

Carlos A. Morra
Psicopatología general.
Semiología del pensamiento

CAPÍTULO 5

IDEAS DELIRANTES:
DELIRIOS PARANOIDES Y DE PROTECCIÓN

DELIRIOS PARANOIDES

El delirio de persecución fue descrito inicialmente por Charles Làsegue (1852) (*Du délire des persécutions*) y luego estudiado por célebres autores como Falret (1864) y Legrand de Saulle (1871) (Làsegue, 1852; Legrand du Saulle, 1871). El DCR (*DCR Budapest-Nashville* en el diagnóstico y clasificación de las psicosis funcionales de 1989) los define como la convicción falsa de que uno es acosado, perseguido o tratado injustamente (Pethö y Ban, 1989).

Emanuel Regis (1907) afirma que *“las ideas delirantes de persecución hacen creerse a los enfermos calumniados, despojados, atacados en su felicidad, en sus intereses, en su persona, en su salud o en su existencia. Varían de la simple idea de desconfianza, de vaga suposición, hasta el tema delirante más claro, más preciso y mejor organizado”* (Regis, 1907).

Karl Jaspers (1913) describe: *“El paciente se siente notado, observado, puesto en desventaja, despreciado, ridiculizado, envenenado, hechizado. Es perseguido por las autoridades o por el fiscal por delitos de los cuales ha sido falsamente acusado, por pandillas, jesuitas, masones, etc. También hay delirios de persecución física sobre la base de influencias corporales (falsas percepciones), fenómenos de lo hecho (vivencias de pasividad), y delirios querellantes acerca de injusticias, tramas y manipulaciones traicioneras”* (Jaspers, 1963).

Emil Kraepelin (1919) describe: *“El paciente se da cuenta de que lo miran de una manera peculiar, se ríen de él, se burlan de él, escupen delante de él y el clérigo hace alusiones de él en el sermón. Es groseramente abusado y amenazado, sus pensamientos están influidos, está rodeado de una "revolución rencorosa". La gente lo espía; judíos, anarquistas, espiritistas, lo persiguen, envenenan la atmósfera con polvo venenoso, la cerveza con ácido prúsico, generan vapores mágicos y aire asqueroso, no le permitan tomar una sola bocanada de aire”* (Kraepelin, 1919).

Los pacientes pueden decir que alguien, alguna organización, alguna fuerza o poder está intentando dañarlo de alguna manera, para dañar la reputación, para causarles un daño físico, para volverlos locos o para causarles la muerte (WHO, 1994).

Freeman y Garety (2000), sugirieron que la definición de ideas persecutorias no era apropiada y no abarcaba todas las posibilidades en las que se presentaban clínicamente, también sugirieron que las ideas de referencia no debían ser incorporadas en la misma categoría (Freeman y Garety, 2000), a continuación, listaremos los criterios sugeridos:

Criteria de Freeman y Garety para que un delirio se clasifique como persecutorio (Freeman y Garety, 2000)

Los criterios A y B deben cumplirse:

A. El individuo cree que el daño está ocurriendo, o que le va a ocurrir.

B. El individuo cree que el perseguidor tiene la intención de causar daño.

Hay varios puntos de clarificación:

I. El daño se refiere a cualquier acción que lleve al individuo a experimentar malestar.

II Dañar exclusivamente a amigos o familiares no cuenta como una creencia persecutoria, a menos que el perseguidor también tenga la intención de que estas acciones tengan un efecto negativo sobre el individuo.

III. El individuo debe creer que el perseguidor intenta en el presente o intentará dañarlo en el futuro.

IV. Los delirios de referencia no cuentan dentro de la categoría de creencias persecutorias.

Los delirios pueden adoptar muchas formas, desde la simple creencia de que hay alguien persiguiéndolos, hasta complejas tramas y conspiraciones dignas de una película de ciencia ficción (WHO, 1994). Es considerado por muchos autores como el delirio de presentación más frecuente, en tanto que otros colocan en primer lugar, en relación con la frecuencia de presentación en pacientes psicóticos, al delirio de referencia, este dato resulta poco claro, ya que muchos autores consideran a este último un modo de presentación del primero (Salavert et al., 2003; Freeman y Garety, 2004). El delirio persecutorio ha sido descrito en estudios epidemiológicos, en el 4 % de la población general, mayor de 65 años, sin especificar la causa (Salavert, 2003).

Clasificación de los delirios paranoides de acuerdo con su contenido

- Persecución (propia mente dicha)
- Perseguidores familiares
- Citas de ideas, delirio de alusión
- Referencia
- Observación y vigilancia

- Desposesión (delirio de pérdida de la propiedad)
- Erótica-sexual
- Persecución merecida (perseguidos auto-acusadores), expiación
- Perseguidores familiares
- Envenenamiento o infección
- Hostilidad
- Exclusión
- Complot o conspiración
- Reivindicación
 - Delirio de los inventores ignorados
 - Delirio de los idealistas apasionados
 - Hipocondriasis reivindicativa
 - Siniestrosis pleitista
 - Filiación reivindicativa
 - Delirio Querellante (querulante, litigante, pleitista)
- Perjuicio
 - Daño material
 - Daño corporal
 - Daño moral

Los delirios paranoides pueden manifestarse en ocasiones a través de alteraciones en las conductas de acuerdo con los estándares culturales, o bien un grado variable de interferencia en los patrones de conducta habitual de los pacientes. Por ejemplo, algunos pacientes con ideación paranoide suelen mostrarse desconfiados o reservados, pueden dejar de concurrir a un restaurante o de visitar a algunos amigos, lo que no escapa mucho de los patrones normales de conducta, mientras que otros pueden presentar conductas agresivas o defensivas, claramente llamativas o bizarras, que perturban marcadamente el funcionamiento de los pacientes, como por ejemplo colocar armas en las ventanas de su casa, cavar fosos y colocar trampas en los alrededores de ella (Freeman, 2008). Si bien es común la presencia de conductas defensivas en los pacientes, también pueden adoptar conductas agresivas, frente a los presuntos perseguidores, sus cómplices o aún hacia los que deberían haberlos ayudado, pero permanecieron neutrales.

