

Caso de reunión clínica:

Trastorno delirante

Daniel Diaz¹, Felipe Mancilla², Cristian Ortiz³, Alexis Osorio⁴

Resumen

Caso clínico

Hombre, Ricardo M. A., 76 años, Jubilado, Soltero sin hijos, Estudios técnicos incompletos. Domicilio: Comuna de Providencia.

Diagnóstico: Trastorno Delirante.

Ideas delirantes persecutorias relacionadas con personas que viven en su edificio. Amenaza a sus vecinos de piso. Refiere que hablan de él en la televisión. Sospecha que su madrastra y hermanos quieren quedarse con herencia de su padre, quien falleció el año 2006.

Antecedente de delirio de persecución aproximadamente a los 30 años. Se logra un control parcial de la sintomatología psiquiátrica y se mantiene trabajando en industria de muebles del padre. Paciente actualmente vive solo, sin pareja ni hijos. No sale de su departamento desde hace dos años. Efectúa compras por teléfono. Visitas de Parientes: Escasa, mayor contacto telefónico.

Palabras claves: Trastorno Delirante, Esquizofrenia paranoide.

Case of clinical meeting: Delirious disorder

Summary

Case report: Man, Ricardo M. A., 76 years old, Retired, Single without children, Technical studies incomplete. Domicile: Commune of Providence. Diagnosis: Delusional disorder

Persecutory delirious ideas related to people living in your building. Threatens his neighbors to the floor. He says they talk about him on TV. She suspects that her stepmother and siblings want to inherit their father, who passed away in 2006.

Antecedent of delirium of persecution at approximately 30 years. A partial control of the psychiatric symptomatology is obtained and it is kept working in the father's furniture industry. Patient currently lives alone, without a partner or children. He has not left his apartment for two years. Make purchases by phone. Visits of Relatives: Scarce, greater telephone contact.

Key words: Delusional disorder, paranoid schizophrenia

1. Psiquiatra Jefe Sector 7.
2. Becado Univ. Finis Terrae
3. Becado Hospital del Salvador
4. Asistente Social
Equipo Sector 7 Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B."

Enfermedad actual: Paciente con antecedentes de cúmulo de ideas paranoides:

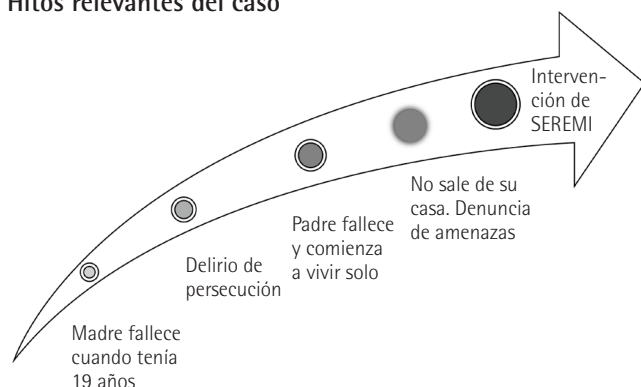
- Ideas delirantes persecutorias relacionadas con personas que viven en su edificio, ya que estima que ese es un edificio "donde viven policías y carabineros" y que estarían perjudicándolo por haber sido simpatizante de la Unidad Popular
- Amenaza a sus vecinos de piso. Golpea la puerta con el fin de entrar y concretar amenaza, por interpretar que dicho vecino es policía.
- Denuncia en Carabineros y a su vez los vecinos realizan denuncia en contra de él por amenazas y ruidos molestos.
- Además, sería perseguido por el coronel Labré que sería parte de la patrulla juvenil donde estaría Evelyn Matthei y Rodrigo Hinzpeter.
- Refiere que hablan de él en la televisión.
- Se mantiene encerrado en su departamento por años por temer a ser espiado.
- Refiere que el gas está envenenado, así como también el agua, por lo que utiliza parafina y compra agua envasada. Pide comida por teléfono.
- Sospecha que su madrastra y hermanos quieren quedarse con herencia de su padre, quien falleció el año 2006.

Este cuadro va en forma creciente, estos últimos dos años en tal magnitud que debe intervenir la comunidad. Realizan reclamos a la Municipalidad y al Departamento del Adulto Mayor Municipal, quienes realizan visita domiciliaria a la que se opone y debe intervenir SEREMI de Salud.

