

# ¿Existen los Celos Normales? Trastorno Delirante Celotípico

Valeria Chávez<sup>1</sup>, Francisco Vergara<sup>1</sup>, Daniela Rössle<sup>1</sup>, J Carolina Álamos<sup>1</sup>

## Resumen

### Caso Clínico:

Mujer de 52 años, casada, dos hijos. Tuvo una infancia y adolescencia en la que predominó el estricto control paterno y la actitud temerosa de su madre, siendo prioritarias las responsabilidades. Su carácter se fue modelando bajo una visión de mundo hostil. En un medio muy restringido, conoció a su esposo, siendo ésta su única relación sentimental. Luego de una histerosalpingooforectomía, la paciente interpreta un hecho puntual de una forma equivocada, bajo la idea de ser engañada, surgiendo la idea delirante. Sin embargo, el resto de su comportamiento parece ajustado a la realidad.

**Palabras claves:** idea delirante, Celos Normales, Trastorno Delirante Celotípico.

## ¿Is There Normal Jealousy? Celotypic Delusional Disorder Summary

### Clinical Case:

Woman of 52 years, married, two children. He had a childhood and adolescence dominated by strict parental control and fearful attitude of his mother, with responsibilities being a priority. His character was modeled under a hostile worldview. In a very restricted environment, she met her husband, this being her only sentimental relationship. After a hysterosalpingo-oophorectomy, the patient interprets a specific event in a mistaken way, under the idea of being deceived, with the delusional idea emerging. However, the rest of his behavior seems adjusted to reality.

**Key words:** delusional idea, Normal Jealousy, Celotypic Delusional Disorder.

## Introducción

Los celos son una respuesta de malestar innata que surge ante la amenaza de la pérdida de una relación valiosa como consecuencia de la existencia de una tercera persona. (Lagache Daniel. 1986)

Los celos son un estado emocional complejo definido como la "percepción de una amenaza de pérdida de una relación valiosa

ante un rival real o imaginado que incluye componentes afectivo, cognitivo y del comportamiento "(Mullen PE. 1991)

Cierto grado de celos se considera normal en amor maduro Es una reacción comprensible y proporcionada a una situación de infidelidad real o posible del amado. Los celos mórbidos difieren de los celos normales por su intensidad e irracionalidad. Pueden ocurrir incluso cuando un compañero está siendo infiel, lo cual significa que la infidelidad no es razón suficiente para desarrollar celos mórbidos, sino un exceso o respuesta irracional a eso. (Batinic Borjanka, 2013)

Las características objetivas incluyen desconfianza, sensibilidad, hosquedad, odio, irritabilidad, fastidio rápido, comportamiento crítico o acusatorio, autojustificación, litigiosidad, grandiosidad o excesiva auto-importancia, violencia, agresividad y obstinación. (Grover Sandeep, 2006)

La celotipia corresponde a la creencia fija de ser engañado por la pareja, que no puede superarse, aunque exista la presencia de argumentos razonados o evidencia en contra. Puede formar parte de un trastorno delirante, parte del delirio en la esquizofrenia y otros cuadros como demencia o alcoholismo. (Seeman Mary V. 2015)

En términos de las diferencias sexuales, se ha encontrado que los varones reaccionan en mayor medida ante la infidelidad sexual potencial; mientras que las mujeres son más sensibles ante la posible pérdida de atención y de recursos emocionales. (Retana, Blanca, 2008)

El DSM-5 divide al trastorno delirante en los siguientes subtipos: Persecución, Somático, Mixto Indiferenciado, Grandeza, Erotomaniaco y Celotípico.

## Criterios diagnósticos Trastorno delirante DSM-5

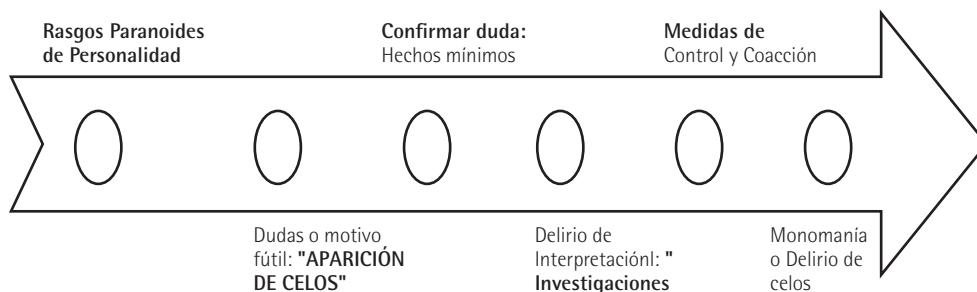
La presencia de uno o más delirios con una duración de un mes o más

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)

Fuera del impacto del delirio o sus ramificaciones, el funcionamiento (social y laboral) no está limitado y la conducta no es bizarra

Si ha habido episodios maníacos o depresivos, han sido breves.

