

Carlos A. Morra
Psicopatología general.
Semiología del pensamiento

CAPÍTULO 8
IDEAS DELIRANTES:
DELIRIOS SOMÁTICOS O RELACIONADOS CON LA IMAGEN CORPORAL y
DELIRIOS NIHILISTAS

DELIRIOS SOMÁTICOS O RELACIONADOS CON LA IMAGEN CORPORAL
DELIRIO HIPOCONDRIACO

Se caracteriza por la presencia de creencias o preocupaciones injustificadas e irreductibles acerca del estado corporal (Mira y López, 1958). Según Emanuel Regis (1907), “las ideas hipocondriacas son ideas de inquietud delirante del sujeto con relación a su organismo corporal (hipocondría física) y mental (hipocondría moral), o las dos a la vez” (Regis, 1907).

Este delirio varía desde la creencia inalterable de que “pasa algo en su cuerpo” que explica los síntomas que tiene, hasta la creencia clara y específica de que tiene una enfermedad incurable, como cáncer, sífilis, un tumor cerebral (Hamilton, 1976), etc. Se suelen apoyar sobre falsos síntomas, frutos de una afectividad alterada (catatímica), de una falsa percepción cenestésica o a puras interpretaciones morbosas que surgen de la observación de su propio cuerpo (Mira y López, 1958):

-interpretación delirante de un síntoma real

-delirio de enfermedad grave

De acuerdo con Emanuel Regis (1907): “los pacientes dicen que no tienen esófago, intestino, que carecen de pulso o que están muertos, se suele asociar a ideas de negación y también de transformación corporal”. También sostiene que, “pueden revestir mil formas y referirse a cualquier parte del individuo. Todos los aparatos y todas las funciones pueden servirle de material” sin embargo, destaca el predominio de las temáticas sobre el aparato digestivo (Regis, 1907).

Los delirios hipocondriacos suelen llegar a la consulta psiquiátrica derivados por colegas de otras especialidades, en especial por, cirujanos plásticos, dermatólogos, parasitólogos, infectólogos, etc. en general luego de tratamientos que no fueron efectivos o de minuciosos estudios que arrojaron resultados negativos (Reilly, 1997).

Para Retterstol (1968) son delirios que rara vez preceden al deterioro de la personalidad o a la progresión generalizada y tienden a permanecer estables (Reilly, 1997).

Los delirios hipocondriacos fueron clasificados por Reilly (1997) en dos grupos, por un lado, los que se asociaban a una experiencia cenestésica y por el otro los que se asociaban a un trastorno de la imagen corporal (Reilly, 1997). Dentro del primer grupo se posicionaban los delirios de parasitosis, los delirios zoopáticos internos, el síndrome de Shikano y otros delirios cenestésicos inespecíficos. En el segundo grupo se colocaban los trastornos de la imagen corporal, como los delirios dismórficos, algunos delirios que se presentaban en formas psicóticas de anorexia nerviosa y algunas formas de delirio de transformación, fenómenos de duplicación e inclusive algunas formas delirantes de pseudociosis (embarazo psicológico) (Reilly, 1997).

DELIRIO AUTOREFERENCIAL DE OLOR DESAGRADABLE (SÍNDROME OLFATORIO DE REFERENCIA) (SÍNDROME DE SHIKANO) (EIGENGERUCHSWAHN):

Fue denominado inicialmente síndrome olfatorio de referencia por Pryse-Phillips en 1971 (Pryse-Phillips, 1971). El componente central de este delirio son ilusiones o alucinaciones olfativas en las cuales el paciente cree sentir olores desagradables que provienen de su propio cuerpo (Pethö y Ban, 1989; Reilly, 1997). Los pacientes suelen afirmar que todas las personas que los rodean pueden olerlos e interpretan el comportamiento de las demás personas como una interpretación de disgusto (Pethö y Ban, 1989). También pueden pensar que el olor surge a través de un escape o a través de una fístula que permite que las flatulencias emanen de los intestinos en contra de su voluntad (Enoch y Ball, 2001). Ellos se encuentran constantemente verificando que no existan olores desagradables, preguntándole a las personas allegadas si pueden percibir los olores y ante una respuesta negativa, suelen sostener que los están engañando para que no se sientan mal. En algunas ocasiones pueden aislarse, adoptando conductas evitativas para no sentirse avergonzados, o presentar conductas de aseo excesivas llegando a provocarse excoriaciones y lastimaduras en la zona perianal, mientras que algunos pacientes diseñan y utilizan llamativos dispositivos para evitar la salida del olor (ej. ropa interior perfumada, pañales de adultos con perfume, etc.).