Anamnesis remota: Antecedente de delirio de persecución aproximadamente a los 30 años. Su padre acuerda con psiquiatra mantener tratamiento a escondidas del paciente con haloperidol en gotas. Se logra un control parcial de la sintomatología psiquiátrica y se mantiene trabajando en industria de muebles del padre

El paciente sin control médico por más de 11 años luego que fallece su padre en marzo de 2006. Luego de suspensión del tratamiento, el paciente desarrolla ideas delirantes de daño y perjuicio en forma creciente, con cierta estructuración.

Figura N°1
Hitos relevantes del caso



Historia premórbida: Lo describen como "suspica desde siempre". Madre fallece cuando tenía 19 años, esto lo afecta: Abandona estudios que retoma por insistencia de madrastra, Intenta realizar varios estudios técnicos que abandona. (Figura 1)

Funcionamiento y hábitos: Trabaja para el padre en fábrica de muebles. Paciente logra abrir cuenta corriente y Fondos Mutuos en un banco. Compra dos departamentos en la comuna con dinero de la herencia, en uno de ellos reside y el otro lo arrienda. Hábitos: Tabaco, Alcohol, Otras drogas: No.

Examen físico: sin alteraciones.

Examen neurológico: Vigil, lúcido, orientado T-E. Sin signos de focalización

Examen mental: Al ingreso está vigil, lúcido, representa su edad cronológica, limpio, actitud hostil, querellante, reclama por la hospitalización, suspica, refiere que esto sería parte de un complot en que participa su hermano para quitarle sus bienes.

Pensamiento: sin alteraciones del curso formal.

Se observa retraído y aislado, no expresa sus ideas delirantes espontáneamente sino ante preguntas dirigidas hechas por el psiquiatra tratante.

Sin conciencia de enfermedad. Sin alteraciones de la sensopercepción.

Afectividad: en general buena modulación afectiva, excepto al abordar el núcleo delirante en que se irrita y reclama por su hospitalización. Psicomotricidad: normal.

Los últimos días más ajustado, tranquilo, más sociable, comparte con algunos de sus compañeros de sala, lee el diario, comen-

ta las noticias y ve televisión (que antes no hacía por estimar que hablaban de él).

Examen neuropsicológico (NEUROPSI): Dentro de límites normales para la edad. Sin embargo, muestra dificultades en tareas de memoria de evocación y fluidez verbal fonológica.

Exámenes de laboratorio clínico

Electrocardiograma dentro de límites normales.

Perfil bioquímico normal.

TSH: 7,73 muL/mL.

Hemograma: muestra anemia leve.

Situación socio familiar (Fuentes: Entrevista Paciente, Hermano, Visita Domiciliaria)

Paciente actualmente vive solo, sin pareja ni hijos. Madre biológica fallecida cuando paciente tenía 19 años. Padre fallecido a los 89 años; cumplía labores de cuidador de paciente. Madrastra de 84 años, vive sola.

Red de apoyo: 1 hermano y 2 medios hermanos. De mediana cercanía, con historias de conflictos por enfermedad de paciente (desconfianza/rechazo de ayuda). Otros apoyos: ahijada lo visita regularmente.

Pareja: Tuvo una relación que duró cerca de 3 meses (se terminó pues cuñado era de FFAA). Otros Antecedentes Familiares: Tío paterno se suicidó con arma de fuego; primo materno se suicidó por ahorcamiento.

Condiciones habitacionales:

Al fallecer el padre, su madrastra vendió vivienda común y se fue a vivir sola a otro domicilio. Paciente es propietario de 2 departamentos; uno de ellos lo arrienda y el otro lo habita hace casi 10 años

Habitabilidad: Departamento en buen estado (4° piso). 2 dormitorios, servicios básicos. Todas las Ventanas tapadas con cortinas y/o paneles de madera. Una ventana rota sin reponer (restos guardados en una caja). Aseo y orden del lugar: regular. Existencia de un calendario año 2015.

Equipamiento: Adecuado y suficiente. Tiene TV, dispone de una radio antigua.

