DELIRIOS

5 de junio de 2013

Nieves Vilches Cruz. MIR-4 Psiquiatría
Ángela Ruiz Arcos. MIR-3 Psiquiatría
Tutor: Rogelio Luque Luque.
FEA Psiquiatría

“El concepto de delirio debería ser abandonado como entidad psicopatológica general (…) Cada vez estoy más convencido de que el delirio es un artefacto histórico y científico, como el flogisto y la alquimia. Habría que preguntarse por qué durante más de cien años las mejores mentes de nuestra profesión no han logrado dar de él una definición satisfactoria y mucho menos probar su veracidad o su validez”.

(John Cutting, 2001)

PREGUNTAS

1. ¿Creencia falsa? Conocimiento, fe y creencia.
2. ¿Son siempre “ideas”? ¿Existen delirios emocionales o delirios volitivos o delirios imaginativos?
3. ¿Constructos o fenómenos naturales?
4. ¿Diferentes tipos de síntomas?
   - Primarios/Secundarios
   - Orgánicos/Funcionales
   - Endógenos/Psicógenos
   - Agudos/Crónicos
5. ¿Diferentes según su forma?
   - Percepción delirante
   - Ocurrencia delirante
   - Intuición delirante
6.

PREGUNTAS

¿Diferentes según su estructura?

Paranoides

Afectivos

Esquizofrénicos

Parafrénicos

Reactivos

Sensitivos

¿Aporta el contenido algún significado?

¿Tienen relevancia diagnóstica? ¿Son esenciales para el diagnóstico de psicosis?

1.

ÍNDICE

- Definición
- Delirio e idea delirante
- Delirio como creencia. Conocimiento y creencia. Naturaleza
- Concepciones científicas del delirio. Paso a través de los siglos
- Autores y escuelas
- Problemas en la definición de delirio
- Modelos teóricos explicativos
- Clasificación de los delirios
- Creencias sobre delirios
- Caso clínico

Definición: Real Academia

- **Delirar**

1- Desvariar, tener perturbada la razón por una enfermedad o una pasión violenta.

2- Decir o hacer propósitos o disparates.

- **Delirio**

1- Acción y efecto de delirar.

2- Despropósito, disparate

3- Confusión mental caracterizada por alucinaciones, reiteración de pensamientos absurdos e incoherencia.

Delirio. Etimología

- Raíz común en español, italiano y portugués.
- **Delirio**: del latín delirare (“desvariar…salirse del surco”). De: fuera. Lirare: arar.
- Francés (**délire**). Incluye fenómenos ideativos, emocionales y volitivos.
- Alemán (wahn). Inglés (delusion)
- **Wahn**: firme opinión, convencida de su corrección pero objetivamente equivocada.
- **Delusion** (deludere: engañar): creencia u opinión falsa sostenida en relación a cosas objetivas.

PRINCIPALES DIRERENCIAS EPISTEMOLÓGICAS ENTRE *DÉLIRE* Y DELUSION

	DÉLIRE	DELUSION
Escuela	Francesa	Anglosajona
Etimología	'desviación'	'engaño'
Función mental implicada	La mayoría de las funciones mentales, incluyendo la conciencia	cognición
Unidad de análisis	Estado mental	Proceso cognitivo
Manifestaciones clínicas	Cambios en creencias, percepciones, emociones, etc.	creencia

"Il existe un délire des sensations, un délire de la pensée, un délire des actes" (Foville, 1869)

Idea delirante (DSM-IV)

- **Falsa creencia** basada en una **inferencia incorrecta** relativa a la **realidad externa** que es **firmemente sostenida**, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto (p. ej. no es un artículo de fe religiosa). Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor, sólo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad. La convicción delirante se produce a lo largo de un continuum y a veces puede inferirse del comportamiento del individuo.

Delirio como creencia

(Mundo anglosajón)

Mullen (1979):

Creencia patológica que tiene las siguientes características:

1) Se mantienen con absoluta convicción
2) Se experimentan como verdades evidentes por sí mismas
3) Son inmodificables por la lógica o por la experiencia
4) Contenido fantástico o imposible
5) Creencias no compartidas por el marco social o cultural

Talbott (1989): Los delirios son **creencias fijas** que no tienen ningún fundamento racional en la realidad, y que no son aceptadas por la cultura del paciente.

Conocimiento y creencia

Separación conceptual entre conocimiento y creencia

Conocimiento: se relaciona con la certeza científica y se redefine en virtud de nuevos criterios de evidencia.

Creencia: se “subjetiviza” y se redefine en términos de conocimiento probabilístico y de actitudes mentales .

Con Newton y su idea de un universo con leyes físicas, la visión fue sustituida por otra de carácter científica y mecánica del Renacimiento.

Delirios:

- No encajaban en la epistemología de la ciencia.
- No satisfacían los criterios del conocimiento, no forma de conocimiento.
- Separación de las alucinaciones.
- Modificaciones patológicas de las funciones intelectuales.
- Locura: existencia de delirios (“visión intelectualista” de la locura)

Naturaleza de los delirios

- **Delirio como *signo dado***: perturbación individual, intrínseca, completamente formada en la cabeza del paciente y con nula intervención del terapeuta en su construcción.

- **Delirio como *constructo***: instrumento conceptual elaborado por el hombre a resultas de una negociación comunicativa (entre paciente y terapeuta).

Primeras concepciones científicas del delirio

- HOMBRE PRIMITIVO
  - Origen sobrenatural de la enfermedad
  - Cráneos trepanados, a través de los agujeros escapaban los espíritus
- CULTURA GRIEGA Y ROMANA
  - Hipócrates: los 4 humores (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema)
  - Aristóteles: perturbaciones de la bilis
  - Platón: trastornos mentales orgánicos, éticos y divinos.
  - Asclepíades (124 A.C.): primero en distinguir entre alucinaciones, ilusiones y delirios.

Enfermedades mentales agudas y crónicas.

- EDAD MEDIA
  - Delirar: burlarse, engañar, defraudar.
  - Requería la existencia del “engañador” y el “engañado”.

- SIGLO XVII
  - **John Locke**: los locos no han perdido la capacidad de razonar. Han unido fuera de propósito algunas ideas y las toman por verdades

- **Hasta el siglo XIX**

1) Concepto de locura asociado a la presencia de delirios.
2) Delirio, ilusión y alucinación no diferenciados como fenómenos distintos.

