



Trastornos delirantes en la vejez

Miguel Krassoievitch



Desclée De Brouwer
Biblioteca de Psicología

**TRASTORNOS DELIRANTES
EN LA VEJEZ**

MIGUEL KRASSOIEVITCH

**TRASTORNOS DELIRANTES
EN LA VEJEZ**

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sgts. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

© Miguel Krassoievitch, 2004
Core Academic, Madrid

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2004
Henaio, 6 - 48009 Bilbao
www.edesclée.com
info@edesclée.com

Impreso en España - Printed in Spain
ISBN: 84-330-1887-6
Depósito Legal: BI-1835/04
Impresión: RGM, S.A. - Bilbao

Para Josefina, treinta años después...

Índice

| | |
|---|----|
| Prólogo | 11 |
| PARTE I | 13 |
| 1. Aspectos generales | 15 |
| Trastornos delirantes en el contexto de la nosología actual | 15 |
| Consideraciones epidemiológicas..... | 19 |
| Lugar que ocupan los trastornos delirantes en la vejez en la nosología actual | 20 |
| Antecedentes históricos..... | 23 |
| Tendencias en la literatura científica contemporánea | 35 |
| PARTE II | 41 |
| 2. Factores etiopatogénicos | 43 |
| Personalidad premórbida | 43 |
| Desaferentación sensorial y social | 45 |
| Lesiones orgánicas cerebrales | 50 |
| Aspectos psicodinámicos..... | 57 |
| 3. Características clínicas | 67 |
| Trastornos delirantes..... | 67 |
| Características de los trastornos delirantes en la vejez | 70 |
| Delirio de relación de los sensitivos | 76 |
| Temas delirantes | 77 |
| <i>Perjuicio</i> | 77 |
| <i>Celos</i> | 79 |

| | |
|--|-----|
| <i>Negación y desconocimientos</i> | 82 |
| <i>a) Delirio de las negaciones (Síndrome de Cotard)</i> | 84 |
| <i>b) Delirio de longevidad</i> | 87 |
| <i>c) Negación del deceso</i> | 88 |
| <i>d) Desconocimientos y falsas identificaciones</i> | 89 |
| <i>Erotomaniaco</i> | 94 |
| <i>Dermatozoico</i> | 97 |
| <i>a) Factores etiopatogénicos</i> | 99 |
| <i>b) Cuadro clínico</i> | 101 |
| <i>c) Consideraciones psicodinámicas</i> | 103 |
| <i>d) Evolución</i> | 104 |
| <i>e) Tratamiento</i> | 104 |
| <i>f) Formas secundarias</i> | 105 |
| <i>Compañero imaginario tardío</i> | 106 |
| 4. Trastornos alucinatorios | 109 |
| Definición y características generales | 109 |
| Consideraciones psicodinámicas | 112 |
| Alucinaciones visuales en las oftalmopatías | 114 |
| Prevalencia | 116 |
| Hipótesis patogénicas | 120 |
| Alucinaciones auditivas en las otopatías | 124 |
| Similitudes y diferencias entre los dos tipos de trastornos alucinatorios | 129 |
| 5. Tratamientos | 133 |
| PARTE III | 141 |
| 6. Casos estudiados | 143 |
| Bibliografía | 155 |

Prólogo

Este texto representa un intento por rescatar la tradición clínica en psiquiatría que en esta época de biologismo globalizado se ha ido marchitando. Las terribles simplificaciones de la psiquiatría moderna han provocado el empobrecimiento y la marginación del estudio clínico de una legión de sujetos añosos que han buscado una solución a su problema existencial, solución errónea, sin duda, pero no por ello menos intensa e importante.

El delirante ha mudado de piel y se ha vestido con ropajes nuevos. El y su mundo ya no son los mismos, su vida tiene un sentido diferente. “Más vale delirar que estar solo” afirman Nacht y Racamier en su estudio psicoanalítico sobre los delirios. Esta aseveración resulta aun más incisiva en el caso de los trastornos delirantes durante el envejecimiento. Todo parece indicar que en la psicodinamia del sujeto que está envejeciendo se produce un movimiento pendular entre la posición depresiva y la esquizo-paranoide. No es excepcional que el péndulo se detenga en el extremo paranoide, evitando así el reflujo y la posible detención del lado depresivo.

En realidad, el clínico observa, describe, ordena los síntomas y signos recolectados; en un segundo paso, tan importante como el primero, trata de entender el sentido profundo que cobran estos datos en la problemática existencial –única para cada paciente– de su interlocutor. En este proceso, cuando se dejan de lado las preocupaciones simplistas de los investigadores y nosógrafos actuales, surgen muchas dudas e incógnitas. Por ejemplo, ¿por qué el paciente eligió un tema delirante y no otro? ¿Qué sucesos internos y externos lo

impulsaron a hacerlo? ¿Cómo se reestructura la personalidad y el mundo del sujeto delirante? ¿Por qué en un caso decide desconocer a sus allegados más íntimos y en otro opta por ser presa de un ejército de parásitos que lo devorarán? O bien ¿por qué, en otro más, la opción es abandonar toda esperanza ante la cruel vivencia de su organismo que sufre un espantoso desarreglo y se vacía de su contenido?

Los trastornos alucinatorios que son consecuencia de las deficiencias visual o auditiva también se prestan a reflexiones y dudas. No conocemos, por ejemplo, la razón por la cual ciertos sordos han poblado el silencio con voces y melodías, en tanto en la oscuridad de algunos ciegos aparecen imágenes y personajes siempre silenciosos; tampoco sabemos el motivo por el que las alucinaciones auditivas tienen un carácter desagradable por su repetición monótona y las visuales suelen ser cambiantes, agradables y hasta divertidas. Este libro trata de contestar estas preguntas y otras que surgen con la historia de cada paciente. Ojalá el lector quedara con más dudas que certezas, con más preguntas que respuestas, porque entonces el autor habría logrado el propósito de cuestionar las certezas propias de la psiquiatría contemporánea.

I Primera parte

1

Aspectos generales

Trastornos delirantes en el contexto de la nosología actual

En el momento de escribir estas líneas, existen en uso dos clasificaciones con sus respectivos glosarios: la 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1993) y la 4ª Versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1994). Según la afirmación de Post (1992), la existencia simultánea de dos clasificaciones que compiten entre ellas es una muestra del fracaso de la psiquiatría para diagnosticar los casos con el propósito de unificar los criterios internacionales.

En términos generales y para el asunto que nos interesa, podemos decir que la CIE-10 aparece como más pragmática, más sencilla y por lo tanto más manejable para fines operativos. El DSM-IV pretende ser más completo y más preciso, tanto que los datos recopilados con su guía podrían ser informatizados, pero a la larga resulta demasiado prolijo y engorroso. Un ejemplo de esta peculiaridad lo encontramos en los criterios que el Manual establece para el diagnóstico del trastorno esquizoafectivo.

Para el caso de los trastornos delirantes en general –y más aún para los de inicio tardío– ambos escritos nosológicos tienen serias limitaciones e importantes insuficiencias. En los dos textos se parte de un concepto a la fecha aún no bien aclarado y que constituye uno de los diagnósticos más delicados de la

psiquiatría, como lo es la esquizofrenia. Tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV el interés de sus autores parece estar centrado en precisar cuándo un trastorno delirante puede ser incluido dentro del grupo de las esquizofrenias y cuándo debe ser excluido del mismo.

Si aceptamos en primer lugar que un trastorno delirante se caracteriza por la presencia de ideas delirantes (duraderas o persistentes en nuestro estudio), podemos partir para esta exposición de la definición que proporciona el DSM-IV de las ideas delirantes (que puede hacerse extensiva a los delirios, según el término inglés *delusion*). Ideas delirantes (o delirios), dice el citado Manual, son creencias erróneas que habitualmente implican una interpretación equivocada de percepciones o experiencias. Ahora bien, si nos atenemos a las clasificaciones en uso, el problema para el psiquiatra consiste en saber si los trastornos delirantes se ubican dentro del campo de la esquizofrenia (en su forma paranoide) o fuera de ella.

Para poder ser diagnosticado como esquizofrenia paranoide, un trastorno delirante tiene que cumplir algunos requisitos: tanto la OMS como la APA señalan como apoyos importantes al diagnóstico, fenómenos psicopatológicos que son conocidos en las zonas de influencia anglosajona como síntomas de primer rango de Kurt Schneider o como síndrome de automatismo mental de Clérambault, en las regiones de influencia francesa. Dichos fenómenos son el robo y la imposición del pensamiento, las ideas delirantes de control sobre el cuerpo y los actos, el eco y la divulgación del pensamiento. La presencia, además, de alucinaciones verbales o auditivas, del tipo de voces que conversan entre ellas o que comentan los actos o pensamientos del sujeto tiene una importancia primordial para el diagnóstico de esquizofrenia. Si bien este dato figura en ambos manuales, el DSM-IV señala que la sola presencia de este tipo de alucinaciones es suficiente para satisfacer el criterio A para el diagnóstico de esquizofrenia. No insistiremos sobre otros síntomas propios de la esquizofrenia como los trastornos del curso del pensamiento, de la volición y del afecto. Pero veamos de más cerca qué sucede en la CIE-10 con los trastornos delirantes persistentes (es decir, que no son esquizofrénicos) y con la esquizofrenia paranoide. En ambos casos existen, desde luego, ideas delirantes que perduran, pero la diferencia esencial reside que en los primeros no se presentan alucinaciones auditivas manifiestas y persistentes, en tanto en la segunda sí se presentan. Una excepción la constituyen los trastornos delirantes del anciano, en los que pueden existir alucinaciones auditivas de manera irregular o transitoria, a condición de que no sean alucinaciones típicamente esquizofrénicas o que dominen el cuadro clínico.

El clínico se queda perplejo cuando se percata de que la OMS describe una segunda forma de trastorno delirante no esquizofrénico que denomina *otros*

trastornos delirantes persistentes, en los que las ideas delirantes se acompañan de alucinaciones auditivas persistentes bajo la forma de voces o de síntomas esquizofrénicos que no justifican el diagnóstico de esquizofrenia.