Estilo de vida y situación socioeconómica

Ingresos: adecuados y suficientes (jubilación y ahorros por herencia familiar)

Aislamiento Social: No sale de su departamento desde hace dos años. Fue denunciado por vecinos por amenazas y ofensas. Realiza ruidos molestos, con golpes en puerta, paredes y gritos (día y noche). Acusa a vecina del piso de arriba de robos. Con el administrador por apropiarse de los gastos comunes. Llama a conserje 2 veces por semana acusándolo. A veces tiraba bolsas de basura desde la ventana al jardín del edificio.

Alimentación: Efectúa compras por teléfono. Pide ayuda a ahijada para pago de su jubilación y cancelación de cuentas.

Visitas de Parientes: Escasa, mayor contacto telefónico.

Visitas de vecinos: Ninguna. Primer año saludaba y visitaba vecinos (supo que algunos pertenecían a FFAA). Luego de la denuncia y visita de la PDI no salió más de su propiedad.

Plan de egreso:

Psicoeducación e Intervención Familiar: se sugiere movilizar a familiares cercanos en la búsqueda de una Residencia Protegida Particular, a fin de tener una mayor supervisión de satisfacción de necesidades básicas del paciente, adherencia al tratamiento médico y rehabilitación psicosocial.

Diagnóstico: Trastorno Delirante, Anemia crónica leve, Hipotiroidismo

Diagnóstico diferencial con: Esquizofrenia paranoide

Tratamiento: Inicialmente con: Haloperidol 5 mg. 1/2-0-1/2 y Zolpidem 10 mg 0-0-1/2

Buena respuesta a tratamiento y una buena adaptación a la convivencia en el sector 7. Al cabo de algunos días se cambia el Haloperidol por Risperidona de 3 mg 1/2-0-1/2

Motivo de presentación

Caso poco frecuente

Diagnóstico diferencial

Sugerencias de tratamiento

Pronóstico

1. Caso poco frecuente

Epidemiología

Prevalencia de 24-30/100.000 habitantes (0,03%). Se subdimensiona por la escasa consulta espontánea. 4% de los ingresos hospitalarios.

Edad de comienzo: 34 a 45 años. Razón entre sexos: femenino > masculino

Condiciones asociadas: viudez, celibato, TEC, consumo de sustancias (Kendler KS. 1982)

2. Diagnóstico Diferencial

Desarrollo del concepto

Johann Christian Heinroth emplea por primera vez el término "paranoia" en 1818 para designar lo que habitualmente se llamaba locura. (La raíz etimológica de la palabra "paranoia" debemos buscarla en los antiguos griegos, que la empleaban para hacer alusión a cualquier tipo de trastorno mental)

Falta de libertad del espíritu con exaltación de la facultad de pensar y sin alteraciones de la percepción. Ausencia de las alucinaciones en esta descripción.

Fue el francés Esquirol, quien con el concepto de monomanías hizo referencia por primera vez al significado actual del estado paranoide. Sin duda, a la hora de delimitar nosológica y fenomenológicamente a la paranoia son la escuela alemana y francesa las que recogen todo cuanto hasta el momento actual se conoce de tan apasionante tema.

Empleó el término "paranoia" para designar aquellos cuadros que solo afectan el área intelectual. (Kahlbaum). Los pacientes con paranoia se caracterizaban por presentar un comportamiento delirante persistente que permanecía relativamente estable a lo largo del tiempo. Insistía en que había alteraciones de pensamiento primarias, no derivadas de perturbaciones del afecto. (González N., 2004)

Locura primaria

"Un cuadro delirante que se distingue de la melancolía por su alto concepto de sí mismo, y de la manía, por la ausencia de ideofugalidad. Además, los paranoicos muestran un amplio dominio de su vida mental, porque no hay alteración de la voluntad."