- **Durante el siglo XIX**:

Cuatro cambios conceptuales:

1) Desarrollo de la noción de síntoma y del modelo anatomo-clínico de enfermedad.
2) Desarrollo de la psicología de funciones.
3) Separación conceptual entre conocimiento y creencia.
4) Desarrollo de las teorías constitucionalistas y de la personalidad: interpretación del delirio como acontecimiento del sujeto.

SIGLO XX

- Delirio como creencia: concepto bien establecido.
- Se plantean cuestiones como la génesis, los tipos y los mecanismos de los delirios.
- Delirios como fenómenos de liberación por la destrucción de centros superiores (Jackson).
- Relación entre los delirios y los datos biográficos y personales (Janet, Freud).
- Delirios primarios y secundarios (Wernicke, Chaslin)
- Importancia del contenido del delirio
    - Delirio de persecución (Lásegue)
    - Delirio erotomaniaco (Clerambault)
    - Delirio de negación (Cotard)
    - Delirio de doble (Capgras)
- Concepto de comprensibilidad: congruencia o incongruencia entre el deliro y la biografía (Jaspers)

CORRIENTE FRANCESA

- Philippe Pinel: la mente es un conjunto de facultades independientes, cuando se lesionan producen la manía. Liberó a los alienados de las cadenas.

Centros dignos. Director de La Salpêtriére.

- Jean Esquirol:

Délire: definición para el *Dictionaire des sciences médicales (*Panckouke), 1814.

Délire: podía afectar a todas las funciones mentales (intelecto, emociones, voluntad).

Puede estar en relación con sensaciones e ideas y conducir a juicios falsos y a acciones extrañas; incluso puede aparecer como resultado de una alteración específica de la voluntad.

El enfoque de Esquirol influyó a la psiquiatría francesa para el resto del siglo XIX.

(Concepto que no tiene nada que ver con la definición anglosajona, exclusivamente intelectualista de los delirios)

Jean Pierre Falret: el delirio concierne a la falta de conciencia del carácter mórbido de su estado y el enfermo no puede recobrarlo si no se interrumpe el delirio.

- **Ernest Laségue**: délire de persécutions. Los delirios paranoides constituyen un trastorno separado.

- **Cotard**: délire de negations.

- **Jules Séglas**: Delirio como “un conjunto de ideas mórbidas que conciernen al yo o a sus relaciones con el mundo exterior, y que el enfermo tiene por verdaderas, sin verificación previa, y hace gala al respecto de una absoluta falta de crítica”.

- **Philippe Chaslin**: delirios y alucinaciones como dos lados de la misma moneda. Sostenía que los delirios de persecución estaban acompañados de alucinaciones auditivas y que los delirios místicos o religiosos cursaban con alucinaciones visuales.

- **Sérieux y Capgras** (1909): describieron el delirio crónico de interpretación. Postularon que era mucho más sistematizado de lo que se creía hasta entonces y concluyeron que las alucinaciones eran muy infrecuentes en este trastorno, y que el resto de la psique permanecía intacta y lúcida. Dieron mucha importancia a los factores constitucionales y de personalidad previa en la génesis de los delirios.

- Dupré y Logre (1910): establecieron los delirios de imaginación o mitomanías delirantes.

- **Ballet** (1911): desarrolló el cuadro que denominó psicosis alucinatoria crónica.
- **Gaëtan Gatian de Clérambault** (1872-1934): describió los delirios erotomaníacos y celotípicos .

- Henry Ey (1900-1977): aportaciones a la teoría de la génesis y patogenia de los delirios. Definió el **fait primordial**, que desorganizaría la conciencia. A partir de él, se sistematizaría el delirio. Es en esos "momentos fecundos" cuando se genera, desarrolla y cristaliza el delirio sobre la base de la desestructuración del campo de la conciencia. En otras palabras, para Ey el delirio en sí no es lo más importante, sino la estructura profunda de la que el tema delirante es sólo un reflejo. O lo que es lo mismo, **el delirio nunca es primario.**

El delirio no es solamente la idea delirante, ni es reductible a su contenido. El tema desarrollado no es sino un reflejo, en la superficie de la conciencia, de la "ósmosis" de valores subjetivos y objetivos, de la desorganización de las relaciones entre el Yo y el Mundo, que el movimiento evolutivo de la psicosis engendra en el interior del ser. El fruto de este *trabajo* es el delirio.

Corriente alemana

- **Emil Kraepelin** (1913), distinguió entre los delirios crónicos tres entidades clínicas

1) Las demencias paranoides
2) La paranoia (delirio paranoico)
3)La parafrenia (delirio parafrénico)

. **Karl Jaspers** (1883-1969): el padre de la psicopatología moderna. Establece el desarrollo conceptual del delirio, término que aplicó a "todos los juicios falsos que son mantenidos con convicción extraordinaria, que son irrebatibles y de contenidos imposibles"

Distinguió de los delirios las "ideas deliroides", a las que calificó de comprensibles.
Formas de creencia:

1) **Creencia normal**
2) **Idea sobrevalorada**
3) **Idea deliroide** (idea delirante secundaria)
4) **Delirio primario** o "vivencia delirante primaria"

1)y 2) se comprenden a partir de la personalidad y de los acontecimientos vitales.

3) Idea deliroide: se comprenden a partir de la personalidad, los acontecimientos vitales y de otras experiencias psicopatológicas (alucinaciones, estado de ánimo alterado, etc.).

4) **Delirio primario**: algo nuevo, irreducible e **incomprensible.**

- Kurt Schneider (1887-1967): no varió demasiado el concepto de delirio propuesto por Jaspers. Distinguió entre la “intuición delirante” y la “percepción delirante”, la cual fue incluida como síntoma de primer rango de la esquizofrenia

- Ernst Kretschmer (1888-1964): describió el "delirio sensitivo de interpretación”. Kretschmer señaló ciertas formas benignas que cursarían con una fijación o incorregibilidad menor que la mayoría de las ideas delirantes de perjuicio. Por tanto, su curso sería relativamente benigno. Delirio de influencia a partir de ideas sobrevaloradas de perjuicio en personas sensibles.