En algunos momentos de la historia el desarrollo de ciertas tecnologías fue incorporado a los delirios paranoides por los pacientes, un ejemplo característico fue en Estados Unidos de Norteamérica a finales de los ochenta, cuando se introdujo masivamente la televisión por cable, la presencia de los denominados platos de satélite (las antenas satelitales de televisión), provocó un sinnúmero de referencias a ser espiados, o que información personal de los pacientes era transmitida por sus antenas y era utilizada por personas que complotaban contra ellos o querían dañarlos (Kidd, 1992).

No siempre las emociones que acompañan a los delirios de persecución son egodistónicas, Jaspers (1913) describe que algunos pacientes presentaban simultáneamente emociones opuestas como orgullo y vergüenza, aunque también presentaban miedo (Jaspers, 1963), sin embargo, de acuerdo con el contenido del delirio, los pacientes también pueden manifestarse neutrales, o presentar reacciones emocionales extremas, como terror, furia, enojo, etc.

Los delirios de persecución se presentan en una gran variedad de trastornos. Suelen ser la más importante y casi definitoria, característica de los estados paranoides, como la paranoia y la esquizofrenia paranoide, entre otros (Benson y Gorman, 1996; Zheng, 1989). En las parafrenias (inclusive en las formas tardías) han sido descritos, en particular, en las parafrenias sistemáticas y confabulatorias (Sarró, 2005).

En los trastornos afectivos (depresión, manía, episodios mixtos) suelen presentarse, de manera frecuente, así como en los trastornos mentales orgánicos; dentro de este último grupo, Jeffrey Cummings (1995) postuló que los síndromes paranoides son más comunes en pacientes con traumatismos o disfunciones subcorticales y límbicas (Freedman y Schwab, 1978; Cummings, 1995).

En el campo de la neuropsiquiatría, fue descrita su presencia en pacientes con diagnóstico de parkinsonismo, con cuadros secundario a encefalitis o arteriosclerosis, con cuadros secundarios a parálisis cerebrales, intoxicados por monóxido de carbono y con enfermedades de Creutzfeldt-Jakob, así también, con coreas de Huntington (Windham, 1970; Cangemi y Miller, 1998; Kirkwood et al., 2001).

El delirio paranoide fue descrito como el delirio de presentación más frecuente en los pacientes que presentaron psicosis post-infección con HIV (Alciati et al., 2001).

Han sido descritos también en diversos estados de intoxicación, por ejemplo, con sustancias como anfetaminas o cocaína, entre otras, que se caracterizan por producir complejos delirios de persecución y miedo (Srisurapanont et al., 2003; Siegel, 1978; Manschreck et al., 1988; Benson y Gorman, 1996).

Exploración: La evaluación de los delirios de persecución se realiza en general a través de la anamnesis directa e indirecta. En algunas entrevistas estructuradas se ha incorporado de manera diferente la evaluación de este fenómeno. Por ejemplo, se sugiere preguntar: ¿Se considera usted una persona desconfiada o confiada?, ¿Suele usted desconfiar de las intenciones de las demás personas?, ¿Cree usted que algunas personas desean dañarlo o actúan en contra suyo?, ¿cree usted que hay un complot en su contra?, en caso de que el paciente conteste de manera afirmativa se sugiere preguntar: ¿Me podría explicar con sus propias palabras lo que cree que pasa? Si la respuesta del paciente no es justificable o razonable, si no corresponde a idiosincrasias culturales, o a lenguaje figurativo, se puede considerar que este

delirio se encuentra presente.

Existen varias escalas de valoración de la suspicacia y de los delirios paranoides, estas son: la escala de paranoia (PS), el cuestionario de paranoia/suspicacia (PSQ), la escala de Green de pensamientos paranoides (G-PTS), el cuestionario de ideación persecutoria (PIQ), la escala de persecución y merecimiento (PaDS), la escala de creencias acerca de la paranoia (BPS), escala de estado social de la paranoia (SSPS), entre otras escalas cuya aplicación se ha extendido en el campo de la investigación (Fenigstein, 1992; Rawlings y Freeman, 1996; Green et al., 2008; McKay et al., 2006; Melo et al., 2009; Gumley et al., 2011; Freeman et al., 2007; Freeman, 2008).

PERSEGUIDORES FAMILIARES

Se trata de una combinación del delirio de persecución con los delirios de filiación, en el que se afirma que una persona notable o una persona conocida casualmente, tiene lazos familiares con el paciente, por lo que acosa a sus presuntos familiares realizando reclamos injustificados. Se denominan *perseguidores filiales*, cuando los pacientes sostienen que la relación con de la víctima de su persecución, es de padre-hijo, siendo el padre el perseguidor y el hijo el perseguido (Ballet, 2001).

Los pacientes eligen de una víctima; un padre, un hijo o una hija, imaginarios y se obsesionan con brindar atenciones y manifestaciones de su ternura y luego reclamos injustos y persistentes (Ballet, 2001). Por ejemplo, un paciente refería que el dueño de un bar de su barrio era hijo suyo y todos los días acudía al bar esperando que su supuesto hijo, un completo desconocido, lo abrazara y le dijera que lo amaba, al no suceder esto, se enojaba y lo acusaba en voz alta de haberlo abandonado por ser pobre.

CITA DE IDEAS, DELIRIO DE ALUSIÓN

Los pacientes refieren que oyen a personas cercanas, a alguien en la radio o en la televisión decir cosas que están conectadas con lo que ellos han estado pensando hace un momento (WHO, 1994). El delirio de alusión está relacionado con los delirios de referencia, pero en ocasiones puede tener tonalidad paranoide, pero debe diferenciarse bien de las alucinaciones auditivas o de la transmisión del pensamiento.

