



## ORIGINAL

# Un estudio empírico de los correlatos psicosociales y clínicos del trastorno delirante: el estudio DELIREMP

Enrique de Portugal<sup>a</sup>, Nieves González<sup>b</sup>, Miriam Vilaplana<sup>b</sup>, Josep M. Haro<sup>c</sup>, Judit Usall<sup>c</sup>  
y Jorge A. Cervilla<sup>d,\*</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Psiquiatría, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>b</sup>Unidad de Investigación y Desarrollo, Sant-Joan de Déu-SSM, Barcelona, España

<sup>c</sup>Unidad de Investigación y Desarrollo, Sant-Joan de Déu-SSM, CIBER en Salud Mental (CIBERSAM) nodo de Sant Joan de Déu, Barcelona, España

<sup>d</sup>Departamento de Psiquiatría e Instituto de Neurociencias, Universidad de Granada, CIBER en Salud Mental (CIBERSAM) nodo de la Universidad de Granada, Granada, España

Recibido el 29 de abril de 2009; aceptado el 29 de abril de 2009

## PALABRAS CLAVE

Trastorno delirante;  
Paranoia;  
Psicopatología;  
Psicosis;  
Síntomas

## Resumen

**Objetivo:** La finalidad de este estudio es describir los correlatos psicosociales y clínicos del trastorno delirante (TD) y sus tipos. Este enfoque es importante porque la mayor parte del conocimiento existente sobre el TD no procede de datos empíricos obtenidos con el empleo de un método de investigación sistemático validado.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio transversal en una muestra de 86 pacientes que cumplían los criterios del DSM-IV para el TD según lo determinado con la aplicación del SCID-I. Las variables estudiadas se evaluaron con una metodología sistemática y con instrumentos estandarizados, e incluyeron los posibles factores de riesgo psicosocial (bajo nivel socioeconómico o aislamiento social, inmigración, deficiencias sensoriales, edad avanzada al inicio), los antecedentes psiquiátricos familiares y personalidad premórbida (SAP), la psicopatología psicótica (PANSS), el síndrome depresivo (MADRS), la función cognitiva general (MMSE), la comorbilidad de eje I (MINI) y otros aspectos clínicos, como el funcionamiento general (GAF) y la discapacidad (SDI). Se completó también un cuestionario sociodemográfico y clínico.

**Resultados:** La media de edad al inicio del TD era 39,6 años y un 61,6% de los pacientes eran mujeres. Los tipos más frecuentes de TD fueron el persecutorio (59,3%) y el celotípico (22,1%). Casi un 21% de los pacientes tenían antecedentes familiares de esquizofrenia y el 17,4% de TD (en un porcentaje significativamente mayor en el tipo celotípico). El 64% de los pacientes tenían trastorno de la personalidad premórbido (el 38,4%, paranoid, y el 12,8%, esquizoide). El tipo de TD de grandiosidad se relacionaba de manera significativa con unas puntuaciones más altas de la subescala positiva de la PANSS, y el tipo mixto, con puntuaciones más bajas de la subescala negativa de la PANSS. La depre-

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jacb@ugr.es](mailto:jacb@ugr.es) (J.A. Cervilla).

sión afectaba al 45,3% de los pacientes (principalmente, depresión leve) y un 45,3% tenía alucinaciones (el 20,9%, táctiles, y el 16,3%, olfatorias), que eran más frecuentes en los casos de tipo somático. La media  $\pm$  desviación estándar de la MMSE era  $27,6 \pm 2,5$ , lo cual indicaba una función cognitiva preservada. La media de GAF era  $63,9 \pm 11,3$ , que corresponde a un grado moderado de discapacidad; este aspecto era significativamente peor en los casos del tipo de grandiosidad.

**Conclusiones:** Este estudio aporta una evidencia única, de carácter empírico y fiable, sobre los correlatos psicosociales, clínicos y psicopatológicos reales del TD y sus tipos.

© 2009 Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### KEYWORDS

Delusional disorder;  
Paranoia;  
Psychopathology;  
Psychosis;  
Symptoms

#### An empirical study of psychosocial and clinical correlates of delusional disorder: the DELIREMP study

#### Abstract

**Objective:** We aim to describe psychosocial and clinical correlates of delusional disorder (DD) and its types. This approach is important because most knowledge on DD does not come from empirical data collected using a validated systematic research method.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted in a sample of 86 patients fulfilling DSM-IV criteria for DD as established using the SCID-I. Variables were evaluated using a systematic methodology and standardized instruments, and included possible psychosocial risk factors (low socioeconomic status or social isolation, immigration, sensory deficits, older age at onset), family history of psychiatric disorders and premorbid personality (SAP), psychotic psychopathology (PANSS), depressive syndrome (MADRS), global cognitive functioning (MMSE), axis I comorbidity (MINI) and other clinical aspects such as global functionality (GAF), and disability (SDI). A sociodemographic and clinical questionnaire was also completed.

**Results:** The mean age at onset was 39.6 years and 61.6% of the cases were female. The most frequent DD types were persecutory (59.3%) and jealous (22.1%). Nearly 21% had a family history of schizophrenia and 17.4% had DD (significantly higher among those with the jealous subtype). Sixty-four percent had a premorbid personality disorder (38.4% paranoid, 12.8% schizoid). The grandiose type was significantly associated with higher scores on the PANSS positive subscale and the mixed type with lower scores on the PANSS negative subscale. Depression affected 45.3% of subjects (mainly mild depression) and 45.3% had hallucinations (20.9% tactile, 16.3% olfactory), which were more common among somatic cases. The mean MMSE was  $27.6 \pm 2.5$  suggesting a preserved cognitive function. Mean GAF was  $63.9 \pm 11.3$  indicating a moderate degree of disability, which was significantly worse amongst grandiose cases.

**Conclusions:** This study provides unique empirical and reliable evidence on the real psychosocial, clinical, and psychopathological correlates of DD and its types.

© 2009 Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

El trastorno delirante (TD) es infrecuente (incidencia estimada de 1-3 nuevos casos/100.000 al año)<sup>1</sup> y se caracteriza por presentar un sistema de ideas delirantes, no extrañas, de carácter persistente<sup>2</sup>. El DSM-IV describe siete tipos diferentes de TD en función del tema predominante de los delirios (persecutorio, celotípico, somático, de grandiosidad, erotomaníaco, mixto y no especificado)<sup>2</sup>. La baja frecuencia de este trastorno y el hecho de que muchos pacientes con TD no soliciten ayuda psiquiátrica han dificultado su

estudio<sup>3</sup>. Así, hay pocos estudios empíricos sobre el TD, y muchos de ellos se basan en muestras de pequeño tamaño, utilizan criterios diagnósticos diferentes y tienen diseños diversos, con lo que los resultados son contradictorios en cuanto a los parámetros psicosociales y clínicos del TD y a las diferencias entre sus distintos tipos.

Durante la última década, cuatro estudios epidemiológicos del TD han indicado que los casos de TD de mayor prevalencia son los de tipo persecutorio<sup>4-7</sup>. Cuando el tipo mixto no estaba incluido, Yamada et al<sup>4</sup> observaron, en sus 54 casos de TD diagnosticados según los criterios del DSM-III-R,

que el tipo persecutorio era el más frecuente (51%), seguido del tipo somático (27,5%). De forma análoga, Maina et al<sup>5</sup>, con 64 pacientes diagnosticados mediante entrevistas clínicas estructuradas para el DSM-IV, observaron también una prevalencia mayor del tipo persecutorio (54,4%), seguido del tipo somático (17,4%). Hsiao et al<sup>6</sup>, en un estudio retrospectivo de 86 casos de TD según los criterios del DSM-IV, señalaron también que el tipo persecutorio era el más frecuente, aunque con un porcentaje más elevado (70,9%), mientras que el tipo mixto era el segundo más común (14%). Nuestro grupo, en un reciente estudio retrospectivo de carácter descriptivo, en el que se examinaron 370 casos de TD, observó asimismo que el tipo específico más frecuente era el persecutorio (47,4%), seguido del mixto (11,5%).