- Sigmund Freud (1856-1939): postuló que la paranoia era una “neuropsicosis de defensa” y que los síntomas paranoicos simbolizan las defensas contra las pulsiones homosexuales cuando los mecanismos de defensa dejan de ser efectivos.

- Autores españoles

- Bartolomé Llopis (1906-1966): trabajos sobre los trastornos de la conciencia. Distinguió los términos “delusión” (ilusión, engaño) y “delirio” (entendido como delirium o disminución del nivel de conciencia).

- Luis Valenciano Gayá (1905-1985): el paciente delirante se instala en el mundo con un fallo en la estructura creencial normal, lo que le lleva a la soledad.

- Luis Martín Santos (1924-1964): distingue entre las ideas delirantes “primarias” y las deliroides o “secundarias”. Estableció una gradación de mayor a menor importancia, comenzando por las percepciones delirantes, continuando con las inspiraciones delirantes y concluyendo con las iluminaciones delirantes.

Paranoia alcohólica.

- Carlos Castilla del Pino (1922-2009): la idea delirante se formaría cuando se aplica mal el juicio de realidad sobre un objeto. Para ello, distingue fallos en la denotación de un objeto (si existe en la realidad interna o externa) o en su connotación (sus características).

- También ha estudiado la disgregación de esas estructuras delirantes, tema muy novedoso en su momento.

Las anomalías en el proceso de connotación Castilla del Pino los denomina "**deliremas**", y distingue varios subtipos:

PREDELIREMAS TIPO I: son las ideas deliroides o secundarias de Jaspers

PREDELIREMAS TIPO II: En ellos no hay una pérdida total del sentido de realidad, se oscila entre el juicio correcto y el anómalo.

DELIREMAS TIPO I: Son las ideas delirantes primarias de Jaspers o la "percepción delirante" de Kurt Schneider.

DELIREMAS TIPO II: equiparables a las representaciones y cogniciones delirantes de Jaspers o a las "ocurrencias delirantes" de Kurt Schneider.

El problema de la definición de delirio

- A pesar de que el delirio es uno de los elementos claves de la psicopatología humana, su definición es todavía incierta.

Plantea…

1. Que el delirio sólo puede entenderse en el ámbito de la **comunicación** más que en el de la lógica, al subrayar no tanto la veracidad o falsedad del mismo como su ajuste a lo que es compartido socialmente y a lo que es tenido por cierto por los demás. De este modo **la idea delirante no lo es por falsa, sino por ser hecha en un contexto inapropiado**, y más importante aún, **sin una justificación apropiada**
2. Que no se incluyen **características emocionales** (invasividad o disforia) en ninguna de las definiciones típicas.
3. El contenido es **altamente autorreferente**, que para autores como Castilla del Pino, es la clave para poder interpretar no solo el contenido, sino la propia función del delirio.
4. Como característica importante para el diagnóstico diferencial, que el sujeto **no suele ofrecer resistencia mental**, aunque su contenido sea altamente aversivo.

Idea delirante (DSM-IV)

- **Falsa creencia** basada en una **inferencia incorrecta** relativa a la **realidad externa** que es **firmemente sostenida**, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto (p. ej. no es un artículo de fe religiosa). Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor, sólo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad. La convicción delirante se produce a lo largo de un continuum y a veces puede inferirse del comportamiento del individuo.

1. FALSEDAD

En ciertos casos nos encontramos con fenómenos que queremos definir como delirantes en los que la cuestión verdad/falsedad es:

- No aplicable, siendo el mejor ejemplo los delirios religiosos. Las creencias religiosas no son verdaderas ni falsas, al menos en un sentido científico de los términos.
- Aplicable, pero sin que puedan realmente refutarse las ideas de los pacientes, aunque quieran clasificarse como delirantes. Por ejemplo, pacientes que afirman ser seguidos por la policía, o ser autores de determinados inventos... En estos casos, se hace el diagnóstico de delirio antes de que tengamos pruebas de que la idea es falsa o incluso sin que podamos probarlo nunca.
- No se cumple, resultando que el contenido del delirio es cierto (delirio de celos—infidelidad).

En definitiva, el criterio de falsedad a veces no es aplicable, a veces no es relevante y a veces sencillamente no se cumple.

- Algunos autores prefieren emplear el concepto de **FALSABILIDAD**. Según esto, lo característico del delirio sería no tanto su falsedad como su carácter de explicación no falsable, es decir, el hecho de ser creencia no susceptible de someterse a un proceso de validación mediante pruebas de realidad.

2. INFERENCIA INCORRECTA

- Según la definición, los delirios están basados en inferencias incorrectas acerca de la realidad externa. Esta noción es problemática por una serie de hechos:

- Si los pacientes delirantes hacen inferencias incorrectas, el fenómeno sería apropiadamente descrito como un **trastorno formal del pensamiento**, no del contenido del mismo.

- La investigación no ha clarificado si las inferencias incorrectas de hecho juegan un papel principal (o alguno) en la formación de los delirios. Los esquizofrénicos cometen n
de razonamiento lógico, pero no es cierto que
delirantes cometan más errores en cuanto a i
no delirantes. No hay deterioro de la inferenc
atribuirse a esquizofrénicos, especialmente d

- Aún admitiendo que el delirio conlleve alguna anomalía en el razonamiento, existen muchas hipótesis alternativas sobre la naturaleza del problema lógico subyacente

La existencia de anomalías en el proceso de inferencias es sólo una de tales hipótesis. Si esta se asume como cierta, parece que se asume que están intactas el resto de operaciones cognitivas. Además de que la asunción de una teoría explicativa del delirio incluida en la definición del DSM IV es algo paradójico en un sistema de clasificación que se autoproclama “ateórico”

2. CREENCIA

- La asunción de que los delirios representan un subgrupo de creencias no añade nada a la definición del delirio, pero puede llevar a concepciones erróneas acerca de ello.
- El delirio es **inmodificable por la experiencia**.
- Los pacientes delirantes raramente dicen *"creo que..."*, sino más bien *"sé que..."*. Es decir, expresan **convicción y certeza** acerca de ciertas afirmaciones, más que admitir que estas afirmaciones pueden estar sujetas a discusión.

