

Carlos A. Morra
Psicopatología general.
Semiología del pensamiento

CAPÍTULO 7

IDEAS DELIRANTES:

DELIRIOS DE GRANDEZA, AUTO-DESPRECIATIVOS, DE CULPA E
INOCENCIA

DELIRIOS DE GRANDEZA (Megalomaniacos) (Delirio Ambicioso)

Se denomina de este modo a la sobreestimación delirante de los atributos personales, de las habilidades, de las posesiones, del poder y del valor del yo (Ey, 1959).

Los delirios megalomaniacos son casi tan frecuentes como los delirios persecutorios (Ey, 1952). Fueron introducidos por Antoine Laurent Jessé Bayle (1825) en su descripción de la locura parálitica (Bayle, 1825). Luego fueron estudiados profundamente por Achille Foville (1871), quien manifestó que existía una relación cronológica con los delirios de persecución, sosteniendo que a menudo los delirios de persecución preceden a los delirios de grandeza (el aforismo de Foville) (Foville, 1871). Esta relación se fundamenta a su vez en un silogismo (conocido como silogismo de Foville): Si soy perseguido entonces es que soy un gran personaje (Ey, 1959).

Citaremos algunos ejemplos característicos de delirios de grandeza: Un paciente afirmó que podía escribir libros de teoría psiquiátrica, de teología, novelas, óperas y otras obras de importancia histórica. Otro refirió que era un atleta especial, mientras que otro dijo que tenía una relación especial con Dios que nadie era capaz de comprender. Algunos pacientes manifestaron identidades grandiosas, uno afirmó que era Roger Taylor del grupo Queen, y otro que era Dios (Knowles et al., 2011).

Las ideas de grandeza eran comunes de observar en los pacientes que presentaban parálisis general progresiva (sífilis terciaria), en estos casos la evolución de las ideas delirantes era inversa y las ideas de grandeza precedían a las de persecución (Chaslin, 1912).

Los delirios de grandeza pueden clasificarse en dos grandes grupos principales, los delirios de poderes especiales y los delirios de identidad grandiosa.

Es usual la presencia de ideas de grandeza en los pacientes bipolares en etapa maníaca o mixta y pueden presentarse también en otros cuadros psicóticos (ej. esquizofrenia, bouffée delirante, etc.) (Ey, 1959; Zheng, 1989). Karl Leonhard (1957) describió la presencia de ideas delirantes de grandeza en tres cuadros principales dentro del grupo de las parafrenias, en la confabulatoria, en la fantástica y en la expansiva. Siendo diferente la forma de presentación del delirio en la forma expansiva, ya que, a diferencia de las otras dos formas, esta condiciona el comportamiento de los pacientes, de manera que actúan de acuerdo con el delirio (sus gestos, poses y conductas son megalomaníacas) mientras que en las otras dos formas solo se limita a expresarlo verbalmente (Leonhard, 1957; Sarró, 2005). La aparición de ideas delirantes de grandeza en pacientes psicóticos crónicos (en particular esquizofrénicos) posee un gran valor semiológico, ya que suele asociarse a evoluciones irreversibles y sugerir un sustrato orgánico (se asocian al inicio del deterioro orgánico) (Chaslin, 1912).

Así también en los síndromes confusionales, en especial los de etiología tóxica (ej. intoxicación con opioides), en los adictos a la cocaína (durante la intoxicación) en el consumo crónico de metanfetaminas (Fujimori et al., 1989) y en pacientes epilépticos se han descrito, delirios megalomaníacos de contenido variable, y en ocasiones asociado a otras ideas delirantes (ej. paranoides, místicos, etc.).

En el siglo 19 (s. XIX) el delirio de grandeza era descrito a menudo en los pacientes con parálisis general progresiva, una forma de neurosífilis terciaria; hasta hace unas pocas décadas en ciertos países como India o China continuaba siendo un diagnóstico común (Benson y Gorman, 1996). En la actualidad el delirio megalomaníaco fue descrito en pacientes que presentaron psicosis pos-infección con HIV (Alciati et al., 2001).

DELIRIOS DE PODERES ESPECIALES O DE HABILIDADES GRANDIOSAS

Los pacientes creen tener poderes especiales que incluyen a la telepatía, el control de los eventos y el destino, el control de las acciones o de los pensamientos de las personas, la adivinación y premonición, la lectura del pensamiento, la sanación, el control de la vida y de la muerte (SCAN, 1994), entre otros. Pueden variar en el grado de credibilidad, adoptando en algunos casos características bizarras, como por ejemplo un paciente que explicó como controlaba la vida y muerte de las personas a través de una red de fibras ópticas conectadas desde su cerebro con el resto de la humanidad.