En el metaanálisis de Kendler<sup>1</sup> de 1982, así como en la mayoría de los estudios posteriores, se observó que la media de edad de inicio oscilaba entre los 35 y los 45 años<sup>4,9</sup>. Yamada et al<sup>4</sup> indicaron que la edad de inicio más avanzada era en el tipo persecutorio y la más temprana en el tipo somático. Kendler<sup>1</sup> observó también que el número de mujeres afectadas era ligeramente mayor que el de varones (con una proporción de mujeres:varones de 1,2:1), mientras que en estudios más pequeños del TD se ha observado una proporción mujeres:varones incluso mayor (de entre 1,9:1 y 3:1)<sup>4,5,8</sup>. Varios estudios han indicado que la mayor parte de los pacientes con TD estaban casados, tenían empleo, vivían con su propia familia y formaban parte de un grupo de nivel educativo y socioeconómico bajo<sup>1,5,9</sup>.

Aunque hay muchas teorías acerca de la causa del TD, la evidencia empírica existente al respecto es limitada<sup>3,10</sup>. Entre los factores de riesgo de posible relevancia para el TD se encuentran la edad de inicio avanzada, el nivel socioeconómico bajo o el aislamiento social<sup>1,5</sup>, la inmigración<sup>11</sup>, las deficiencias sensoriales<sup>12,13</sup>, los rasgos de personalidad premórbidos del *cluster A*<sup>7,14-16</sup> y la transmisión familiar. Esta última es el factor de riesgo mejor documentado. Las familias de los pacientes con TD presentan unas tasas elevadas de celos, suspicacia, trastorno de personalidad paranoide y TD, aun cuando las tasas de esquizofrenia o trastornos del estado de ánimo no son superiores<sup>1,17-24</sup>. Además, en los últimos años se ha hecho especial hincapié en la importancia de factores orgánicos sutiles, como los traumatismos craneoencefálicos con pérdida del conocimiento premórbidos, el abuso de sustancias premórbido o la edad avanzada, que pueden ser importantes en la inducción de la aparición de un TD<sup>25,26</sup>. Por lo que respecta a la mayor parte de los posibles factores de riesgo citados, nuestro estudio previo no observó diferencias significativas entre los distintos tipos de TD<sup>7</sup>.

Diversos autores han descrito una frecuencia elevada (20-53%) de síndrome depresivo en los pacientes con TD<sup>5-9</sup>. Dos grupos de estudio han comparado la prevalencia de la depresión en los distintos tipos de TD y no han observado diferencias significativas<sup>4,7</sup>. En esos mismos estudios se observó que las alucinaciones no eran infrecuentes en los pacientes con TD (casi un 15%), y que las más comunes eran las de tipo auditivo no prominentes (9,6-11,6%), seguidas de las táctiles (4,4-5,8%)<sup>4,7</sup>. Sorprendentemente, hasta donde nosotros sabemos, no se han realizado estudios en los que se haya evaluado la psicopatología psicótica del TD y sus tipos mediante entrevista estructurada estándar para

los trastornos psicóticos. Maina et al<sup>5</sup> estudiaron la concordancia de trastornos del eje I del DSM-IV y el TD, y determinaron que un 71,9% de los pacientes presentaban, como mínimo, un trastorno comórbido a lo largo de la vida (y un 31,3% lo presentaba en el momento de la evaluación), principalmente trastornos del estado de ánimo, sobre todo en los casos de TD persecutorio.

La primera consulta psiquiátrica suele tener lugar entre 4 y 6 años después del inicio del trastorno<sup>4,5,9</sup>. En la mayor parte de los pacientes el inicio es insidioso; en casi un 40% de los casos se identifican factores desencadenantes, y en el 63-90% de los casos de TD hay un curso crónico ininterrumpido<sup>9,27</sup>. Por lo que respecta a las características de la evolución del TD, no hay ningún estudio que haya comparado las diferencias entre los distintos tipos de TD. Nuestro grupo ha indicado en un estudio previo que el paciente con TD tiene un bajo grado de funcionamiento psicosocial y que éste es significativamente peor en los casos erotomaníacos y de grandiosidad<sup>7</sup>.

Esta escasez de estudios descriptivos empíricos y sistemáticos sobre el TD nos brinda una oportunidad única de explorar los correlatos psicosociales y clínicos del TD con el empleo de una muestra relativamente grande y estudiada de manera detallada. Describimos empíricamente y cuantificamos la frecuencia de los tipos de TD y exploramos los parámetros psicosociales del TD y sus tipos, así como sus características clínicas.

## Métodos

### Muestra

Se seleccionó aleatoriamente una muestra de carácter transversal, formada por 106 individuos con diagnóstico de TD a partir de un registro informatizado de casos de cinco centros de salud mental (CSM) ambulatorios pertenecientes a Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental (SJD-SSM)<sup>7</sup>. SJD-SSM es una institución de financiación estatal que presta asistencia psiquiátrica completa en centros ambulatorios y hospitalarios y que presta servicio a una población de 607.494 habitantes de un área bien definida del sur de Barcelona (España). Los criterios de inclusión fueron los siguientes: *a*) estar diagnosticado de TD según el DSM-IV<sup>2</sup>; *b*) tener 18 años de edad o más; *c*) residir en el área de asistencia de los CSM participantes; *d*) haber acudido al CSM al menos en una ocasión durante los 6 meses previos; *f*) que el psiquiatra clínico referente aceptara que el paciente participe, y *e*) que el paciente también aceptara participar. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: *a*) no cumplir la confirmación diagnóstica de TD al aplicar el módulo de psicosis de la entrevista clínica estructurada para trastornos de eje I del DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, SCID-I)<sup>28,29</sup>, y *b*) diagnóstico de retraso mental. Seis pacientes rechazaron participar en el estudio, 8 no fueron incluidos porque sus psiquiatras clínicos no aceptaron que participaran y se excluyó a otros 6 por no cumplir la confirmación diagnóstica de TD mediante la aplicación del SCID-I (en 3 de ellos se observó finalmente que cumplían los criterios del DSM-IV para la esquizofrenia, en 1, los del trastorno esquizoafectivo; en 1, los de trastorno psicótico debi-

do a enfermedad médica y en otro caso, los de trastorno psicótico debido a abuso de sustancias). Así pues, se completó la evaluación en 86 pacientes, que forman la muestra final de nuestro estudio. Se proporcionó a todos los pacientes una descripción completa del estudio, y se obtuvo su consentimiento informado por escrito para la participación después de una invitación mediante una carta de su psiquiatra. El estudio fue aprobado por el comité ético del SJDSM.

## Variables e instrumentos de valoración

**Diagnóstico de TD.** Todos los pacientes fueron evaluados por un estudiante de posgrado licenciado en psicología clínica, adecuadamente formado para la administración de todos los instrumentos del estudio. El diagnóstico de TD se validó con el módulo de psicosis de la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder, versión clínica (SCID-I CV)<sup>28,29</sup>. Los pacientes fueron asignados a uno de los siete tipos de TD del DSM-IV (persecutorio, celotípico, somático, erotomaniaco, de grandiosidad, mixto y no especificado).