3. REALIDAD EXTERNA

- Es difícil precisar a qué se refiere el DSM IV con realidad externa. Muchos delirios tienen relación con uno mismo (los de negación, propioceptivos…) o con la propia producción cognitiva (delirios metacognitivos, ideas de inserción, transmisión o robo del pensamiento…) sin que aparentemente hagan referencia al “mundo exterior”

4. FIRMEMENTE SOSTENIDAS

Quizás lo más llamativo del delirio es que no se expresa como una proposición condicional o probabilística, sino como una verdad terminal.

Según Castilla del Pino el delirio "…no es una creencia, sino una evidencia…el delirante no es que cometa un error, sino que está instalado definitivamente en un error total, sobre él y sobre su entorno, al conferirle a sus creencias el rango de evidencias…"

Pero este criterio, de incorregibilidad, que parece esencial al delirio, no siempre parece ser acertado, ya que en ocasiones la convicción sobre la veracidad del delirio no es tan absoluta, especialmente cuando transcurre cierto tiempo desde su inicio.

Modelos teóricos explicativos

- Modelos para mecanismos de formación y mantenimiento del delirio.
- Explicación de experiencias anómalas
- Procesos atencionales implicados en la selección y extracción de información
- Sesgos en la elaboración de conclusiones
- Sesgos en el razonamiento ligados a esquemas disfuncionales sobre uno mismo, los demás y el mundo
- **Neurociencias e imagen cerebral**
  - Amígdala en codificación y recuerdo de material emocionalmente relevante
  - Córtex prefontral ventromedial en razonamiento social y toma de decisiones

- A. Modelos de razonamiento no alterado: interpretación de experiencias anómalas

- El delirio es una interpretación racional de experiencias anómalas.

- Razonamiento no alterado.
- Maher: delirio como explicación de experiencias anómalas procesadas neurobiológicamente. Los procesos cognitivos implicados en los delirios serían idénticos a los de las creencias normales.
- Los delirios son teorías que utiliza el individuo y cuya finalidad es dar sentido y ordenar los datos.

- B. Modelos de razonamiento alterado

1. **Teorías de razonamiento silogístico**

- Incapacidad en el razonamiento silogístico: forma de razonamiento deductivo que consta de dos proposiciones como premisas y otra como conclusión.

- Von Domarus

2. **Teorías de razonamiento probabilístico**

- Los sujetos delirantes tienden a precipitarse en las conclusiones (jumping to conclusions).

Necesitan menor cantidad de información para llegar a una conclusión.

- Garety y Hemsley

- C. Modelos basados en sesgos cognitivos

1. Estudios de sesgos atencionales y correlaciones ilusorias

- Chapman, Magaro, Brennan y Hemsley.
- Asociar dos sucesos que en realidad no lo están. Correlacionan acontecimientos sin que estén relacionados.
- Cierta función adaptativa. Determinados tipos de contenidos delirantes podrían tener cierta función auto-sirviente al preservar la autoestima del individuo.

- D. Modelos neuropsicológicos

1. **Monitorización de realidad**

- Frith
- Déficit cognitivo
- Incapacidad para distinguir acciones que derivan de estímulos externos y aquellas que derivan de intenciones internas, podría estar en la base de las experiencias delirantes de control y pasividad

2. **Teoría de la mente**

- Frith
- Los delirios ocurren dentro de un contexto no patológico de procesos cognitivos adaptativos.
- Resultado de razonamiento lógico basado en falsas premisas.

3. **Teorías neuropsicológicas del reconocimiento facial.**

- Ellis y Young
- Toman como referencia los delirios de Cotard y Capgras
- Ciertos daños en el sistema de procesamiento de la información relacionada con el afecto y sensación de familiaridad (reconocimiento de caras).
- Fenómenos de despersonalización y desrealización en el individuo.
- Cotard (negación de algunas partes del cuerpo, de la propia existencia o del mundo → delirios negación). Interpreta la despersonalización y desrealización como cambios en uno mismo.
- Capgras (personas cercanas de su entorno, han sido suplantadas por un doble. Explicaciones externas a estas sensaciones.

Clasificación de los delirios

- Contenido
- Primarios/Secundarios
- Agudos/Crónicos
- Compartidos/Individuales

1. Contenido

- Este es posiblemente uno de los criterios de clasificación más obvios y también más superficiales. Aún hoy el DSM-IV efectúa un listado de delirios atendiendo a su contenido (de celos, de pobreza, eróticos, referencia, paranoides, religiosos, somáticos, etc.).
- Sin embargo, la clasificación en función del contenido proporciona muy poca información clínica sobre el estado del paciente o sobre su curso y tratamiento.
- Los temas delirantes son relativamente escasos y diversas investigaciones transculturales y transhistóricas han demostrado que sus contenidos generales están influidos por factores culturales mientras que los más específicos están afectados por elementos biográficos individuales (Spitzer, 1995; Castilla del Pino, 1998).

- Por ejemplo, Lenz (1964) demostró que el **contenido** de los paranoides hospitalizados en Austria fue cambiando con el **curso de la historia**: en 1850 el tema más común era la persecución por el demonio, en 1880 la persecución por parte de los prusianos, en 1920 de los socialdemócratas, en 1940 de los nazis, y en 1960 de los comunistas.
- Otros temas delirantes han sufrido metamorfosis semejantes con el curso del tiempo, siendo el tema básico invariante: los **delirios hipocondríacos** tomaban la forma de plagas, luego de sífilis, más tarde de cáncer y en la actualidad, de SIDA (Colenda et al. 1990).

- Dado que cada **cultura** refuerza y alimenta expectativas, deseos, y temores diferentes a las de otras, esto también influye en aquello sobre lo que se delira.
- Así, por ejemplo, los coreanos y los chinos tienen temas delirantes diferentes: en aquellos predominan más los temas relacionados con la familia, la religión, y el sexo, mientras que en los chinos predominan temas de envenenamiento y extracción de vísceras y de sangre lo que, en ambos casos, responde a ciertas pautas macroculturales diferenciales (Kim et al., 1993).

- A veces se ha intentado evaluar el **grado de «extravagancia»** o rareza del contenido del delirio (bizarreness). Pero tampoco esto ha dado buenos resultados puesto que, aparte de que no parece ser un concepto clínica o terapéuticamente útil, en su medición existe un escaso acuerdo.
- Por estos motivos parece un error centrarse en el contenido del delirio y dejar en segundo plano el estudio del proceso subyacente o las condiciones clínicas, biográficas o ambientales que han facilitado su formación.