Pueden presentarse asociados a otros delirios, en general megalomaníacos, aunque no exclusivamente, ya que algunos pacientes refieren también presentar asociadas ideas megalomaníacas, de culpa, eróticas, hipocondríacas, entre otras.

Forman parte de los delirios megalomaníacos y se presentan característicamente en los pacientes maníacos, pero también pueden encontrarse en depresivos y esquizofrénicos, entre otros posibles cuadros psicopatológicos y neurológicos.

Clasificación de los delirios de poderes especiales o de habilidades grandiosas

- Telepatía
- Control de eventos
- Control de Personas
- Adivinación
- Premonición
- Omnipotencia
- Lectura del Pensamiento
- Mediación
- Sanación (Scharfetter, 1980)
- Control de vida y muerte
- Vida Eterna (Sarró, 2005)
- Simpatía y carisma
- Inteligencia y conocimientos
- Posesión de Secretos
- Contactos con entes divinos
- Contactos y conocimientos de seres extraterrestres
- Riqueza (Ey, 1959)
- Ideas de gloria (Ey, 1959)
- Poder e influencias
- Ascenso en el estatus social (Scharfetter, 1980)
- De creación de un nuevo mundo

DELIRIOS DE IDENTIDAD GRANDIOSA

Estos delirios forman parte de los delirios megalomaniacos y se caracterizan por la creencia infundada de ser una persona famosa, rica o estar relacionados con personas prominentes. Pueden creer que han sido cambiados por otras personas cuando eran pequeños y que sus verdaderos padres son de la realeza o que son personas muy poderosas (SCAN, 1994). Los pacientes creen ser personas importantes, poderosas o famosas como, por ejemplo: Juana de Arco, el papa, reyes, héroes, actores (Ey, 1959), etc. En ocasiones se

asocian a los delirios de filiación, afirmando el paciente ser hijo o descendiente de alguien famoso o poderoso, por ejemplo, a los delirios erotomaníacos, sintiéndose amado por alguien notorio (compartiendo de esa manera la notoriedad), a las ideas de maternidad fabulosa, o a las metamorfosis sexuales prodigiosas, así también como en asociación con las ideas místicas y el paciente se identifica con los Santos, profetas o enviados divinos (Ey, 1959).

En las parafrenias fantásticas se describen frecuentemente delirios de identidad fantástica (Sarró, 2005).

DELIRIO DE INVENCION

El paciente cree sin fundamentos reales haber realizado un descubrimiento de colosal trascendencia (transformación de la materia, teletransportación, informática avanzada, etc.) (Mira y López, 1958). Los pacientes suelen basarse en principios más o menos ciertos, pero al no tener en general los conocimientos científicos, el supuesto inventor llega a una conclusión que, siendo errónea, es aceptada como un resultado satisfactorio por él. En algunas ocasiones el paciente se aduce la autoría de enormes descubrimientos, como el teléfono o el televisor, que por supuesto, ya han sido inventados anteriormente por otras personas. En otros casos el paciente otorga una importancia desproporcionada a inventos menores que él ha hecho, otorgándoles una trascendencia tal, que transformaría para siempre a toda la humanidad y alcanzaría la fama y la gloria. Como, por ejemplo, haber inventado un dispositivo para evitar que se desprendan los cordones de las zapatillas y decir que este sistema puede cambiar el destino de la humanidad y evitar las muertes accidentales de cientos de miles de personas.

DELIRIO DE SATISFACCIÓN

Es una forma de delirio megalomaniaco en donde el paciente refiere que todo le parece favorable, bueno, bello, o satisfactorio (Ey, 1959). El paciente habla con agrado acerca de la amplitud de su saber, de sus asuntos económicos, de su familia, de la excelencia de su mujer y de las virtudes de sus hijos (Foville, 1871). El paciente muestra satisfecho su cuerpo, describe orgulloso sus dibujos, sus poemas, compra sin contar su dinero, ya que está conforme con sus ingresos, habla de su alta inminente, ya que todo le es favorable en la vida (Ey, 1959).

DELIRIO REFORMADOR IDEALISTA

Los pacientes que presentan este delirio refieren ser poseedores de un plan de reforma (social, política, económica, moral, religiosa, etc.) de la humanidad y se dedican a propagarlo por todos los medios a su alcance (Mira y López, 1958). Los pacientes a veces escriben a las autoridades, se comunican con los periódicos, las radios o la televisión, publican folletos o libros, organizan reuniones, etc.

