiento de estos pacientes observando deterioros de la personalidad en muchos de ellos.

A partir de estos estudios, la mayor parte de los autores alemanes mantienen el criterio de la no independencia de las parafrenias, que fue sostenido de modo tajante por Mayer-Grossen el *Handbuch des Geisteskrankheiten*, dirigido por Bumke (1932), opinión que fue ratificada en el Congreso Internacional de Psiquiatría de París (1950), a la que se adhirieron otros muchos autores. También la mayor parte de los autores franceses comparte esta opinión, en particular J. Delay, a la luz de sus observaciones anatomoclínicas, inscribiéndolas en el grupo de las esquizofrenias.

Algunos autores que niegan la independencia nosológica de las parafrenias reconocen, sin embargo, su indudable realidad clínica y muchos de ellos piensan que se trata de cuadros posprocesuales, apareciendo entonces las parafrenias como un cuadro residual. En este sentido se manifiestan Berze, Ey, Durand, Ledeoux y Benoit, entre otros (1934, 1954). Cualquiera que sea la posición teórica mantenida, hay que reconocer que, aunque sin la profusión de casos que antiguamente se diagnosticaban, en todas las clínicas psiquiátricas existe un reducido grupo de pacientes que se adaptan a los criterios de Kraepelin, y otros refieren aspectos muy similares

en los que destacan el comienzo tardío, la riqueza sintomatológica y, esencialmente, la ausencia de deterioro.

En este sentido podemos citar que Leonhard, siguiendo a Kleist, aunque sitúa las parafrenias dentro del grupo de las esquizofrenias, se ve obligado a admitir cierta independencia para la “parafrenia fantástica”, que identifica, como habíamos dicho, con la fantasiofrenia de Kleist y con la “alucinosis fantástica” de Schroeder, debido esencialmente a su curso no deteriorante. Por otro lado, Leonhard describió un cuadro que llamó *parafrenia afectiva*, caracterizado por la presencia de un delirio bien sistematizado, pero en el que existe básicamente una fuerte adherencia afectiva al delirio, aun cuando éste sea tan fantástico, que contrasta con la indiferencia y el desinterés de las esquizofrenias delirantes del grupo nuclear.

De forma análoga, muchos autores franceses se ven obligados a reconocer la existencia de cuadros delirantes intermedios entre la demencia paranoide y la paranoia, tal como había establecido Kraepelin. Así, en 1912, Halberstad que se mostraba partidario de la delimitación de las parafrenias, describió una forma que llamó *parafrenia alucinatoria*, cuyo rasgo esencial es la gran riqueza de las alucinaciones auditivas, mientras que el delirio es poco notable y las alucinaciones psíquicas (influencia, transmisión, etc.) de escasa importancia.

En 1938, Nodet, siguiendo a Claude, autor que acepta también un grupo delirante intermedio entre la demencia paranoide y la paranoia, distingue tres formas de parafrenias:

1. Parafrenia esquizofrénica, caracterizada por alteraciones del lenguaje, estereotipias, neologismos, sin alteraciones profundas del curso del pensamiento, sin ambivalencia, negativismo e incoherencia verbal.

2. Parafrenia expansiva, en la que la producción de ideas es rica y variable. Aunque tiene aspecto maniaco, no hay verdadera agitación ni desorden de los actos, aunque sí ligera excitación, logorrea e hiperproductividad.

3. Parafrenia melancólica, que se corresponde con el “delirio de negación” de Cotard, pero en el que los pacientes tienen cierta placidez e incluso sonríen cuando cuentan sus males.

En 1955 Roth realizó una ordenación nosológica de los cuadros psicóticos geriátricos que fue muy popular y en ellos incluyó lo que llamó “Parafrenia tardía”, por iniciarse el proceso a partir de los 60 años y en donde no se aprecian cambios del estado de ánimo ni trastornos orgánicos, de hecho el cuadro correspondería en principio a las formas clásicas de parafrenia de Kraepelin. Sin embargo poco a poco fue introduciéndose el término de “Esquizofrenia tardía” propuesto por Roth y Kay debido a que piensan que el cuadro delirante tardío tiene rasgos similares a la Esquizofrenia del adulto diferenciándose segura-

mente en su comienzo tardío aunque lo cierto es que los cuadros aislados por ellos se asemejan más los Trastornos delirantes paranoicos.

Estos autores señalan que el cuadro es de comienzo insidioso, sin la concurrencia de factores precipitantes, con riqueza en la producción delirante, con delirios fantásticos, no bien sistematizados y de contenido variable (megalománicos, eróticos, místicos, etc.), y en general con ausencia del característico trastorno de curso de pensamiento esquizofrénico ni de la psicomotilidad.