***DELIRIOS PARANOIDES:**

Convicción de que otra u otras personas tienen la intención de causar, bien a él mismo, bien a personas cercanas a él, un daño físico, social o psicológico. Así, el sujeto puede sentirse amenazado, manifestar miedo a ser asesinado, envenenado, manifestar ser objeto de difamación y desprestigio o tener la convicción de que quieren hacerle enloquecer.

Típico de la esquizofrenia paranoide, así como trastorno de ideas delirantes.

*** DE GRANDIOSIDAD:**

Sentido exagerado (delirante) de poder, habilidades especiales, identidad y/o importancia.

Frecuente en distintos cuadros psiquiátricos: especialmente en la manía, trastornos delirantes y esquizofrenia. Generalmente los delirios de grandiosidad están teñidos de elementos paranoicos (suspicacia e irritabilidad).

Los individuos megalomaníacos se presentan con una marcada arrogancia y una autoestima exageradame
prevalencia es igual en ambos sexos
y su aparición data en cualquier edad.

*** RELIGIOSOS:** La temática versa alrededor de figuras o elementos religiosos o místicos (Dios, Jesucristo, Satanás etc.). Estos delirios normalmente están acompañados de otros temas delusivos. Se ha de diferenciar de lo que son experiencias religiosas normales. En el delirio mesiánico el paciente cree cumplir misiones redentoras designadas por divinidades.

*** DE CONTENIDO DEPRESIVO:** La temática de estos delirios gira en torno a creencias falsas de estar arruinado o arruinarse en un futuro (delirios de ruina), de haber fallado a alguien con un sentido exagerado de culpabilidad (delirios de culpa) o de haber cometido un acto punitivo imperdonable (delirios de pecado). Generalmente, este tipo de delirios acompañan a trastornos afectivos (trastornos bipolares en fase depresiva), pero no es exclusivo de éstos.

Importante valorar el riesgo de suicidio.

*** DELIRIOS METACOGNITIVOS (control, robo, lectura e inserción del pensamiento):** Muy frecuentes en la esquizofrenia, tienen la característica común de pasividad por parte del sujeto. Así, el sujeto tiene la falsa creencia de una fuerza externa y otra u otras personas controlan su voluntad y pensamientos.

*** DELIRIOS SOMÁTICOS E HIPOCONDRIACOS:** son delirios relacionados con el funcionamiento del propio organismo , de manera que el paciente puede tener la convicción de que su cuerpo o alguna parte de él no está funcionando bien. Propio de depresiones melancólicas. Es preciso distinguirlo de la hipocondría no delirante, en la que existe una preocupación errónea de las sensaciones físicas, con una importante preocupación y malestar, pero en la que la creencia no es delirante.

*** DELIRIO CELOTÍPICO (Síndrome de Otelo):** centrado en la creencia de una infidelidad por parte de la pareja del enfermo. Busca constantemente indicios que corroboren su hipótesis.

Las implicaciones en la práctica forense son muy importantes, pues este tipo de sujetos puede llegar a cometer actos violentos de carácter delictivo.

Frecuente en la esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes y pacientes con dependencia alcohólica.

*** DELIRIO EROTOMANIACO (Síndrome de Clèrambault):** el paciente tiene la firme convicción de que otra persona está profundamente enamorada de él o ella. Generalmente, esta otra persona es real y suele pertenecer a un estatus superior al sujeto. Aunque los contactos con ésta son mínimos o ninguno, el sujeto asegura que es la otra persona quien ha iniciado la relación. Interpretan cualquier gesto, mirada o comentario como signos irrevocables de amor hacia él.

De Clérambault distinguió entre casos de *erotomanía primaria* o puros y casos de *erotomanía secundaria* o sintomáticos asociados a otros cuadros psiquiátricos.

*** DELIRIOS DE FALSA IDENTIFICACIÓN:**

– *Síndrome de Capgras.* El paciente percibe que personas cercanas de su entorno han sido suplantadas por otra persona, por un doble. Este fenómeno fue inicialmente descrito por Capgras y Reboul-Lachaux en 1923. También denominado «ilusión del doble» o «sosías».

– *Síndrome de Fregoli.* Es considerado una variante del anterior, pero en este caso, el paciente cree que otra persona ha suplantado la apariencia facial de otras personas de tal manera que éstas le resultan familiares al paciente. Así, mientras que el síndrome de Capgras existe una negación del otro, el síndrome de Fregoli se caracteriza por su afirmación.

– *Intermetamorfosis*. Descrito por Courbon y Tusquets, en este caso, el paciente piensa que las personas de su alrededor han intercambiado sus identidades unos con otros, de tal forma que **P** es **J** y **J** es **P**.

– *Dobles subjetivos*. El paciente cree que existen dobles exactos de él mismo.

*** DELIRIOS NIHILISTAS:** creencias referentes al cuerpo que se caracterizan por contenidos de negación o inexistencia. El paciente puede creer que una mismo, los demás o incluso el mundo entero, no existen.

La creencia de que uno mismo está muerto, vacío, sin vísceras, y por lo tanto carece de cuerpo material, se denomina también Síndrome de COTARD.

Este tipo de delirios surgen en el marco de depresiones severas o en la esquizofrenia y pueden dar origen a tentativas autolíticas.

2. Primarios/Secundarios.

Esta es una de las dicotomías más clásicas vertidas sobre la clasificación de los delirios. Esta distinción, ampliamente aceptada en la psiquiatría anglosajona, no tiene consistencia empírica y raramente se incluye en sistemas de evaluación modernos.

* Temple o humor delirante

- Constituye el límite entre la vivencia normal y la vivencia delirante.
- El paciente nota, o más bien tiene la intuición, la sospecha o el presentimiento de que “algo está pasando “ pero realmente no sabe qué.
- Aparecen nuevas significaciones ante hechos comunes y emocionalmente neutros para un observador externo.
- El ambiente es distinto, existiendo una alteración sutil que lo envuelve todo con una luz incierta, amenazante y de mal aspecto.
- A partir de este estado de ánimo especial surgen las percepciones e intuiciones delirantes.
- El delirio se puede estructurar a partir de esta fase en forma de percepción delirante o en forma de intuición delirante.