Ampliaron el concepto de paranoia. (Griesinger y Westphal): Todo estado patológico en que el delirio tuviera un lugar fundamental:

- Formas delirantes puras
- Cuadros con alucinaciones
- Funciones psíquicas inalteradas
- Funciones psíquicas muy deterioradas
- Cuadros agudos/crónicos

Cuadro N°1
Historia terminológica de la paranoia

ALEMANIA	FRANCIA	ITALIA	ANGLOSAJONES
Heinroth (1818) "Paranoia"	Ph. Pinel (1809) "Locura razonante o manía razonante"	Tanzi y Riva (1894) "Constitución paranoica"	Mayer (1931) "Paranoiac conditions" y "Paranoid personality"
Griesinger (1862) "Verrücktheit" (secundaria)	Esquirol (1820) "Monomanías"		Otros: "Paranoid state, Involutional paranoid state"
Kahlbaum (1863) "Paranoia"	Lasègue (1852) "Delirio de las persecuciones"		Persecutoru paranoid development Psychotic paranoid reactions"
Snell (1865) "Primäre Wahnsinn"	Morel (1860) "Segunda clase de las locuras here- ditarias"		
Griesinger (1867) "Primäre Verrücktheit"	Jules Falret (1872) "Delirio de perseguidos-persegui- dores"		
Sander (1868) "Originäre Verrücktheit"	Delasiauve (1877) "Delirio sistematizado perceptivo" (pseudomonomania)		
Westphall (1876) "Verrücktheit" (primaria, aguda y abortiva)	Magnan (1890) "Delirio crónico a evolución siste- mática" (locura hereditaria de los degenerados)		
Krafft - Ebing (1879) "Paranoia y Wahnsinn"	Séglas (1895) "Delirio de persecución con interpre- taciones delirantes" (Paranoia)		
Cramer (1893 / 94) "Verrücktheit + Wahnsinn + Amentia"	Sérieux y Capgras (1909) "Delirio crónico" ("Delirio de interpretación")		
Kraepelin (1899) "Paranoia"			
Kretschmer (1918) "Delirio de relación de los sensitivos" "Paranoia de deseo"			

(Bercherie, P., 1999)

Kraepelin: Descripción definitiva
Paranoia Vera (1899)

Con Kraepelin surge el concepto moderno de paranoia que atribuyó a la misma un origen endógeno (a diferencia de las psicosis reactivas). Formas crónicas y puramente delirantes en las que las alteraciones de las funciones psíquicas y la personalidad se limitaban a las producidas por el delirio mismo. (Salavert J., 2003)

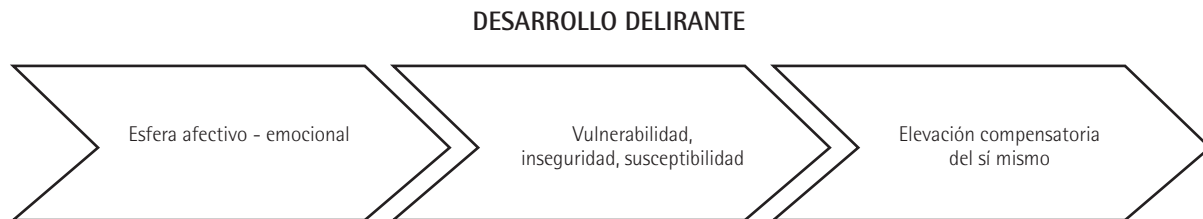
"Desarrollo insidioso, bajo la dependencia de causas internas y según una evolución continua, de un sistema delirante duradero e inmovible, y que se instaura con una conservación completa de la claridad y del orden en el pensamiento, voluntad y la conducta" (Kraepelin E. 1921)

Concibe la paranoia como una psicosis de evolución crónica, cuya sintomatología clínica consiste exclusivamente en ideas y recuerdos delirantes y en cuya evolución jamás se presentan experiencias alucinatorias, ni perturbaciones del Yo, ni tampoco alteraciones formales del pensamiento

"Dada la estrecha relación de los contenidos delirantes con la vida emocional, habría que hablar en la paranoia de una formación delirante catatímica" (Cuadro 2)

Kretschmer: En estos enfermos la psicosis surge necesariamente de la interacción de la tríada "carácter, vivencia y situación." *"El delirio sensitivo de autorreferencia surge por el efecto acumulativo de experiencias y/o situaciones de vida típicas sobre una típica disposición caracterológica y una labilidad constitucional"*