En las décadas posteriores, a partir del referido trabajo de Roth y Kay, se registran algunas revisiones de estos procesos (Post, 1966, Graham, 1984, Gold, 1984), y en general tiende a decirse que se trata de cuadros seguramente Esquizofrénicos, aunque en ellos domina la sintomatología delirante. En 1988, Jeste et al. realizan un excelente trabajo comparando cuadros delirantes iniciados en edades diferentes y concluyen que la “Esquizofrenia tardía” es una categoría diagnóstica y en ella se incluyen los antiguos cuadros parafrénicos, opinión mantenida por otros como Grandhame (1984), Pearson et al. (1989), en que el dato más importante es siempre el comienzo tardío y la menor afectación afectiva sin el característico aplanamiento esquizofrénico y una mayor riqueza delirante.

En contraste con la abundancia de estudios clínicos, no hay demasiados que analicen adecuadamente los trastornos cognitivos medidos con test neuropsicológicos ni estudios sobre la personalidad de los parafrénicos. Respecto a lo primero, en la excelente revisión de la esquizofrenia tardía realizada por C. Pelegrin Valero (1994) se señala además de la escasez de trabajos que, en general, tiende a verse peores rendimientos cognitivos que en la población general de la misma edad y resultados parecidos a los obtenidos en la esquizofrenia respecto a test que miden, sobre todo, rendimientos del lóbulo frontal.

Un estudio utilizando el test de Rorschach y el WAIS, fue realizado por nosotros (Barcia y Martínez Pardo, 1978), en el que comparábamos parafrénicos con esquizofrénicos crónicos. A la luz de nuestras observaciones, parecía evidente que debían separarse dos grupos: uno formado por esquizofrénicos hebefrénicos y catatónicos, y otro por esquizofrénicos paranoides y parafrénicos, es decir, por delirantes crónicos.

La conclusión que creemos debe extraerse, tanto desde el punto de vista clínico como de las características de la personalidad, es que no hay sólidos argumentos para separar la parafrénia como un grupo independiente. Sin embargo, creemos que es obligado su conocimiento, ya que, al menos de cara al pronóstico, los cuadros parafrénicos aparecen como más benignos que los esquizofrénicos paranoides, por lo que respecta al deterioro de la personalidad.

PSICOSIS ALUCINATORIA CRÓNICA

En el momento actual no suele hablarse de este cuadro, pero creemos que la *Psicosis alucinatoria crónica*, tiene características que permiten mantener su independencia nosológica. Este cuadro es en general mal conocido fuera de Francia y aun en este país, después de la dura crítica de H. Ey (1955) y de Gribois (1989), suele negársele realidad nosológica, pero a nosotros nos parece, decíamos, que hay razones para mantener su independencia de la Esquizofrenia tardía.

En 1908, Seglas bajo el nombre de *Psicosis alucinatoria* publicó unos casos que había analizado muy cuidadosamente y en los que sólo pudo observar la presencia de una patología alucinatoria. Dos años más tarde, Dide y Gassiot (1910) bajo el nombre de *Psicosis alucinatoria crónica*, describen casos parecidos, en los que hay alucinaciones con ausencia de confusión y trastornos intelectuales y añaden un hecho importante cual es la no tendencia a la dementación. Estos autores reconocieron la prioridad de Seglas en la descripción del cuadro, al cual este autor vuelve en 1916, insistiendo también en el buen pronóstico.

En 1911, Gilbert-Ballet se refiere a este cuadro con el mismo nombre de *Psicosis alucinatoria crónica*, con las mismas características de las referidas por los autores anteriores aunque insiste en la presencia de delirios mejor o peor estructurados.

Gilbert-Ballet no aportó nuevas observaciones y sus trabajos se basaron en datos tomados de otros autores pero su nombre fue el que quedó vinculado a este cuadro clínico seguramente por el énfasis puesto en defender su independencia motivado más por un espíritu “patriótico” que por motivos científicos. En esa fecha la Psiquiatría francesa estaba asimilando los planteamientos de Kraepelin, y en algunos aspectos chocaba con los cuadros clásicos descritos por los franceses. Gilbert-Ballet opuso a la Parafrénia la Psicosis alucinatoria crónica.

La “Psicosis alucinatoria crónica” se consolida en el marco de los delirios crónicos de la nosología francesa al formar parte del conjunto de cuadros delirantes aislados por su “mecanismo”, entre los que encontramos, “las locuras razonantes y delirios, interpretación” de Serieux y Capgras (1909), el “delirio de imaginación” y el “delirio de emotividad” de Dupré (1925) y, especialmente, el “automatismo mental” de Clerenbault (1927) y el “delirio pasional” de este último autor. Al respecto quisiera señalar que el término “mecanismo” no es seguramente bueno y puede prestarse a equívocos. Lo que los autores franceses intentaron ha sido analizar la “vivencia” del paciente y, en este sentido, deben aproximarse sus esfuerzos a los planteamientos de Jaspers.

