

## ¿Tiene mi paciente un trastorno delirante?

P.J. González Gutiérrez<sup>a</sup>, N. Puyó Rodríguez<sup>b</sup> y J. Ochoa Prieto<sup>c</sup>

<sup>a</sup>MIR III de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Villaviciosa de Odón. Madrid. España.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Villaviciosa de Odón. Madrid. España.

<sup>c</sup>Médico de familia. Tutor de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Villaviciosa de Odón. Madrid. España.

El trastorno delirante crónico (TDC) se caracteriza por la presencia de ideas delirantes no extrañas, sin alucinaciones ni alteraciones del lenguaje o el pensamiento y que no conllevan deterioro de la personalidad.

*Palabras clave:* trastorno delirante, paranoia, Atención Primaria.

Chronic delusional disorder (CDD) is characterized by the presence of non-rare delusional ideas, without hallucinations or speech or thought disorders and does not entail personality deterioration.

*Key words:* delusional disorder, paranoia, Primary Care.

### INTRODUCCIÓN

“En resolución, él se enfrascó tanto en su lectura, que se le pasaban las noches leyendo de claro en claro[...] Llenósele la fantasía de todo aquello que leía en los libros, así de encantamientos, como de pendencias, batallas, desafíos, heridas, requiebros, amores, tormentas y disparates imposibles, y asentósele de tal modo en la imaginación que era verdad toda aquella máquina de aquellas soñadas invenciones que leía, que para él no había otra historia más cierta en el mundo”<sup>1</sup>.

El trastorno delirante crónico (TDC) es una patología psiquiátrica cuya característica principal es la presencia de ideas delirantes bien sistematizadas, sin alucinaciones ni alteraciones del lenguaje o el pensamiento, y que no conllevan deterioro de la personalidad. Es relativamente poco frecuente, con una prevalencia estimada del 0,03%, representando el 2-4% de los ingresos psiquiátricos. Es más frecuente en mujeres, aunque depende del tipo de delirio, siendo el paranoide más frecuente en hombres y el celotípico y erotomaniaco en las mujeres<sup>2</sup>. La edad típica de comienzo es hacia los 40-49 años en el hombre y hacia los 60-69 en la mujer<sup>3</sup>. No hemos encontrado datos publicados de España.

### CASOS CLÍNICOS

#### Caso 1

Paciente de 68 años, varón, enfermero de profesión. Antecedentes de alcoholismo, en abstinencia desde hace más

de 20 años, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tabaquismo, invalidez permanente por artrosis severa y hernia discal. Sigue tratamiento con tramadol y broncodilatadores de forma crónica. Acudió a la consulta refiriendo que su mujer “sufre un trastorno de estrés post-traumático (TEP) causado por un incesto”. La relación con el resto de la familia es muy mala ya que en ocasiones el paciente le ha dicho a amigos comunes que su mujer fue violada por su padre. Su familia ha intentado que consulte con un psiquiatra pero refiere que es “el único cuerdo de toda la familia”. Al preguntarle cómo sabe que su mujer fue violada por su padre (que su mujer y el resto de familiares niega), siempre responde que “está clarísimo, tiene todos los síntomas de TEP”. No presenta alucinaciones ni alteraciones del pensamiento o el lenguaje. No existe sospecha de alteración orgánica. Se realiza el diagnóstico de TDC no específico. Con la excusa de realizar una terapia familiar accede a acudir al psiquiatra para tratar a su mujer. Se instaura tratamiento con neuroléptico (olanzapina) con la intención de mejorar la ansiedad que le produce “la enfermedad de su mujer”. A las semanas se produce una mejoría de su comportamiento y cesa de referir el delirio con gran mejoría de la dinámica familiar. Casi dos años después el paciente suspende el tratamiento volviendo a aparecer el delirio y esta vez refiere que su mujer sufre “una neurosis de conversión, a causa de las violaciones repetidas por parte de su padre”.

#### Caso 2

Paciente mujer de 56 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA), obesidad, dislipidemia, glucemia basal alterada, gonalgia. En repetidas ocasiones, durante citas concertadas, refiere frases como “ ¡si yo le contara...!” “es muy fuerte lo que me ha pasado, pero no

Correspondencia: J. Ochoa Prieto.  
Centro de Salud de Villaviciosa de Odón.  
Avda. Príncipe de Asturias, 173.  
28670 Villaviciosa de Odón. Madrid.  
Correo electrónico: jochoa.gapm08@salud.madrid.org/jochoap@papps.org

Recibido el 15-06-05; aceptado para su publicación el 01-02-06.

lo puedo contar...". En el último año acude por sensación de tirantez en mandíbula inferior, mareo inespecífico, falta de fuerza y picor en la garganta y la lengua. La paciente lo relaciona con un período de más estrés en relación con su familia. Tras varias consultas accede a tomar benzodiazepinas y antidepresivos con mejoría parcial de los síntomas. Tras múltiples visitas confiesa que el origen de la ansiedad es que un médico del Centro de Salud se ha interesado por ella, llegando a estar en su casa y recibiendo llamadas en su domicilio. En ningún momento da el nombre del médico y cae en varias contradicciones. La historia, conocida por varios profesionales, es justo la contraria, ya que la paciente llamaba al médico a su casa hasta que la amenazó con una denuncia en la Guardia Civil. La paciente refiere tener miedo a acudir de urgencias y que la atienda ese médico porque "aunque es un médico buenísimo, como persona deja mucho que desear y puede que sea capaz de poner un tratamiento no adecuado para hacerle daño". No presenta alucinaciones ni alteraciones del pensamiento o el lenguaje. No sospecha de alteración orgánica. Se realiza el diagnóstico de TDC tipo mixto. Accede a ser enviada a Salud Mental ya que no mejora del todo de su ansiedad.