Cuadro N°2



Winokur: "Trastorno delirante" (1977): No encontró evidencias de alteraciones cognitivas, ni alteración en el funcionamiento social del paciente. Importancia de la carga genética y los antecedentes familiares DSM- III-R (APA, 1987)

En cuanto a las teorías dinámicas, la formación de ideas delirantes en la paranoia se explica en parte desde el mecanismo defensivo de la proyección. Sigmund Freud implicó también a los mecanismos de defensa de negación y formación reactiva, a su vez aceptados actualmente. Freud, en el célebre caso Schreber, señala como origen de los síntomas paranoides del importante juez de Dresde al rechazo de sus inconscientes fantasías homosexuales. (Salavert J., 2003)

Ideas delirantes

Comienzo insidioso y progresivo, con alternancia de períodos de mayor y menor actividad delirante, pero sin perder esa actividad en ningún momento. Surge a partir de interpretaciones del sujeto. Se basa en unos fundamentos erróneos y no se modifica con la argumentación lógica. Es incorregible, irrefutable e influenciable.

Desde el punto de vista de su estructura, es bien sistematizado, goza de coherencia interna, está bien organizado y es de apariencia lógica y verosímil. En cuanto al contenido, se desarrolla en torno a un tema uniforme (generalmente una sola idea en número), con una tonalidad afectiva de la idea en función del contenido del delirio. No hay deterioro de las capacidades ejecutivas y el afecto. El humor es congruente con el delirio.

Resulta en ocasiones contagioso por lo que puede extenderse o transmitirse a otra persona (*folie à deux*) o incluso grupos de personas. Esta inducción a terceras personas suele deberse a la verosimilitud de las ideas delirantes y a los elaborados y convincentes razonamientos de los pacientes paranoides.

La presencia de alteraciones sensorio-perceptivas no es frecuente. Si aparecen, suelen ser táctiles u olfatorias y consistentes con el delirio. Algunos pacientes delirantes pueden presentar otro

tipo de alucinaciones, casi siempre auditivas, más que visuales (Kaplan, 2000).

Siglo XXI

Se identifican seis factores causales proximales principales: un estilo de pensamiento preocupado, creencias negativas acerca del sí mismo, sensibilidad interpersonal, alteración del sueño, experiencia interna anómala y sesgos de razonamiento. Cada uno tiene mecánicas plausibles ligadas a la aparición de la paranoia. Estos factores causales pueden estar influidos por una serie de circunstancias sociales, incluyendo eventos adversos, uso de drogas ilícitas y entornos urbanos. (Cuadro 3)

Pruebas de laboratorio/imágenes: Diagnósticas no existen. Imagenología permite confirmar alteraciones estructurales en regiones anatómicamente susceptibles.

Pruebas psicológicas: Las pruebas proyectivas revelan preocupación con contenido paranoico o de grandeza y problemas de inferioridad, incapacidad y ansiedad

En cuanto a los antecedentes familiares, Kendler y Hays, en 1981 observaron que la prevalencia de esquizofrenia en los familiares de los enfermos paranoides era significativamente inferior a la de los familiares de enfermos esquizofrénicos, así como la presencia de psicosis afectivas en los familiares de los pacientes paranoides. Así pues, estos autores sugirieron la existencia de una independencia genética de la paranoia respecto a la esquizofrenia y las psicosis afectivas

Es frecuente encontrar una historia familiar de enfermedad psiquiátrica y se ha descrito una significativa proporción de familiares con sentimientos de inferioridad, celos, suspicacia, personalidad paranoica y trastorno delirante respecto a la población general (Cuadro 5)

3. Sugerencias de tratamiento

El tratamiento suele ser difícil ya que se trata de pacientes que rara vez acuden espontáneamente en busca de tratamiento ya

Cuadro N°3 La jerarquía de la Paranoia

Amenaza severa (por ejemplo, personas que tratan de causar un daño psicológico o social significativo, conspiraciones para un público más amplio)
Amenaza moderada (por ejemplo, las personas que salen de su camino para llegar a usted)
Mediana amenaza (por ejemplo, personas que tratan de causar angustia menor como irritación)
Ideas de referencia (por ejemplo, personas hablando de que estás siendo observado)
Las preocupaciones de evaluación social (por ejemplo, temores de rechazo, sentimiento de vulnerabilidad, pensamientos de que el mundo es potencialmente peligroso)

(Freeman D, 2014)

Criterios diagnósticos del Trastorno delirante en DSM-5 y Trastornos delirantes persistentes - CIE-10 (en Cuadros 3 y 4).