**Datos sociodemográficos y generales.** Se utilizó un inventario sistemático para la obtención de las variables demográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, nivel socioeconómico en función de los ingresos), los antecedentes psiquiátricos familiares de primer y segundo grado, sordera premórbida (definida como una pérdida de la audición que motivara dificultades de comunicación), inmigración premórbida, traumatismos craneoencefálicos con pérdida del conocimiento premórbidos, abuso de sustancias premórbido (según los criterios del DSM-IV), intentos de suicidio, problemas conyugales, episodios de heteroagresividad física hacia personas, problemas legales y encarcelamiento, factores desencadenantes según el eje IV del DSM-IV, edad de inicio del TD, edad de la primera consulta psiquiátrica, forma de inicio (aguda [< 3 meses] o insidiosa [> 3 meses]), tiempo desde el inicio, tipo de curso del trastorno (crónico ininterrumpido o fásico con remisión total) y uso de recursos psiquiátricos (número de ingresos psiquiátricos a lo largo de la vida y visitas en el servicio de urgencias en los últimos 5 años).

**Personalidad premórbida.** Se utilizó la Standardised Assessment of Personality (SAP)<sup>30</sup> para evaluar la personalidad premórbida. La SAP detecta la presencia y el tipo de trastorno de la personalidad, con independencia de la naturaleza de la enfermedad, mediante el empleo de una entrevista semiestructurada breve con un informante (familiar o amigo íntimo). Las preguntas están adaptadas a los criterios de la CIE-10 y el DSM-IV para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad. El informante debe conocer al paciente desde al menos 5 años antes del inicio del trastorno y debe estar familiarizado con su comportamiento en una amplia gama de situaciones.

**Síntomas psicóticos.** Se evaluaron mediante la escala Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS)<sup>31,32</sup>. Los antecedentes de síntomas psicóticos se evaluaron con el módulo B (síntomas psicóticos y concomitantes) del SCID-I CV<sup>28,29</sup>.

**Síntomas depresivos.** Los síntomas depresivos y su gravedad se evaluaron con la escala Montgomery-Asberg Depres-

sion Rating Scale (MADRS)<sup>33,34</sup>. La MADRS está formada por 10 ítems, a cada uno de los cuales se asigna una puntuación de entre 0 y 6. Los criterios de interpretación de la puntuación total, que va de 0 a 60 puntos, establecen que una puntuación de 7-19 indica una depresión leve; una puntuación de 20-34, una depresión moderada, y una puntuación mayor de 35, una depresión grave.

**Funcionamiento cognitivo general.** Se evaluó con la Mini-Mental State Examination, versión de 30 ítems (MMSE-30)<sup>35,36</sup>, que es una prueba diseñada para detectar el deterioro cognitivo mediante 30 ítems que exploran áreas cognitivas como la orientación temporoespacial, la memoria inmediata, la concentración y el cálculo, la memoria tardía, el lenguaje y la praxis. Una puntuación de 23 o menos se considera indicativa de un posible deterioro cognitivo.

**Comorbilidad psiquiátrica.** La coexistencia de trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y riesgo de suicidio se diagnosticó con la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) para el DSM-IV<sup>37-39</sup>.

**Funcionalidad.** El funcionamiento psicosocial general se evaluó con la escala Global Assessment of Functioning (GAF)<sup>40</sup>. La escala GAF está formada por un solo ítem de actividad general del paciente que se puntuá en una escala de 100 (actividad satisfactoria) a 1 (expectativa clara de muerte).

**Discapacidad.** Se evaluó con el Sheehan Disability Inventory (SDI)<sup>41,42</sup>. El SDI está formado por cinco ítems que se agrupan en las tres escalas siguientes: a) discapacidad, que incluye los primeros tres ítems y evalúa el grado en que los síntomas interfieren en tres dominios de la vida del paciente (trabajo, vida social y vida familiar); b) estrés percibido, que evalúa el grado en que los episodios estresantes y los problemas personales han deteriorado la vida del paciente, y c) apoyo social, que evalúa el apoyo que obtiene el paciente en comparación con el que necesita. Los primeros cuatro ítems se puntuán mediante una escala de Likert que va de 0 (ninguna en absoluto) a 10 (extrema). Los valores de 1 a 3 se consideran "leves", los de 4 a 6 se consideran "moderados" y los de 7 a 9 se consideran "intensos". El quinto ítem se puntuá con una escala porcentual, en la que el 100% significa que los pacientes reciben todo el apoyo que necesitan. Se obtienen tres puntuaciones, una para cada escala. La puntuación de la escala de discapacidad se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los tres ítems de la escala.

## Análisis estadísticos

Se analizaron las características sociodemográficas y clínicas mediante estadística descriptiva (frecuencias, media y desviación estándar). En el análisis según los tipos de TD, se utilizaron pruebas no paramétricas debido al pequeño tamaño muestral de la muestra y a que no se cumplía el supuesto de normalidad. Para analizar las diferencias estadísticas entre las variables cuantitativas y cada tipo de TD, se utilizaron pruebas de la U de Mann-Whitney. La relación estadística entre las variables cualitativas y cada tipo de TD se determinó con la prueba de la  $\chi^2$ . Se utilizó la prueba exacta de Fisher en el caso de tablas de contingencia de 2 x 2 con una frecuencia esperada < 5.

## Resultados

### Frecuencia de los tipos de TD y correlatos psicosociales

Se dispuso de datos completos de la totalidad de los 86 participantes y todos ellos fueron incluidos en el análisis. El tipo persecutorio fue el más frecuente y se daba en el 59,3% de los casos, seguido del tipo celotípico (22,1%). La media ± desviación estándar de edad era  $54 \pm 14,4$  años y la media de edad de inicio del TD era  $39,6 \pm 14,3$  años. El 61,6% del total de la muestra estaba formado por mujeres. El número medio de años de estudios a tiempo completo era  $7,3 \pm 1,1$ . El tipo erotomaníaco se asignaba de manera significativa a un menor número de años de estudios. El más frecuente (52,3%) era el estado civil casado o con pareja, con una relación significativa con el tipo celotípico. Más de la mitad de los pacientes vivían con su propia familia (53,5%), mientras que un 19,8% vivían solos. En la tabla 1 se resumen las características sociodemográficas del TD y sus tipos.

En la tabla 2 se muestran los posibles factores de riesgo para el TD y sus tipos. Se identificaron antecedentes familiares de primer y segundo grado de esquizofrenia, TD y trastornos afectivos en el 20,9, el 17,4 y el 25,6% de los pacientes, respectivamente. El tipo celotípico tuvo una relación significativa con los antecedentes familiares de TD. El 64% de los pacientes tenían al menos un trastorno de la personalidad premórbido; el más frecuente era el paranoide (38,4%), seguido del esquizoide (12,8%). El tipo persecutorio se asoció de manera significativa con una mayor frecuencia de trastorno esquizotípico de la personalidad, mientras que el tipo somático con el trastorno obsesivo de la personalidad. Casi una cuarta parte de los casos de TD (24,4%) se inició en pacientes de edad avanzada ( $> 50$  años). El 18% tenía sordeza premórbida y un 9,3% eran inmigrantes en el momento del inicio del trastorno. Había antecedentes de traumatismos craneoencefálicos con pérdida del conocimiento premórbidos en un 17,4% y de abuso de sustancias premórbido en un 18,6%. El tipo persecutorio tenía una relación significativa con una mayor frecuencia de antecedentes de