HALITOSIS DELIRANTE

Esta forma de delirio es en general considerada una forma clínica del delirio hipocondriaco (Iwu y Akpata, 1990). Si bien la halitosis, o mal aliento, es una manifestación clínica de algunas enfermedades orales o sistémicas, la halitosis delirante se caracteriza por la creencia infundada de presentar mal aliento a pesar de que ninguna otra persona puede sentirlo (Akpata et al., 2009).

En ocasiones la aparición de este delirio ha sido vinculada a eventos desencadenantes como cirugías, o secuelas físicas de cirugías bucales o de enfermedades que afectan a la cavidad bucal, que provocaron ansiedad o síntomas depresivos (Akpata et al., 2009).

Las conductas condicionadas por este delirio llegan hasta el uso de desinfectantes o enjuagues bucales de manera exagerada, colocarse perfume o colonia en la cavidad bucal, lavarse los dientes de manera excesiva, evitar hablar con otras personas, cubrirse

la boca al hablar o hacerlo a una distancia mayor a las distancias sociales habituales para su grupo sociocultural (Akpata et al., 2009).

Se ha descrito, así como en el síndrome de Shikano, tanto en individuos normales, como en pacientes depresivos o maníacos (Davidson y Mukherjee, 1982), psicóticos (en especial esquizofrénicos), por ejemplo, en las psicosis hipocondriacas, en las que se suele presentar acompañando a otros delirios y alucinaciones (Iwu y Akpata, 1990).

DELIRIOS DE PREÑEZ O DE EMBARAZO

De acuerdo con el SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) de la Organización Mundial de la Salud (1994) “Se denomina de esta manera a la falsa creencia de estar embarazada o embarazado, a pesar de que las circunstancias hacen que esto sea virtualmente imposible” (WHO, 1994). Por ejemplo, los pacientes pueden ser mujeres vírgenes, postmenopáusicas, o practicantes de la abstinencia sexual, en el postparto, e incluso hombres, aunque con menor frecuencia (Simon et al., 2009; Chaturvedi, 1989). En el caso de las mujeres que, se encuentran en edad fértil y la creencia es posible o probable, la idea se muestra impermeable a toda evidencia que la contradice. Por ejemplo, estudios de embarazo negativos, ecografías o el mismo transcurso del tiempo sin signos físicos de desarrollo fetal.

Los pacientes que presentan este delirio, independientemente de su sexo, suelen referir que su embarazo es de un feto único, aunque existen referencias en un número menor de casos de supuestos embarazos gemelares (6 %), de trillizos (7.1 %), y de cuatrillizos o más (7.1) (Chandra Bera y Sikar, 2015).

Resulta importante distinguir al delirio de embarazo de la pseudociosis o embarazo psicológico, que se caracteriza por la creencia de estar embarazadas en mujeres no embarazadas en asociación con el desarrollo de signos y síntomas de embarazo, estas últimas características son las que permiten realizar el diagnóstico diferencial entre sí (Seeman, 2014).

Ha sido descrita la asociación con algunos fenómenos sensorio-perceptivos como, por ejemplo, en el metaanálisis publicado por Chandra Bera y Sikar (2015), quienes describieron que un 8.3 % de los pacientes incluidos en su estudio presentaron alucinaciones auditivas en las que oían la voz de su hijo nonato y un 45.2 % presentaron alucinaciones cenestésicas (Chandra Bera y Sikar, 2015).

El delirio de embarazo fue descrito en pacientes esquizofrénicas (Hrdlicka, 1998), si bien en pacientes esquizofrénicos varones se presenta de manera poco frecuente, fue descrito en algunos de ellos en los que sus esposas quedaron embarazadas, por lo que en estos casos la génesis de este delirio puede deberse a un síndrome de couvade (síntomas de embarazo en el cónyuge varón de la mujer embarazada) (Radhakrishnan et al., 1999). Estas ideas delirantes se han descrito en estas pacientes asociadas a cenestesias y a delirios de influencias exteriores, constituyéndose como una explicación de las sensaciones físicas que experimentan o como resultado inevitable de las acciones de otras personas, seres sobrenaturales o designios divinos (Kornischka, 2003).