## DISCUSIÓN

El TDC es una patología cuya característica esencial es la presencia de una o más ideas delirantes persistentes durante más de un mes (tres meses para la CIE-10) que se caracterizan por ser coherentes. Son ideas no extrañas, potencialmente posibles en la vida real (por ejemplo, ser engañado por su cónyuge, perseguido, envenenado, amado en secreto, etc.). Otra de las características del delirio crónico es que no hay trastornos del pensamiento o del lenguaje ni alucinaciones y no se produce deterioro de la personalidad. Los criterios diagnósticos del DSM-IV y los tipos del TDC se muestran en la tabla 1<sup>4</sup>.

Nuestros dos casos cumplen los criterios diagnósticos de TDC. El médico de Atención Primaria desempeña un papel importante en el diagnóstico de esta entidad, ya que los pacientes no tienen conciencia de enfermedad y en muchos casos ocultan información, por lo que raramente el delirio es el motivo de consulta, salvo que lo hagan sus familiares. Generalmente son pacientes etiquetados de "raros", que con frecuencia consultan por patología asociada como ansiedad generalizada o somatizaciones. En el primer caso se detectó el delirio cuando la esposa acudió por otro motivo a la consulta. Su colaboración fue fundamental para el manejo del paciente. En el segundo caso hicieron falta muchas visitas y de mucha duración para que la paciente contara el delirio y cayera en algunas contradicciones, ya que anteriormente consultaba únicamente por su patología secundaria de ansiedad.

La ausencia de ideas delirantes extrañas, de alucinaciones auditivas o visuales hacen relativamente sencillo el diagnóstico diferencial con la esquizofrenia y con el trastorno esquizofreniforme. Resulta más difícil diferenciarlo de trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos, ya que los pacientes con delirio crónico pueden

**Tabla 1. Criterios y tipos para el diagnóstico de trastorno delirante según el DSM-IV**

Criterios	
A. Ideas delirantes no extrañas de por lo menos 1 mes de duración	
B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante	
C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicossocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño	
D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes	
E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica	
Tipos	
Tipo erotomaniaco	Ideas delirantes de que otra persona, en general de un status superior, está enamorada del sujeto
Tipo de grandiosidad	Ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa
Tipo celotípico	Ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel
Tipo persecutorio	Ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma
Tipo somático	Ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica
Tipo mixto	Ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores, pero sin predominio de ningún tipo
Tipo no especificado	

DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.*

presentar afectación del estado de ánimo. La distinción entre ambos depende de la relación temporal entre la alteración afectiva y las ideas delirantes y de la gravedad de los síntomas afectivos. Algunos delirios somáticos pueden etiquetarse como hipocondría, aunque el hipocondríaco puede contemplar la posibilidad de no tener esa enfermedad<sup>4</sup>.

La accesibilidad y el conocimiento longitudinal de las personas en Atención Primaria hacen de ésta el lugar idóneo para la detección de estos pacientes. Es muy probable que exista una prevalencia mayor de esta enfermedad y que estemos infradiagnosticando esta patología. Una vez sospechado el cuadro es importante ganarnos su confianza, para lo cual pueden ser necesarias visitas programadas. Como norma general debemos tratar de no rebatir directamente el delirio, sino investigar sobre él con preguntas como: "¿cómo sabes esto?". Estos pacientes serían susceptibles de derivación a atención especializada si fuera posible.

El tratamiento farmacológico de elección son los antipsicóticos atípicos. Aunque generalmente se produce una buena respuesta, lo complicado es el cumplimiento por parte de los pacientes, debido a la poca conciencia de enfermedad que tienen, por lo que resulta fundamental una relación de confianza con el enfermo, como hemos visto en el primer caso<sup>5</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cervantes Saavedra M. El ingenioso hidalgo don Quijote de la Mancha. Barcelona: Círculo de Lectores; 1965.
2. Borra C, Herrán A, Herrera Castañedo S, Vázquez-Barquero JL. Esquizofrenia y trastornos relacionados. En: Vázquez-Barquero JL, editor. Psiquiatría en Atención primaria. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998. p. 209-30.
3. De Portugal E, Cervilla J. Trastorno delirante en el anciano. Disponible en: [www.interpsiquis.com/2003/](http://www.interpsiquis.com/2003/)
4. Pichot P, coordinador. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
5. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP. The Expert Consensus Guideline Series: Using Antipsychotic Agents in Older Patients. *J Clin Psychiatry*. 2004;65 Supl 2:1-105.