DELIRIOS DE REFERENCIA

Según el AMDP (Arbeitsgemeinschaft für methodic und documentation in der psychiatrie) (1980): *“el delirio de referencia se caracteriza porque el paciente cree que algunos eventos insignificantes que tienen lugar en su medioambiente inmediato son señales con un significado personal en referencia a él o ella distinto al significado que perciben las*

demás personas” (AMDP, 1980). Los pacientes con delirios de referencia sostienen que son el foco de la observación y de la atención de las personas que lo rodean y afirman que las demás personas están hablando de ellos (Benson y Gorman, 1996) y tienen la convicción de que los incidentes cotidianos de la vida se relacionan de manera obvia, con su persona (Vallejo Nágera, 1949; Jaspers, 1968; AMDP, 1980.). Las noticias del diario, los carraspeos de sus compañeros de trabajo, etc. en ocasiones se interpretan estos eventos conforme a su estado anímico o conforme al contenido de sus pensamientos, es decir que un paciente que presenta ideas de tipo persecutorio puede interpretar que el bostezo de un compañero de oficina es una forma de insinuarle que es un perezoso y que no trabaja lo necesario (Vallejo Nágera, 1949). Un guiño de ojo casual de otra persona es interpretado como un gesto indudablemente relacionado con el paciente y tiene implícito un mensaje importante (AMDP, 1980).

Clasificación de los delirios de referencia

Delirio de referencia (propiamente dicho)
Delirio sensitivo de referencia (de Kretschmer)
Delirio erótico de las solteras
Delirios de los masturbadores
Delirio de los enamorados tímidos, desgraciados
Delirio de las mujeres desengañadas

Dentro de los delirios de referencia se puede destacar el *delirio sensitivo de referencia*, descrito por Ernst Kretschmer en 1918; si bien en su descripción, hizo hincapié en las características sensibles de la personalidad de los pacientes, describió de manera detallada los aspectos clínicos, etiológicos y patogénicos que atribuía al cuadro psicopatológico (Kretschmer, 1918). También describió algunas formas clínicas propias del delirio, que denominó:

Delirio erótico de las solteras, delirio de los masturbadores, delirio de los enamorados tímidos, desgraciados, y delirio de las mujeres desengañadas (Kretschmer, 1918).

El primero de ellos fue descrito como un delirio que se presentó en mujeres solteras que referían ser el centro de los afectos de otras personas cercanas y en ocasiones el interés percibido por ellas adoptaba tintes paranoides (Kretschmer, 1918). En cuanto al delirio de los masturbadores, se apoyaba en la sensación de no ser capaz de controlar los impulsos sexuales instintivos y considerar a la masturbación como un acto impuro. A partir de este punto de partida, todas las alusiones sociales y personales que se realizan de la masturbación o de los masturbadores, son tomadas como si fueran dirigidas de manera personal al paciente (Kretschmer, 1918).

Otra de las formas de presentación descrita, fue el *delirio de las mujeres desengañadas*, las pacientes luego de una situación de infidelidad desarrollan un delirio donde sostienen que las demás personas conocen lo que les ha sucedido; si bien tanto el nombre de esta forma de delirio, como la descripción sugieren un predominio de este en pacientes del sexo femenino, ha sido descrito con alguna frecuencia también en varones (Kretschmer, 1918).

Otra forma de presentación descrita por Kretschmer, es la denominada *Delirio de los enamorados tímidos, desgraciados*, en esta forma de presentación clínica, los pacientes desarrollan ideas de referencias vinculadas con las relaciones sentimentales, a partir de experiencias adversas. Por ejemplo, un paciente tímido, luego de ser rechazado por una mujer a quien amaba, comenzó a sentir que las demás personas se referían despectivamente en sus comentarios acerca de él (Kretschmer, 1918).

El posicionamiento de los delirios de referencia dentro de las ideas paranoides ha sido cuestionado por autores como Freeman y Garety (2008), ya que según ellos si bien puede ser descrita una clara relación con los delirios de persecución como elaboración secundaria en algunos pacientes con ideas autorreferenciales, no encuentran un elemento esencial para su definición de los delirios paranoides que es el daño (Freeman y Garety, 2008). Mientras que otros autores como Leon et al., en la 5ª edición del Manual de Kaplan y Sadock (1989), sostienen que los delirios de referencia deben ser considerados dentro de esa categoría, postura fácil de aceptar, ya que, por lo general la sensación de que otras personas se refieren al paciente, lo miran o están hablando de él, suele tener connotaciones negativas para él (Leon et al., 1989). Sin embargo, el SCAN (Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry) de la asociación mundial de la salud (WHO), describe dos tipos particulares de ideas de referencias, las ideas de referencia fundamentadas sobre la culpa, que se asocian en general a experiencias no placenteras de tipo depresivo y las ideas de referencia fundamentadas sobre humor expansivo, en las que sujetos las experimentan asociadas a sensaciones placenteras de tipo alegre o eufórico (WHO, 1994). Para aclarar un poco más el tema, podemos citar a Kretschmer (1966), quien diferenciaba tres tipos de paranoicos: los desiderativos (llamados así porque expresan un deseo), los combativos y los sensitivos, siendo los delirios eróticos y la paranoia de los prisioneros el ejemplo de los primeros, los querulantes de los combativos y las ideas de referencia y de grandeza de los sensitivos, siempre considerados dentro de los delirios persecutorios (Kretschmer, 1966); Describiendo también: “que el delirio de referencia (haciendo mención al delirio sensitivo de referencia) tiene como contenido solamente el desprecio general, la maligna intención de ciertas personas y la observación de la vida del paciente, desde el punto de vista de la vivencia vergonzosa, o puede condensarse hasta llegar al delirio de una persecución policial y judicial” (Kretschmer, 1966).

Dentro de este grupo, también pueden considerarse a los delirios de burla, en los que los pacientes refieren que los gestos y comentarios de las demás personas que hacen referencia

a ellos, son en tono burlón, ellos pueden sentir que se transforman en blanco de bromas y ridiculizaciones de muchas personas, aún de algunas que ni siquiera conocen.