A pesar de las críticas, a las antes hemos aludido, la “Psicosis alucinatoria crónica” se acepta en la Clasificación oficial de las enfermedades mentales de

Francia (INSERM) (1969), pero, como también advertíamos, no ha sido reconocido fuera de este país. Solamente en el CIE-10, en el apartado F.29, "Otros trastornos psicóticos no orgánicos" se refiere que puede incluirse el "Delirio alucinatorio crónico".

El problema respecto a aceptar o no la independencia de este cuadro que analizamos respecto de la Esquizofrenia reside en el Criterio diagnóstico utilizado. En la Tabla IV representamos el resultado según diferentes criterios. Si se utilizan la RCD, CATEGO, New Haven y los criterios de K. Schneider que aparecen en estos como un hecho esencial, del 80 al 100% de los casos que podrían diagnosticarse como "Delirio alucinatorio crónico" deben ser diagnosticados de Esquizofrenia. Pero creemos que esto es una "petición de principio". Nosotros pensamos que si bien es cierto que los enfermos esquizofrénicos suelen tener síntomas de primer rango de K. Schneider, lo contrario no lo es, es decir, que todos los pacientes que presentan síntomas de primer rango son esquizofrenias. Por ejemplo, las Psicosis cicloides, que muchos aceptan como formas independientes y que así figuran en el CIE-10, sobre las cuales tenemos amplia experiencia (Barcia, 1982, 1991, 1996, 1997), no son Esquizofrenias y pueden cursar con síntomas de primer rango.

El segundo grupo de criterios que aparecen en la Tabla V, no diferencian claramente la Psicosis alucinatoria crónica (PAC) de la Esquizofrenia, pero tampoco las identifican totalmente. Si se comparan los criterios de Bleuler con los de Pull et al. (1987), la diferencia entre ambos procesos es clara.

Muchos autores actuales aceptan la "Psicosis alucinatoria crónica" como un subgrupo de la Esquizofrenia (Dollfus et al. 1992; Pearlson et al. 1989). Nosotros pensamos que en principio no hay demasiadas razones para identificar las esquizofrenias juveniles con las tardías, o al menos, hay que reconocer que estas últimas tienen demasiadas caracterís-

Tabla V
Características de la psicosis alucinatoria crónica

Ausencia de toda anomalía del desarrollo
Funcionamiento normal hasta los 60 años
Significativamente más frecuente en las mujeres
Personalidad premórbida no esquizoide
Déficits visuales auditivos
Antecedentes afectivos personales y familiares
Buena respuesta a los antidepresivos
Según M. C. Hardy-Bayle et al. 1996.

ticas diferenciales para pensar que se pueda mantener su independencia nosológica, pero además creemos que la "Psicosis alucinatoria crónica", en cualquier caso tiene rasgos que la acercan más a la psicosis maniaco-depresiva que a la Esquizofrenia.

En primer lugar, el propio Kraepelin describe en la Psicosis maniaco-depresiva síntomas delirantes, no congruentes, y alucinatorios, esto último con gran profusión y detalle, lo que hace que él mismo señalara que había casos de Psicosis maniaco-depresiva que difícilmente se diferenciaban de la Paranoia. Al respecto podemos citar un excelente trabajo de Sanchís Banús (1928), en donde el gran psiquiatra español destaca las dificultades conceptuales para separar la Demencia precoz de la Psicosis maniaco-depresiva.

Estudios actuales han acentuado los aspectos afectivos de la Psicosis alucinatoria crónica. Pull et al. (1987) hace analizar 317 casos de delirios tardíos persistentes a 87 clínicos experimentados franceses y llegan a la conclusión que 39 casos podrían ser diagnosticados de Psicosis alucinatoria crónica. De estos, un 10% presentaron episodios depresivos previos a la aparición del delirio y en un 20% el trastorno depresivo acompañaba al cuadro delirante, y entre las conclusiones de su trabajo estos autores señalan que hay casos en que era difícil separar los cuadros diagnosticados de Psicosis alucinatoria crónica de la Psicosis maniaco-depresiva. En 1975, Benazet, estudió 40 casos que podían ser diagnosticados de Psicosis alucinatoria crónica y observó que 26 de ellos tenían cuadros depresivos.