Cuadro N°4 Criterios diagnósticos Trastorno delirante DSM-5

<p>La presencia de uno o más delirios con una duración de un mes o más</p> <p>No cumple con los criterios A para la esquizofrenia (las alucinaciones, si están presentes, no son importantes y están relacionadas con el tema del delirio)</p> <p>Fuera del impacto del delirio o sus ramificaciones, el funcionamiento (social y laboral) no está limitado y la conducta no es bizarra.</p> <p>Si ha habido episodios maníacos o depresivos, han sido breves.</p>
--

Cuadro N°5 Trastornos delirantes persistentes - CIE-10

<p>Trastornos en los cuales los delirios crónicos constituyen la característica esencial, delirios que no pueden ser clasificados como orgánicos, esquizofrénicos o afectivos.</p> <p>Trastorno delirante: Está caracterizado por la presencia de uno o varios delirios que persisten a lo largo de la vida. Los contenidos más frecuentes son persecución, hipocondría, megalomanía, querulancia o celos.</p> <p>Pueden presentarse síntomas depresivos; también alucinaciones olfatorias y táctiles.</p> <p>Las alucinaciones auditivas, la idea de ser controlado y el aplanamiento afectivo son incompatibles con este diagnóstico.</p> <p>El comienzo es en la edad media de la vida, aunque las ideas delirantes de tipo hipocondríaco pueden empezar antes.</p> <p>Tanto el contenido del delirio como la circunstancia en que este emergió pueden estar relacionadas con la biografía del paciente. Ejemplo: ideas de persecución en miembros de minorías étnicas</p> <p>Fuera de las actitudes o actos directamente relacionados con el delirio, el afecto, el lenguaje y la conducta son normales</p>
--

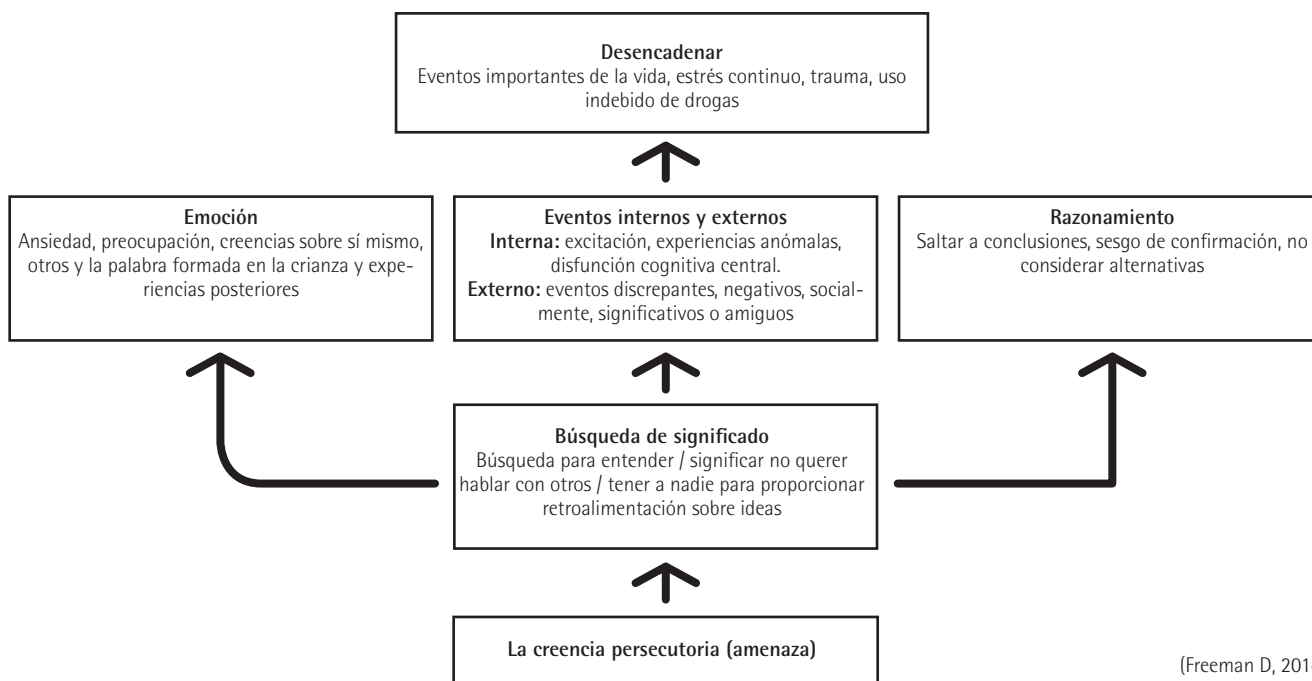
(OMS. 1992)