El delirio de referencia puede presentarse de manera aislada o ser la base de otros delirios como los delirios de persecución, de grandeza o erotomaníacos, o bien asociarse a alucinaciones que pueden en ocasiones, ser el origen del delirio, constituyendo la experiencia delirante primaria (alucinaciones delirantes) (Hamilton, 1976; AMDP, 1980).

El delirio de ser acusado de ser homosexual se trata de una creencia infundada de que las demás personas lo acusan de ser homosexual, aun cuando no tiene ninguna inclinación hacia la homosexualidad, ni da ninguna señal externa de serlo. Su descripción fue incorporada en el cuestionario del SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry) de la asociación mundial de la salud (WHO) de 1994 (SCAN, 1994). Los pacientes pueden creer que los demás hacen comentarios acerca de su postura, de su manera de caminar de los gestos, que encuentran como señales de que son tomados por homosexuales. Pueden asociarse a ideas de tipo paranoides o presentarse juntamente con alucinaciones auditivas.

De acuerdo con Salavert et al (2008), el delirio de referencia es el contenido de delirio que se presenta con mayor frecuencia en pacientes de sexo masculino, con diagnóstico de trastorno delirante (paranoia) (Salavert et al., 2003).

DELIRIO DE OBSERVACIÓN Y VIGILANCIA

Es una forma de delirio de referencia en la cual los pacientes afirman que son seguidos u observados, o creen que lo que hacen o dicen está siendo grabado o filmado. No es raro que refieran que ven a los mismos automóviles en diferentes lugares debido a que según ellos infieren los ocupantes son los que los están siguiendo y espiando (SCAN, 1994).

Reconocen en personas que ven en la calle a posibles delatores, que transmiten sus actividades a otras personas que los vigilan o espían.

Un tipo particular del delirio de observación y vigilancia es un delirio en el que el paciente asevera que está siendo filmado y esa filmación se transmite para que otras personas puedan entretenerse. Fue denominada en Estados Unidos *Delirio de Truman show*, o *Delirio de Truman* debido a la película de 1998 llamada *The Truman show*, dirigida por Peter Weir y protagonizada por Jim Carrey, donde el protagonista era filmado por miles de cámaras ocultas durante toda su vida sin saberlo y todas las personas que él conocía eran actores que formaban parte del *reality show*, que era su vida (Gold y Gold, 2012).

DELIRIO DE DESPOSESIÓN (DELIRIO DE PERDIDA DE LA PROPIEDAD)

Se denomina así a la creencia injustificada de que alguien está intentando robarlos o privarlos de alguna o de todas sus propiedades, sus herencias o engañarlos y robarles la autoría de alguna invención, de alguna obra literaria o de un trato de negocios (Benson y Gorman, 1996; Chuiton, 1897). En algunas ocasiones los pacientes pueden identificar a los supuestos ladrones en miembros de su familia, amigos, socios, o alguna persona conocida, pero en otros casos la identidad permanece desconocida (Benson y Gorman, 1996).

DELIRIOS DE PERSECUCIÓN EROTICA-SEXUAL

Se considera en esta categoría a todos aquellos delirios de persecución que tienen alguna temática de tipo sexual, por ejemplo, perseguidores que intentan someterlos sexualmente, abusar de ellos o insistentemente mantener relaciones sexuales consentidas.

Los delirios mas frecuentemente descritos en mujeres con trastornos delirantes son los delirios de contenido sexual. Un tercio de ellas los presentaban, siendo el más frecuente el delirio erotomaníaco, seguido por el delirio de haber padecido una agresión sexual (Salavert et al., 2003). Este último puede estar asociado al primero, al delirio erotomaníaco, así como a delirios de perjuicio, persecutorias, etc. pudiendo identificarse al agresor como alguien conocido, importante, famosos o inclusive como miembro de su propia familia.

DELIRIO DE PERSECUCIÓN MEREcida (PERSEGUIDOS AUTO-ACUSADORES), EXPIACIÓN

Es un delirio caracterizado por ideas de persecución, en las cuales, a diferencia de los pacientes perseguidos comunes, se consideran justificadas por el paciente, ya que se considera culpable y merecedor del acoso por parte de los perseguidores (Ballet, 2001; Chaslin, 2010). Estos delirios pueden ser considerados una combinación de las ideas de persecución con las ideas delirantes de culpa. En general, estas formas de delirio se caracterizan por el hecho de que los pacientes se consideran víctimas-culpables, en lugar de víctimas inocentes como en las demás manifestaciones delirantes paranoides y lejos de acusarlos, justifican las acciones de sus perseguidores (Ballet, 2001).

Los pacientes encuentran los más variados justificativos para ser perseguidos, se apoyan en actos del pasado, en ideas hipocondríacas (ej. estar enfermo de SIDA), en pensamientos impuros, etc.

Por ejemplo, un conductor de taxi sentía que todos los inspectores de tránsito estaban persiguiéndolo, pero dicho acoso se debía a que ellos se habían enterado de que cuando era joven salía en el auto de su padre a manejar, sin carné de conductor.

DELIRIO DE ENVENENAMIENTO O INFECCIÓN

Se denomina así a la creencia delirante de estar siendo envenenado (Benson y Gorman, 1996). Otra forma, característica de este delirio, es la creencia de que se le ha contagiado, de manera intencional, alguna enfermedad infecciosa, en general grave o mortal.

Los pacientes pueden acusar a su entorno de causar su enfermedad o sus sufrimientos, administrándoles venenos o tóxicos, en general con el objetivo de matarlos o dañarlos.

En ocasiones se asocian con alucinaciones olfatorias o gustativas (Benson y Gorman, 1996), que ellos atribuyen a los olores y gustos del veneno que les están administrando. La creencia de estar en peligro lleva, en ocasiones, al paciente a evitar ingerir alimentos que no han sido preparados por ellos o inclusive a llegar a la inanición absoluta.