Por su parte el DSM-IV hace un distingo que no hemos encontrado de manera explícita en la CIE-10 y es el de ideas delirantes bizarras o extrañas, propias de la esquizofrenia. Estas ideas no son plausibles ni comprensibles sobre la base de las experiencias ordinarias de la vida. Un ejemplo de una idea delirante extraña podría ser la afirmación que los órganos internos han sido permutados por los de otra persona, sin dejar huellas ni cicatrices. Las ideas delirantes no son extrañas, por ejemplo, cuando un paciente afirma que la policía lo está vigilando. De acuerdo con el DSM-IV, esta diferencia permite distinguir el trastorno delirante de la esquizofrenia paranoide. Además, en el caso del trastorno, las alucinaciones auditivas o visuales no son prominentes; en cambio lo pueden ser las táctiles y olfativas, siempre y cuando estén relacionadas con el tema delirante. En este mismo manual se señala, a propósito del diagnóstico diferencial de la esquizofrenia paranoide, que el trastorno delirante es particularmente difícil de diferenciar del tipo paranoide de la esquizofrenia, ya que este subtipo no incluye la desorganización notoria o prominente del lenguaje, la conducta desorganizada y el afecto aplanado o inapropiado; es frecuente, además, que la declinación en el funcionamiento social y ocupacional sea menos importante que en otros subtipos de esquizofrenia.

El DSM-IV establece siete subtipos de trastornos delirantes de acuerdo con el tema delirante, a saber: erotomáxico, de grandeza, de celos, de persecución, somático, mixto y no especificado.

Debido al hecho que, por una parte, en los pacientes con trastornos delirantes de inicio tardío encontramos con frecuencia antecedentes de alteraciones del ánimo y que, por la otra, en la depresión mayor pueden coexistir ideas delirantes, sean melancólicas, sean de otro tipo (como las somáticas), nos parece útil discutir a continuación el enfoque que da la nosografía oficial a estas situaciones. En primer lugar, digamos que la CIE-10 señala a propósito de la esquizofrenia que este diagnóstico no debe hacerse cuando existen síntomas depresivos o maníacos importantes, con excepción del caso en que se tiene la certeza que los síntomas esquizofrénicos precedieron a los afectivos. Más adelante, la misma Clasificación aborda uno de los temas que califica de controvertido y que a nuestro juicio no sólo es controvertido sino también delicado en lo que a diagnóstico se refiere. Se trata de los trastornos esquizoafectivos. En éstos, indica la CIE-10, los síntomas afectivos y los síntomas esquizofrénicos ocupan conjuntamente el primer plano de la sintomatología pero no justifican el diagnóstico de esquizofrenia ni de episodio depresivo o maníaco. En cambio, añade la OMS, los síntomas psicóticos no congruentes con el esta-

do de ánimo en el trascurso de los estados afectivos no justifican el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. En el DSM-IV, la situación se complica, aun cuando inicialmente coincide en términos generales con lo referido en la Clasificación Internacional, al señalar que es difícil diferenciar la esquizofrenia del trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos y del trastorno esquizoafectivo, por el hecho que una alteración del ánimo es común durante el curso de la esquizofrenia en sus fases prodrómica, activa o residual. Si los síntomas psicóticos ocurren exclusivamente durante los períodos de trastornos del ánimo, se hará el diagnóstico de trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos. En el trastorno esquizoafectivo, prosigue el DSM-IV, tiene que haber un episodio del estado de ánimo coincidente con los síntomas de la fase activa de la esquizofrenia; los síntomas del ánimo deben estar presentes durante una fase sustancial de la duración total del trastorno y las ideas delirantes y alucinaciones deben estar presentes por lo menos durante dos meses, en ausencia de síntomas prominentes del estado de ánimo. En contraste, los síntomas del ánimo en la esquizofrenia son breves en comparación con la duración total del padecimiento, ocurren sólo durante la fase prodrómica o residual o no llenan los criterios para un episodio del trastorno del ánimo.

El DSM-IV señala que en el trastorno esquizoafectivo existe una fase de la enfermedad en la que coinciden las alteraciones del estado de ánimo con los síntomas psicóticos y que en ella se reúnen plenamente los criterios tanto de la esquizofrenia en fase activa (criterios A, según este Manual), con los de un episodio depresivo mayor (de una duración de por lo menos una semana), maníaco o mixto (en estos dos últimos casos, la duración debe ser de por lo menos dos semanas).

Nos parece importante señalar en este momento otra posible concurrencia de trastornos del ánimo y síntomas psicóticos. Es el caso del trastorno delirante en el que, según afirma el DSM-IV, es probable que ocurran con más frecuencia episodios de depresión que en la población en general.

De particular relevancia para el tema que nos ocupa resultan ser los problemas relacionados con la edad de aparición de las ideas delirantes, sean esquizofrénicas o no, así como la presencia o ausencia de alteraciones orgánicas cerebrales. Ninguna de las dos clasificaciones vigentes se compromete a precisar alguna edad de inicio de los trastornos. Sin embargo, el DSM-IV es el único que da algunos datos en ese sentido, absteniéndose cuidadosamente de proporcionar una edad específica. Así, en el caso de la esquizofrenia paranoide, el citado Manual dice que el inicio del padecimiento suele ser más tardío que el de otros tipos de esquizofrenia. Indica también que el trastorno esquizoafectivo puede aparecer a cualquier edad entre la adolescencia y la adultez tardía, pero que el tipo bipolar suele ser más común en los adultos

jóvenes, en tanto el tipo depresivo lo es en los adultos mayores. Volvemos a encontrar la misma cautela en la redacción del DSM-IV cuando refiere que el trastorno delirante se inicia habitualmente en la edad madura o tardía de la vida pero que puede presentarse a una edad más juvenil.

Referente a la presencia de organicidad cerebral, el DSM-IV la contempla al señalar en sus criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia y sus diversos tipos y también para el trastorno delirante que los mencionados padecimientos no son debidos a los efectos de una sustancia ni a una condición médica general. Por ejemplo, añade el Manual, simples ideas delirantes (alguien entra a mi cuarto durante la noche y me roba la ropa), durante la fase inicial de la enfermedad de Alzheimer, deben ser diagnosticadas como enfermedad de Alzheimer con ideas delirantes.

La postura de la CIE-10 es en cambio menos tajante, ya que en el apartado FO 6 que corresponde a otros trastornos mentales debidos a una lesión cerebral y una disfunción cerebral, y a una afección somática, describe un estado alucinatorio orgánico caracterizado por alucinaciones persistentes o recurrentes, habitualmente visuales o auditivas en ausencia de obnubilación de la conciencia y que el sujeto reconoce como patológicas. Las alucinaciones pueden originar una elaboración delirante, sin que las ideas delirantes dominen el cuadro clínico. Este estado alucinatorio debe ser diferenciado de la alucinosis alcohólica y de la esquizofrenia. En este mismo apartado, la OMS se refiere al trastorno delirante orgánico (de aspecto esquizofrénico), en el que prevalecen ideas delirantes persistentes o recurrentes, a veces acompañadas de alucinaciones. Algunas de las características de este trastorno evocan la esquizofrenia, como alucinaciones extrañas o trastornos del curso del pensamiento. De acuerdo con la OMS, un ejemplo de ello podría ser una psicosis de aspecto esquizofrénico que aparece en el curso de una epilepsia. Los dos tipos de trastornos descritos pueden ser debidos sea a una alteración cerebral primaria, sea a un problema somático que secundariamente afecta al cerebro, sea a sustancias tóxicas exógenas u hormonas, trastornos endocrinos u otras enfermedades somáticas.

Consideraciones epidemiológicas

Es evidente que dentro del galimatías nosológico actual, la labor epidemiológica se vio seriamente afectada. Muchos autores reportan la prevalencia de la esquizofrenia en la senectud. Así, Palmer, Heaton y Jeste (1999) indican que de acuerdo con la *Epidemiological Catchment Area* de los Estados Unidos (en un dato de 1991, si nos atenemos a la referencia bibliográfica correspondien-

te) se estableció una prevalencia de 0,3% para la esquizofrenia después de los 65 años de edad. Serna de Pedro (2001), basándose en trabajos de otros autores, señala que en los estudios globales realizados en personas mayores de 65 años, se encuentra desconfianza patológica en 15 a 17% de los casos y una clara ideación paranoide que cumpla criterios diagnósticos en 2 a 4% de los sujetos. Sólo en 0,1 a 0,2% de la población anciana se identifica el diagnóstico de esquizofrenia, si bien la prevalencia real se desconoce. En cuanto a los “cuadros paranoides primarios de inicio tardío”, según la misma autora, representan entre 2 y 10% de los ingresos en mayores de 65 años, sin especificar a qué institución ingresan los pacientes. La frecuencia de estos cuadros paranoides es mayor en la mujeres y sufre un incremento después de los 70 y 80 años, especialmente en aquellos que viven en residencias.

Las cifras de la prevalencia de las “psicosis tardías”, según Zayas y Grossberg (1998), son las siguientes: 0,2% a 4,7% en la comunidad; 10% en las residencias para ancianos; 63% en pacientes con enfermedad de Alzheimer; y 8% en los pacientes hospitalizados en una unidad psicogeriátrica.

Un estudio reciente en una comunidad londinense (Livingston y cols. 2001), con una muestra de 720 personas mayores de 65 años, mostró que 3,9% de los encuestados presentaban síntomas persecutorios y trastornos alucinatorios. Pero además, 2,6% de los restantes recibían una medicación antipsicótica y en su mayoría contaban con el antecedente de una psicosis tratada, con lo que la prevalencia de los fenómenos estudiados ascendía a 5,6%.

Lugar que ocupan los trastornos delirantes en la vejez en la nosología actual

Lo que se puede reprochar a la situación actual de la nosología de los estados delirantes y alucinatorios de la tercera edad, dice Wertheimer (1993), es su poca precisión debido a la aplicación de un modelo adultomorfo, a la naturaleza esencialmente descriptiva de las clasificaciones y a la exclusión de la polimorbididad.

En el mismo año de 1993, en una conferencia magistral dictada en España, sobre el punto de vista británico con respecto a los trastornos delirantes en la vejez, Berrios subrayó la influencia negativa del DSM-III que debilitó lo que era una excelente tradición británica de descripción semiológica. En esta misma ocasión, Berrios criticó la calidad de las investigaciones recientes en este campo “en las que el uso de fantasiosas técnicas de neuroimagen crea un espejismo de sofisticación y complejidad.” En otro capítulo tendremos la oportunidad de revisar brevemente algunas de estas investigaciones británicas.