Finalmente las características del cuadro alucinatorio crónico ofrecen datos que lo aproximan a los cuadros afectivos. En la Tabla V presentamos los rasgos más destacados que tomamos de una excelente revisión reciente hecha por M. C. Hardy-Bayle et al. (1996). Quizás conviene destacar la presencia de antecedentes afectivos tanto personales como familiares, así como la buena respuesta a los antidepresivos. Respecto a la frecuencia de déficits auditivos y visuales, hemos de señalar que Kraepelin había lla-

Tabla IV
Criterios diagnósticos

Criterios diagnósticos	Resultado
RCD	80% esquizofrenia
CATEGO, New Haven, K. Schneider	100% esquizofrenia
Bleuler, Carpenter, DSM-III-R, Saint Louis, CIE-9, Kraepelin, Langfeld, Taylor & Abrams, Pull et al.	Esquizofrenia y psicosis alucinatoria crónica, no se identifican totalmente, pero no hay diferencias significativas
Bleuler vs Pull et al.	Aparecen como entidades independientes

mado la atención sobre la aparición tardía de los cuadros delirantes del Delirio de los sordos aislado por él, un hecho que ha sido posteriormente confirmado por muchos autores (Barcia, 1996). Respecto a los delirios de los ciegos (Delirios de Sanchís Bannús), después de analizar la literatura y nuestros casos personales nos parece que aunque seguramente hay pacientes en que el delirio surge limpiamente desde la ceguera, lo ordinario es que a esta se añadan cuadros depresivo-ansiosos a partir de los cuales se desencadena el síndrome delirante.

Nos parece, por lo tanto, que hay bastantes razones clínicas, evolutivas y terapéuticas que invitan a considerar como cierta la realidad clínica de la Psicosis alucinatoria crónica y a mantener su independencia nosológica. Sin embargo, queda la pregunta de donde son incluidos estos pacientes en otras nosologías distintas de la del INSERNM.

Dada la pobreza nosológica actual de los Manuales de diagnóstico al uso (DSM-IV e CIE-10), no queda otra solución, en general que incluir el cuadro delirante que analizamos entre la Esquizofrenia tardía. Pero trabajos anteriores a la aparición de estos Manuales, permitían la observación de cuadros delirantes tardíos que tienen rasgos claramente parecidos a la Psicosis alucinatoria crónica, al punto que creemos deberían identificarse ambos síndromes. Nos referimos a las *Parafrenias con carga afectiva*, estudiadas por Leonhard (1966) y por Astrup (1968), un cuadro, por otro lado, próximo a la *Paranoia* de Kraepelin, en donde este autor destacaba la presencia de ideas de grandeza y carga afectiva. Los rasgos esenciales del cuadro de *Parafrenia con carga afectiva* los presentamos en la Tabla VI, y como decíamos, la similitud con los Delirios alucinatorios crónicos es elevada.

En definitiva, nosotros creemos que hay razones para independizar algunos cuadros delirantes tardíos de la Esquizofrenia tardía, y desde luego, que es oportuno una revisión en profundidad de cuadros

psicóticos tardíos, lo que enriquecería de nuevo nuestros conocimientos clínicos psiquiátricos.

En *conclusión*, lo que hemos querido señalar en este trabajo es que en la vejez se dan con frecuencia cuadros delirantes y que la nosología de los mismos es variada. Pero también queremos llamar la atención respecto a las evidentes relaciones que la mayoría de estas formas delirantes tienen con la patología de la afectiva y, en muchos casos, con la peculiar vivencia de una corporalidad alterada.

CONCLUSIONES

El tema de los delirios crónicos es, como acabamos de ver, muy complejo, ya que abarca un considerable número de cuadros. En este trabajo no hemos intentado otra cosa que ofrecer una imagen de la nosología de estos procesos, que creemos, por otro lado, presenta deficiencias en la mayor parte de las clasificaciones en uso actualmente, a pesar de los esfuerzos aislados o colectivos. Un análisis de esta cuestión puede verse en el excelente trabajo de Kendler y Tsuang (1981).

El tema de la nosología de los delirios crónicos debe ser completado con el de los delirios de origen orgánico y, según nuestro punto de vista, con otros cuadros, concretamente las psicosis cicloides y las psicosis de la involución, así como el análisis de la personalidad paranoide y su significado etiopatogénico. Pero creemos que tales análisis alargarían excesivamente este capítulo y, por otro lado, pensamos que los cuadros analizados son los esenciales bajo la rúbrica de "delirios crónicos".

En definitiva, la nosología que proponemos, exceptuando los delirios orgánicos, es la siguiente:

PARANOIA

a) *Desarrollo paranoide*. Cuadro idéntico al descrito por Kraepelin, que cursa limpiamente, sin otra sintomatología psíquica distinta al delirio y que evoluciona sin deterioro de la personalidad.

b) *Delirios reactivos y de situación*. Cuadros delirantes benignos o de mejor pronóstico que los desarrollos paranoides y que son originados por situaciones ambientales agudas o crónicas.