Cuadro N°5
Diagnóstico diferencial

Trastorno delirante	Esquizofrenia
Inicio 35 - 45 años	Inicio 20 - 30 años
Personalidad previa paranoica	Personalidad previa esquizoide
Delirio bien sistematizado	Delirio mal sistematizado
Con propagación social	Sin propagación social
Cierta comprensibilidad lógica del delirio	Escasa comprensibilidad lógica del delirio
Poco frecuente	Más frecuente
Evolución crónica: desarrollo	Evolución crónica: proceso
Sin desestructuración del yo ni deterioro	Con desestructuración del yo y deterioro

(Salavert J., 2003)

Cuadro N°6
Esquema de los factores involucrados en la formación de delirio



(Freeman D, 2014)

que habitualmente no tienen conciencia de enfermedad. Además, muestran recelo y suspicacia que los conduce al incumplimiento de las indicaciones terapéuticas.

Es importante intentar mantener una buena relación médico-paciente evitando entrar en confrontación directa con el tema del delirio, manifestando comprensión y ofreciendo ayuda farmacológica para abordar los síntomas no específicos, como la ansiedad o el insomnio.

En el tratamiento de este tipo de patologías habrá que combinar medidas farmacológicas, ciertas formas de psicoterapia y posiblemente hospitalizaciones puntuales. En general los datos son dispares y la literatura existente es confusa en los aspectos terapéuticos por tanto sólo pueden realizarse orientaciones en términos generales.

“Actualmente hay una falta general de información de alta calidad basada en pruebas acerca del tratamiento de los trastornos

Tabla N°2

Síntomas potencialmente sugestivos de un Trastorno Animo Psicótico, no la esquizofrenia, en pacientes funcionalmente psicóticos

1	Paranoia (temor por la propia vida: castigo, veneno, tortura, ejecución)
2	La grandiosidad delirante (posesiones valiosas)
3	Culpa delirante (pecados pasados)
4	La persecución por grupos de alto perfil (FBI, CIA, KGB, IRS, Dios, el diablo, etc.)
5	Psicosis (tanto humor-congruente y humor-incongruente alucinaciones y / o delirios)
6	Aumento atípico del comportamiento / actividades dirigidas a las metas, especialmente involucrando las decisiones del " estímulo del momento ": religioso, legal, político, sexual, limpieza, llamada telefónica, escritura, música ruidosa, fiesta, viajes.
7	Aumento atípico de la emoción: enojo, alegría, irritabilidad, tristeza, llanto.
8	Ausencia de placer y / o emoción (depresión): anhedonia, afecto plano, Alogia.
9	Comportamiento que causa disturbio: la policía llamó, asalta, fuerte, quejas del vecino
10	Antecedentes de depresión mayor o manía / hipomanía
11	Antecedentes familiares de depresión bipolar o mayor
12	Criterios de DSM para bipolar, maniaco, deprimido o mixto
13	Buena premórbida o vida social actual: oficial de escuela, deportes, pandillas, pasado relación a largo plazo, formalmente casado,

delirantes y no hay pruebas suficientes para establecer recomendaciones acerca de cualquier tipo de tratamiento"

"Se necesitan estudios de investigación adicionales de alta calidad y a gran escala en esta área. Los estudios de investigación podrían mejorarse al realizar ensayos específicamente dirigidos a los pacientes con trastorno delirante" (Skelton M, 2012) (Cuadro 6)

Tal vez el proceso psicológico más investigado en la investigación de la esquizofrenia ha sido la teoría de la mente, ya que casi por definición las intenciones de otros están siendo malinterpretadas en el contenido de los pensamientos paranoicos.