En general los contenidos de estos delirios se basan en utopías o bien partiendo de conceptos reales llegan a conclusiones falsas acerca de sus planes reformadores (Mira y López, 1958).

DELIRIO DE ENORMIDAD (DÉLIRE D'ENORMITÉ)

También denominadas ideas de exageración por Philippe Chaslin (Chaslin, 1912). En este delirio el paciente cree que sus acciones pueden tener una consecuencia catastrófica a nivel global o de manera exagerada (Hamilton, 1976). Por ejemplo, el paciente se niega a defecar porque piensa que todo el mundo se va a inundar de sus heces y que todos van a asfixiarse (Scharfetter, 1980). Un ejemplo similar fue descrito por Frank Fish (1976) en un paciente, pero en referencia a la orina (Hamilton, 1976). La asociación de las ideas delirantes nihilistas y las ideas de enormidad se observa en el llamado síndrome megamelancólico de Cotard (1880) (Vallejo Nágera, 1949).

DELIRIOS AUTO-DESPRECIATIVOS

Estos delirios según Regis (1907), constituyen delirios de empequeñecimiento del individuo, en general los describe como delirios tristes, donde todos los enfoques personales se orientan a enfocarse a sí mismo desde un aspecto malo, la humildad, la indignidad, las faltas propias son los aspectos por destacar de su persona (Regis, 1907).

DELIRIOS DE INDIGNIDAD

Se denomina así a la creencia injustificada de ser indigno, por ejemplo, de las cosas que posee, de su familia, de los reconocimientos que se le han otorgado, de su trabajo, o de su riqueza.

Los pacientes pueden describir que todos sus atributos, físicos, morales, psicológicos, o intelectuales no son dignos de merecer hasta las más insignificantes tareas, reconocimientos, o las muestras de afecto que han recibido de otras personas (Buchwald y Rudick-Davis, 1993).

DELIRIOS DE FALTA DE VALÍA

Se denomina de este modo a la creencia infundada de no valer nada. En algunas ocasiones, las ideas de falta de valía que se presentan con cierta frecuencia en los cuadros depresivos pueden adoptar características delirantes. Suelen presentarse asociados a otras ideas auto-despreciativas, como las ideas o delirios de incapacidad o de indignidad y también

acompañarse de sentimientos egodistónicos (desagradables) como, por ejemplo, tristeza, vergüenza, o angustia.

Estas ideas suelen presentarse en los trastornos depresivos mayores con características psicóticas, en los trastornos bipolares, entre otros (Buchwald y Rudick-Davis, 1993; Cassidy et al., 1997).

DELIRIOS DE INCAPACIDAD

Karl Jaspers (1913) lo consideraba una forma de presentación de los delirios de disminución del estatus, más específicamente de las habilidades (Jaspers, 1963). Se denomina de esta manera a la creencia injustificada de ser incapaz para realizar determinadas tareas o de ser apto para ocupar ciertas posiciones o roles, que resultarían fácilmente realizables por el paciente o que estarían claramente dentro de sus posibilidades o capacidades. Resulta difícil de ser distinguida de las ideas de incapacidad (no delirantes), y puede ser considerado la forma delirante de estas ideas características de los trastornos depresivos (Griez et al., 2005).

DELIRIOS DE CULPA

Se denomina así a la creencia infundada o exagerada de ser responsable de situaciones adversas que le han sucedido tanto a sí mismo como a otras personas, o de sus consecuencias. A veces se asocia a la creencia de que debe expiar las culpas por cosas que hizo, que dejó de hacer o que pensó, que pudieron tener consecuencias sobre otras personas o que les pudieron causar un sufrimiento (Campbell, 1996; Ban, 1989). Robinot en 1880, lo definió como: “La creencia en errores o crímenes imaginarios y personales” (Robinot, 1880).

Clasificación de los delirios de culpa:

- Culpa por acción
- Culpa por omisión
- Culpa por pensamiento
- Autoincriminación (o autoacusaciones) (Vallejo Nágera, 1949).

Las ideas de culpa pueden asociarse a otras ideas delirantes, por ejemplo, las ideas místicas, refiriendo el paciente que se siente culpable ante Dios, o que se siente culpable por los pecados que cometió en su juventud (Robinot, 1880). En ocasiones los pacientes pueden referir que son culpables de los males del mundo (asociado a ideas de enormidad) o se pueden

considerar autores de horribles crímenes que nunca ocurrieron, como por ejemplo el asesinato de su cónyuge, que en realidad falleció en un accidente (Robinot, 1880). Las ideas delirantes de culpa deben diferenciarse de las rumiaciones, en estas últimas el paciente presenta una preocupación incesante e ideas desagradables relacionadas a sucesos reales de su pasado, que en realidad no son delirantes, pero el aspecto patológico se define por su gran persistencia y recurrencia.