Por otra parte, en un trabajo publicado en 1996, el psiquiatra inglés Jacoby plantea también algunos de los problemas referentes al uso en psiquiatra geriátrica de las dos clasificaciones que hemos analizado. Después de una breve revisión histórica sobre el origen del término y del concepto clínico de parafrenia tardía, describe las diferencias que en opinión de Roth existen entre ésta y otras formas de esquizofrenia. En sus reflexiones, Jacoby se limita a considerar qué ubicación podría tener la llamada parafrenia tardía en la CIE-10 y el DSM-IV. En la primera, podría tener cabida en esquizofrenia paranoide, trastorno delirante persistente, otros trastornos delirantes persistentes, trastorno delirante persistente no especificado y trastornos psicóticos agudos y transitorios, pero siempre con inconvenientes, ya que ninguna de estas categorías corresponde exactamente a la descripción de la parafrenia tardía. Con respecto al DSM-IV, el autor critica, con razón, que el Manual no haya hecho ninguna concesión a la psiquiatra geriátrica, ni siquiera como alusión, como sucede en la clasificación de la OMS, pero piensa que de esta manera la parafrenia tardía es más fácil de ubicar, principalmente en la esquizofrenia de subtipo paranoide y, para algunos casos, en los trastornos delirantes.

La crítica que hace Jacoby a las clasificaciones en uso es esencialmente correcta y podría obtener el consenso de la mayoría de los clínicos que laboran en psicogeriatría. No lo obtendría, sin embargo, en su defensa de la parafrenia tardía como la introdujo Martin Roth hace 40 años: una forma de esquizofrenia y único trastorno delirante que se inicia en la senectud. Como lo señalan Riecher-Rössler y cols. (1995), la parafrenia tardía es un concepto británico que incluye todos los trastornos delirantes que comienzan después de la edad de 60 años. Estos mismos autores, en realidad, proponían que este concepto fuera excluido de la CIE-10, en tanto Jacoby insiste que sea incluido en la misma. Howard y Rabins (1997) también son partidarios de excluir el término “parafrenia tardía” de las clasificaciones actuales porque consideran que favorece la ambigüedad, con respecto a los trastornos delirantes en la vejez y a la relación entre éstos y la esquizofrenia. Señalan además que no existe una codificación diagnóstica específica en la CIE-10 ni en el DSM-IV para los pacientes ancianos que presentan una psicosis que no sea orgánica ni afectiva. Estos autores proponen la creación de una nueva categoría que podría denominarse “trastorno esquizofreniforme (*schizophrenia-like*) de inicio tardío.”

Por nuestra parte, proponemos un ejercicio que podría tener características de juego de sociedad y que consistiría en establecer el diagnóstico correcto en base a la nosografía oficial vigente para el caso de uno de nuestros pacientes ancianos con un trastorno delirante. Buscaremos el capítulo correspondiente:

Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos delirantes en la CIE-10 y Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, en el caso del DSM-IV.

Por la edad de nuestro paciente, pensaremos en primer lugar en un trastorno delirante (con el agregado de persistente si nos atenemos a la CIE-10), pero nos daremos cuenta que, al existir alucinaciones auditivas, tendremos que pasar a la categoría siguiente de la OMS, tratando de ubicar entonces el diagnóstico en otros trastornos delirantes. Acto seguido, nos abocaremos a la sesuda tarea de tratar de aclarar si las alucinaciones son típicamente esquizofrénicas o no lo son, si son prominentes o no, si dominan el cuadro clínico o no lo dominan, etc. No encontraremos mucha ayuda si ahora recurrimos al DSM-IV, ya que el Manual también nos obliga a diferenciar las voces prominentes de las que no lo son. Sin embargo, las voces que escucha nuestro paciente hablan mal de él, se refieren a él en tercera persona, las oye a pesar de una importante disminución de la agudeza auditiva. Tiene además impresiones extrañas, ve los árboles y sus hojas inmóviles y supone que una fuerza extraña los paraliza. Sobre la base de estos datos clínicos pasaremos rápido a la rúbrica *esquizofrenia* y como hay antecedentes recientes de un estado depresivo, pensaremos en un trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo (el factor edad estaría a favor de este diagnóstico) o en una depresión mayor con ideas delirantes y nos preguntaremos si éstas son congruentes o no con el ánimo. Pero, al completar el estudio clínico de nuestro paciente, comprobamos con cierta preocupación que sólo está parcialmente orientado en tiempo y espacio, tiene fallas en la memoria de fijación y de evocación de hechos recientes, además de un inicio de desintegración de la representación de la perspectiva en la praxias constructivas. Por este conducto, caeremos entonces inevitablemente en la categoría Enfermedad de Alzheimer con ideas delirantes (DSM-IV) o en la de Trastorno delirante orgánico (CIE-10). En este momento de esta ardua labor sólo hemos logrado acercarnos a un diagnóstico que empobrece, además de ensombrecer el cuadro clínico de nuestro paciente.

Es cuando empezamos de nuevo y buscamos por otro lado, como veremos en capítulos ulteriores. Es también cuando recordamos las palabras de Post (1992): “Los clínicos deberían estudiar la naturaleza de los delirios y las alucinaciones de la vejez con mayor intensidad y con más sofisticación que en el pasado y en forma independiente de la presencia o ausencia de patología cerebral confirmada o de componentes afectivos; podría ser posible categorizar –prosigue Post– a los pacientes por las características finas de sus delirios y de sus alucinaciones, yendo más allá de la preocupación en torno a los criterios schneiderianos o de otro tipo, relativos a la esquizofrenia”.

Y sobre la base de esta sabia aseveración retomamos el problema de los trastornos delirantes en la vejez.

Antecedentes históricos

Es fácil comprender que Pierre Pichot (1992), en su estudio histórico de los trastornos funcionales en la vejez, haya optado por comodidad a reunirlos con los que aparecen en la edad madura, ya que, como él mismo señala, sólo a partir del siglo XIX se acostumbró describir separadamente a ambos períodos. Este autor añade, sin embargo, que la imprecisión de los límites entre ambos períodos y el hecho subrayado con frecuencia de que los trastornos que aparecen en la edad madura también pueden presentarse después, lleva a considerar que todo estudio sobre enfermedades en la vejez debería incluir a estas dos etapas del ciclo vital. Lo que no dice Pichot es que en la actualidad esta diferencia ya no se hace como antes, habiéndose centrado el interés de los clínicos en la senectud, en tanto la edad madura pasó a formar parte de la adultez en general. Incluso los conceptos teóricos, así como los términos correspondientes no son los mismos. Hoy en día, por ejemplo, se ha desechado la relación de la menopausia y el climaterio con algunos padecimientos como la melancolía involutiva. Precisamente, este término involutivo ya no tiene uso en la nosología actual. Por otra parte, el término presenil que corresponde también a la edad madura, sólo ha sido conservado por algunos autores para designar las formas tempranas de la demencia que aparece habitualmente durante la vejez y que ha sido llamada demencia senil, aun cuando se prefiere ahora especificar la edad de comienzo al decir de inicio precoz o temprano, como en la enfermedad de Alzheimer.

De esta manera, al hacer una revisión histórica de los trastornos delirantes en la vejez, estos hechos deberían ser tomados en cuenta para no confundir en el mismo grupo, como lo hace Pichot, los estudios que se refieren a la edad madura y aquellos que abarcan la senectud. Es el caso también del estudio importante de Post (1966) en el que este autor incluyó pacientes delirantes ancianos cuyo padecimiento se había iniciado después de la edad de 50 años. Todavía en la tesis de Dias Cordeiro (1972) se hace referencia a autores como Naudascher (1939) y Halberstadt (1934) quienes estudiaron padecimientos de la edad involutiva, el primero y presenil, el segundo. Incluso, la discusión que se haya suscitado desde los trabajos de Mayer (1921), Kolle (1931), Bleuler (1943), Roth (1955) y Fish (1960), alrededor de una forma tardía de la esquizofrenia, llámese parafrenia o parafrenia tardía, plantea un problema similar. Un remanente de esta situación podía observarse en el DSM-III (1980) que establecía la edad de 45 años como límite para estar en posibilidad de formular el diagnóstico de esquizofrenia, edad que era precisamente la considerada como el inicio de la involución o presenilidad.

A lo expuesto hasta ahora agreguemos que el término tardío, tan apreciado por los autores de habla francesa (de ahí el término *délire tardif*, utilizado por ellos) y cuyo equivalente en inglés es *late* o *late onset*, no es más preciso. Dentro de esta vaguedad, podríamos, por ejemplo decir que un trastorno que empieza a los 50 años es tardío y otro de inicio a los 80 es muy tardío.

De modo tal que, a lo que a nosotros se refiere –el título de esta obra lo indica– preferimos utilizar el término de trastornos delirantes en la vejez, con el entendido que aceptamos, según el consenso internacional, la edad de 60 años como principio de la senectud.

Es probable que durante las primeras décadas de este siglo, se hayan reunido algunos factores que contribuyeron a que la mayoría de los trabajos psiquiátricos del campo de nuestro interés se hayan referido al período presenil o involutivo y que el límite con el período siguiente no quedara bien delineado. Dos factores en particular deben haber tenido peso para que las cosas se dieran de esta manera. En primer lugar, la pirámide poblacional mostraba otro aspecto del que ahora tiene en los países industrializados, debido a una esperanza de vida reducida si la comparamos con la existente en la actualidad. Un segundo factor podría verse en la importancia conferida antaño al cese o disminución de algunas funciones dando lugar al postulado que el climaterio y la merma de la capacidad funcional de los órganos tuvieran efectos patógenos o contribuyeran en forma destacada a los mismos, acuñándose entonces el término de involutivo para calificar aquellos padecimientos de aparición en la edad madura. Como bien dice Berrios (1993), la definición de “involución” o de “últimas etapas de la vida” a finales del siglo XIX (y a principios del siglo XX, agregaríamos), era diferente a la que mantenemos hoy día. Dadas las tasas de sobrevivencia de la época, se consideraba que estas etapas se iniciaban a los 45 años, por lo cual la locura surgida durante la quinta década se estimaba de “inicio tardío”. Esto es concretamente lo que entendía Kraepelin con su noción de *melancolía involutiva*.

Pese a las reservas señaladas en los párrafos que anteceden, tenemos plena conciencia –como esperamos la tenga el lector– que el límite de edad es totalmente arbitrario para tipificar un padecimiento, cualquiera sea éste. Sin embargo, también es cierto que los efectos patoplásticos relacionados con la situación existencial en los ámbitos psicológico, biológico y social en esta época histórica difieren considerablemente entre la edad madura y la vejez.

Después de estas advertencias, haremos un breve bosquejo de la evolución histórica de las ideas concernientes a los trastornos delirantes del anciano, las que según vimos anteriormente, se refieren también con frecuencia a los trastornos de la edad madura. Digamos en primer lugar que esta evolución se vio enormemente influenciada por el peso que se dio –o se dejó de dar– a la esqui-

zofrenia y en particular a la esquizofrenia paranoide. Así se establecieron dos líneas, a veces de curso paralelo y otras, divergentes, con puntos de confluencia precisamente en torno a los conceptos de demencia precoz de Kraepelin (y sus derivados como la parafrenia), y de esquizofrenia de Bleuler. Nos referimos a las líneas o rutas adoptadas por la psiquiatría anglo-sajona por un lado y la psiquiatría francesa, por el otro.