DELIRIO DE COMLOT O CONSPIRACIÓN

Se denomina al delirio en el que el paciente tiene la creencia injustificada de que existe un complot o una conspiración, en contra de ellos (o de personas cercanas a ellos) (Legrand du Saulle, 1871).

Generalmente, se llama conspiración (del latín *conspiratio-onis*) a una acción o conjunto de acciones secretas realizadas por varias personas con ánimo de unirse contra su superior o soberano, de arrebatarse el poder a otro grupo, o de hacer algo con intención de causar perjuicio o daño a un particular (RAE, 1992).

Los pacientes describen un sinnúmero de tramas que varían desde lo verosímil hasta tramas absolutamente inverosímiles, como complots que incorporan a extraterrestres, a zombis o a fuerzas sobrenaturales. Por ejemplo, un paciente refería que existía un complot para internarlo de por vida, entre Bill Clinton, Fidel Castro y el Papa.

DELIRIO DE REIVINDICACION

Si bien los primeros conceptos fueron esbozados por Lasegue en 1852, al referirse el delirio de persecución, podemos afirmar que fue descrito inicialmente con entidad propia por Benjamin Pailhas (1895) caracterizado como una desviación del instinto de propiedad (Dide, 1913; Pailhas, 1895) y al año siguiente al ser abordado el tema por Emanuel Regis (1896) lo denominó *delirio razonante de desposesión* afirmando que no justificaba su validez nosológica como entidad independiente ya que lo consideraba una manifestación de la *paranoia querulante de los alemanes* (Regis, 1896). Sin embargo, fue Alexandre Cullerre (1897) quien sugirió utilizar el término *delirio de reivindicación* descrito como: “una expresión a la que no le doy más importancia que la de designar de manera precisa el tipo de ideas que sirven como eje de las concepciones delirantes de ciertas personas” (Cullerre, 1897).

El origen de este delirio se puede rastrear luego de un acontecimiento o de varios, en los que el paciente cree más o menos justificadamente, que han sido atropellados sus derechos. A partir de allí se desarrolla una actividad intelectual morbosa que a veces es ampliamente productiva, que lo absorbe casi completamente, que ocupa gran parte de su tiempo y que va generando interpretaciones cada vez más alejadas de la realidad (Mira y López, 1935).

A partir de la idea primaria, central de este delirio, de que hay un aspecto de su vida que debe ser reivindicado, el paciente estructura su vida de manera variable, desde una leve intromisión del delirio en su vida, hasta la instalación de un delirio pleitista que invade todos los aspectos de su vida.

Los delirios de acuerdo con Paul Serieux y Jules Capgras (1909) describieron a individuos que presentan estos delirios como: “*Los fanáticos que sacrifican todo para el triunfo de una idea dominante*”, según ellos los mismos pueden presentarse en dos formas características: *El delirio de reivindicación egocéntrico* y *el delirio de reivindicación altruista* (Serieux y Capgras, 1909). En el primero la lucha es por reparar un atropello personal y destacar su valor individual mientras que, el último, se traduce en luchas por teorías impersonales concernientes a las ciencias, la filosofía, la política, la religión, etc.

La caracterización de Serieux y Capgras como fanáticos justifica el aspecto evaluado por Gaëtan Gatian de Clerambault (1921) quien ubicó este delirio dentro de los delirios pasionales, juntamente con los delirios erotomaníacos y los celotípicos (Clerambault, 1921).

De acuerdo con muchos autores de la escuela francesa, como, por ejemplo, Tribolet y Shahidi (2005), los delirios de reivindicación suelen presentar un contenido muy variable y suelen incorporarse como formas características dentro de esta categoría a los delirios conocidos como: *El delirio de los inventores ignorados*, *el delirio de los idealistas apasionados*, *la hipocondriasis reivindicativa*, *la siniestrosis pleitista*, *la filiación reivindicativa* y *el delirio querellante* (Tribolet y Shahidi, 2005).

A-DELIRIO DE LOS INVENTORES IGNORADOS

Fue descrito inicialmente por Maurice Dide (1913). Se denomina así a la creencia infundada de haber realizado un descubrimiento formidable, cuya propiedad se reclama con vehemencia (Dide, 1913; Tribolet y Shahidi, 2005). Existen creencias tanto de que han descubierto o inventado elementos que ya habían sido descritos o ideados anteriormente, o bien que hallazgos menores que le pertenecen, tienen una importancia capital para la humanidad.

Por ejemplo, un paciente que había inventado un curioso dispositivo para que no se desprendan los cordones de sus zapatillas, reclamaba la membresía de la academia de ciencias de Nueva York, por su descubrimiento.

Otro paciente denunció a una conocida empresa de automóviles, ya que su invento había permitido desarrollar el sistema de frenos ABS (sistema antibloqueo), el mismo ya había sido patentado décadas antes por su auténtico descubridor.

B-DELIRIO DE LOS IDEALISTAS APASIONADOS

También descrito inicialmente por Maurice Dide (1913). Son formas de delirios en los que los pacientes buscan transmitir sus creencias religiosas, políticas, sociales, adoptadas con anormal vehemencia (Tribolet y Shahidi, 2005).

Cuando uno se refiere al término idealismo, se refiere a la doctrina cuya tendencia es la reducción del conocimiento del mundo exterior a los fenómenos ideativos; es decir que se reducen los fenómenos objetivos, a los ideativos conscientes (Dide, 1913).

Originalmente, Dide describió algunas formas especiales de presentación del idealismo apasionado, como por ejemplo el idealismo del amor; de la bondad; de la belleza y la justicia que conducen a la crueldad; si bien el autor describía aspectos clínicos que son característicos de las ideas sobrevaloradas, específicamente describió que hay formas de paso entre el delirio de interpretación y los idealistas, dentro de las que se encuentran: los reivindicadores pseudoaltruistas (Dide, 1913).

En la práctica diaria es difícil establecer si estas ideas son ideas delirantes o ideas sobrevaloradas; para ello debemos identificar la presencia de todas las características propias de los delirios, que en general no es fácil. Suele resultar clara la diferencia, cuando las ideas delirantes son marcadamente bizarras.