También se presentan en trastornos delirantes, trastorno esquizoafectivo, trastornos afectivos (ej. depresión mayor, trastorno bipolar, etc.), histeria, retrasos mentales, y trastornos mentales orgánicos, epilepsia, enfermedad de la motoneurona, demencia, síndromes confusionales, síndromes metabólicos, hiperprolactinemia primaria, tiroiditis de Hashimoto, sarcoidosis con fibrosis pulmonar, acalasia, y síndrome de polidipsia intermitente (Bernardo et al., 1996; Dutta y Vankar, 1996; Chandra Bera y Sikar, 2015; Bera y Sarkar, 2015; Bera y Sarkar, 2015; Chaturvedi, 1989; Lerner, 2008; Curran y Pugh, 1995; Manjunatha y Saddichha, 2009; Penta y Lasalvia, 2013; Kornischka y Schneider, 2003; Lopes et al., 2014; Shiwach y Dudley, 1997).

DELIRIOS DE NEGACIÓN DEL EMBARAZO

Puede ser considerada una forma especial del delirio de las negaciones de Cotard. Se denomina así al delirio en el que la paciente afirma no estar grávida a pesar del avanzado estadio de su embarazo, de que los estudios (tests) le han dado positivo o que los profesionales le hubieran informado con certeza su estado (Walloch et al., 2007).

Las pacientes pueden sostener vehemente que no están embarazadas, e incluso atribuir su aumento de peso y volumen a múltiples causas algunas de ellas, absurdas como, por ejemplo, flatulencias, comidas abundantes, enfermedades, etc. En ocasiones, la negación puede continuar aún después del parto, como otra falsa creencia denominada delirio de “Negación de la maternidad”.

DELIRIOS DISMORFICOS

Denominado de esta manera por Christian Scharfetter (1980), es un delirio en el que el paciente cree que alguna parte externa de su cuerpo, más comúnmente la cara, área genital o mamaria, se encuentra alterada en referencia a su forma o su tamaño (Scharfetter, 1980). Quizás la nariz es el mayor foco de preocupación y es muy probable que el paciente solicite cirugías correctivas debido a ello. Un ejemplo característico es el de Michael Jackson, quien se realizó numerosas cirugías para cambiar el tamaño de su nariz al punto de que al final esta era llamativamente pequeña con respecto al resto de su rostro.

Los casos de delirio dismórfico deben diferenciarse de las dismorfofobias, ya que estas últimas se caracterizan por una preocupación obsesiva más que por una creencia delirante (Reilly, 1997). El delirio dismórfico ha sido ampliamente descrito en las etapas iniciales de cuadros psicóticos, en especial en pacientes esquizofrénicos, pero no son patognomónicos, se observan también en el periodo de estado y en pacientes con psicosis delirantes (paranoia) (Bychowski, 1943; Alby et al., 1969).

La preocupación neurótica acerca de poseer un pene pequeño es común en los hombres occidentales, mientras que la convicción delirante es más común en las culturas orientales (Reilly, 1997), donde existe la creencia cultural de que el pene puede retraerse en la cavidad abdominal y que si lo hace completamente sobrevendría la muerte, cuando es aceptada por las personas allegadas a los pacientes, en lugar de considerar el fenómeno

como una experiencia delirante, los asisten en ocasiones de manera física para lograr su cometido (ej. colocar pesas atadas a los genitales, atar sogas y tirar entre varios).

El delirio dismórfico ha sido descrito con frecuencia en jóvenes con cuadros psicóticos agudos, en pacientes mayores de cincuenta años se presenta en formas de delirios agudos con más frecuencia en mujeres que en hombres.

Ha sido también descrito en cuadros depresivos con menor frecuencia, soliendo relacionar a aspectos corporales externos menores, como cambios en los ojos, en la vitalidad de la piel, que se transforman en el centro de las ideas despreciativas y en algunos casos llegan a constituir ideas de negación de órganos propias del síndrome de Cotard (Ferreri et al., 1990).