En la 5a edición de su *Psiquiatría* (1896), Kraepelin no hacía una diferencia clara entre el período involutivo y la vejez y consideraba que en ambos se daba una merma de los procesos vitales, por lo que los denominaba conjuntamente la edad de regresión. En esta misma edición describía la melancolía involutiva como entidad separada (más adelante volvería a incluirla dentro del grupo de la locura circular), y algunas formas especiales de paranoia de aparición en el mismo período.

En la edición siguiente, la 6a, de 1899, aparecen dos entidades clínicas nuevas que curiosamente mencionan más los clínicos de habla francesa (Naudascher, 1939, Bernard y cols., 1961, Burgermeister y cols., 1970, Dias Cordeiro, 1972, 1973.) que los autores anglo-sajones. La primera es el delirio presenil de perjuicio que también describe Kraepelin en la vejez; se presenta en sujetos tristes, desconfiados e irritables y comienza con ideas hipochondríacas y múltiples quejas sobre la alimentación y el funcionamiento del organismo. Después de esta primera fase, aparecen las ideas de perjuicio (convicción que alguien ha cambiado de lugar los muebles, ha revisado y robado las pertenencias), a las que se agregan ideas de celos y de tipo eroto-mánaco (convicción que los demás quieren seducir al paciente). Como lo señalan Burgermeister y col. (1970), se trata de un delirio bastante pobre, concreto y poco sistematizado, dentro del universo restringido del anciano formado por el barrio, la vivienda y las personas cercanas, como familiares y vecinos, y en el que aparecen intrusos en la vivienda (perjuicio) o en la pareja (celos). La segunda entidad descrita por Kraepelin en esta misma edición, es el delirio senil de persecución que el autor compara con las formas juveniles y que tiene una evolución crónica, sin que se presente deterioro. Kraepelin señalaba la dificultad existente en algunos casos para diferenciar este delirio del anterior, de perjuicio.

Será hasta la 8a edición de su *Manual* que Kraepelin introducirá el concepto de parafrenia para calificar los trastornos delirantes parecidos a los de la demencia precoz en su forma paranoide pero sin la sintomatología florida de ésta y sobre todo sin su evolución hacia el deterioro.

En 1913, Kleist, inspirado por esta 8a edición, propone considerar, además de las formas tardías de la demencia precoz, una nueva entidad que denomina paranoia tardía, diferente de la paranoia descrita por Kraepelin porque es más

frecuente en las mujeres, suele acompañarse de alucinaciones y se desarrolla plenamente cuando el sujeto alcanza la edad de 60 años. En la paranoia tardía, además, son frecuentes las ideas de perjuicio. La personalidad premórbida de estos sujetos, según Kleist, era de tipo hipoparanoico y se caracterizaba por susceptibilidad, desconfianza, celos, autoritarismo, irritabilidad y orgullo.

Serko por su parte formula en 1919 una nueva proposición cuya secuela permanece hasta la fecha en la obra de los investigadores anglo-sajones. Este autor, después de haber mostrado su acuerdo sobre la paranoia tardía de Kleist, describe una entidad con el nombre de parafrenia tardía. Este padecimiento, según Serko, aparece de manera relativamente aguda después de los 45 años de edad, aunque puede iniciarse mucho más tardíamente. Las mujeres son las más afectadas y sus síntomas consisten en ideas delirantes de perjuicio y de grandeza, acompañadas de una actividad alucinatoria intensa. Su curso es crónico y nunca lleva a una desintegración de la personalidad como sucede en la esquizofrenia paranoide.

En cuanto a la parafrenia de Kraepelin y sus cuatro formas clínicas tuvo, como bien dice Pichot (1992), una vida corta. Mayer en 1921 y Kolle 10 años después, demostraron, en sendos estudios catamnéticos que los pacientes parafrénicos (incluso aquellos diagnosticados como tales por el gran Kraepelin) evolucionaban como esquizofrénicos, para presentar finalmente un deterioro esquizofrénico típico. Es necesario agregar, en honor a la verdad, que Kraepelin ya había vaticinado que 40% de sus parafrénicos evolucionarían hacia la demencia precoz de tipo paranoide.

No obstante su vida breve, la parafrenia fue resucitada a partir de 1955 cuando fue publicado un artículo de Roth en el que utilizó el término de parafrenia tardía (*late paraphrenia*), porque –decía– el cuadro clínico de la mayoría de los casos guarda muchas similitudes con las enfermedades paranoides descritas por Kraepelin con el nombre de parafrenia. En 75% de los casos, los pacientes habían iniciado su padecimiento después de los 60 años y prácticamente todos, después de los 45, de ahí el agregado de tardío. Sin embargo, esta postura tuvo opositores como Fish (1960) quien consideraba que era redundante referirse a una parafrenia tardía, puesto que los estudios alemanes habían demostrado que los parafrénicos no eran más que esquizofrénicos paranoides cuya enfermedad había principiado tardíamente en la existencia, por lo que era preferible hablar de esquizofrenia senil.

Durante una primera fase de sus trabajos, Roth no estaba seguro si la parafrenia tardía era una enfermedad diferente o sólo una forma de modificada de esquizofrenia. Como lo señala Berrios (1993), la parafrenia tardía pronto se convirtió en uno de los iconos de los psicogeriatras británicos y posiblemente haya dado lugar a más problemas que ventajas.

Así las cosas, el grupo de Roth siguió adelante (Kay y Roth, 1961, Kay, 1963) y defendió el concepto de parafrenia tardía, con el argumento que lo utilizaba en un sentido meramente descriptivo. Decían estos autores que los casos habían mostrado tener síntomas esquizofrénicos más o menos bien delineados y que sólo una pequeña proporción de ellos no presentaba alucinaciones. Añadían que habían estudiado a sus pacientes como un solo grupo con la finalidad de observar qué factores podían ser significativos para identificar la posible existencia de subgrupos y cuál podía ser el origen de estos padecimientos.

En un estudio comparativo con pacientes con trastornos afectivos, Kay y Roth (1961) describieron las características de la parafrenia tardía. Encontraron que prevalecían las mujeres y los sujetos solteros; los casados tenían pocos hijos. Era frecuente, además, que los sujetos vivieran solos y que estuvieran socialmente aislados. Los autores atribuían este aislamiento social a la existencia de una importante disminución de la agudeza auditiva en muchos de ellos, aunada a una personalidad esquizoide, así como al hecho que los parafrénicos contaran con pocos familiares vivos. Desde el punto de vista clínico, los pacientes de Kay y Roth tenían trastornos del curso del pensamiento de tipo esquizofrénico, acompañados de alucinaciones auditivas pero conservaban las funciones intelectuales, la organización de la personalidad y la capacidad de la memoria. En los antecedentes de los pacientes, con frecuencia se encontraba, además, una historia familiar de esquizofrenia. Kay y Roth concluían que la parafrenia tardía debía ser considerada como el modo de manifestarse la esquizofrenia durante la vejez.

Muchos de los hallazgos del grupo de Roth fueron confirmados por Herbert y Jacobson (1967), quienes encontraron que la ausencia de hijos, más que un problema de fertilidad, se debía a que los pacientes habían permanecido solteros.

Felix Post publicó en 1966 un pequeño libro intitulado “Estados persecutorios persistentes en los ancianos” (*Persistent persecutory states in the elderly*) que representó en esa época un acontecimiento importante en el campo, puesto que habían pasado más de 10 años desde los trabajos de Roth y su grupo y no se había realizado alguna investigación de importancia, con excepción del trabajo de Sjögren (1964) en el que en realidad no había hallazgos muy diferentes a los de Kay y Roth, por lo menos en el área de los trastornos delirantes del anciano.

Post pretendía hacer un trabajo original, en gran parte porque cuestionaba el concepto de parafrenia tardía y la posibilidad de subdividir el grupo, como Kay y Roth habían propuesto. Actualmente, más de 30 años después, ha perdido parte de su originalidad e incluso sus conclusiones han sido cuestionadas por el propio autor en años recientes (Post, 1992).

Tanto en el título de la obra, como en el texto, Post evitó la utilización del término parafrenia pero introdujo otros, probablemente menos afortunados aún. Así describió tres síndromes clínicos que denominó respectivamente esquizofrénico, esquizofreniforme y de alucinosis paranoide. Para Post, los síntomas esquizofrénicos corresponden a los llamados de primer rango por Kurt Schneider, en tanto los esquizofreniformes consistían esencialmente en ideas delirantes comprensibles, dentro del contexto cultural y en relación a la deprivación sensorial y el aislamiento social (ideas de robo, de envenenamiento, de que las conversaciones son grabadas por terceros, etc.). Es de notar que esta forma de separar los integrantes del cuadro clínico considerado esquizofrénico del que no lo es, ha perdurado hasta hoy, tanto en la nosografía vigente (sobre todo en el DSM-IV), como en los trabajos de los autores anglo-sajones. En cuanto al grupo de pacientes que este autor reunió con el nombre de alucinosis paranoide, su característica sobresaliente era la presencia de alucinaciones, casi siempre auditivas, sin síntomas esquizofrénicos ni esquizofreniformes. Post no utilizó el término de ideas delirantes para estos sujetos pero se refirió a creencias paranoides basadas o confirmadas por las percepciones patológicas. En 1992, al volver a describir este mismo grupo de la investigación de 1966, Post utiliza un vocabulario algo diferente puesto que dice a la letra que los pacientes estaban relativamente tranquilos y poco trastornados por causa de sus ideas delirantes y ocasionalmente las alucinaciones se reducían a uno o dos temas.

Como no había podido encontrar diferencias significativas entre los tres grupos, Post llegó a la conclusión que no se trataba de tres entidades diferentes, sino de agrupamientos de síntomas a lo largo de un continuo, como expresión gradual de una esquizofrenia que se manifiesta tardíamente en la existencia. Para este autor, por tanto, las enfermedades esquizofrénicas tardías debían ser vistas como grados diferentes de lo que llamó *esquizofrenia parcial o incompleta*. Sin embargo, en el ya citado artículo de 1992, Post se desdice el afirmar que, al no existir diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, en cuanto a antecedentes familiares de esquizofrenia, presencia de cambios orgánicos cerebrales, sordera o respuesta al tratamiento, no es posible sustentar el concepto de esquizofrenia parcial.