Por ejemplo, un paciente intentaba convencer a las demás personas, que el gobierno de Julio Cesar era una dictadura y, por lo tanto, los fundamentos legales del derecho romano no eran válidos y que entonces en la actualidad debían dejar de ser utilizados todos los códigos civiles y penales que siguen sus lineamientos generales.

C-LA HIPOCONDRIASIS REIVINDICATIVA

Se denomina así a la creencia infundada, o bien de no haber sido ayudado correctamente, o bien, de haber sido dañado por un profesional de la salud durante un acto médico (Baruk, 1959).

El delirio se relaciona en general a diagnósticos no realizados, a tratamientos mal administrados o cirugías con resultados adversos. Aunque en ocasiones pueden presentarse a pesar de que los resultados de los procedimientos hayan sido favorables y no existan consecuencias reales para los pacientes. Algunos pacientes llegan a iniciar verdaderas campañas en contra de los médicos que lo han tratado, aún luego de haber sido probada su inocencia.

D-LA SINIESTROSIS PLEITISTA

Se denomina de este modo a la creencia infundada de que el sujeto debe recibir una reparación merecida, por un daño recibido, tanto físico como moral, luego de padecer un accidente, una cirugía o un traumatismo (Tribolet y Shahidi, 2005). En ocasiones los pacientes luego de recibir una adecuada compensación pueden continuar una interminable serie de querellas y apelaciones debido a que consideran que no fue suficiente.

Por ejemplo, una paciente que fue operada por un médico de urgencia realizó una serie de demandas al hospital, ya que la cirugía de urgencia dejó una cicatriz que le impide usar bikini en la playa. Si bien el resultado del juicio le fue favorable, se negó a percibir la reparación económica y continuó apelando por años, en contra de la opinión de sus abogados.

E-LA FILIACIÓN REIVINDICATIVA

Se denomina de esta forma a la creencia injustificada de tener una ascendencia ilustre, que debe ser reivindicada (Tribolet y Shahidi, 2005). Si bien a primera vista, las creencias pueden no ser distinguibles de las ideas de filiación, el fundamento reivindicatorio de la creencia, de este modo como la lucha por lograr ser reconocido, como miembro de su supuesta familia, son los elementos para destacar de esta forma de delirio.

Los pacientes luchan con ahínco por lograr el público reconocimiento, ya que consideran ser miembros de la nobleza, de la realeza, de la alta sociedad económica o social, ser hijos de actores, millonarios, artistas famosos, etc.

Por ejemplo, una niña reclamó durante años ser la princesa Anastasia, hija de los zares de Rusia, muertos durante la revolución bolchevique, si bien nunca pudo establecerse con certeza, podría tratarse de un delirio de filiación reivindicativa.

F-DELIRIO QUERELLANTE, QUERULANTE, LITIGANTE O PLEITISTA

Fue descrito originalmente por Johan Ludwig Casper en 1857, denominándolo inicialmente *querulantenwahn*, muchos autores como Beer (1869) y Kraft-Ebing (1978) lo estudiaron ampliamente (Casper, 1862; Baruk, 1959).

Este último describió las siguientes características de estos delirios:

1. Las ideas delirantes de los litigantes se basan en eventos de la vida real.
2. Sus supuestos enemigos tienen como objetivo dañar sus derechos legales, pero no tienen la intención de hacer un atentado contra su vida.
3. Abandonan rápidamente el *papel pasivo de defendido* para asumir *el papel activo de un agresor* (Kraft Ebing, 1883; Kraft Ebing, 1897).

En general se apoya sobre un delirio reivindicativo, de perjuicio o paranoide. El paciente se embarca en una lucha injustificada o desproporcionada plagada de numerosas denuncias y acusaciones que lo llevan a litigios que pueden llevarse a cabo en ámbitos laborales, judiciales, policiales, de difusión pública, etc. Los pacientes suelen realizar múltiples denuncias que abarcan temas muy variados, acumular expedientes con denuncias policiales, recabar pruebas que pueden demostrar que sus denuncias son justificadas, litigar o hacer llegar hasta las últimas consecuencias, a situaciones menores que carecen de importancia real (económica, moral, etc.). Un grupo particular de querellantes es el constituido por los reclamadores hipocondríacos, que suelen hacer reclamos a sus médicos por no haberlos curado o en otras ocasiones por haberlos sometido a un tratamiento perjudicial para su salud (Baruk, 1959). Por ejemplo, una paciente sometida a una operación de apéndice comenzó a reclamar ante el hospital donde fue tratada, porque creía que los médicos le habían perforado la pleura y que sus molestias respiratorias se debían a la cirugía y continuó reclamando aún luego de que le fuera mostrada evidencia innegable de que la cirugía no tenía ninguna relación con sus problemas pulmonares.

En ocasiones este delirio puede ser negado por los pacientes, quienes encuentran justificación para todas sus denuncias, puede ser en esas condiciones consideradas, un delirio *actuado* en lugar de un delirio *enunciado*, ya que su presencia suele inferirse por la conducta general del paciente (ej. innumerables denuncias y pleitos por causas injustificables).

DELIRIO DE PERJUICIO (*beinträchtigungswahn*)

Se denomina así a la creencia delirante de estar siendo perjudicado o de haber sido perjudicado, debido a una animosidad general o particular, que le ha producido un daño material, físico o moral. Por ejemplo, un paciente refiere que el resultado injusto de la selección de personal para un cargo superior le ha producido un daño moral y económico, ya que él se

consideraba la persona más calificada para ese puesto. En ocasiones el perjuicio producido puede llevar al paciente a ideas de reivindicación y al mantenimiento de una larga lucha para reparar el daño que interpreta que ha sufrido.

Una paciente por ejemplo relataba que al haber sido operada por un embarazo tubario había sido interrumpido por mala praxis un embarazo normal y que había sido abusada sexualmente por su abogado en el proceso que inició para reclamar por su pérdida (Gladis et al; 1994).