**Tabla 1** Características sociodemográficas del trastorno delirante y sus tipos

	Trastorno delirante																		
	Total (n = 86)	Persecutorio, n = 51 (59,3%)			Celotípico, n = 19 (22,1%)			Somático, n = 3 (3,5%)			Erotomaníaco, n = 4 (4,7%)			De grandiosidad, n = 4 (4,7%)			Mixto, n = 5 (5,8%)		
		%	%	p	%	%	p	%	%	p	%	%	p	%	%	p	%	p	
Edad (años)	54 ± 14,4	52,5 ± 14,4	0,368	54,6 ± 11,6	0,759	56,6 ± 26,2	0,841	62,2 ± 7,9	0,251	56,6 ± 24,3	0,667	55 ± 16	0,934						
Edad de inicio (años)	39,6 ± 14,3	40 ± 14,6	0,829	39,4 ± 9,8	0,588	44,6 ± 33,2	0,859	38 ± 20,7	0,704	30,75 ± 7,4	0,186	40,4 ± 14,7	0,775						
Sexo	—	—	0,797	—	0,705	—	0,556	—	0,296	—	0,636	—	1						
Varones	38,4	22,1	—	9,3	—	2,3	—	0	—	2,3	—	2,3	—						
Mujeres	61,6	37,1	—	12,7	—	1,1	—	4,6	—	2,3	—	3,4	—						
Estado civil	—	—	0,188	—	0,006 <sup>a</sup>	—	0,814	—	0,43	—	0,551	—	0,247						
Soltero	24,4	16,3	—	0	—	1,1	—	1,1	—	2,3	—	3,4	—						
Casado	52,3	25,6	—	18,6	—	2,3	—	1,1	—	2,3	—	2,3	—						
Separado /divorciado	16,3	11,6	—	3,5	—	0	—	1,1	—	0	—	0	—						
Viudo	7	5,8	—	0	—	0	—	1,1	—	0	—	0	—						
Años de estudios	7,3 ± 1,1	7,6 ± 1,5	0,339	6,3 ± 1,7	0,489	8 ± 15,9	0,863	2,9 ± 4,2	0,042 <sup>b</sup>	6,5 ± 5,2	0,957	11,1 ± 10,9	0,335						
Vive con Nadie	—	—	0,156	—	0,096	—	0,663	—	0,001 <sup>a</sup>	—	0,319	—	0,12						
Familia de origen	19,8	15,1	—	2,3	—	0	—	1,1	—	1,1	—	0	—						
Familia propia	19,8	12,8	—	0	—	1,2	—	1,1	—	1,1	—	3,5	—						
Centro	53,5	27,9	—	18,6	—	2,3	—	1,1	—	1,1	—	2,3	—						
Ingresos (euros/mes)	6,9	3,5	—	1,1	—	0	—	1,1	—	1,1	—	0	—						
	673 ± 354	673 ± 354	0,799	888 ± 566	0,394	1.021 ± 252	0,238	542 ± 347	0,399	720 ± 426	—	375 ± 487	0,203						

Los datos indican media ± desviación estándar, excepto donde se indica.

<sup>a</sup>p < 0,01.

<sup>b</sup>p < 0,05.

traumatismo craneoencefálico con pérdida del conocimiento premórbido, mientras que el tipo mixto tenía relación significativa con un mayor abuso de sustancias premórbido.

## Correlatos clínicos y psicopatológicos del TD y sus tipos

En la tabla 3 se indica la psicopatología y la comorbilidad de eje I del DSM-IV observada con el TD y sus tipos. La media de puntuaciones de las subescalas positiva y negativa de la PANSS

fue  $13,8 \pm 4,5$  y  $9,9 \pm 2,8$ , respectivamente, y la media de la puntuación de la subescala psicopatología general de la PANSS fue  $23,8 \pm 4,8$ . El tipo de grandiosidad conllevó, de manera significativa, unas puntuaciones más altas de la subescala positiva de la PANSS, y el tipo mixto, unas puntuaciones más bajas de la subescala negativa de la PANSS. El 45% de los participantes presentaban depresión según la MADRS (depresión leve en un 37,2% y moderada en un 8,1% de los pacientes), y en un 20,9% había habido intentos de suicidio. Refería alucinaciones el 45,3% de los pacientes (las alucinaciones táctiles eran las más frecuentes [20,9%], seguidas de las olfatorias [16,3%]). El

Tabla 2 Posibles factores de riesgo para el trastorno delirante y sus tipos

	Trastorno delirante												
	Total (n = 86)	Persecutorio, n = 51 (59,3%)	Celotípico, n = 19 (22,1%)	Somático, n = 3 (3,5%)	Erotomaníaco, n = 4 (4,7%)	De grandiosidad, n = 4 (4,7%)	Mixto, n = 5 (5,8%)	%	%	p	%	p	
Antecedentes familiares	61,6	37,3	0,797	13,9	0,877	3,5	0,282	2,3	0,663	2,3	0,636	2,3	0,367
Esquizofrenia	20,9	13,9	0,474	3,5	0,751	1,1	0,51	0	0,575	2,3	0,192	0	0,579
Trastorno delirante	17,4	5,8	0,024 <sup>a</sup>	9,3	0,003 <sup>b</sup>	1,1	0,442	1,1	0,542	0	1	0	0,582
Trastorno afectivo	25,6	11,6	0,125	6,9	0,556	1,1	0,16	1,1	1	0	0,568	3,4	0,103
Personalidad premórbida (SAP)	64	33,7	0,17	13,9	0,97	3,4	0,291	2,3	0,626	3,4	1	5,8	0,152
Paranoide	38,4	19,7	0,246	10,4	0,361	2,3	0,556	1,1	1	2,3	0,636	2,3	1
Esquizoide	12,8	8,1	1	2,3	1	0	1	0	1	0	1	2,3	0,121
Esquizotípico	8,1	8,1	0,038 <sup>a</sup>	0	0,34	0	1	0	0,542	0	1	0	1
Antisocial	0	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
Límite	2,3	2,3	0,512	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Histriónico	2,3	1,1	1	0	1	0	1	1,1	0,091	0	1	0	1
Narcisista	4,7	2,3	1	0	0,571	0	1	1,1	0,176	1,1	0,176	0	1
Obsesivo	11,6	6,9	1	1,1	0,447	3,4	0,001 <sup>b</sup>	0	1	0	1	0	1
Por dependencia	5,8	1,1	0,153	0	0,582	1,1	0,166	1,1	0,217	1,1	0,217	1,1	0,264
Por evitación	9,3	4,6	0,71	2,3	1	1,1	0,257	0	1	0	1	1,1	0,394
Inmigración premórbida	9,3	5,8	1	2,3	1	0	1	0	1	0	1	1,1	0,394
Sordera premórbida	18,6	11,8	0,773	4,6	0,746	1,1	0,465	0	1	1,1	0,586	0	0,579
Edad de inicio avanzada (> 50)	24,4	15,2	0,78	4,7	1	1,1	1	1,1	1	0	0,568	2,3	0,592
Traumatismo craneal premórbido	17,4	13,9	0,073	3,4	1	0	1	0	1	0	1	0	0,582
Abuso de sustancias premórbido	18,6	8,1	0,16	4,6	0,746	1,1	0,465	1,1	0,568	0	1	3,4	0,043 <sup>a</sup>

SAP: Standard Assessment of Personality.

<sup>a</sup>p < 0,05.