Nos parece importante recordar, como fue señalado anteriormente, que Post había incluido en su casuística pacientes cuyo padecimiento había comenzado durante la edad madura, puesto que había fijado el límite de edad de inicio del trastorno delirante a los 50 años.

Pese al tiempo transcurrido y a las limitaciones de esta investigación, quisiéramos recalcar algunas aportaciones que, o bien confirmaban las de estudios previos de otros autores, o bien siguen siendo de utilidad hasta nuestros días. Es así como Post confirmó –y éste es un hallazgo constante en la literatura– la

clara predominancia de las mujeres en los trastornos delirantes de la senectud (en su casuística, de 93 pacientes, 80 pertenecían al sexo femenino). Otro dato de interés es la asociación frecuente con síntomas afectivos, casi siempre depresivos. En 20 de los 93 pacientes estos síntomas eran tan severos que dominaban el cuadro pero estos sujetos fueron incluidos en el estudio porque presentaban además síntomas de tipo esquizofrénico. Otros hallazgos interesantes de esta investigación son: la presencia en muchos pacientes de una importante disminución de la agudeza auditiva, una relativa preservación de la salud física y la ausencia de episodios desencadenantes de la enfermedad.

Mencionaremos también que Post había notado que en algunos pacientes el cambio del lugar de residencia producía un apaciguamiento de la producción delirante, con excepción del grupo de esquizofrénicos. Digamos, por último, que el autor subrayó el hecho que una evolución favorable de todos los pacientes dependía en gran medida de un tratamiento medicamentoso continuo a largo plazo; para ello, era importante la cooperación del paciente con los psiquiatras, una relación adecuada entre el paciente y su entorno y cierto *insight* del paciente en la primera fase del tratamiento.

Como fue dado percatarse en la páginas que anteceden, hasta ahora nos hemos referido a la corriente histórica representada por autores anglo-sajones, con excepción de los estadounidenses, cuyo interés en el tema se manifestó más recientemente. Así lo señalaron Bridge y Wyatt (1980), al llamar la atención a sus congéneres de los Estados Unidos sobre el hecho que la parafrenia (también llamada entonces estado paranoide tardío), no era estudiada ni diagnosticada adecuadamente en su país.

Pasaremos a continuación a revisar la corriente francesa la que, como veremos, ha hecho contribuciones relevantes para la comprensión de los fenómenos delirantes y alucinatorios durante el envejecimiento.

Si los trabajos ingleses eran poco conocidos hasta recientemente en los Estados Unidos, los de la Escuela francesa de psiquiatría son prácticamente desconocidos fuera del ámbito lingüístico francés. Mencionemos, sin embargo, como una excepción tan honrosa como reciente, la inclusión en el libro editado por Katona y Levy (1992) de los trabajos de varios autores de expresión francesa, como Clément, Dias Cordeiro, Le Goues, Léger, Pichot y Wertheimer (este último es suizo de lengua francesa). El de los trastornos delirantes del anciano no es un caso aislado, ya que la poca comunicación entre francófonos y anglófonos abarca gran parte de la psiquiatría clínica. Creemos que este fenómeno se debe efectivamente a un problema lingüístico: los psiquiatras de habla francesa siguen publicando casi exclusivamente en su idioma, en tanto que los ingleses y estadounidenses no leen revistas francesas. Es bien sabido que actualmente todo investigador que quiere dar a conocer su labor, no sólo debe publicar en inglés, sino debe hacerlo en determinadas revistas que han adquirido

fama –no siempre totalmente merecida– de ser de alto nivel científico. Como hecho anecdótico, digamos que los psiquiatras de los Estados Unidos tienen tendencia a adoptar nombres propios franceses para designar algunos síndromes que en Francia no se llaman de ese modo. Es el caso del síndrome de Briquet y del síndrome de Capgras. Otro dato curioso es que en los trastornos delirantes que describe el DSM-IV, encontramos un tema delirante típicamente francés, el erotomaniaco, que fue magistralmente descrito por de Clérambault.

El lector interesado podrá tener acceso a un claro resumen del concepto de delirio según la escuela francesa de psiquiatría en el capítulo correspondiente del Manual de Psiquiatría de Henri Ey y col.(1971). Aquí partiremos de una cita del mencionado libro para ubicarnos en el contexto del tema: “En Francia... se ha permanecido fiel a la descripción de los Delirios crónicos, fuera del grupo de las esquizofrenias, porque a los clínicos franceses les ha repugnado dar demasiada extensión a la noción de esquizofrenia y porque, efectivamente, ciertos Delirios crónicos, a causa de su misma sistematización o de su aspecto imaginativo, evolucionan espontáneamente sin “disociación esquizofrénica” de la personalidad, sin tendencia a la incoherencia “autística” y con más razón sin tendencia al déficit demencial”.

Diremos, junto con Léger y Clément (1992) que el concepto de delirio crónico (*délire chronique*) nació a partir de los trabajos de Foville (1833), Magnan (1833), Falret (1879), y Lasegue (1881). Posteriormente, los autores franceses se interesaron en los mecanismos que dan sustento a la producción delirante y así fueron descritos los delirios que se forman en base a interpretaciones: *folie raisonnée* de Sérieux y Capgras (1909); alucinaciones: *psychose hallucinatoire chronique* de Ballet (1912); e imaginación: *délire d'imagination* de Dupré (1925).

También los temas delirantes sirvieron a los psiquiatras franceses para hacer descripciones clínicas minuciosas: Trélat (1838) había descrito el delirio de celos, en tanto Falret (1864) y Pottier (1886) lo habían hecho con el de los enamorados perseguidos; ambas entidades serían incluidas posteriormente por de Clérambault (1942) en los delirios que llamó pasionales. Morel (1860) estudia la locura hipocondríaca, Foville (1871), el delirio de grandeza, mientras Lasegue se refiere al delirio persecutorio. Por otra parte, desde los escritos de Claude y Ey (1932) y los de Nodet (1937), la psiquiatría francesa empezó a hacer la diferencia entre las estructuras paranoica, parafrénica y paranoide de los delirios, en un orden decreciente de coherencia y claridad en su sistematización.

La psicosis alucinatoria crónica (Ballet 1912), entidad a la que los psiquiatras franceses han permanecido apegados, amerita un lugar a parte. La Escuela francesa la ubica junto con los delirios crónicos que no cursan con disociación ni deterioro, es decir junto con la paranoia y el delirio de imaginación, y por lo tanto, fuera del campo de la esquizofrenia. La psicosis alucinatoria crónica se caracteriza por la riqueza de la alucinaciones y una escasa

producción interpretativa, en ausencia de trastornos de tipo demencial. Es mucho más frecuente en las mujeres, con una edad de inicio alrededor de la menopausia, en tanto en el varón aparecería aproximadamente entre los 30 y 40 años de edad (Dubertret, y cols. 1997). El diagnóstico de psicosis alucinatoria crónica sigue vigente en Francia, aun cuando no tenga cabida en los sistemas internacionales de clasificación y de diagnóstico. Dubertret y cols. (1997) intentaron comparar sus características con los criterios actuales para la esquizofrenia tardía y encontraron aspectos comunes entre los dos padecimientos, del mismo modo que existen con la parafrenia tardía. Sin llegar a una conclusión formal, los autores citados suponen que la psicosis alucinatoria crónica podría corresponder a un subgrupo de la esquizofrenia tardía.

Para el caso específico de los delirios de aparición tardía, uno de los antecedentes más importantes es el reporte de Antoine Ritti (1896) en ocasión del Congreso de Neurología y Psiquiatría de Burdeos en el año de 1895. En dicho reporte, Ritti analizó toda la literatura previa sobre el tema y se refirió sucesivamente a la manía, la melancolía, el estado confusional, las formas persecutorias y expansivas de los delirios y la histeria senil. Este autor hacía una diferencia entre los estados demenciales y los trastornos delirantes, apoyándose en los trabajos de Maudsley (1879) y sobre todo del psiquiatra suizo Wille (1873). Ritti concluía diciendo que la locura de los ancianos es muchas veces curable.

Siempre dentro del marco de la psiquiatría francesa, señalemos la descripción de Capgras y cols. (1933) de una forma de psicosis presenil con ideas delirantes nihilistas, desconocimiento sistemático y erotomanía, sobre una alteración del afecto.

Dos autores franceses cuyos apellidos guardan consonancias germánicas, trataron desde mediados de los años 30 de poner, como especifican Burgermeister y cols. (1970), orden y claridad en la cuestión de los delirios crónicos del anciano. Nos referimos a Halberstadt (1934) y a Naudascher (1939). Recordemos de paso que en esa época si bien se hacía la diferencia entre el período involutivo y presenil, los límites entre ambos no quedaban claramente delineados.

El magnífico trabajo de Halberstadt (1934), intitulado *Las psicosis preseniles*, casi no ha perdido vigencia en casi 70 años que han transcurrido desde su publicación. Este autor estableció con una finalidad didáctica un esquema de los muy variados cuadros clínicos de las psicosis de la edad presenil, las que divide en tres grandes grupos: la melancolía, los delirios y las demencias. Con estas últimas, Halberstadt no se refería a las demencias orgánicas, sino a aquellas psicosis, como la esquizofrenia, que evolucionan hacia un deterioro. Este mismo autor supo abordar algunos puntos que siguen preocupando a los estudiosos de este campo hasta la actualidad. Notó y subrayó tanto la multiplicidad e intrincamiento de las causas, como el polimorfismo de la expresión de estos padecimientos. Se refirió también a la frecuente asociación en los años

maduros de los trastornos del humor y de los fenómenos delirantes (ideas delirantes hipocondríacas, de persecución y de negación) y alucinatorios, en particular, las alucinaciones auditivas. Discutió además el complejo problema de la esquizofrenia tardía, sobre la que expresó sus dudas al citar a Rumke quien había afirmado que el diagnóstico de esquizofrenia tardía era utilizado con demasiada frecuencia. Halberstadt describió también la evolución desfavorable que tienen algunas depresiones delirantes preseniles: con el paso del tiempo, las ideas delirantes se atenúan, el paciente pierde el sentido crítico, adquiere una rigidez similar a la parkinsoniana y su personalidad se encapsula, para presentar un estado de deficiencia terminal.