Hay evidencia de la teoría de las dificultades mentales en pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, está claro que estas dificultades cognitivas están más asociadas con síntomas negativos y no paranoia (Tabla 2)

Investigó la presencia y los correlatos clínicos de la comorbilidad psiquiátrica en una muestra de 64 pacientes con trastorno delirante (TD). El 72% de los sujetos tenía un diagnóstico psiquiátri-

co vital adicional al menos. Se encontró una alta comorbilidad vital con los trastornos afectivos, cuyo comienzo había sido por lo general posterior al comienzo del TD. (Maina G., (2001)

Marino y cols., comunicaron una prevalencia considerable de perturbaciones del estado de ánimo (50,7%). En particular, una elevada proporción (35,2%) de pacientes delirantes estaba afectada por una forma recurrente de perturbación del estado de ánimo. (Marino C, 1993)

4. Curso y pronóstico

Remisiones completas, con o sin recaídas o pudiendo cronificarse.

50% presentan una mejoría completa, en el 20% existe una disminución de la intensidad clínica y el 30% restante no experimenta ningún cambio en los estudios de seguimiento. Entre un 3 y un 22% evolucionan hacia el desarrollo de síntomas esquizomorfos (Kendler, 1981). Menos de un 10% evolucionan hacia los trastornos del estado de ánimo.

Los factores que se correlacionan con un buen pronóstico (Kendler KS, 1981) son:

Altos niveles de ajustes laborales, sociales y funcionales Sexo femenino Inicio antes de los 30 Aparición súbita y corta duración de la enfermedad Presencia de factores desencadenantes Las formas somáticas, persecutoria y delirios eróticos tendrían un mejor pronóstico que los pacientes con delirios de grandeza y celotípico.
--

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders. Washington DC: A.P.A., 1987.
2. Bercherie, P., Los fundamentos de la clínica. Historia y estructura del saber psiquiátrico, Manantial, Buenos Aires, 1999
3. Freeman D, Garety P. Advances in understanding and treating persecutory delusions: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014 Aug;49(8):1179-89. doi: 10.1007/s00127-014-0928-7. Epub 2014 Jul 9.
4. Kendler KS, Tsuang MT. Nosology of paranoid schizophrenia and other paranoid psychoses. *Schizophr Bull* 1981;7 (4):594-610.
5. Kendler KS. Demography of paranoid psychosis (delusional disorder). *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 890
6. Kraepelin E. Manic depressive insanity and paranoia. Edinburgh: Livingstone, 1921.
7. González Nieves. Trastorno Delirante: ¿es realmente diferente de la Esquizofrenia? Tesis Doctoral. Barcelona, 2004
8. Lake CR. Hypothesis: grandiosity and guilt cause paranoia; paranoid schizophrenia is a psychotic mood disorder; a review. *Schizophr Bull.* 2008 Nov;34(6):1151-62. Epub 2007 Dec 1.
9. Maina G., Albert U., Badà A. y Bogetto F. Presencia y correlatos clínicos de la comorbilidad psiquiátrica en el trastorno delirante. *Eur Psychiatry Ed. Esp.* (2001); 8: 428-434
10. Marino C, Nobile M, Bellodi L, Smeraldi E. Delusional disorder and mood disorder: can they coexist? *Psychopathology.* 1993;26(2):53-61.
11. Manschreck TC, Khan NL. Recent advances in the treatment of delusional disorder. *Can J Psychiatry.* 2006 Feb;51(2):114-9.
12. OMS. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: OMS, 1992
13. Salavert J, Berrospi M., Miralles M., Dueñas R., Tiffon M., San Molina L. El trastorno delirante. Revisando los aspectos de la paranoia. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2003;30(6):304-313
14. Skelton M, Ahmad Khokhar W, Thacker S. P. Cochrane Schizophrenia Group (Tratamientos para el trastorno delirante 2012 En: www.cochrane.org/es/CD009785/tratamientos-para-el-trastorno-delirante