<sup>b</sup>p < 0,01

**Tabla 3** Gravedad de la psicopatología y la comorbilidad del eje I en el trastorno delirante y sus tipos

	Trastorno delirante											
	Total (n = 86)		Persecutorio, n = 51 (59,3%)		Celotípico, n = 19 (22,1%)		Somático, n = 3 (3,5%)		Erotomaníaco, n = 4 (4,7%)		De grandiosidad, n = 4 (4,7%)	
	%	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p	%
Trastornos	4,6	4,6	0,142	0	0,571	0	1	0	1	0	1	0
Alucinaciones	45,3	23,2	0,168	11,6	0,47	3,4	0,089	1,1	0,623	1,1	0,623	4,6
(SCID-I)												0,172
Auditivas no	15,1	10,4	0,429	2,3	0,724	0	1	0	1	1,1	0,487	1,1
prominentes												0,569
Visuales no	8,1	4,6	1	0	0,34	0	1	0	1	1,1	0,292	2,3
prominentes												0,051
Táctiles	20,9	8,1	<b>0,047<sup>a</sup></b>	4,6	1	3,4	<b>0,008<sup>b</sup></b>	1,1	1	0	0,575	3,4
Olfatorias	16,3	5,8	0,05	5,8	0,288	1,1	0,417	0	1	0	1	3,4
Gustativas no	4,7	2,3	1	0	0,571	1,1	0,135	0	1	0	1	1,1
prominentes												0,217
Intento	20,9	10,6	0,366	3,4	0,751	2,3	0,11	2,3	0,192	0	0,575	2,3
de suicidio												0,28
Agresividad	10,4	4,6	0,476	5,8	<b>0,022<sup>a</sup></b>	0	1	0	1	0	1	0
física												1
Problemas	27,9	17,6	0,387	5,8	0,45	0	0,557	1,1	0,894	2,3	0,31	1,1
legales												1
Encarcelamiento	6,9	5,8	0,214	1,1	1	0	1	0	1	0	1	0
Problemas	74,4	39,7	<b>0,047<sup>a</sup></b>	22,1	<b>0,002<sup>b</sup></b>	2,3	1	3,4	1	2,3	0,269	4,6
conyugales												1
PANSS	13,8 ± 4,5	13,7 ± 4,3	0,996	12,1 ± 3,1	0,079	13 ± 3,6	0,85	16,2 ± 4,1	0,21	23 ± 5,4	<b>0,003<sup>b</sup></b>	12,6 ± 3,6
positiva												0,56
PANSS	9,9 ± 2,8	9,7 ± 2,6	0,473	9,4 ± 1,8	0,854	8 ± 1,7	0,17	8 ± 1,1	0,105	13,25 ± 5,2	0,081	13,4 ± 2,4
negativa												<b>0,005<sup>b</sup></b>
PANSS	23,8 ± 4,8	23,1 ± 4,4	0,156	23,6 ± 4,7	0,68	28,6 ± 5,6	0,078	22 ± 1,8	0,491	28,25 ± 8,5	0,188	26,2 ± 2,4
general												0,077
Depresión	45,3	23,2	0,058	11,6	0,624	3,4	0,104	3,4	0,344	0	0,118	5,8
(MADRS)												<b>0,022<sup>a</sup></b>
Depresión	7,8 ± 7,3	7,1 ± 7,5	0,162	8,6 ± 7,4	0,532	9 ± 3,4	0,403	10,7 ± 6,8	0,261	2 ± 2,8	<b>0,048<sup>a</sup></b>	12,4 ± 7,6
(MADRS)												0,053
Función cognitiva	27,6 ± 2,4	27,6 ± 2,2	0,778	27,3 ± 2,8	0,987	29 ± 1,7	0,232	28,5 ± 1,2	0,525	27 ± 4	0,917	26,6 ± 2,7
(MMSE)												0,325
Comorbilidad	46,5	24,4	0,231	11,6	0,545	3,4	0,097	2,3	1	0	0,12	4,6
de eje I (MINI)												0,179
Trastornos	32,5	15,1	<b>0,041<sup>a</sup></b>	9,3	0,314	2,3	0,246	2,3	0,593	0	0,299	3,4
depresivos												0,324
Trastorno	16,2	9,3	0,857	4,6	0,5	1,1	0,415	0	1	0	1	1,1
depresivo mayor												1
TDM	8,1	3,4	0,355	2,3	0,647	1,1	0,227	0	1	0	1	1,1
recurrente												0,353
Distimia	17,4	6,9	0,094	4,6	0,773	1,1	0,442	2,3	0,139	0	1	2,3
Trastornos	13,9	6,9	0,536	1,1	0,286	1,1	0,367	1,1	0,458	0	1	3,4
de ansiedad												<b>0,018<sup>a</sup></b>
Trastornos	1,1	1,1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0
de la conducta												1
alimentaria												
Trastornos	4,6	4,6	0,142	0	0,571	0	1	0	1	0	1	0
por abuso												1
de sustancias												
Riesgo de	15,1	8,1	0,664	2,3	0,724	1,1	0,392	1,1	0,487	0	1	2,3
suicidio (MINI)												0,162

MADRS: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale; MMSE: Mini Mental State Examination, versión de 30 ítems; MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview; PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia; SCID-I: Structured Clinical

tipo somático presentó una frecuencia significativamente superior de alucinaciones táctiles. El tipo celotípico conllevó, de manera significativa, un mayor número de episodios de heteroagresividad física hacia personas y de problemas conyugales. La media de la MMSE-30 era  $27,6 \pm 2,4$ . Se observó trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno de ansiedad en el 16,2, el 17,4 y el 13,9% de los pacientes, respectivamente. El tipo

persecutorio presentó una significativa menor frecuencia de trastornos depresivos, mientras que en el tipo mixto se observó una relación significativa con la mayor frecuencia de trastorno de ansiedad.

En la tabla 4 se indica el curso, la funcionalidad y el uso de recursos del TD y sus tipos. La media de edad al inicio del TD era  $39,6 \pm 14,3$  años y la edad de la primera consulta