GORDURA Y DELGADEZ DELIRANTES

Se denomina gordura delirante a la creencia injustificada o exagerada de tener un gran exceso de peso o de ser obeso. Los pacientes pueden expresar sus creencias de manera verbal o pueden actuar como si fueran personas gordas (Reilly, 1997). Por lo tanto, la delgadez delirante puede ser definida por oposición como la creencia injustificada o exagerada de ser muy delgado o de tener un peso marcadamente bajo. Los pacientes pueden expresar sus creencias de manera verbal o pueden actuar como si fueran personas flacas.

Ha sido descrita la asociación con trastornos de la imagen corporal, por ejemplo, en pacientes que presentan cuadros como la anorexia nervosa, sin embargo, la frecuencia con la que se presentan de manera conjunta no es muy elevada (Reilly, 1997).

Como en los demás delirios, los pacientes presentan una marcada certeza y convicción, que no significa que esto se refleje en sus conductas, ya que en ocasiones solamente enuncian su condición física y no tienen comportamientos de acuerdo con sus ideas. Por ejemplo, un paciente esquizofrénico manifestaba que pesaba más de 200 kilos, cuando en realidad pesaba 65, cuando se enfrentaba a su imagen en un espejo, sostenía que el espejo estaba equivocado, que era como un espejo de feria que le devolvía la imagen distorsionada, cuando ingería sus alimentos no restringía la cantidad, ni realizaba ningún tipo de dieta o ejercicio físico para bajar de peso.

DELIRIO DE ESTAR HECHO DE CRISTAL

También conocido como delirio de vidrio o delirio del hombre de vidrio (glassman), se presenta principalmente en hombres, quienes refieren dos creencias infundadas principales: un miedo irracional a estar hecho de vidrio que se puede romper y una aversión a la luz solar (Müller, 2017). Por ejemplo, algunas personas que presentaban este delirio referían que eran una lámpara de aceite de vidrio o que estaban encerradas en una botella de vidrio.

Resulta llamativo que principalmente escritores, poetas y personas nobles hayan presentado tal delirio, por ejemplo, el rey francés Carlos VI. Los pacientes suelen estar convencidos de que nadie debería tocarlos porque creen que al estar hechos de vidrio se

podrían romper; por esa razón, algunos suelen llevar ropa protectora o como el rey, una “almohada de glúteos”, ya que sentarse podría ser peligroso caerse. También pueden manifestar temor a los ruidos fuertes debido a que podrían romperse en miles de piezas (Müller, 2017).

DELIRIOS DE PARASITOSIS (DELIRIO DE DERMATOZOOS DE EKBOOM) (DERMATOZOENWAHN)

Fue descrito inicialmente por K.A. Ekbohm (1938), un neurólogo sueco; se denomina así a la creencia errónea de tener parásitos (ácaros, insectos, gusanos, moscas, pulgas, piojos, etc.) en la piel, en el cuero cabelludo, o en las mucosas (en la boca, en las encías) (Sizaret y Simon, 1976; Roberts y Roberts, 1977; Oliva, 1994; Enoch, 2001; Amato Neto et al., 2007). Así también se lo ha caracterizado por la presencia de una creencia persistente e inmodificable de que su cuerpo está siendo infectado por patógenos, frente a la evidencia médica que lo contradice (Freudenmann, 2009).

Los pacientes describen característicamente como los parásitos los pican, reptan, se entierran o se esconden en su piel, y en algunos casos los muerden; aunque en ocasiones también pueden ser descritos como patógenos inanimados (Jakuszkowiak-Wojten et al., 2007; Freudenmann y Lepping, 2009).

Clásicamente, este síndrome fue descrito por el autor, con presentación casi exclusiva en mujeres de más de cuarenta años, típicamente entre los cuarenta y los setenta y cinco años, con una etiología inespecífica, irreductible, coexistiendo con una personalidad relativamente integra, sin otros trastornos psicóticos, presentando conductas tendientes a eliminar los parásitos (limpieza, rascado, etc.), presencia de alucinaciones táctiles y a veces visuales, concomitancia de lesiones dérmicas a veces reales (fruto del rascado o del uso de agentes químicos o físicos) y tendencia a la cronicidad (Ekbohm, 1938; Oliva, 1994).