La tesis de Naudascher (1939) tiene la virtud de nutrirse tanto de la psiquiatría alemana, como de la francesa. Así, este autor describe en primer lugar, en el marco de los trastornos delirantes involutivos preseniles, las psicosis paranoicas, integradas en tres grupos: a) el delirio de perjuicio de Kraepelin; b) la paranoia de involución de Kleist; c) los delirios cercanos a los anteriores, como el de celos, el de recriminación y el dermatozoico de Ekblom. El autor agrupa posteriormente las psicosis paranoides y parafrénicas, es decir las que tienen un carácter fantástico y caótico. Las psicosis de evolución transitoria, entre las cuales incluía los estados confusionales, forman otro conjunto en la sistematización de Naudascher. Como entidades separadas, el autor describía las formas tardías del delirio de interpretación y de la psicosis alucinatoria crónica. Reconocía, por último, la existencia de estados delirantes como inicio de la demencia senil.

Como ha sido posible observar, Naudascher se vale en su clasificación de tres coordenadas, siendo las dos primeras la edad de aparición del trastorno (presenil y senil), así como la estructura del delirio (paranoica, parafrénica y paranoide), y la tercera coordenada se refiere a la ausencia o presencia de trastornos demenciales.

La tesis de este autor por su sistematización y la síntesis que representa en cuanto a los conocimientos de la época sobre el tema, ha servido, como ya fue mencionado anteriormente, de modelo para autores que estudiaron los delirios tardíos, como es el caso de Bernard y col. (1961) y Dias Cordeiro (1972).

En la parte final de esta revisión histórica, abordaremos la obra del autor que se acaba de citar. José Dias Cordeiro, psiquiatra de origen portugués, empezó a estudiar en la Clínica Universitaria de Bel-Air, Ginebra, Suiza, a los pacientes hospitalizados que presentaban un trastorno delirante de inicio posterior a la edad de 65 años. Reunió así unos 100 casos, durante los dos años que duró su estudio. El resultado de este trabajo fue publicado como tesis de la Universidad de Ginebra en 1972, la que puede ser considerada como un estudio monográfico sobre el tema. Tiene, además, la gran ventaja de haber

sido dirigida por el entonces catedrático de psiquiatría de la mencionada Universidad, Julián de Ajuriaguerra, cuyas ideas se perciben en la elaboración de la tesis. Cabe mencionar aquí dos hechos relacionados con la tesis de Dias Cordeiro. En primer lugar, un antecedente importante a la misma lo constituye el artículo de Burgermeister, Tissot y Ajuriaguerra (1965) sobre las alucinaciones en las oftalmopatías, también conocidas como síndrome de Charles Bonnet. Sin embargo, el antecedente más cercano es otra publicación realizada en 1970, en la que Dias Cordeiro aparece como segundo autor, junto con Burgermeister y Ajuriaguerra y cuyo título es *Los estados delirantes de inicio tardío*. En ella, los autores después de ubicar el problema histórica y nosológicamente, presentan una clasificación de los estados delirantes de inicio tardío en cuatro grandes grupos, a saber: 1. las psicosis agudas y subagudas; 2. las formas delirantes de las melancolías tardías; 3. los delirios crónicos tardíos; y 4. las ideas delirantes que acompañan a los estados demenciales. En el primer grupo, Burgermeister y col. incluyen los estados confusionales y el síndrome de Charles Bonnet en su forma aguda. Posteriormente, describen, en el segundo grupo, las ideas delirantes hipocondríacas y las ideas de negación. Aclaran, aun dentro de esta rúbrica, que la manía tardía es mucho menos frecuente que la depresión y por lo tanto también lo es la manía delirante. Los autores se extienden bastante sobre los dos grupos restantes, siendo el tercero, referente a los delirios crónicos tardíos, la parte sustancial de su trabajo, así como sucedió posteriormente con la tesis citada.

En el mismo año de 1970, Dias Cordeiro publicó un artículo sobre las ideas delirantes de perjuicio y en el que revisa el tema de perjuicio, a partir de la entidad que había descrito Kraepelin y a la que ya nos hemos referido. El autor insiste en esta publicación en que los trastornos de la memoria, evocados por la mayoría de los autores como la causa de las ideas de perjuicio (el paciente olvida donde deja sus pertenencias y al no encontrarlas, llega a la conclusión que le han sido robadas o han sido desplazadas), no son suficientes para explicar el fenómeno delirante. Para ello, es necesario tomar en cuenta la vivencia angustiante y depresiva relacionada con la pérdida progresiva de las facultades y de la vitalidad, así como la intervención de mecanismos de defensa, como la compensación confabulatoria, el desplazamiento, la anulación y la proyección. Para el anciano, añade Dias Cordeiro, es menos angustiante pensar me roban mis cosas que pierdo mis facultades. El autor retomará este punto en su tesis y nosotros lo discutiremos al abordar y desarrollar el tema de perjuicio. El segundo hecho relacionado con la mencionada tesis es que en las publicaciones de su autor, constituye el elemento central, sino único, sobre el que están no sólo basados sus trabajos ulteriores, sino que son en general copia fiel del texto de la tesis. A nuestro juicio, este hecho no desmerece la originalidad de lo expuesto en esta última.

Esta originalidad la encontramos principalmente en dos partes del escrito. La primera, se refiere al estudio de ciertos temas delirantes en el anciano y en ella el autor describe los temas de perjuicio (que también llama de intrusión), erotomaniaco, el del compañero tardío y de los desconocimientos sistemáticos (negación del deceso y delirio de longevidad). También puede ser considerada original la parte dedicada a los delirios crónicos, en la que Dias Cordeiro proporciona ejemplos clínicos –así como lo hace a lo largo de la tesis– y plantea las dudas que surgen con respecto a la llamada esquizofrenia tardía. En este sentido, dice que la mayoría de sus pacientes no presentaban un estado disociativo, ni disociación ideo-afectiva, aplanamiento afectivo o trastornos del pensamiento. En un artículo de 1989 que firma como Cordeiro, el autor afirma que los casos de esquizofrenia tardía son extremadamente raros y que los encontró en 1 a 2% de su casuística de delirantes tardíos.

En el apartado que denominó *Nosografía*, Dias Cordeiro hace suyas, con toda razón, las palabras de Janzarik (1957) quien había postulado que era necesario descuidar las fronteras nosológicas para intentar aprehender el significado global de los síntomas y de las vivencias de los pacientes. También cita a Ajuriaguerra en cuanto a la necesidad de evitar tanto el adultomorfismo como el infantomorfismo en el estudio de la psicopatología de la vejez. Agrega, en este mismo apartado, que la expresión psicopatológica del delirio varía en función de los elementos mnésicos, tímicos o de desaferentación sensorial que con frecuencia están presentes. Además, la nosografía de los estados delirantes tardíos debe ser abordada considerando esencialmente si el trastorno delirante está asociado o no a otro trastorno psíquico. Por otra parte, según su modo de aparición y su evolución, los delirios pueden ser agudos, subagudos o crónicos. A continuación, Dias Cordeiro presenta un cuadro que reproducimos aquí, traducido al castellano:

I. DELIRIOS ASOCIADOS A OTRO TRASTORNO PSIQUICO

- a) Delirios sobre fondo psico-orgánico (demencial u otro) predominante
- b) Delirios sobre fondo tímico predominante (delirio hipocondríaco, ciertos delirios de Cotard, síndromes de auto-acusación o proyección de la culpa, con o sin alucinaciones, etc.).
- c) Delirios sobre fondo de trastorno del nivel de conciencia predominante.
- d) Delirios asociados a un trastorno sensorial (alucinaciones visuales en las oftalmopatías, delirio dermatozoico, delirio de los sordos).

II. DELIRIOS NO ASOCIADOS A OTRO TRASTORNO PSIQUICO

- a) Reacciones delirantes.
- b) Psicosis delirantes agudas.
- d) Delirios crónicos.

El autor concluye el apartado Nosografía con las siguientes palabras: “Los estados delirantes tardíos se caracterizan esencialmente por un polimorfismo psicopatológico, así como por una ausencia de especificidad en cuanto a la forma y a los contenidos expresados con respecto a una situación dada, como por ejemplo una demencia, un trastorno de la conciencia, una “psicosis funcional”, etc”.

Con este resumen de la tesis de Dias Cordeiro damos por concluida la revisión histórica sobre los trastornos delirantes en la vejez. Si bien el citado autor siguió publicando artículos hasta años recientes, sus aportaciones se limitan a la tesis, publicada en 1972.

Tendencias en la literatura científica contemporánea

El propósito fundamental de este apartado es el de revisar las líneas principales seguidas por los diversos autores que han estudiado los trastornos delirantes en la vejez en los últimos 20 años, pero sobre todo en años recientes.

En este caso también, debemos distinguir dos tipos de tendencias, de acuerdo a la ubicación lingüística y geográfica de los investigadores. Una, seguida por los autores anglo-sajones ha sido magistralmente descrita por Pichot (1993): “El problema de los estados delirantes del sujeto añoso, dice el autor, está dominado hoy en día por dos temas; uno es teórico: la relación que puedan tener con la esquizofrenia; el otro, práctico, con una perspectiva pronóstica: la existencia de un sustrato biológico de lesiones cerebrales”. Si bien Pichot no se refería específicamente a la corriente anglo-sajona, esta aseveración es aplicable a ella y sobre todo a la serie de trabajos realizados por el Instituto Central de Salud Mental de Mannheim, en Alemania y el Instituto de Psiquiatría de Londres, en Gran Bretaña, este último, con un colaborador brasileño, Osvaldo Almeida, de Sao Paulo. Ambos grupos se han abocado a la tarea de esclarecer los dos temas señalados por Pichot, no como él dice de los estados delirantes, sino de la llamada parafrenia tardía, equivalente británico del delirio tardío francés. El grupo británico fue quizás el más prolífico; algunos artículos, sobre todo los de revisión, fueron publicados conjuntamente, en tanto la postura más definida fue asumida por el equipo alemán.

Desde 1992 estos autores han cuestionado el diagnóstico de parafrenia tardía, tan arraigado a partir de los años 50 en la psiquiatría inglesa. Consideraron, con justificada razón, que a pesar de reunir características clínicas similares, las parafrenias tardías están constituidas por un grupo heterogéneo de desórdenes delirantes o paranoides que se inician durante la vejez y de los cuales, la esquizofrenia de inicio tardío es tan sólo un subgrupo. Entre 1994 y 1995, el equipo londinense ha publicado los resultados de sus investigaciones sobre pobla-

ciones de alrededor 50 a 100 pacientes con el diagnóstico de parafrenia tardía, los que en general fueron comparados con grupos de control. El estudio clínico y paraclínico consistió, a parte de la exploración clínica, los datos demográficos y epidemiológicos, así como la respuesta al tratamiento, en la utilización del electroencefalograma y de imágenes cerebrales por tomografía axial computadorizada y resonancia magnética. Los tests, pruebas y entrevistas estructuradas merecen una mención a parte, puesto que fueron no menos de 23 tipos diferentes los que hemos contabilizado en los artículos del bienio 94-95.