DELIRIOS TARDÍOS

a) *Delios hipocondríacos*. Cuadros delirantes centrados en quejas de la corporalidad. Destaca el delirio dermatozoico.

b) *Parafrenia (Esquizofrenia tardía)*. Cuadros delirantes, mal sistematizados, de comienzo tardío, con síntomas psicóticos y sin grave deterioro de la personalidad.

Tabla VI

Características de la parafrenia con carga afectiva

Más frecuente en mujeres, comienzo tardío (>45 a)
Personalidad no esquizoide, frecuentemente sensitiva
Rasgos y episodios depresivos frecuentes
En períodos agudos alucinaciones y delirios grandiosos
Pensamientos simbólicos
Conservación de la personalidad
Remisiones espontáneas y terapéuticas. Tendencia a episodios
Relacionadas en muchos aspectos con la Ps. maníaco-depresiva
Según Leonhard, 1966 y Astrup, 1968.

c) *Psicosis alucinatoria crónica*. Cuadros delirantes con trastornos afectivos y mejor pronóstico que otras formas delirantes tardías.

DELIRIOS PARANOIDES DE LAS PSICOSIS ENDÓGENAS

a) *Esquizofrenia paranoide*. Delirio mal sistematizado, que se manifiesta con síntomas típicamente esquizofrénicos y curso deteriorante de tipo esquizofrénico *Verblödung*.

b) *Delirio paranoide de la depresión*. Formaciones delirantes paranoides que surgen en el curso de cuadros depresivos típicos. Suelen ser generados desde experiencias gravemente angustiosas y ceden al curar la enfermedad depresiva.

c) *Cuadros delirantes de las psicosis marginales o psicosis cicloides*. Cuadros delirantes que aparecen acompañados o no de síntomas psicóticos, con síntomas afectivos, curso fásico y sin destrucción esquizofrénica de la personalidad.

CUADROS DELIRANTES DE LAS PSICOSIS DE LA INVOLUCIÓN

Formaciones delirantes de la edad de la involución. El delirio más o menos destacado se acompaña de síntomas melancólicos, ansiedad grave, frecuentemente trastornos cognitivos, síntomas somáticos y clara tendencia a la cronicidad.

DELIRIOS PARANOIDES ORGÁNICOS

Destaca los delirios de la demencia senil tipo Alzheimer. En general delirios de perjuicio, grotescos y pobres.

OTRAS FORMACIONES DELIRANTES POCO HABITUALES

Cuadros delirantes de difícil clasificación o condicionados culturalmente.