Es un delirio en el cual el paciente elabora un sistema delirante basado en alucinaciones táctiles crónicas, o en sensaciones normales (prurito, dolor, etc.) que son interpretadas de manera errónea (interpretaciones delirantes), aunque en ocasiones puede presentarse como una idea delirante pura (u obsesiva), sin ningún correlato sensorial (Pethö y Ban, 1989; Reilly, 1997; Mahler et al., 2008).

Algunos pacientes relacionan su parasitosis al contagio de parásitos o insectos que provienen de sus niños, de personas cercanas a ellos, o de sus propias mascotas, pero a la vez, es considerado uno de los delirios más contagiosos o inducibles debido a que es común que sea compartido por otros miembros de su grupo familiar, que también se quejan de prurito, en ocasiones, en ambientes laborales, generalmente desfavorables (hacinamiento, con excesivo calor o frío, instalaciones obsoletas, etc.), en los que numerosas personas comparten espacios reducidos, suele presentarse el delirio de infestación, en muchos de los empleados, surge la queja de que son picados o mordidos por insectos que no pueden ver y llegan a realizarse tareas de fumigación, ya que se piensa que hay pulgas u otras alimañas en el edificio (Nel et al; 2001; Bourée et al., 2007; Daniel y Srinivasan, 2004; Waldron, 1972).

En ocasiones los pacientes suelen traer en una cajita una muestra de los supuestos parásitos que se ha extraído de la piel, que en ocasiones son solo colgajos de piel o restos de cicatrices de lesiones anteriores producidas por el mismo rascado. Este fenómeno se denomina, signo de la caja de fósforos aunque, más recientemente se ha utilizado el término signo del espécimen en la literatura, para referirse de manera más amplia a la presentación de diferentes formas de muestras del supuesto parásito por parte del paciente, a los médicos u otras personas interesadas (Bourée et al., 2007; Bailey et al., 2014).

Esta forma de delirio tiene una incidencia de 7 casos cada 10.000 admisiones en psiquiatría, es más frecuente en mujeres que en hombres, en una relación de 3 a 1, en general estas son solteras o viven solas (Baker et al., 1995; Enoch y Ball, 2001; Bourée et al., 2007; Jakuszkowiak-Wojten et al., 2007). Aparentemente, existe una relación entre la reducción hormonal propia de la menopausia que suele asociarse a prurito e incrementa la predisposición a presentar este delirio, que también ha sido descrito durante el embarazo en algunas pacientes (Lanczik et al., 1999). Dicho prurito se puede incrementar aun más debido a excoriaciones provocadas por el rascado del paciente, al uso excesivo de desinfectantes y al arrancado de vello corporal, que tenían como objetivo el deshacerse de los parásitos (Freudenmann, 2003).

Existe la descripción de la asociación del delirio de dermatozoos con conductas de depilación y rapado de la cabeza, así como de tricotilomanía, como intento, por parte de los pacientes, de librarse de los parásitos (Bhatia et al., 1994).

Se citan numerosas situaciones o cuadros clínicos en los que puede presentarse este delirio, entre los que se encuentran: el climaterio, las demencias, las patologías orgánicas cerebrales, las psicosis endógenas (ej. esquizofrenia), las psicosis hipocondríacas, las depresiones, las psicosis exógenas, las intoxicaciones con sustancias de abuso (ej. cocaína), aunque existen otros diagnósticos en los que pueden encontrarse (Mahler et al., 2008; Murphy et al., 1997; Gonzalez Seijo et al., 1993; Mahler et al., 2008).

DELIRIOS ZOOPATICOS INTERNOS (ZOOPATÍAS INTERNAS)

Fue descrito inicialmente por Levy en 1906. Se denomina así a la creencia errónea de que animales, o insectos se han instalado dentro de su cuerpo. Los animales o insectos varían desde gusanos, lombrices, ranas, sapos, serpientes e inclusive animales que superan en tamaño al paciente. En general se describen dentro del aparato digestivo, pero pueden ser localizados por el paciente en su cerebro (Reilly, 1997), en su vejiga, en sus pulmones, o en cualquier otra parte del cuerpo. Suele asociarse a la presencia de sensaciones corporales (cenestésicas) o alucinaciones cenestésicas propiamente dichas, a las que el paciente les atribuye una interpretación delirante vinculada con el movimiento de los animales o parásitos, que en ocasiones sirve para justificar su certeza acerca de la existencia de estos (Oliva, 1994).