- “Si intentamos acercarnos a esas vivencias primarias del delirio, advertimos pronto que no podemos imaginarnos muy concretamente formas vivenciales que nos son totalmente extrañas… .Aparecen en los enfermos sensaciones primarias, sentimientos vivaces, disposiciones de ánimo, cogniciones… Hay algo en el ambiente de lo que el enfermo no puede darse cuenta; una tensión desconfiada, incómoda, nefasta le domina. En el “**temple delirante…”** hay siempre un “algo” oscuro, germen de un valor y una significación objetiva. Este temple delirante general, sin determinados contenidos, tiene que ser por completo insoportable. Los enfermos sufren horriblemente y la adquisición de una representación determinada es un alivio”. (Karl Jaspers)

* Percepción o interpretación delirante

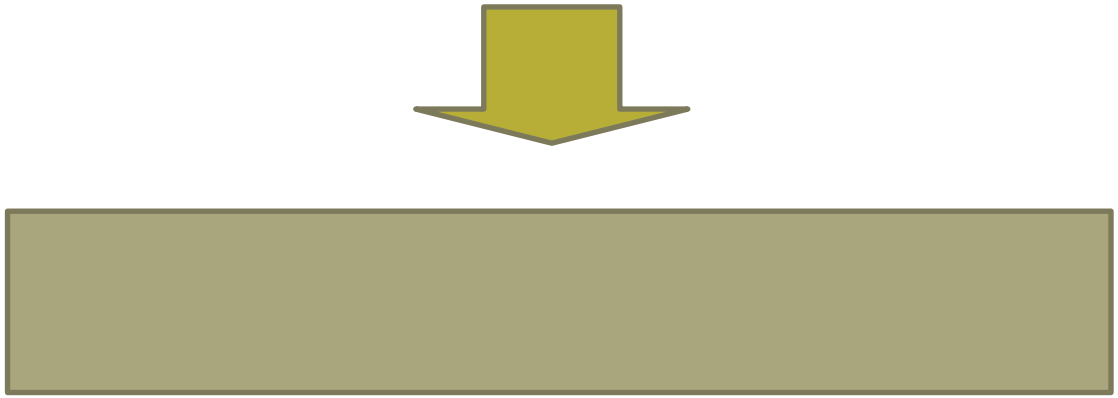
- El paciente da una significación anormal a hechos y percepciones normales, casi siempre en sentido de la **autorreferencia**.
- Las cosas significan repentinamente algo muy distinto.
- El enfermo se da cuenta de que sabe algo y **comienza a estructurar** aquello que antes (temple delirante) solo intuía, pero que no sabía, y que ahora, de repente, comienza a cobrar significado.
- Muchas veces éste es un significado especial, en forma de mensaje o aviso, siguiendo una “extraña clave “que el sujeto se ve obligado a descubrir.
- **No se trata de una alteración de lo percibido, sino de su significado** (del pensamiento).

*Intuición, ocurrencia o inspiración delirante

- El paciente, de forma relativamente brusca en muchas ocasiones, **descubre** a modo de corazonada u ocurrencia, el significado de todas aquellas intuiciones o significaciones mal definidas.
- En este momento “todo empieza a cuadrar”, estructurándose el delirio.
- El paciente sabe de pronto **sin apoyo de una realidad sensible** (a diferencia de la percepción delirante, en la que se apoya una percepción o hecho concreto)que ha cambiado radicalmente el significado de algo.
- A partir de este momento el **delirio se polariza**, predominando un tema delirante sobre los demás, que disminuyen en número o bien se vertebran en torno a una idea delirante central.

*Representación o recuerdo delirante

- En ella, hechos sucedidos años atrás son interpretados actualmente de forma delirante; una imagen o un recuerdo toman un significado totalmente nuevo.



Configuración delirante de los recuerdos.

Delirios secundarios

- Las ideas deliroides (o secundarias) tendrían una explicación a la luz biográfica de los sujetos o de su personalidad previa. Surgen como intentos de explicación de experiencias anómalas previas, y en este sentido son “más comprensibles” que los primarios (surgen repentinamente, sin proceso de racionalización).
- Experiencias previas: alucinaciones (cree que le están siguiendo), ánimo deprimido (delirios de culpa, ruina), ánimo elevado (delirios de grandeza).
- Se produce a raíz de otro trastorno, tanto psiquiátrico como no psiquiátrico (postinfeccioso, postraumático, origen toxico, vascular y tumoral)

3. Crónicos/Agudos

- La cronicidad del delirio tiene una relativa importancia por imponer una cierta estructura formal.
- En principio, los delirios agudos suelen estar más acompañados de ansiedad y un estado de ánimo más delirante (ideas de sospecha, sensación de hipersignificado de la realidad, etc.) y responden mejor a neurolépticos.
- Por el contrario, los delirios crónicos suelen estar muy cristalizados y entretejidos y quienes los sufren suelen mostrar cambios más profundos en cuanto a su estructura de conocimiento e interpretación del mundo.

4. Delirios compartidos/individuales

- Aunque la mayor parte de los delirios son experiencias individuales, no compartidas, en algunas ocasiones el delirio es compartido por alguna otra persona (normalmente algún familiar cercano con quien se convive, quien puede llegar a asumir de modo simbiótico la creencia delirante de la otra persona).
- En este último caso hablaríamos de delirios compartidos. Uno de los cuadros más interesantes es la **Folie à deux**, fenómeno inicialmente descrito por Lasègue y Falret en 1877 también denominado **trastorno psicótico compartido** (DSM-IV) o **trastorno delirante inducido** (CIE-10), en el que dos personas comparten un mismo delirio. Una de ellas cursa con un trastorno mental (esquizofrenia, trastorno delirante, depresión delirante, demencia) que induce a otra persona (vulnerable), generalmente un familiar o alguien muy cercano. Ambas suelen estar aisladas socialmente y el tema delirante puede ser de distinta índole (persecutorio, parasitosis,lsas identificaciones, etc.).