1. Médico Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría, Universidad de Concepción



### Epidemiología

- La incidencia de trastorno delirante es 0,03 y la prevalencia alcanza un 24 por 100.000. habitantes.
- Aparición en la vida media: 35-55 años. (Varones: 33,9 años y mujeres 46,4)
- Mayor prevalencia en estratos sociales bajos e inmigrantes.
- El subtipo Persecutorio alcanza un 48%, seguido del Celotípico con un 11%.

El desarrollo de la celotipia a menudo se ha asociado a algunos trastornos sexuales (hipogonadismo por alcohol o menopausia). (González-Rodríguez A. 2015)

Las mujeres con trastorno delirante presentaron un inicio más tardío del trastorno y requirieron un mayor tiempo de hospitalización. (González-Rodríguez A. 2014).

### Diagnóstico

Historia Clínica, Neuroimágenes y Exámenes de Laboratorio.

Howard et al. (1994) usaron resonancia magnética y encontraron el ventrículo lateral aumentado; el volumen en los casos de TD es mucho mayor que en la esquizofrenia y casi el doble que en controles saludables. (Howard RJ, 1994)

Otra investigación identificó un total de 20 pacientes neurológicos, que experimentaron celos en relación con un trastorno neurológico; y 22 individuos sanos, que experimentaron celos bajo neuroimágenes experimentales. La mayoría de los casos clínicos de celos informados después de un accidente cerebrovascular tenían celos de tipo delirante. El accidente cerebrovascular hemisférico derecho fue el trastorno neurológico informado con más frecuencia en estos pacientes, aunque hubo una amplia gama de trastornos neurológicos más difusos que pueden ser reportados como asociados con diferentes tipos de celos. (Ortigue S. 2011)

### Trastornos delirantes persistentes - CIE-10

Trastornos en los cuales los delirios crónicos constituyen la característica esencial, delirios que no pueden ser clasificados como orgánicos, esquizofrénicos o afectivos.

*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.

Pueden presentarse síntomas depresivos; también alucinaciones olfatorias y táctiles.

Las alucinaciones auditivas, la idea de ser controlado y el aplanamiento afectivo son incompatibles con este diagnóstico

El comienzo es en la edad media de la vida, aunque las ideas delirantes de tipo hipocondríaco pueden empezar antes

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

Fuera de las actitudes o actos directamente relacionados con el delirio, el afecto, el lenguaje y la conducta son normales

(OMS. 1992)

Celos Comprensibles	Celos Neuróticos	Celos Delirantes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infidelidad real.</li> <li>• Reacción proporcional.</li> <li>• Aceptación social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reacción inadecuada ante una infidelidad con desborde emocional</li> <li>• Trastorno de personalidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creencia inquebrantable e irracional.</li> <li>• Proceso: Psicosis, esquizofrenia.</li> <li>• Desarrollo: Trastorno delirante</li> <li>• Orgánico.</li> </ul>

## Tratamiento

Primera línea: *Antipsicóticos*.

Gran parte de la literatura sobre el tratamiento de Trastorno Delirante informa sobre series individuales o muy pequeñas de casos. La introducción de la pimozida neuroléptica oral y su uso exitoso en el tratamiento de TD ha llevado a algunos investigadores a reclamar su especificidad terapéutica para TD, que no se comparte por otros antipsicóticos. (Grover Sandeep, 2006)

Srinivasan et al, (1994) de India encontraron buena respuesta a tratamiento antipsicótico con trifluoperazina, haloperidol, clorpromazina y terapia electroconvulsiva; 11 de 19 casos de parasitosis delirante mostraron remisión completa, y cinco mantuvieron la recuperación por más de 3 años. (Srinivasan TN, 1994)

A pesar de ciertas limitaciones, la literatura de la última década sobre tratamiento del trastorno delirante sugiere optimismo sobre el potencial para la eficacia del tratamiento. De 131 casos reportados, se observó una respuesta positiva en casi el 50%. Esta observación contrasta con el pesimismo generalizado sobre el tratamiento del Trastorno Delirante. (Manschreck TC, 2006)

### Tratamiento no farmacológico

Compasión, consuelo y tratamiento del conflicto subyacente al trastorno puede eliminar los síntomas delirantes. La psicoterapia orientada generalmente está contraindicada, pero una combinación de enfoques psicoterapéuticos de apoyo con una intervención cognitivo-conductual se considera sensata. (Grover Sandeep, 2006)

### Objetivos:

Encapsular delirio.