Tabla 4 Evolución, función y uso de recursos del trastorno delirante y sus tipos

	Trastorno delirante												
	Total (n = 86)	Persecutorio, n = 51 (59,3%)	Celotípico, n = 19 (22,1%)	Somático, n = 3 (3,5%)	Erotomaniaco, n = 4 (4,7%)	De grandiosidad, n = 4 (4,7%)	Mixto, n = 5 (5,8%)						
	%	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p	%	
Edad de inicio (años)	$39,6 \pm 14,3$	$40 \pm 14,6$	0,829	$39,8 \pm 9,5$	0,588	$44,6 \pm 33,2$	0,859	$38 \pm 20,7$	0,704	$30,7 \pm 7,4$	0,186	$40,4 \pm 14,7$	0,775
Edad de la primera consulta	$43,4 \pm 14,9$	$42,5 \pm 15,2$	0,431	$46,7 \pm 10,4$	0,171	$46,6 \pm 31,4$	0,803	$45 \pm 24,2$	0,819	$39 \pm 14,2$	0,549	$41 \pm 15,1$	0,865
Forma de inicio	—	—	0,378	—	0,398	—	0,553	—	0,576	—	1	—	0,625
Insidioso	70,9	44,1	—	13,9	—	3,4	—	2,3	—	3,4	—	3,4	—
Agudo	29,1	15,1	—	8,1	—	0	—	2,3	—	1,1	—	2,3	—
Factor desencadenante	47,7	32,5	0,105	8,1	0,284	1,1	1	2,3	0,618	2,3	1	2,3	1
Tipo de curso	—	—	0,464	—	0,678	—	1	—	1	—	1	—	0,394
Fásico	9,3	6,9	—	1,1	—	0	—	0	—	0	—	1,1	—
Crónico	90,7	53,3	—	20,9	—	3,4	—	4,6	—	4,6	—	4,6	—
Años de evolución	$14,6 \pm 12,2$	$12,8 \pm 11,3$	0,113	$14,8 \pm 11,1$	0,743	$11,9 \pm 7,1$	0,859	$24 \pm 23,7$	0,652	$28,9 \pm 15,8$	0,031*	$14,2 \pm 6,3$	0,574
GAF	$63,9 \pm 11,3$	$63,8 \pm 11,9$	0,936	$68,1 \pm 8,8$	0,069	$65 \pm 8,6$	0,838	$60 \pm 4$	0,325	$50 \pm 14,1$	0,034*	$62 \pm 8,3$	0,679
SDI													
Discapacidad	$13,8 \pm 7,8$	$14,4 \pm 8,6$	0,377	$11,8 \pm 6,6$	0,195	$12 \pm 10,8$	0,814	$11,2 \pm 3,8$	0,485	$13,7 \pm 6,3$	0,992	$17,6 \pm 5,1$	0,206
Vida laboral	$5,2 \pm 3,5$	$5,5 \pm 3,7$	0,448	$4,1 \pm 3,2$	0,117	$6,6 \pm 5,7$	0,342	$5,5 \pm 2,3$	0,959	$4,5 \pm 3,3$	0,508	$7 \pm 3,3$	0,28
Vida social	$4,3 \pm 2,9$	$4,5 \pm 3$	0,47	$3,4 \pm 2,5$	0,174	$1,3 \pm 2,3$	0,083	$3,2 \pm 1,2$	0,439	$5,7 \pm 3,8$	0,265	$7 \pm 1,8$	0,05
Vida familiar	$4,2 \pm 3,1$	$4,3 \pm 3,4$	0,891	$4,2 \pm 2,8$	0,871	$4 \pm 3,6$	0,915	$2,5 \pm 2$	0,255	$3,5 \pm 3,1$	0,649	$5,4 \pm 2,3$	0,347
Estrés percibido	$2,3 \pm 2,9$	$2,3 \pm 2,8$	0,581	$1,7 \pm 3,2$	0,153	$2,6 \pm 4,6$	0,823	$4,7 \pm 2,9$	0,055	$0 \pm 0$	0,046	$3,4 \pm 1,5$	0,106
Apoyo social	$69,3 \pm 33,4$	$64,9 \pm 36,7$	0,338	$73,6 \pm 24,9$	1	$90 \pm 17,3$	0,243	$47,5 \pm 45,7$	0,294	$87,5 \pm 18,9$	0,29	$88 \pm 13$	0,278
Ingresos psiquiátricos	48,8	25,5	0,202	10,4	0,885	2,3	0,612	3,4	0,355	3,4	0,355	3,4	0,673
Número de ingresos	$0,9 \pm 1,3$	$0,6 \pm 0,9$	0,038*	$0,9 \pm 1,3$	0,978	$1,33 \pm 1,1$	0,394	$2,2 \pm 2,2$	0,138	$1,5 \pm 1,2$	0,24	$2 \pm 2,1$	0,213
Número de visitas de urgencias	$1,5 \pm 3$	$1,1 \pm 3,6$	0,118	$0,7 \pm 1,3$	0,709	$1,5 \pm 0,7$	0,108	$2 \pm 2,1$	0,09	$0,6 \pm 1,1$	0,962	$2,6 \pm 3$	0,138

Los datos indican media  $\pm$  desviación estándar, excepto donde se indica.

GAF: Global Assessment of Functioning; SDI: Sheehan Disability Inventory.

\*p < 0,05.

psiquiátrica era  $43,4 \pm 14,9$  años. El inicio del TD fue insidioso en un 70,9% de los pacientes; un 47,7% presentaba al menos un factor desencadenante, y en un 90,7% el curso era crónico e ininterrumpido. La media del GAF era  $63,9 \pm 11,3$ . El funcionamiento psicosocial fue significativamente peor en los casos de grandiosidad. El dominio que mostraba un mayor grado de discapacidad era el de la vida laboral (SDI trabajo,  $5,2 \pm 3,5$ ).

## Discusión

Que nosotros sepamos, éste es el primer estudio de una muestra relativamente grande de pacientes con TD en el que se exploran empíricamente los correlatos psicosociales y clínicos del TD y sus tipos mediante medidas estandarizadas válidas del diagnóstico, de los síntomas psicóticos, de la psicopatología comórbida y de la funcionalidad. Hemos cumplido nuestro objetivo de describir de manera empírica los posibles factores de riesgo o parámetros psicosociales y clínicos del TD y de investigar su relación con tipos específicos de TD.

### Frecuencia de los tipos de TD y resultados sociodemográficos

En consonancia con lo indicado por la mayor parte de los estudios previos, observamos que el tipo de TD de mayor prevalencia era el persecutorio<sup>4-8</sup>. Sin embargo, a diferencia de otros estudios previos, nuestros resultados indican que el tipo celotípico es el segundo más prevalente y que el tipo somático muestra una tasa de prevalencia comparativamente inferior<sup>4,5,8</sup>. Hemos observado que el TD es una psicosis de una fase media o avanzada de la vida que se da con mayor frecuencia en las mujeres (la proporción de mujeres: varones fue 1,6:1). Esta proporción de mujeres es superior a la descrita en el estudio más amplio existente sobre este tema basado en pacientes hospitalizados (en el que la proporción de mujeres:varones fue 1,2:1)<sup>1</sup>, pero es inferior a la descrita en estudios más pequeños (con proporciones de mujeres:varones de entre 1,9:1 y 3:1)<sup>4,5,8</sup>. Al igual que lo observado en estudios previos<sup>1,5,9</sup>, aproximadamente la mitad de nuestros pacientes con TD estaban casados y vivían con su propia familia. Sin embargo, había una proporción mayor que la esperada de pacientes no casados (24,4%), lo cual puede indicar que a los pacientes con TD les resulta más difícil iniciar o mantener relaciones estables. Es interesante señalar que el hecho de estar casado se asocia a los celos (en las culturas mediterráneas esto puede estar relacionado con los supuestos locales acerca del matrimonio). El bajo nivel de estudios y socioeconómico que observamos concuerda con los resultados obtenidos en la mayoría de los estudios previos<sup>1,5,9</sup> y con los de nuestro grupo<sup>7</sup>.