5. Delirios congruentes/no congruentes con el estado de ánimo

- Esta distinción, recogida en el DSM IV y CIE-10 alude a la consonancia entre el estado de ánimo y el contenido del delirio. En la práctica, el concepto de delirio congruente/incongruente se aplica a los delirios que aparecen en el curso de los trastornos del estado de ánimo.
- A pesar de su aparente exhaustividad, estas clasificaciones no ofrecen mucho más que un mero análisis nominal o un nivel de observación ateórico del delirio. La escasez de teorías relevantes que guíen los conceptos sobre los que se ha de clasificar y evaluar el delirio, convierte a estos intentos de clasificación como un artificio verbal la mayoría de las veces.

6. Delirios sistematizados/no sistematizados

- Para Kraepelin y Magnan un delirio **sistematizado** significa:

– Unidad del núcleo delirante.
– Invariabilidad del tema.
– Continuidad en el tiempo.
– Irreductibilidad ante cualquier intento de persuasión respecto de lo erróneo del pensamiento sustentado.
– Verosimilitud del relato (en razón de su naturaleza vivencial).
– Organización coherente de todo el conjunto delirante.

- Los delirios **asistemáticos** tendrían las siguientes características:

– Multiplicidad de núcleos o "constelaciones" delirantes
– Variabilidad del tema.

– Versatilidad de las ideas.

– Reductibilidad transitoria por efectos de la sugestionabilidad o influencia de terceros.

– Absurdidez del relato, pese a lo cual resulta comprensible.

7. Exógenos/Endógenos

1) **Delirios en las psicosis con fundamento somático**. Siempre hay alteración de la consciencia. Al avanzar la enfermedad puede primero, por una debilidad del juicio, ser grosero, para luego el delirio desaparecer

· *Exógenos*. (delirium) (en psicosis agudas). Presentan confusión, desorientación temporo espacial, alucinaciones (especialmente visuales), resonancia afectiva, excitación motriz.

· *Orgánicos*. Aquí lo prevalente es un síndrome psico-orgánico crónico o debilitamiento de la personalidad. Mal sistematizados y polimorfos, amnesias lacunares. Demencia senil, arteriosclerótica, epilepsia, TCE, tumores cerebrales.

2) **Psicosis endógenas**

El delirio: ¿proceso o desarrollo?

- **Kretschmer** (1952) pensaba que si se estudia con cuidado el origen del delirio, siempre se va a encontrar indicios de su aparición. En su libro *Delirio Sensitivo de Autorreferencia* describe cómo **crece la idea delirante de acuerdo con la estructura de la personalidad del sujeto**, o sea, cómo se produce su **desarrollo**.
- Para **Jaspers**, en cambio, se trata de un **proceso** que se define como un acontecer temporal que no tiene antecedentes en el sujeto mismo y que surge de improviso, **sin que haya relación ninguna con la estructura del pasado de ese individuo**. Jaspers afirma que se trata de un caso de **cambio de personalidad** y que sólo ese cambio permite que la persona pueda creer lo que está creyendo.
- Lo anterior sirve para diferenciar entre las ideas delirantes, que son las que emergen en forma súbita, desconectadas de la realidad anterior, y las ideas deliroides; las primeras surgen sin que exista un *pre* que las tiña de la posibilidad de comprensión.

- Jaspers piensa que el delirio es **síntoma** de una enfermedad, criterio que extrae de la idea de forma y contenido que desarrolló Kant, en el sentido de que todas las cosas tienen que tener forma y contenido.
- Por otro lado, Jaspers afirma que es una creencia testable por la realidad, noción central para la discusión posterior: hay fuentes del delirio y éste es un fenómeno heterogéneo. "*No le pregunten al delirio de dónde viene*", dice Jaspers, con estas mismas palabras.

Creencias sobre el delirio

- 69 días después de que Ronald Reagan llegara al poder (marzo 1981), **John Hinckley** disparó sobre él.
- 3 psiquiatras lo valoraron llegando por unanimidad a “non guilty”.
- Según sus delirios, el asesinato haría que Jodie Foster se enamorara de él
- Taxi driver. El protagonista protegía a una prostituta interpretada por Foster, al final éste intentaba asesinar a un senador.

- En el mismo año, **Philip K. Dick** publica su novela VALIS basada en sus experiencias delirantes.

El comportamiento humano, estaba controlado por una entidad llamada Valis (sistema vasta inteligencia viva).

Autor de múltiples novelas que han sido llevados al cine como: Blade Runner y Minority Report.

Los delirios constituyen un tipo de creencia que todos consideran patológico.

- Los delirios extraños o fantásticos son generalmente imposibles.
- Los no extraños son situaciones que podrían ocurrir en la vida real pero improbables: envenenamiento masivo…
- Los psiquiatras, a veces necesitan hacer juicios sobre infidelidad, persecución o conspiración. Muchas de las creencias consideradas como delirios no reúnen criterios.

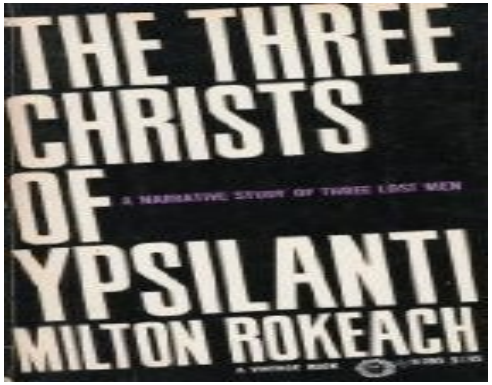
- **Efecto Martha Mitchell**
- Proceso por el cual un profesional de la salud mental considera erróneamente como delirio, el juicio de una persona frente a su entorno.

- Mujer de John Mitchell fiscal general de USA en administración Nixon. Alegó ante la prensa, que importantes funcionarios de la Casa Blanca estaban implicados en actividades ilegales. Se atribuyó todo a la enfermedad mental.
- Posteriormente saltó el escándalo Watergate.

- Creer en fenómenos paranormales es bastante común.
- USA y Reino Unido en 1998:
  - 41% creían en la comunicación con los muertos
  - 49% en el cielo
  - 28% en el infierno

- Las creencias y prácticas religiosas no son consideradas como delirios, mientras que pensar que uno es Dios sí lo es…

- **Los 3 cristos de Ypsilanti**



- En 1959, en el hospital psiquiátrico de Ypsilanti, coincidieron 3 pacientes que afirmaban ser Cristo.
- **Rokeach** estaba intrigado por el tema de creencias e identidad personal del individuo.
- Los ingresó en el mismo pabellón para comprobar sus conductas y hacer un experimento.
- Tras 2 años de convivencia y sesiones terapéuticas confrontando a los 3, ninguno modificó su convicción.
- Cada uno decía que él era el verdadero y los otros 2 los enfermos.
- Se publicó un libro sobre el estudio.