Son frecuentes en el campo de las depresiones (ej. depresiones psicóticas y melancólicas) (Robinot, 1880), también en el abuso de sustancias, por ejemplo, las ideas de culpa han sido descritas en pacientes alcohólicos, inclusive en un período de abstinencia superior a los tres años (Ziherl et al., 2007).

AUTO-INCRIMINACION (AUTOACUSACIONES)

Se denomina así al hecho de acusarse a sí mismo y autocondenarse (Ban, 1989; Isaacs, 1960). Los pacientes manifiestan reiteradamente un juicio desfavorable sobre su propia persona, se sienten culpables, por lo que se definen como incapaces, indignos, corruptos, deshonestos, sienten remordimiento, desesperación y no pierden la ocasión de comunicarlo a otras personas (Tribolet y Shahidi, 2005).

Es decir que suelen afirmar que son culpables de algo y se acusan a sí mismos ante las demás personas (Oudard, 1900). Pueden presentar una convicción firme de su culpabilidad o no, por lo que para autores como Pierre Albert Oudard (1900), sería más apropiado denominarlo delirio de autodenuncia, ya que los pacientes suelen acudir reiteradamente a la justicia para confesar sus delitos a pesar de que en algunos casos son perfectamente conscientes de su inocencia (Oudard, 1900). Karl Jaspers (1913) lo consideraba una forma de presentación de los delirios de pérdida del estatus, y lo relacionaba específicamente como una disminución de la percepción del paciente de su estatus moral (Jaspers, 1963).

Pueden acusarse a sí mismos por cosas que han hecho, que dejaron de hacer y deberían haber hecho o que pensaron, en el pasado (Ban, 1989). En ocasiones pueden acusarse por el solo hecho de existir o por la naturaleza propia de su existencia, las faltas más insignificantes pueden transformarse en los dichos de estos pacientes, en hechos abominables que resultan imperdonables ante sus propios ojos. Suele presentarse de manera conjunta con el humor triste, en los cuadros depresivos (Taylor, 1981; Isaacs, 1960). Estos últimos suelen autoacusarse de ser indignos, deshonestos, infieles, malos padres, malos hijos, en temas tanto generales como particulares, llegando en ocasiones a presentar temas absolutamente increíbles, como acusarse de todos los crímenes que se cometen en el mundo (Oudard, 1900).

DELIRIOS DE INOCENCIA

DELIRIOS DE INOCENCIA

En algunos individuos acusados, o que creen que han sido acusados de un delito, de cobardía o de un comportamiento inaceptable, surge la creencia firme y tenaz, acerca de su inocencia (Benson y Gorman, 1996).

En las personas privadas de la libertad o en aislamiento confinado puede surgir esta creencia, aun a pesar del hecho de ser claramente culpables (Scharfetter, 1980). De acuerdo con Karl Birnbaum (1908) los prisioneros en aislamiento constituyen el suelo más fértil para el desarrollo de estos delirios (Birnbaum, 1908), en algunos de ellos se desarrollaron delirios fantásticos acerca de haber sido perdonados o indemnizados que desaparecen al ser mezclados nuevamente con los demás presos, o cuando son puestos en libertad (Mayer Gross, 1954). Los pacientes juzgan que ha surgido alguna evidencia, generalmente asociada a una compleja justificación, que se apoya en algún evento de poca importancia y demuestra su inocencia (Benson y Gorman, 1996). El delirio de inocencia es en general secundario a otras ideas delirantes, como suelen ser frecuentemente los delirios paranoides, o bien los de culpa (Benson y Gorman, 1996).

DELIRIOS DE MISERICORDIA-PERDON

En las personas privadas de la libertad o en aislamiento confinado puede surgir esta creencia de que le tienen misericordia y lo van a perdonar (Scharfetter, 1980). Suele ser confundido con la esperanza de ser perdonado que puede estar presente en múltiples convictos, pero en las formas delirantes, es más que solo esperanza, los pacientes pueden presentar certeza de haber sido perdonados, llegando a actuar como si los estuvieran viniendo a liberar (ej. empacan sus propiedades, se sientan en la puerta de las celdas a esperar) y se enojan ante la negativa de las demás personas.