### Correlatos psicosociales del TD y sus tipos

Nuestros resultados concuerdan con los de otros estudios previos en los que no se utilizó una metodología de evaluación estandarizada<sup>7,14-16</sup> e indican que el TD se produce a menudo junto con un trastorno de la personalidad (64%), en especial

en los pacientes del denominado *cluster A* y, de manera más específica aún, en los que tienen un trastorno paranoide de la personalidad (38,4%). La asociación entre el TD tipo persecutorio y el trastorno esquizotípico de la personalidad relaciona este tipo de TD con el espectro esquizofrénico<sup>43</sup>. El tipo somático se asocia al trastorno obsesivo de la personalidad, lo cual concuerda con los estudios que señalan una relación estrecha entre el TD de tipo somático y el espectro obsesivo<sup>44-46</sup>. Nuestros resultados indican que los pacientes con TD pueden compartir una misma vulnerabilidad con los pacientes esquizofrénicos y con otros trastornos psicóticos, incluida la mayor frecuencia de inmigrantes (9,3%)<sup>11</sup> o de personas con deficiencias sensoriales (18,6%)<sup>12,13</sup> en el TD. Nosotros observamos una frecuencia elevada de esquizofrenia (20,9%) en los familiares de nuestros pacientes con TD, a diferencia de lo observado en estudios familiares previos<sup>17,18,20,21,23</sup>. De hecho, esta frecuencia no difiere de la esperada en los familiares de pacientes con esquizofrenia<sup>47</sup>. Así pues, nuestros resultados respaldan el concepto de que el TD forma parte del espectro paranoide, en el que los trastornos psicóticos como la esquizofrenia paranoide y el trastorno esquizotípico de la personalidad, forman parte de un espectro continuo y están ligados por una transmisión hereditaria compartida<sup>43,48</sup>. Los antecedentes familiares de TD son significativamente más frecuentes en el tipo celotípico, en consonancia con lo descrito en cuanto a los patrones familiares de comportamiento celotípico<sup>23,49</sup>. La frecuencia elevada de traumatismos craneoencefálicos con pérdida del conocimiento premórbidos (17,4%), abuso de sustancias premórbido (18,6%) y aparición a una edad avanzada (24,4%) respaldan el concepto propuesto por Munro<sup>25</sup> de que pueden ser factores de riesgo para el TD. El traumatismo craneoencefálico con pérdida del conocimiento premórbido tiene relación con el tipo persecutorio, lo cual concuerda con lo indicado por los estudios sobre las lesiones cerebrales y la psicosis paranoide<sup>50</sup>.

### Correlatos clínicos y psicopatológicos del TD y sus tipos

Tal como se esperaba, observamos que los resultados de la subescala positiva de la PANSS eran superiores a los de la subescala negativa de la PANSS. El tipo de grandiosidad se asocia de manera significativa a una puntuación más alta de la subescala positiva de la PANSS, y el tipo mixto, a una puntuación más baja de la PANSS negativa. Aunque estos datos son difíciles de comparar con los de otros estudios debido a que casi ninguno de ellos ha utilizado una entrevista estructurada estándar para los trastornos psicóticos, sí indican que hay un mínimo grado de sintomatología negativa en los pacientes con TD; sin embargo, no se evaluó el grado en que la medicación antipsicótica podía ser un factor contribuyente. El síndrome depresivo evaluado mediante la MADRS fue frecuente (45,3%) en nuestros pacientes, en consonancia con lo indicado en estudios previos<sup>5,6,8,9</sup>. Las puntuaciones de los síntomas depresivos fueron significativamente menores en los tipos de TD de grandiosidad, en comparación con los demás tipos. Hemos observado una frecuencia de alucinaciones (45,3%) mayor que la de dos estudios retrospectivos previos, en los que posiblemente se infravaloraron los resultados debido a una notificación incompleta<sup>6,7</sup>. Las alucinaciones más frecuentes en nues-

tra muestra fueron las táctiles, seguidas de las olfatorias, a diferencia de lo indicado por otros estudios<sup>6,7</sup>, en los que las alucinaciones más frecuentes fueron las auditivas no prominentes, seguidas de las táctiles. Igual que en un estudio anterior<sup>7</sup>, observamos que las alucinaciones táctiles se asociaban de manera significativa al tipo somático. La observación de que los problemas conyugales tienen una relación significativa con el tipo celotípico concuerda con lo indicado por la mayor parte de la literatura<sup>51,52</sup>. Nuestro estudio revela una mínima alteración de la función cognitiva general que se sitúa dentro de los límites de la normalidad, observación que concuerda con los pocos estudios neuropsicológicos existentes acerca del TD<sup>53-55</sup>. Por último, nuestros resultados son muy similares a los de Maina et al<sup>5</sup> en cuanto a la concomitancia de TD y otros trastornos del eje I del DSM-IV (46,5%)<sup>5</sup>, principalmente trastornos afectivos (32%). Éstos pueden tener una influencia importante en la fenomenología del TD, que podría considerarse uno de los tipos más “afectivos” del trastorno psicótico. Pero, a diferencia del estudio de Maina, observamos que los trastornos afectivos estaban inversamente relacionados con el tipo persecutorio.

## Evolución, funcionalidad y uso de recursos en el TD y sus tipos

La edad de inicio (39 años) y la de la primera consulta psiquiátrica (44 años) en nuestra muestra son similares a las observadas en estudios previos<sup>1,4-9</sup>. A diferencia de lo indicado por el estudio de Yamada et al<sup>4</sup>, nosotros no observamos diferencias significativas entre la edad de inicio de los distintos tipos de TD. Por lo que respecta a la forma de inicio, los factores desencadenantes y el tipo de curso del TD, nuestros resultados concuerdan con los de estudios previos<sup>9,27,56</sup>. Así pues, nuestros resultados confirman que el TD tiene un factor desencadenante en casi la mitad de los casos, en aproximadamente dos terceras partes tiene un inicio insidioso, y en más de tres cuartas partes de los casos presenta un curso crónico ininterrumpido. Nosotros observamos que el funcionamiento psicosocial general (GAF, 63,9) era ligeramente mejor que en los estudios previos<sup>7,8</sup>, pero continuaba indicando que la discapacidad moderada parece alterar la vida laboral y que es significativamente peor en los casos del tipo de grandiosidad<sup>7</sup>.

## Limitaciones y líneas de investigación futuras

La baja prevalencia del TD (< 0,1%) y el número reducido de pacientes con TD que solicitan tratamiento<sup>1,3</sup> dificultan el reclutamiento de una muestra amplia. No obstante, aunque tan sólo examina a 86 pacientes, el estudio DELIREMP es la muestra de TD más amplia en la que se ha realizado hasta la fecha una evaluación psicosocial, psicopatológica y clínica detallada y validada. Es posible que la muestra de nuestro estudio tenga un sesgo de selección, puesto que tuvimos que seguir las recomendaciones de nuestro comité ético local en cuanto a que participaran tan sólo pacientes cuyo psiquiatra estuviera de acuerdo con su participación, lo cual puede haber llevado a una selección de pacientes con un TD menos grave. Nuestro estudio descriptivo puede abrir

nuevas vías de investigación, como la de explorar la validez de los tipos actuales de TD mediante el análisis de la estructura de los síntomas de cada tipo de TD, en vez de basarse únicamente en el tema de los delirios. Así, tanto la psicopatología psicótica como la cognitiva pueden ser útiles para definir mejor las subdivisiones actuales de los tipos de TD. De igual modo, la comparación de los resultados empíricos en los pacientes con TD con los existentes en otras psicosis puede aclarar la controversia sobre la validez de la actual nosología psicótica. Por último, los estudios genéticos o neurofisiológicos pueden ser útiles también para identificar endofenotipos del TD que nos permitan describir mejor el TD y otras categorías psicóticas.

## Agradecimientos

Quisiéramos dar las gracias a los médicos, enfermeras y administrativos de Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental, sin cuya inestimable colaboración no hubiéramos podido llevar a cabo este estudio.

## Financiación

El estudio fue financiado en parte por una subvención del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS: PI021813). Éste es un estudio de colaboración en el que participaron varios centros de investigación incluidos en la Red de Salud Mental CIBER del Ministerio de Sanidad de España.