Disminuir interferencia emocional.

Disminuir riesgo de conductas agresivas.

## Caso Clínico

Mujer de 52 años, casada, dos hijos. De ocupación secretaria. Tuvo una infancia y adolescencia en la que predominó el estricto control paterno y la actitud temerosa de su madre, siendo prioritarias las responsabilidades. Su carácter se fue modelando bajo una visión de mundo hostil. En un medio muy restringido, conoció a su esposo, siendo ésta su única relación sentimental. Luego de una histerosalpingooforectomía, que tuvo consecuencias en la vivencia de su sexualidad, le surgió la idea de ser engañada. La paciente interpreta un hecho puntual de una forma equivocada, surgiendo la idea delirante. Sin embargo, el resto de su comportamiento parece ajustado a la realidad. Desde entonces, diversos acontecimientos continúan siendo interpretados bajo la idea de ser engañada, convirtiéndose en un delirio sistematizado e inquebrantable.

## Conclusiones

Los celos son una respuesta comprensible que nace cuando existe una amenaza de pérdida de algo apreciado.

Se habla de celos delirantes (celotipia) cuando la convicción del sujeto es irracional e incontrovertible. La celotipia puede observarse en el desarrollo de una personalidad paranoide, un trastorno delirante, psicosis esquizofrénica, demencias, abuso de alcohol y drogas, por lo que siempre se debe descartar organicidad.

El tratamiento no debe enfocarse en convencer al paciente de modificar su creencia, sino en las consecuencias; encapsular el delirio, disminuir repercusiones emocionales y conductas agresivas.

## Bibliografía

1. Batinic Borjanka, Duisin Dragana Et Barisic Jasmina. Obsessive versus delusional jealousy. *Psychiatria Danubina*, 2013; Vol. 25, No. 3, pp 334-339
2. González-Rodríguez A, Molina-Andreu O, Penadés R, Garriga M, Pons A, Catalán R, Bernardo M. Delusional Disorder over the Reproductive Life Span: The Potential Influence of Menopause on the Clinical Course. *Schizophr Res Treatment*. 2015;2015:979605
3. González-Rodríguez A, Molina-Andreu O, Imaz Gurrutxaga ML, Catalán Campos R, Arroyo MB. A descriptive retrospective study of the treatment and outpatient service use in a clinical group of delusional disorder patients. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014 Apr-Jun;7(2):64-71.
4. Grover Sandeep, Gupta Nitin, Kumar Mattoo Surendra. Delusional Disorders: An Overview. *German J Psychiatry* 2006;9:62-73
5. Howard RJ, Almeida O, and Levy R et al. Quantitative MRI volumetry distinguishes delusional disorder from late onset schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165: 478-480.
6. Lagache Daniel. *La jalousie amoureuse- psychologie descriptive et psychanalyse*. Presses Universitaires de France, 1986
7. Mullen PE: Jealousy: The pathology of passion. *Br J Psychiatry* 1991; 158:593-601.
8. Ortigue S, Bianchi-Demicheli F. Intention, false beliefs, and delusional jealousy: insights into the right hemisphere from neurological patients and neuroimaging studies. *Med Sci Monit*. 2011 Jan;17(1):RA1-11. Review.
9. Retana, Blanca; Sánchez, Rozzana. El Papel de los Estilos de Apego y los Celos en la Asociación con el Amor Adictivo. *Psicología Iberoamericana*, vol. 16, núm. 1, junio, 2008, pp. 15-22
10. Seeman Mary V. On Delusion Formation. *Can J Psychiatry* 2015;60(2):87-90
11. Srinivasan TN, Suresh TR, Jayaram V, Fernandez MP. Nature and treatment of delusional parasitosis: a different experience in india. *International Journal of Dermatology* 1994; 33: 851-855.