¿ Adónde ha conducido esta actividad frenética de los equipos germano y británico de investigadores ? Hasta el momento, han tratado de sostener y demostrar, lo más objetivamente posible, según criterios científicos que en su opinión son rigurosos, algunas premisas. La primera de ellas ha sido el cuestionamiento, más velado en Londres y más abierto en Mannheim, de la pertinencia de mantener el diagnóstico de parafrenia tardía en la nosografía actual. Para este grupo de autores, además, bajo una aparente homogeneidad clínica, la parafrenia tardía, se origina por causas diversas, lo que permitiría su división en subgrupos. De esta manera, para el equipo inglés (Almeida y cols., 1995), existe la evidencia de dos agrupamientos: 1) el grupo A, equivalente a una esquizofrenia tardía por la presencia de síntomas de primer rango de Schneider, en el que los síntomas psicóticos son variados, los de orden neurológico son poco importantes y en el que las fallas cognoscitivas se limitan a las tareas de ejecución. Las alteraciones del EEG y de la imágenes cerebrales son discretas, en comparación a las del segundo grupo y las de la enfermedad de Alzheimer. 2) el grupo B en el que se encuentra un síndrome paranoide orgánico, sin la presencia de síntomas de primer rango de Schneider pero con alteraciones EEG y de las imágenes cerebrales más marcadas que en el grupo A y que guardan semejanza con las observadas en la enfermedad de Alzheimer. En estos pacientes se ponen en evidencia, además, síntomas psicóticos de menor complejidad que en el primer grupo, síntomas neurológicos más marcados y una deficiencia cognoscitiva global.

La postura alemana ha sido más tajante y fue expuesta de una manera clara y precisa ante la opinión científica de los Estados Unidos por Riecher-Rössler y cols. (1995) en la revista oficial *Schizophrenia Bulletin*. En este artículo, los autores señalan que la esquizofrenia rara vez se inicia después de la edad de 40 años (esquizofrenia de inicio tardío) y sólo excepcionalmente después de los 60 años (esquizofrenia de inicio muy tardío). Por lo que respecta a la parafrenia tardía, si se define según los criterios de Roth (1955), engloba tanto formas muy tardías de la esquizofrenia como trastornos demenciales y afectivos, también de inicio tardío. De modo tal, que por estar formada por un grupo heterogéneo de padecimientos que incluye psicosis paranoides y orgánicas y

una mínima proporción de esquizofrenias de inicio muy tardío, Riecher-Rössler y cols. proponen abandonar el término de parafrenia tardía y evitar así una confusión aun mayor en la investigación internacional.

El esfuerzo representado por el intenso trabajo que están realizando ingleses y alemanes es digno de ser admirado y se perfila, desde ya, como una línea de investigación de primera importancia en el campo de los trastornos delirantes en la vejez. Nos parece, sin embargo, que puede ser sometido a algunas críticas. La primera de ellas se desprende de la aceptación, sin mayor discusión, de la realidad clínica de formas de inicio muy tardío de la esquizofrenia, aun con la restricción que señalan Riecher-Rössler y cols. (1995) de que se trata de una eventualidad excepcional y la dificultad, también señalada, para precisar el comienzo de la enfermedad. Tal como fue posible comprobar en la revisión histórica que antecedió, la realidad clínica de una entidad de esta naturaleza, más aún cuando el diagnóstico se basa en la presencia de los síntomas de primer rango de Schneider, ha suscitado numerosas controversias que están lejos de apaciguarse y cuyas posturas divergentes dependen de la orientación clínica a la que adhieren los investigadores. Recordemos, en este sentido, que Schneider (1970) afirmaba que la presencia de los síntomas de primer rango no es indispensable para el diagnóstico de esquizofrenia, ya que no siempre son evidentes. Tampoco es posible, sobre la base de dichos síntomas, añadía el autor, hacer una separación neta entre la esquizofrenia y otros estados psicopatológicos, excepción hecha de los trastornos ciclotímicos. Así lo señala también Naguib (1992) cuando afirma que es discutible basarse en la presencia de los síntomas de primer rango de Schneider para clasificar a los parafrénicos tardíos como esquizofrénicos. Este autor cita los resultados de investigadores que encontraron tales síntomas en otros padecimientos psiquiátricos. De esta forma, Taylor y Adams (1973) los detectaron en 12% de los pacientes maníacos; en tanto Carpenter y cols. (1973) y O'Grady (1990) los hallaron en 23% y 14% respectivamente de pacientes con trastornos afectivos. Para Crichton (1996), los síntomas de primer rango de Schneider deslumbraron a los clínicos británicos por diversos motivos. Uno de ellos ha sido el prestigio personal de su autor quien se negó a colaborar con el régimen nazi de Alemania, pero también resultó un concepto atractivo por no estar apegado a alguna teoría etiológica, por carecer de implicaciones pronósticas y por su aparente sencillez.

En un estudio sobre una extensa población de 660 pacientes psicóticos, Peralta y Cuesta (1999) encontraron una alta prevalencia de los síntomas de primer rango tanto en la esquizofrenia como en la psicosis no esquizofrénica y llegaron a la conclusión que dichos síntomas no son de utilidad para diferenciar la esquizofrenia de otros trastornos psicóticos.

Por otra parte, Naguib y cols. (1987) reportan que los antígenos HLA de la parafrenia tardía difieren de los marcadores asociados con la esquizofrenia paranoide, lo que indicaría que se trata de diferentes tipos de trastornos. En un estudio familiar controlado, Howard y cols. (1997) llegaron a la conclusión que las psicosis de tipo esquizofrénico iniciadas después de la edad de 60 años no están genéticamente asociadas con la esquizofrenia.

Resulta criticable, además, que estos investigadores pasen totalmente por alto las aportaciones de la psiquiatría francesa, como si el problema de los trastornos delirantes nunca hubiera preocupado a los clínicos de habla francesa, más aún cuando Riecher-Rössler y cols. (1995) señalan la falta de interés que en este campo se ha dado en los Estados Unidos.

Otra crítica posible a los trabajos anglo-germánicos es el vacío clínico que impide la representación, aun visual, de alguno de los numerosos pacientes estudiados. Sólo encontramos grupos, cifras, números, imágenes cerebrales y tests pero nunca un ser humano con su enfermedad a cuestas. A partir de esta comprobación es legítimo preguntarse si saber que un paciente pertenece a uno u otro de los grupos propuestos por estos autores, permitiría brindarle una ayuda más eficaz.

La crítica que hace Berrios (1993), sobre todo a lo que a psiquiatría británica se refiere, es más severa aún. Considera que los puntos de vista británicos se basan en el modelo que llama del *televisor estropeado* que no toma en cuenta la “semántica” del cambio, por ejemplo los mecanismos compensatorios y los fenómenos de liberación. En lugar de ello, prosigue, consideran que la mayoría de los síntomas en el anciano se debe a un daño de las comunicaciones o conexiones cerebrales. De acuerdo con este mismo autor, la parafrenia tardía sigue siendo un concepto de moda en Gran Bretaña y los trabajos británicos sobre la misma, ilustran la ingenua creencia de que el aumento de fiabilidad en la recopilación de los datos clínicos y el uso de fantasiosas técnicas de neuroimagen bastan para superar las obsoletas metodologías de correlación. Los métodos de estas investigaciones, añade Berrios, no suministran de ninguna manera una evidencia positiva de que la diferencia encontrada sea la diferencia relevante, ya que hay otras mil diferencias posibles que acaso no se hayan tenido en cuenta. En sus conclusiones el autor propone, entre otros cambios necesarios para el estudio de los trastornos delirantes en la vejez, volver a la rica tradición europea de la descripción clínica y adoptar nuevos modelos causales que vayan más allá de la concepción británica del *televisor estropeado*.

Contrariamente a las características que acabamos de mencionar, las publicaciones de los autores francófonos mantienen la perspectiva clínica, habitual en ellos. En la serie de trabajos de estas últimas décadas, destacan dos grupos de franceses. El primero es el formado por un equipo de Burdeos, encabe-

zado por Bourgeois (1981, 1986) que se ha abocado a la revisión del delirio dermatozoico para lo cual, inspirado por una experiencia similar en Gran Bretaña, realizó una encuesta con dermatólogos franceses. Sus resultados son de sumo interés, ya que el mencionado delirio suele ser mejor conocido por los dermatólogos que por los psiquiatras. El otro grupo francés proviene de Limoges y es conducido por Clément y Léger. Hizo una contribución importante para el conocimiento y la comprensión del fenómeno del “compañero tardío” en la demencia de tipo Alzheimer (Léger y cols., 1986). Además, estos autores han participado en reuniones internacionales con trabajos originales y clínicamente bien fundamentados. También fueron los promotores del VI Congreso Internacional de Psicogeriatría, efectuado en septiembre de 1992, precisamente en la ciudad de Limoges y cuyo tema fue el de los estados confusionales y delirantes en la vejez.

Los escritos de los autores francófonos se diferencian de los anglo-sajones principalmente por su orientación teórica, así como por una forma diferente, más apegada a la clínica, de abordar la problemática estudiada. Su postura teórica es la ya señalada en la reseña histórica, de restringir el lugar ocupado por la esquizofrenia –en particular la forma paranoide– para dar cabida a los trastornos delirantes cuyo parentesco con la esquizofrenia resulta más que dudoso. La postura anglo-sajona es totalmente opuesta, ya que sus representantes aceptan prácticamente sin restricciones la existencia de formas de esquizofrenia que se inician durante la vejez y que algunos han denominado parafrenias tardías. Se preocupan, por otro lado, por establecer en qué medida las alteraciones orgánicas cerebrales juegan un papel en los trastornos delirantes tardíos. Estas son exactamente las dos premisas que han guiado las investigaciones del grupo germano-británico ya referido. Al revisar los trabajos de estas dos corrientes, el lector puede tener la impresión que los anglo-sajones y los franceses no estudian el mismo tipo de padecimientos, tal es la divergencia que presentan en la terminología que utilizan en psicopatología.

No obstante esta postura teórica y este lenguaje psicopatológico diferentes, sobresalen en los últimos años dos publicaciones sobre el tema con la participación de integrantes de los dos bandos, una en inglés y la otra en francés, como resultado, en ambos casos, de reuniones previas con la participación de varios países europeos. Así, en 1992 fue publicado en Gran Bretaña un pequeño volumen intitulado *Delusions and hallucinations in old age* y al año siguiente aparecieron dos números especiales de la revista francesa *Psychologie Médicale*, con el tema *Etats confusionnels et délirants de la personne âgée*. El mayor valor de estas publicaciones reside en el hecho que participaron en ellas representantes de ambas corrientes con la finalidad de establecer un diálogo, aun cuando todavía no se presenta una convergencia en el lenguaje científico utilizado.