## Bibliografía

1. Kendler KS. Demography of paranoid psychosis (delusional disorder). A review and comparison with schizophrenia and affective illness. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39:890.
2. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMIV)*. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
3. Manschreck TC. Delusional disorder: the recognition and management of paranoia. *J Clin Psychiatry*. 1996;57:32-8.
4. Yamada N, Nakajima S, Noguchi T. Age onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;97:122-4.
5. Maina G, Albert U, Bada A, Bogetto F. Occurrence and clinical correlates of psychiatric co-morbidity in delusional disorder. *Eur Psychiatry*. 2001;16:222-8.
6. Hsiao MC, Liu CY, Yang YY, Yeh EK. Delusional disorder: retrospective analysis of 86 Chinese outpatients. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;53:673-6.
7. De Portugal E, González N, Haro JM, Autonell J, Cervilla JA. A descriptive case-register study of delusional disorder. *Eur Psychiatry*. 2008;23:125-33.
8. Marino C, Nobile M, Bellodi L, Smeraldi E. Delusional disorder y mood disorder: can they coexist. *Phycopathology*. 1993;26:58-61.
9. Grover S, Gupta N, Kumar S. Delusional disorder: An overview. *German Journal of Psychiatry*. 2006;9:63-72.
10. Maher BA. Delusions: contemporary etiological hypotheses. *Psychiatric Annals*. 1992;22:260-8.
11. Hitch P, Rack P. Mental illness among Polish and Russian refugees in Bradford. *Br J Psychiatry*. 1980;137:206-11.
12. Cooper AF, Kay DWK, Curry AR. Hearing loss in paranoid and affective psychoses of the elderly. *Lancet*. 1974;2:851-4.

13. Cooper AF, Garcide RF, Kay DWK. A comparison of the deaf and non deaf patients with paranoids and affective psychoses. *Br J Psychiatry*. 1976;129:532.
14. Munro A. Delusional hypochondriasis. Clarke Institute of Psychiatry Monograph No. 5. Toronto: Clarke Institute of Psychiatry; 1982.
15. Kendler KS, Masterson CC, Ungaro R. A family history study of schizophrenia-related personality disorder. *Am J Psychiatry*. 1982;141:424-7.
16. Jimenez D, Chinchilla A. Personality disorders in a psychiatric unit: retrospective study. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1995;23:58-66.
17. Watt JAG, Hall DJ, Olley PC. Paranoids states of middle life. Familiar occurrence and relationship to schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 1980;6:413-26.
18. Kendler KS, Hays P. Paranoid psychosis (delusional disorder) and schizophrenia: a family history study. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38:547-51.
19. Kendler KS, Gruenberg AM. Genetic relationship between paranoid personality disorder and the Schizophrenic "Spectrum" disorders. *Am J Psychiatry*. 1982;139:1185-7.
20. Kendler KS, Gruenberg AM, Strauss JS. An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish Adoption Study of Schizophrenia III: the relationship between paranoid psychosis (delusional disorder) and the schizophrenia spectrum disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;38:985-7.
21. Kendler KS, Gruenberg AM, Tsuang MT. Psychiatric illness in first degree relatives of schizophrenia and surgical control patients: A family study using DSM-III criteria. *Arch Gen Psychiatry*. 1985;42:770-9.
22. Watt JAG. The relationship of paranoid states to schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1985;142:1456-8.
23. Winokur G. Familial psychopathology in delusional disorder. *Compr Psychiatry*. 1985;26:241-8.
24. Kendler KS, Walsh D. Schizophreniform disorder, delusional disorder and psychotic disorder not otherwise specified: Clinical Features Outcome and Familial Psychopathy. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;9:370-8.
25. Munro A. Phenomenologic aspects of monodelusional disorder. *Br J Psychiatry*. 1991;159:62-4.
26. Lo Y, Jsaí SJ, Chang CH, et al. Organic delusional disorder in psychiatric in patients: Comparison with delusional disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;95:161-3.
27. Berner P, Gabriel E, Kronberger ML, Küfferle B, Schanda H, Trappi R. Course and outcome of delusional psychoses. *Psychopathology*. 1984;17:28-36.
28. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. User's guide for the Structured Clinical Diagnostic Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). American Psychiatric Publishing; 1997.
29. Gómez Beneyto M. Instrumentalización de las ideas en investigación: Curso de doctorado en psiquiatría: Departamento de Medicina; Facultad de Medicina. Valencia; 1995.
30. Mann AH, Jenkins R, Cutting JC, Cowen PJ. The development and use of standardized assessment of abnormal personality. *Psychol Med*. 1981;11:839-47.
31. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13:261-76.
32. Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*. 1994;22:71-177.
33. Montgomery SA, Asberg MA. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382-9.
34. Martínez R, Bourgeois M, Peyre F, et al. Estudio de la validación de la escala de depresión de Montgomery y Asberg. *Rev As Esp Neuropsiquiatría*. 1991;11:9-14.
35. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-98.
36. Lobo A, Saz P, Marcos G, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:767-74.
37. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Kesker A, et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry*. 1997;12:232-41.
38. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:22-3, 34-57.
39. Bobes J, Gutiérrez M, Palao D, Ferrando L, Gibert-Rahola J, Lecrubier Y, et al. Validez del MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) en tres centros de AP en España. *Psiquiatria Biológica*. 1997;4:79.
40. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R). Washington (DC): American Psychiatric Association; 1987.
41. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol*. 1996;11:89-95.
42. Bobes J, Badía X, Luque A, et al. Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Discomfort Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:530-8.
43. Kendler KS, MC Guire M, Gruenberg AM, O'hare A, Spellman M, Walsh D. The Roscommon Family Study. III. Schizophrenia-related personality disorders in relatives. *Arch Gen Psychiat*. 1993;50:781-8.
44. Mc Elroy SL, Phillips KA, Keck PE, Hudson JL, Pope HG. Body dysmorphic disorder: does it have a psychotic subtype? *J Clin Psychiatr*. 1993;54:389-95.
45. Phillips KA, Mc Elroy SL, Keck PE JR, et al. A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacol Bull*. 1994;30:179-86.
46. Rabe-Jablonska J. Results of long-term observation (3-11 years) of patients with dual diagnosis: body dysmorphic disorder and delusional disorder, somatic type. *Psychiatr Pol*. 1998;32:143-53.
47. Gottesman I. Schizophrenia genesis. En: Freeman WH, editor. *The Origin of Madness*. New York Oxford. 1991. p. 203.
48. Munro A. "Paranoid spectrum" illnesses which should be included in the category of delusional disorder. En: *Delusional disorder*. Cambridge University Press; 1998.
49. Vauhkonen K. On the pathogenesis of morbid delusional. *Acta Psychiatr Scand*. 1968;46:1-62.
50. Fujii D, Ahmed I. Characteristics of psychotic disorder due to traumatic brain injury. An analysis of case studies in the literature. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2002;14:130-40.
51. Crowe RR, Clarkson C, Tsai M, Wilson R. Delusional disorder: jealous and nonjealous types. *Eur Arch Psy Clin N*. 1988;237:179-83.
52. Mullen PE, Martin J. Jealousy: a community study. *Brit J Psychiatr*. 1994;164:35-43.
53. Evans JD, Paulsen JS, Jeste DV. A clinical and neuropsychological comparison of delusional disorder and schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1996;8:281-6.
54. Conway CR, Bollini AM, Graham BG, Keefe RS, Schiffman SS, McEvoy JP. Sensory acuity and reasoning in delusional disorder. *Compr Psychiatry*. 2002;43:175-8.
55. Hardoy MC, Carta MG, Catena M, et al. Impairment in visual and spatial perception in schizophrenia and delusional disorder. *Psychiatr Res*. 2004;127:163-6.
56. Rudden M, Sweeney J, Frances A, Gilmore M. A comparison of delusional disorders in women and men. *Am J Psychiatry*. 1983;140:1575-8.