DELIRIOS NIHILISTAS-SINDROME DE COTARD

También conocido como el delirio de las negaciones, si bien para Griesinger (1843) el término de delirio nihilista se aplica al grado extremo del delirio de las negaciones, es común que se utilicen ambos términos de manera indistinta (Griesinger, 1843). El paciente cree que partes de su cuerpo, la totalidad de su cuerpo, o su propio ser no existen, o están pudriéndose o transformándose en piedra, etc. Al preguntársele acerca de su padre o madre puede referir que no tiene, y que no ha nacido. También pueden los pacientes negar el funcionamiento normal de sus órganos o de sus brazos y piernas. Un paciente en la descripción publicada por Cotard (1880) negaba la existencia de sus piernas y brazos y otro paciente refería que no podía comer porque no tenía boca (Cotard, 1974). El mismo Charles Bonnet (1788) describió un caso en el que una paciente se vestía de túnica y se acostaba en un féretro porque decía que estaba muerta y allí permaneció por varias semanas hasta que cedió el cuadro (Enoch, 2001). En algunos pacientes depresivos el paciente puede llegar a negar la posibilidad de su propia muerte y afirmar que su sufrimiento nunca tendrá fin, ya que ni la muerte podrá darle fin, es lo que se ha denominado “inmortalidad dolorosa” (Vallejo Nágera, 1949; Isaacs, 1960). Este delirio puede tener consecuencias graves, ya que no es inusual, que los pacientes dejen de alimentarse y se mueran de hambre, puesto que niegan su propia existencia y por lo tanto sostienen que no necesitan consumir alimentos (Grover et al., 2014).

También el delirio de pobreza es considerado por algunos autores como la negación de la riqueza por lo tanto se presenta como una variante del síndrome de Cotard (Isaacs, 1960).

El síndrome de Cotard se describe en pacientes depresivos y esquizofrénicos, así también como en un sinnúmero de pacientes con patologías orgánicas como por ejemplo demencias, estados tóxicos-infecciosos, síndromes confusionales (Grover et al., 2014).

DELIRIOS DE PARÁLISIS

Se denomina así a la falsa creencia de estar paralizado. El paciente puede describir tener paralizadas las piernas, las manos, los brazos, el cuello, etc. a pesar de que objetivamente se lo puede observar realizando movimientos de dichas partes corporales. Se lo considera una variante del delirio de las negaciones de Cotard. El paciente sostiene tenazmente sus creencias pudiendo afirmar que está paralizado y negar los movimientos que está ejecutando, ante los ojos de las personas que lo rodean (Reif et al., 2003).

DELIRIOS DE ANIQUILACIÓN

El paciente cree que el mundo y/o que su familia, han sido destruidos. Fue descrito por Jules Cotard (1880) y está incluido dentro del delirio de las negaciones (Cotard, 1974). Algunos pacientes pueden asegurar que sus ciudades de origen han sido destruidas y que no pueden retornar a ellas (Cotard, 1974). Algunas formas de presentación se superponen de manera marcada a tal punto que hace imposible discriminarlas de otras formas de delirios catastróficos, como el delirio de fin del mundo o el delirio de desastre físico

DELIRIOS DE PUTREFACCIÓN

Se denomina así a la creencia de que su propio cuerpo, se está pudriendo y deteriorando (Scharfetter, 1980).

Por ejemplo, una mujer con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor con características melancólicas afirmaba que sus hijos y ella misma se estaban pudriendo (Grover et al., 2010).

Puede ser considerado tanto, una forma de delirio nihilista, como, una forma de delirio somático, o bien puede considerarse una forma de delirio de transformación.

DELIRIOS DE INANICIÓN

Se denomina de este modo a la creencia infundada acerca de estar falleciendo por inanición o estar muriéndose de hambre (Scharfetter, 1980). La creencia es independiente del hecho de que el paciente se alimente de manera normal. Aunque en ciertas ocasiones, puede provocar que el paciente deje de alimentarse haciendo que su creencia se vuelva realidad.

DELIRIOS DE DECADENCIA

Se denomina de esta manera a la creencia infundada de que el paciente está decayendo, en referencia a sus capacidades intelectuales, físicas, económicas, laborales, educativas o sociales (Scharfetter, 1980). Puede ser considerado también, una manifestación clínica tanto del delirio de negaciones como del delirio de ruina.