Bibliografía

1. Abaunza A, Nieto D. Sobre un caso de parafrenia. Arch Med Cir Esp 1930; 490: 472-478.
2. Ackemecht E. Breve historia de la psiquiatría. Buenos Aires: Eudeba. 1962.
3. Ajuriaguerra J, Hecquen H. Le cortex cérébral. Paris: Masson, 1949.
4. Alberca R. Ueber die Reactiven und Situation Osychozen, ein Gruppen der Paranoische Psychosen. En: Zutt J, ed. Das Paranoische Syndrome in Antropologuiche Sicht. Heidelberg Springer, 1958.
5. Alberca R. Delirio paranoide de los ciegos. En: Ponencias congreso Internacional de Psiquiatría. Zurich, 1957.
6. Aldama JM. Paranoia y parafrenia. Arc Mer Cir Esp 1930; 490: 377-381.
7. Alarcon R. Hypochondriasis and depression in Aged. Geront Clin 1964; 6: 26-29.
8. Alonso Fernández F. Fundamentos de la psiquiatría actual. Madrid: Paz Montalvo, 1977.
9. Amat E, Barcia D. Los delirios paranoides de la depresión endógena. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr 1964; 23: 163-187.
10. Arieti G, Meth J. Rare, unclassifiable, collective and exotic psychotic syndromes. En: Arieti, ed. American Handbook of Psychiatry. Nueva York: Basic Books, 1959.
11. Astrup C. Esquizofrenia paranoide atípica. En Esquizofrenia y Ciclotimia, G. Hubert (Ed), Ed. Morata, 1972.
12. Ballet Gilbert. La Psychose hallucinatoire chronique. L'Encephale, 1911; 11: 401-411.
13. Banus J. Beobachtungen über Verfolgungswahn bei Bilden. Sweitz Arch Neur 1926; 18: 141.
14. Barcia D. Melancolía delirante. Presentación de un caso. Rev Esp ONO Neurocir 1960; 114: 37-43.
15. Barcia D. Apuntes para la comprensión del delirio paranoide. Folia Neuropsiq 1968; 3: 1-19.
16. Barcia D. Delirios crónicos. En: Psiquiatría. Ruiz Ogara. C, López-Ibor JJ y Barcia D, eds. Barcelona: Toray, 1981.
17. Barcia D. La angustia psicótica. A Psiq 1985; 1: 157-164.
18. Barcia D. Melancolía involutiva. Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico. En: Hayflic L, Barcia D, y Miquel J, eds. Madrid: ELA, 1990.
19. Barcia D. Chronic delusional disorders. En: Seva A, ed. European Handbook of Psychiatry and Mental Health. Anthopos y Prentice Hall, 1991.
20. Barcia D. Valoración clínica de las psicosis cicloides. En: Pichot P y Rein W. eds. L'approche clinique en psychiatrie. Paris: Les Empêcheurs du Ronde, 1991.
21. Barcia D. Delirios crónicos. En: Update. Psiquiatría, J. Vallejo (Ed), Masson Ed. Barcelona, 1995.
22. Barcia D. Psiquiátricos en las Demencias. An Psiq (Madrid) 1996; 12: 364-368.
23. Barcia D. Delirio hipocondríaco en la depresión senil. Análisis clínico e interpretación psicopatológica. An Psiq (Madrid) 1996; 12: 358-363.
24. Barcia D. Alteraciones psicopatológicas en la privación sensorial. Congreso Mundial Psiquiatría, Madrid 1996.
25. Barcia D, Galiana M, Ruiz ME, López L. Validez de la doctrina de la degeneración de Morel y Magnan para la psiquiatría actual. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr 1984; 12: 99-106.
26. Barcia D, Gayral L. Semiología clínica psiquiátrica. Madrid: ELA, 1991.
27. Barcia D, Martínez Pardo F. Aportaciones del Rorschach a la discusión nosológica de las parafrenias. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr 1978; 6: 575-604.
28. Barcia D, Sempere J. Reacciones paranoides de los ciegos. Síndrome de Sanchis Banús. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr 1964; 23: 143-154.
29. Barsky A, Klerman GL. Overview: Hypochondriasis bodily complains and somatic style. Am J Psychiat 1983; 140: 273-283.