DELIRIOS DE PROTECCIÓN

Este grupo de delirios se caracteriza por la presencia de ideas mórbidas acerca de la benevolencia de otros, el tema de protección expresa la convicción de que existe una presencia tutelar de individuos, de grupos o de otras fuerzas que se acercan al paciente para ayudarlos, consolarlos o defenderlos (Maurel, 1998).

En los pacientes que presentan delirios de persecución se pueden ideas delirantes de defensa, pero se tratan de formas de *defensa activa*, en donde el paciente se pone en postura defensiva, ante los agresores, mientras que en los delirios de defensa adoptan formas de *defensa pasiva*, en donde otros individuos adoptan el rol de defensores suyos (Séglas, 1895).

Los delirios de protección suelen ser polimorfos y presentar múltiples matices, Maurel y Lafón fueron los que los estudiaron y sistematizaron de manera más ordenada (Lafon y Maurel 1954), clasificándolos de la siguiente forma (Maurel, 1998):

- A- Delirios antagonistas
 - Delirios de controversia
 - Delirios antagónicos o Maniqueísmo delirante
- B- Delirios de consuelo
 - Delirios de altas relaciones
 - Delirios de elogio
 - Delirios de conmiseración
 - Optimismo delirante
- C- Delirio del amigo imaginario
- D- Delirios de protección activa
 - Delirios de información, de inspiración y de dirección
 - Delirio de protección propiamente dicho, delirio de defensa

- Delirio de coalescencia o alianza
- Delirio de persecución benévola

A-DELIRIOS ANTAGONISTAS

DELIRIO DE CONTROVERSIA

Es un tipo de delirio en la cual el protector no es más que un simple interlocutor en una conversación indiferente (neutral). Es un delirio que se apoya en un terreno alucinatorio. Es decir que es un delirio en el cual el paciente cree asistir a una discusión fastidiosa o contradictoria, generalmente sobre temas indiferentes para él, más torpe que doloroso, por su carácter continuo y por resultar desagradablemente absurdo (Maurel, 1998).

DELIRIO ANTAGÓNICO (MANIQUEÍSMO DELIRANTE)

Es un delirio en el cual los delirios de persecución y defensa se encuentran presentes e hipertrofiados, al punto de investir al mundo de un carácter dualista, es decir que el mundo se transforma en el escenario de una lucha entre dos fuerzas opuesta antagónicas (maniqueas) (Maurel, 1998). El enfermo no es el protagonista sino simplemente un espectador que presencia la lucha entre las dos fuerzas, pudiendo estas ser de características reales, sobrenaturales o místicas (ej. entre el bien y el mal, entre Dios y el demonio, entre Dioses, etc.).

B-DELIRIOS DE CONSUELO

Es un delirio en el cual el protector no es más que una presencia que consuela, una voz favorable que halaga estimula o compadece (Maurel, 1998).

Es un delirio que se apoya en una base afectiva. En general sobre un estado de ánimo alegre o eufórico. Aunque también sobre bases diferentes, en ocasiones sobre un sentimiento de satisfacción o euforia, mientras que en otras con sentimientos ambiguos en los que las ideas expansivas están minadas de inquietud, pero todas se caracterizan por la creencia de que el protector está presente para ayudarlos, no de manera activa, sino para reconfortarlo generalmente con simples palabras (Maurel, 1998).

Existen cuatro variedades de delirio de consuelo, los delirios de altas relaciones, los delirios de elogio, los delirios de conmiseración y el optimismo delirante.

DELIRIO DE ALTAS RELACIONES

Es un delirio que se considera también como un delirio megalomaniaco, en ellos lo más notable es el carácter destacado del protector (Maurel, 1998). El bienestar que refieren los pacientes se fundamenta no solamente en el hecho de sentirse protegidos, sino también de la relación que existe con esa persona destacada que los eligió como protegidos de quien ellos se enorgullecen, lo que ocasiona indirectamente un indicativo de su propia grandeza, por ser una persona que despierta el interés de gente importante.

Por ejemplo, un presidente, una persona prestigiosa es supuestamente amigo del paciente y en caso de posibles ataques de personas malintencionadas sería el encargado de protegerlo. Conviene destacar que el peligro es siempre eventual, ya que no identifican un ataque al momento de la evaluación, ya que en dicho caso constituiría un delirio de protección activa.

DELIRIO DE ELOGIO

Es otro delirio que se considera emparentado a los delirios megalomaniacos, los pacientes sostienen que los protectores se refieren a ellos con elogios, grandes títulos nobiliarios o con nombres ilustres (Maurel, 1998). En general los enfermos aceptan los elogios más leves, pero se niegan a aceptar algunos elogios, que consideran excesivos, mostrando un cierto contacto con la realidad al percibir la inverosimilitud (Maurel, 1998). En algunos casos, la asociación con ideas megalomaniacas es común y los elogios, se apoyan en supuestas bases reales o justificadas, de acuerdo con el punto de vista del paciente.

DELIRIO DE CONMISERACIÓN

Es una forma de delirio en la cual, la figura del protector adopta una postura de espectador que expresa su simpatía acerca de los sufrimientos. Los pacientes expresan que el protector los exhorta a tener paciencia, los compadece y los admira por la fortaleza que demuestran frente a las calumnias, a las denuncias o a las injurias (Maurel, 1998). No obstante, a pesar del ardor de las palabras de consuelo, su intervención se agota solo en las palabras, permaneciendo como algo platónico que no llega nunca a tener una intervención real para ayudar a resolver sus problemas. Es un delirio que se fundamenta sobre un fondo afectivo, en general complejo y ambiguo, al punto que las alucinaciones suelen adoptar un carácter doloroso, cuando la existencia de un protector debería acompañarse de un sentimiento de satisfacción (Maurel, 1998).