- Muchas creencias se basan en experiencias personales

- Tras un accidente de tráfico en 1995, Alan Davies estaba convencido de que su mujer de 31 años había muerto y había sido sustituida por un doble.
- Diagnosticado de Síndrome de Capgras, fue indemnizado al llegarse a la conclusión de que su síndrome había sido causado por el accidente.

Caso clínico

- JRJ. F. ingreso: 9-1-12. F. alta: 23-2-12

- DF: Mujer de 44 años, soltera, sin hijos. Vive sola. Cuarta de 7 hermanos, de los que viven 5 (1 fallecida por neoplasia, otra hermana fallecida por complicaciones en el parto). Ha trabajado como limpiadora, envasadora de productos en una fábrica, contadora de dinero en una empresa de seguridad. Último empleo cuidando a una anciana (en diciembre de 2011).

- AP Somáticos: NAMC. No enfermedades. No tratamientos. Amigdalectomizada en la infancia. Tratamiento con tardyferon de manera esporádica.

- AP Psiquiátricos: Consulta previa hace 14-15 años en USMC-CC por trastorno adaptativo, fue dada de alta tras 1 año de tratamiento.

- AF Psiquiátricos: no refiere.
- Hábitos tóxicos: los niega.

MC: Ingresó de manera programada desde USMC-CC porque refería escuchar voces desde hacía más de un año y que ella relacionaba con gente de su anterior trabajo “me insultan, se ríen de mí…me dicen que me suicide”.

También refería ideación de perjuicio “tienen infiltrados en todas partes…siempre me arruinan en todos los trabajos a los que voy… hablan mal de mí” y de control ”me vigilan por cámaras y satélites”.

Los insultos habían ido a más en los últimos meses, motivo por el cual había consultado en su Unidad de manera urgente derivada por su médico de familia.

Su madre que la acompañaba refirió 2 episodios heteroagresivos hacia ella y hacia un vecino.

- Exploración al ingreso: Consciente, orientada y colaboradora. Ansiedad flotante. Mantiene contacto visual. Respeta límites. Sin alteraciones de memoria ni atención. Habla en tono y tasa normales con discurso centrado en temática delirante.

Ideación delirante de perjuicio hacia el personal de la antigua empresa “hablaban con los jefes y compañeros de mis otros trabajos para que me fuera”, de control “satélites…tecnología y ordenadores que me espían”.

ASP auditivas en forma de voces que sitúa en campo interno, de personas relacionadas con la empresa que hablan con ella y dialogan entre ellas. (Lleva algodones en los oídos para no escucharlas).

Hipotimia. No ideación auto o heterolítica "aunque a veces las voces me incitan a hacerlo". Insomnio global, apetito disminuido. Alteraciones de conducta y soliloquios en domicilio, motivo por el cual los vecinos protestaron y propiciaron la consulta. JR alterado.

- Entrevista con la hermana:

Refiere malos tratos de la madre al padre y a todos los hermanos. Insultos a la paciente acerca de quién era su padre.

Conductas de protección con cuchillos, esconderse, reconocer a desconocidos como personal de la empresa…

A la familia le decía que sus trabajos los mantenían porque estaban en complot con la empresa (inclusión a la familia en el delirio).

A los 10-11 años, abandono del colegio cuando su padre fallece para cuidar a sus hermanos.

Posteriormente comienza a trabajar en casas limpiando.

A los 22-24 años, entra como contadora de dinero en Prosegur durante 6 meses y antes de dejar la empresa, le advierten de que puede ser controlada a su salida por cámaras y satélites.

Sale de la empresa pero no culmina ningún trabajo porque “la jefatura de Prosegur se encargaba de eso.”

Al año vuelve como contadora de dinero, estando allí 3 años y posteriormente, vuelven a perseguirla y a vigilarla.

Puso varias denuncias por extorsión, pero según decía "hasta la policía estaba metida en eso."

Múltiples cambios de domicilio.

Inicio de ASP auditivas hace más de 5 años, en el domicilio y en la calle, aunque más acentuadas en el último año.

No ha tenido parejas estables ni relaciones sexuales, tampoco grupo de amigos en la adolescencia.

- Entrevista con la madre:

No refiere ninguna anormalidad hasta unos meses antes del ingreso en los que refiere oír voces y los 2 intentos de agresión a ella y al vecino.

- Evolución:

Iniciamos tratamiento con paliperidona hasta 12 mg, con leve disminución de alucinaciones auditivas, pero lo suficiente como para poder realizar actividades de ocio: leer, ver TV…

A las 3 semanas, comenzamos con clozapina hasta 200 mg. Al alta, las voces están presentes solo de manera puntual, permitiéndole el descanso nocturno y con importante distanciamiento respecto a ellas.

La trama delirante se mantiene intacta, se le explican en varias ocasiones los fenómenos sensoperceptivos como patología afirmando “ya me lo dijeron en Prosegur…me tomarían por loca si lo contaba”. Miedo a que en los informes se ponga esquizofrenia o psicosis “me dijeron que lo pondrían si lo contaba”.

En algunas ocasiones piensa que pudo agrandar los hechos pero al final sigue manteniendo que todo es real e intenta dar explicaciones a todos los hechos. Incluye a su Psiquiatra en el delirio, manifestando ser cómplice de la trama creada en contra de ella.

Se adelanta el alta unos días porque ingresa un paciente de la misma empresa, para que no aumente el delirio.

- Tras el alta: ha acudido de manera regular a su equipo, cumplimentando adecuadamente el tratamiento.

Continúa con la ideación delirante y refiere alucinaciones auditivas insultantes ocasionales.

Algo reticente a continuar tomando el tratamiento, ya que no han disminuido del todo las alucinaciones, insistiendo en querer disminuir progresivamente la medicación.

Se deja el mismo tratamiento y se le cita de nuevo.

- Muchas gracias al Dr. Rogelio Luque por su ayuda, su paciencia y su tiempo…

Gracias a todos por vuestra atención