30. Benazet J. La Psychose hallucinatoire chronique. Tesis de Bordeaux, 1975.
31. Berrios G. Tactile hallucinations: Conceptual aspects. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1982; 45: 395-403.
32. Berrios G. Delusional parasitosis and the physical disease. *Comprehensive Psychiatry* 1985; 26: 395-403.
33. Berrios G, Brook O. Delusions and the Psychopathology of the elderly with dementia. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 72: 296-275.
34. Berner P. Das Organische Syndrom. Heidelberg: Springer, 1965.
35. Bleuler E. Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Horme. 1960.
36. Bumke O. Nuevo tratado de las enfermedades mentales. Barcelona: Seix, 1946.
37. Burgermeister J, Dias cordeiro J, De Ajuriaguerra J. Les états delirantes á debut tardif. *Conf Psiqui* 1970; 5: 63-82.
38. Burton-Bradley B. The Amok syndrome in Papua and New Guinea. *Med J Aust* 1968; 55: 252.
39. Capgras J, Carete P. Ilusion sosias et complexe d' Oedipe. *An Med Psychol* 1924; 82: 48.
40. Capgras J, Lucettine P, Schiff P. Du sentiment d'etrangete á l'ilusion des sosies. *An Med Psychol* 1925; 83: 93.
41. Capgras J, Reboult-Lachau J. L'ilusion de "sosies" dans un delire systematise chronique. *Ann Med Psychol* 1923; 81: 186.
42. Clerambault G. Quvre psychiatrique. Paris: Press Universitaire France, 1942.
43. Coro Vizuite, De la Fuente JM. Un problema electromagnético. *Actas Luso Esp Neur Psiquiatr* 1993; 21: 23-28.
44. Cotard J. Du delire de negation. *Arch Neurol* 1882; 11-12.
45. Cotard J. Etudes sur les maladies cerebrales et mentales. Paris: Bailliere, 1891.
46. Delay J Deniker P, Alby J. Delire familial. *An Med Psychol* 1956; 114: 135-139.
47. Dide et Gassitot. La Psychose hallucinatoire chronique. *Encephale* 1910; 17: 492-498.
48. Dörr O. Psiquiatría antropológica, Ed. Universitaria de Chile, 1995.
49. Dupre E. Pathologie de l'imagination, Payot, Paris 1925.
50. Ey H. Hallucination et delire. Paris: Alcan, 1934.
51. Ey H. Etudes psychiatriques. Paris: Desclee de Bouwer, 1954.
52. Ey H. Estudios sobre los delirios. Madrid: Paz Montalvo, 1950.
53. Falret J. Des maladies mentales. Paris: Bailliere, 1864.
54. Fere M. Notes sur les hallucinations autoscopiques speciales et sur les hallucinations. *Red Soc Biol* 1891; 3: 451.
55. Fernández Sanz E. La base afectiva de los procesos delirantes. *Arch Med Cir Esp* 1926; 261: 434-438.
56. Friedman M. Beitrage zur Lehre von paranoia. *Msnch Psych Neurol* 1915; 38: 76-9.
57. Gaup R. Ueber Paranoische Veranlagung und Abortive Paranoia. *Zb Nervenheilk* 1910;. 30: 65-83.
58. Gaupp R. Zur Lehre von der Paranoia. *Z Ges Neurol Psychiat* 1942; 174: 762.
59. Gilbert-Ballet. Las psicosis. En: Charcot, Brouchard y Brissaud, eds. Tratado de medicina. París: 1895. (Trad. Rev Med Cir Pract. Madrid).
60. Granlinck A. Folie á deux. The psychosis of association. *Psychiat Q* 1942; 16: 230.
61. Grivois H. La psychose halucinatoire chronique entre Seglas et Gilberi-Ballet. En: La psychose hallucinatoire chronique. Paris: Masson, 1989.
62. Guiraud P. Les delires chroniques. Hypotheses painogenetiques contemporaines. *L'Encephale* 1925; 9: 663.
63. Guiraud P. Pathologie-etologie des delires. En Morel F, ed. Psychopathologie du delire. Paris: Hermann, 1950.
64. Halberstad G. Les psychoses delirantes preseniles. *L'Encephale* 1923; 369.
65. Hardy-Bayle MC, Olivier V, Sarfati Y, Chevallier JF. Aproxhes contemporaines de la clinique des troubles schizophréniques. *Encyclop Med Cir Psychiatrie* 1996; 37: 282*20.
66. Hecaen H, De Ajuriaguerra J. Meconasances et hallucinations corporales. Paris: Masson.1952.
67. Jaspers K. Psicopatología general. Buenos Aires: Biní. 1947.
68. Kaffe FJ, Brwon GK, Wallston KD, Dadwell DS. Coping with rheumatoid arthritis pain: Catastrophizing as maladaptative strategy pain. *Pain*1989; 37: 51-56.
69. Kahn E. Ueber wahnbildung. *Arch Psychiat Nervenheil* 1926; 88: 435.
70. Kehrner F. Paranoische Zustände. En: Bumke O. ed. Handbuch des Geisteskrankheiten. Heidelberg: Springer, 1928.
71. Kendler KS, Tsuang MT. Nosology of paranoid schizophrenia and other paranoid psychoses. *Schizopr Bull* 1981; 7: 594-610.
72. Kleist K. Die Involution Psychosis. *Alg Arz Psychiat* 1913; 70: 1-34.
73. Kleist K. Ueber Zyldoide, Paranoide und Epileptoide Psychosen und Uber die Frage der Degenerations Psychosen. *Schweiz Arch Neur Psych* 1928; 23: 1.
74. Kolle K. Die Primäre Verrücktheit. Stuttgart Thieme1931.
75. Kraepelin E. Lehrbuch der Psychiatrie. Leipzig: Barth. 19°09.
76. Kraepelin E. Dementia Praecox and Paraphrenia (1919). Darmstadt: Krieger, 1971.
77. Kretschmer E. Delirio sensitivo paranoide Barcelona: Labor, 1952.
78. Lange J. Die Paranoia Frage. En: Achaffenburg. ed. Handbuch der Psychiatrie. Leipzig: Deutriche, 1927.
79. Lasegue Ch. Du delire de persecution. *Arch Gen Med* 1852; 28.
80. Lasegue Ch, Falret J. La folie á deux ou communique. *Ann Med Psychol* 1877; 18: 321.
81. Lehman H. Trastornos psíquicos poco frecuentes y psicosis atípicas. En: Freedman. Kaplan HI, y Sadock BJ, eds. Tratado de Psiquiatria. Barcelona: Salvat, 1982.
82. Leonhard K. Manual de Psiquiatría. Madrid: Morata, 1957.
83. Leonhard K. Die Atipische Psychosen und Kleist lehere von Endogenen Psychosen. En: Psychiatrie der Gegenwart. Heidelberg: Springer, 1960.
84. López-Ibor JJ. La angustia vital. Madrid: Paz Montalvo, 1950.
85. López-Ibor JJ. Analyse structurel de la depersonalisation. *L'Encephale* 1957; 46: 630.
86. López-Ibor JJ. Análisis estructural de la sintomatología de la esquizofrenia. En: López-Ibor JJ, ed. Symposium sobre esquizofrenia. Madrid: CSIQ, 1957.
87. Lukianowicz N. Autocopic phenomena. *Arch Neurol Psychiat* 1958; 80: 199.
88. Magnan V. Leçon cliniques sur maladies mentales. *Prog Med* 1893 (monografía).
89. Magnan V, Serieux P. El delirio crónico. Madrid: S Calleja (sin año).
90. Marandon de Montyel. Contribution a l'etude de la folie á deux. *Arch Med Psicol* 1894; 19: 266.
91. Mayer W. Ueber Paraphrene Psychosen. *Z Ges Neur Psychiat* 1921; 71: 187-206.
92. Mayer-Gross W. Paranoische und Paraphrene Bilder. En: Bumke, O, ed. Handbuch des Geisteskrankheiten. Heidelberg: Springer, 1932.