OPTIMISMO DELIRANTE

Es una forma de delirio que surge a partir de la creencia de la existencia de un protector que los ilumina con promesas, creando la esperanza de un futuro mejor. El término optimismo surge de la denominación de Clerambault (1921), que lo aplicó a todos los delirios de

protección, sin embargo, luego fue limitado por Maurel (1954) quien lo reservó para los pacientes que a partir de la existencia de un protector que lo consuela, se focaliza en un futuro teñido de esperanza (Maurel, 1998). Los perseguidos optimistas reciben de sus protectores algunas promesas vagas (en ocasiones en forma de alucinaciones fonémicas), y estas son sostenidas por los pacientes, apoyadas sobre un sentimiento de esperanza mórbida, de manera irrefutable. Creen que les serán concedidas, la libertad, la riqueza, la paz, la tranquilidad, el amor, etc.

C-DELIRIO DEL AMIGO IMAGINARIO

También se lo conoce como *delirio de la persona imaginaria*, se denomina así a la creencia de la existencia de un amigo, que no existe de manera real (Seiffge-Krenke, 1997).

El paciente suele referir la existencia de una persona (amigo), que lo visita, que le hace favores, que lo aconseja o guía, aunque no puede probar su existencia.

Por ejemplo, un paciente esquizofrénico crónico, relataba, que todas las noches lo visitaba, antes de dormirse, un amigo, que entraba por la ventana, a través de las rejas, le traía todo tipo de delicias gastronómicas y lo aconsejaba.

La presencia de amigos imaginarios suele ser normal en niños y adolescentes y se presenta con cierta frecuencia en pacientes con retrasos mentales (Tabla 17) (Seiffge-Krenke, 1997; Hurley, 1996).

Tabla 17. Delirio del Amigo Imaginario

<u>Diagnósticos que cursan con delirio del amigo imaginario:</u>	
Esquizofrenia ¹	Retrasos mentales ²
Síndrome de Down ³	

¹Gupta, 2006; ²Hurley, 1996; ³Fotheringham y Thompson, 1994.

D-DELIRIOS DE PROTECCION ACTIVA

DELIRIO DE INFORMACION, DE INSPIRACION O DE DIRECCION

En esta forma de delirio existe una intervención directa del protector que se manifiesta de maneras muy variadas. Los protectores no intervienen solamente con palabras vagas, sino con palabras útiles que se equiparan a los actos (Maurel, 1998). Los pacientes reciben

información útil y necesaria, como datos de sus enemigos, reciben inspiración o ideas de sus Ángeles protectores, que los dirigen y guían hacia un buen destino (Maurel, 1998). Los pacientes refieren que la información brindada les permitió evitar destinos catastróficos, alcanzar la seguridad, sortear peligros e incluso conseguir logros de todo tipo (académicos, económicos, etc.).

En ocasiones se apoya sobre una base alucinatoria, o pseudoalucinatoria, pero puede surgir también de manera independiente (ej. interpretaciones delirantes).

DELIRIO DE PROTECCION PROPIAMENTE DICHO

Se puede describir como el exacto opuesto al delirio de persecución, en este delirio el paciente cree que el paciente está siendo protegido de los peligros, gracias a la intervención de un protector o de varios protectores, que participan activamente en su defensa (Chaslin, 1912; Séglas, 1895). Los protectores acosan a sus enemigos, neutralizan los venenos, inactivan las trampas letales, los protegen de los ataques sexuales (Maurel, 1998), etc.

A veces el enfermo se vale de una serie de defensas, en ocasiones pasivas y en otras activas. En realidad, suele asociarse a las ideas de persecución, pero a su vez este delirio le aporta los elementos para defenderse de los supuestos perseguidores. El paciente puede elaborar una serie de artefactos que cumplen la función de protegerle contra los peligros, un paciente relata como el utilizar un sombrero de papel metalizado, lo protege contra los rayos lanzados por sus enemigos, mientras otro paciente utiliza un cinto de cuero que refiere que lo defiende de los maleficios, en estos casos se vislumbran mecanismos activos de defensa ya que en un caso elabora y en el otro utiliza medios de defenderse de los peligros. Otros pacientes pueden describir que elementos ambientales, como los rayos del sol, o personas desconocidas los defienden de los peligros (Chaslin, 1912).

DELIRIO DE COALESCENCIA (O DE ALIANZA)

Es una variedad del delirio de defensa en la que el paciente cree que es parte de una alianza (contrario al delirio de complot), o que existe una alianza cuyo objetivo es defenderlo de los enemigos (Scharfetter, 1980). Los pacientes pueden creer que las personas alrededor suyo están organizándose colectivamente para ayudarlos o asistirlos (WHO, 1994). El delirio de coalescencia puede presentarse asociado a los delirios megalomaniacos y el paciente sentir que organizaciones internacionales, personas poderosas, personas famosas, etc. han puesto en movimiento enormes redes de asistencia que lo van a proteger ya que constituye una persona valiosa, por ser poderoso, inteligente, carismático, etc.

Así como en el delirio de persecución benévola existe la creencia de que los perseguidores desean el bien del paciente, existe en ocasiones la creencia de que hay una coalición o una alianza que si bien lo persiguen le desean el bien, a esta última se la denomina

“conspiración benigna” (Goldwert, 1993).

DELIRIO DE PERSECUCION BENEVOLA

Es un delirio en el cual el paciente cree que los perseguidores le desean el bien (Sèglas, 1903). Han sido descritos por autores como Gilbert Ballet (1903) Serieux y Capgras (1909) o Cotard (1891) (Sèglas, 1903). Se caracterizan por la creencia de que las acciones de sus perseguidores están guiadas por buenas intenciones, Por ejemplo, un paciente de Cotard afirmaba que las fumigaciones de amoníaco a las que lo sometían los perseguidores eran para favorecer su salud (Maurel, 1998). Mientras que otro paciente manifestaba que los miembros de su familia estaban constantemente persiguiéndolo par que fuera tratado por los médicos y así se curara.

Los sentimientos que despiertan en los pacientes suelen ser contradictorios, porque si bien son ideas de persecución, el fin ulterior no es provocarle un daño sino protegerlo de los peligros y cuidar su integridad física, mental o aún su vida.