93. Mayer-Gross W. Psychopathology of Delusion. En: Morel I', ed. Psychopathologie des delires. París: Hermann, 1950.
94. Mehlman RD. The Puerto Rico Syndrome. An J Psychiat 1961; 118: 328.
95. Menninger-Lerhentaahl E. Das Truggebilde der Eigenen Gestalt (Heautoscopie, Doppelgänger). Basilea: Karger, 1935.
96. Morsselli G. Recherches experimentales et delires. En: Morel F, ed. Psychopathologie des delires. París: Herman, 1950.
97. Morris M. Delusional infestation. Brit J Psychiat 1991; 159 (Supl 14): 83-87.
98. Morris M, Jolley D. Delusional infestation in late life. Brit J Psychiat 1987; 151: 272.
99. Munro A. Monosymptomatic hypochondrial psychosis manifesting as delusions of parasitosis: a description of four cases treated with pimozide. Arch Dermatology 1978; 114: 940-943.
100. Pelegrin Valero C. Esquizofrenias de inicio tardío. Monografías de psiquiatría 1994; 3: 37-48.
101. Perris C. Cicloid Psychoses: Historical background and nosology. Saittyck ur Nordisk Psykistisk Tidsskrift 1973; 27: 369-378.
102. Pichot P. Un siglo de psiquiatría. Barcelona. Roche, 1983.
103. Pull CB, Pull MC, Pichot O. Une definition operationelle de la psychose hallucinatoire chronique. En La Psychose hallucinatoire chronique, H. Grivois (Ed), Masson, 1989.
104. Polatin Ph. Trastornos psicóticos: estados paranoides. En: Friedman, Kaplan HI y Sadock BJ, eds. Tratado de Psiquiatría. Barcelona, Salvat, 1982.
105. Reyly IM, Batchelor DH. The presentation and treatment of delusional parasitosis: a dermatological perspective. Int Clin Psychopharm 1989; 1: 340-353.
106. Richter CP. On the Phenomenon of sudden death in animals and man: Psychosom Med 1957; 19: 199.
107. Roth M. The natural history on mental disorders in old age. J Ment Sci 1955; 101: 281-291.
108. Sarro R. La historia franco-alemana del delirio de persecución desde Pinel hasta Binswanger. En: Ruiz Ogara C, López-Ibor JJ y Barcia D, eds. Psiquiatría. Barcelona: Toray, 1981.
109. Sanchis Banus J. Reacciones paranoides de los ciegos. Arch Med Clin 1924; 15: 87-91.
110. Schneider K. Patopsicología clínica. Madrid. PAZ Montalvo, Madrid 1960.
111. Schule H. Zur Paranoia Frage. All Z Psychiat 1894; 50: 298.
112. Serieux P, Capgras J. Delires systematisés chroniques. En: Sargent E, ed. Psychiatric. Traite de pathologie medical et therapeutique. París: Maloine, 1926.
113. Sollier R. Les phenomenes d'autoscopie. París. Alcan. 1903.
114. Specht G. Chronische Mania und Paranoia. Z Nervenheilk Psychiat 1905; 28: 590.
115. Tullet GL. Delusions of Parasitosis brit. J Psychiat 1965; 77: 448-455.
116. Vallejo Nájera A. Tratado de psiquiatría. Ed. Salvat 1946.
117. Winokur G. Delusional disorders (paranoia). Comp Psychiat 1977; 18: 511-521.
118. Ziehen Th. Psychiatrie. Leipzig: S. Hirzel, 1911.
119. Zilboorg G, Herry G. A history of medical pathology. Londres: Norton, 1941.