También es de interés que las dos publicaciones tuvieran amplia difusión en sus países de origen. Parece necesario acotar aquí que el carácter internacional de las reuniones mencionadas se limitó a Europa, sin participación de investigadores del continente americano.

Lo cierto es que hasta la fecha la contribución de los países americanos al conocimiento de los trastornos delirantes en la vejez ha sido escasa. En los Estados Unidos, Bridge y Wyatt (1980), después de revisar la literatura europea, llamaron la atención de sus compatriotas y los invitaron a trabajar en este campo. Por otra parte, los manuales DSM de la Asociación Psiquiátrica Americana representan un reflejo bastante fiel de la postura de Estados Unidos donde, exceptuando la demencia, no se toman en cuenta las enfermedades psiquiátricas que aparecen en la senectud. Sin embargo, es necesario agregar, en honor a la verdad, que a últimas fechas los autores estadounidenses han publicado estudios sobre diversos síndromes (como el de Charles Bonnet, el delirio dermatozoico y el síndrome de Capgras), dentro de un movimiento más general, puesto que también han escrito sobre estos temas, clínicos de Australia, Canadá, Irlanda, India y China. En 1993, la revista oficial de los Estados Unidos *Schizophrenia Bulletin* dedicó uno de sus números a la esquizofrenia en la vejez. Los artículos se refieren al envejecimiento de los esquizofrénicos, con excepción de dos de ellos que tratan de la epidemiología y la clínica de la esquizofrenia de inicio tardío.

II Segunda parte

2

Factores etiopatogénicos

Personalidad premórbida

Hasta la fecha queda abierta la pregunta formulada por Burgermeister y cols.(1970) sobre la existencia de una personalidad premórbida característica, así como también la respuesta a la misma queda entera: los autores no se ponen de acuerdo, decían, sobre los resultados de una exploración, por cierto, difícil. Es evidente que la reconstrucción de los rasgos más importantes de la personalidad conlleva grandes dificultades, aun cuando el método utilizado por Kay y cols. (1976) parece haber dado resultados bastante fiables. Estos autores delinearon los rasgos de personalidad premórbida de sus pacientes, así como la calidad de sus relaciones con los demás, a partir de entrevistas semiestructuradas en las que, en forma independiente, tanto el paciente como sus familiares o amigos cercanos, los calificaban. Kay y cols. lo habían hecho con la intención de establecer diferencias entre la personalidad premórbida de las psicosis paranoides y los trastornos afectivos. Los resultados permitieron esa distinción, con correlaciones significativas para algunos rasgos de personalidad. Encontraron que los pacientes que padecían una psicosis paranoide habían sido, antes de su enfermedad, más solitarios, tímidos y reservados, sensibles y suspicaces; tenían también menos interés en los demás y menos contactos sociales, con una menor aptitud para mostrar su simpatía y sus emociones.

Creemos que el desacuerdo entre los autores sobre las características de la personalidad premórbida obedece a varios hechos. El primero de ellos fue

evocado por Richard (1986) quien ha señalado que el concepto de personalidad, lo mismo que el de constitución psicopática se forjaron a partir de las nociones de constitución y de degeneración, de modo tal que de ellos surge una interrogación que permanece en la psiquiatría sobre lo innato del carácter y sus tendencias. Dicho de otra manera, el estudio de la personalidad premórbida se basa en nociones antiguas sobre las pautas heredadas de la personalidad, es decir las de temperamento y las correspondientes a teorías, como la de la degeneración, otrora en boga pero improcedentes en la actualidad.

Un segundo tipo de hechos que ha propiciado el desacuerdo entre los investigadores se relaciona con la nosología que ha resultado más que insuficiente para situar en ella los trastornos delirantes en la vejez. Aunado a ello, las divergencias entre las grandes tendencias en psiquiatría ha complicado aun más la situación. Así, los rasgos de personalidad previa en la parafrenia tardía o la esquizofrenia tardía, como los que describen los autores anglo-sajones, difícilmente podrían ser aceptados por sus colegas francófonos. De hecho, los trabajos sobre la personalidad premórbida se refieren casi exclusivamente a la dos entidades citadas. Los ingleses, siguiendo los pasos de Kay y Roth (1961) y Kay y cols. (1976), encuentran en la parafrenia tardía rasgos de personalidad de tipo esquizoide y paranoide (desconfianza, temperamento sensitivo, frialdad afectiva, excentricidad, tendencia al aislamiento y a la hostilidad hacia el entorno).

Para autores canadienses (Yassa y Suranyi-Cadotte, 1993) y estadounidenses (Lacro y cols., 1993, Addonizio, 1995), los rasgos de personalidad paranoides y esquizoides se observan más en la esquizofrenia tardía que en la parafrenia tardía y, para los primeros, más en ésta que en lo que llaman la paranoia tardía que consiste en un trastorno delirante sin alucinaciones. Roth y Cooper (1992), siguen describiendo la personalidad premórbida en la parafrenia tardía como esquizoide y paranoide, lo que es natural en ellos, puesto que siguen considerando que este padecimiento es una manifestación tardía de la esquizofrenia.

En cuanto a los autores francófonos, no van allá que citar los hallazgos de Kay y Roth de 1961 (Burgermeister y cols., 1970) y el trabajo de 1992 del mismo Roth en colaboración con Cooper (Clément y cols., 1993, Clément, 1994), siempre en el caso de la parafrenia tardía o de las llamadas psicosis paranoides tardías, aun cuando estos autores se refieran a los delirios tardíos, según la tradición francesa.

En su casuística Dias Cordeiro (1972, 1992) encontró que el biotipo pícnico era frecuente (62,5%), hecho ya señalado por Janzarik y por Klages (citados por Bronisch, 1965). Dias Cordeiro (1970) anota también que no ha encontrado una correlación significativa entre el tipo clínico de la personalidad premórbida y el trastorno delirante, salvo en el caso de las personalidades sensitivas y subdepresivas que tienden a presentar un desarrollo de la personali-

dad bajo la forma de una agravación de estos rasgos de carácter. Esto último lleva a considerar que el estudio del efecto patoplástico del envejecimiento podría dar un sentido más dinámico a la comprensión de los antecedentes de personalidad de los pacientes que sufren de un trastorno delirante.

Este es precisamente el enfoque de Verwoerd (1976) quien opina que en los trastornos delirantes en la vejez puede existir una inclinación previa para la utilización de defensas de gran energía como la proyección y el ataque para controlar las amenazas que se sienten en el entorno, situación que se exacerba durante el envejecimiento.

Dado que la descripción de Kretschmer (1959) del delirio sensitivo de relación o delirio de relación de los sensitivos ha tenido más repercusión en Francia que en otros países, no es de extrañar que encontremos más referencias a él en los países francófonos. Este es el caso también de la personalidad premórbida de los sujetos llamados sensitivos. Henri Ey (1971) los describe como tímidos, sensibles, a menudo ansiosos y psicasténicos (con escrúpulos y vacilaciones); son sensibles a las reacciones de los demás, inhiben fuertemente sus pulsiones y se trata de sujetos profundamente insatisfechos. Por su parte, Estorges y cols. (1993) describen los tres pilares de la personalidad de los sensitivos: la impresionabilidad (toda emoción tiene una repercusión afectiva importante); la retentividad (cualquier stress, aparentemente asumido por el sujeto, tiene consecuencias durables); el carácter asténico (se interioriza la vivencia afectiva y se presentan conductas de evitación con tonalidad depresiva).

Estas descripciones de la personalidad sensitiva derivadas directamente de los escritos de Kretschmer, siguen teniendo utilidad clínica. En cuanto al delirio sensitivo de relación que estudió este autor que denominó también delirio de las solteronas y en cuya génesis confirió importancia a factores psicológicos, quedan dudas sobre su vigencia en psicopatología, por lo menos tal como fue delineado por Kretschmer. Volveremos a discutir este punto en el apartado correspondiente a las características clínicas generales de los trastornos delirantes. Sólo diremos por ahora que la OMS (1993) ha incluido el delirio de relación de los sensitivos (*Sensitiver Beziehungswahn*, en alemán) dentro de los trastornos delirantes de la CIE-10.

Desaferentación sensorial y social

Es necesario mencionar, en primer lugar, que las dos situaciones específicas caracterizadas por la presencia de alucinaciones, sean visuales, sean auditivas provocadas por una oftalmopatía o una otopatía, sin ideas delirantes, no serán tratadas aquí, sino en los apartados correspondientes a los trastornos alucinatorios.

La disminución de la agudeza auditiva y la sordera implican un aislamiento social importante y predisponen a diversos trastornos, como las alucinaciones auditivas. Este punto de vista ha sido corroborado por la observación clínica en los casos de sordera adquirida, el estudio experimental de privación sensorial, así como la descripción de estados psicóticos en los naufragos y navegantes solitarios, lo mismo que en personas desconectadas lingüísticamente por desconocimiento del idioma.

Es por todo ello que el estudio de la desaferentación sensorial en los trastornos paranoides del anciano ha sido enfocado casi exclusivamente a la disminución, en mayor o menor grado, de la agudeza auditiva. La observación de que algunos sordos presentaban ideas delirantes se había hecho desde tiempos pasados. Tal como lo señala Cooper (1976), Kraepelin ha sido probablemente el primer psiquiatra que describió dicha asociación, dándole el nombre de *paranoia de los sordos*. Este padecimiento consistía, según Kraepelin, en la manifestación de un delirio de persecución, acompañado de alucinaciones auditivas y de un humor ansioso e irritable. Era de la opinión que las ideas delirantes persecutorias, más que originarse en la sordera misma, nacían del sentimiento de inseguridad provocado por la imposibilidad de establecer relaciones intelectuales con el mundo exterior. Ajuriaguerra y Garrone (1965) subrayaron el hecho de que hay sordos que presentan un delirio de persecución sin alucinaciones y, a la inversa, otros sordos tienen alucinaciones auditivas sin ideas delirantes de persecución. Según estos mismos autores, al desestructurarse las relaciones del sujeto con el mundo, la sordera puede transformarse en la causa indirecta de trastornos de la personalidad caracterizados por desconfianza, irritabilidad e interpretatividad hasta desembocar, en algunos casos, en un delirio de tipo paranoico, acompañado o no de alucinaciones; éstas, en general, suelen ser de contenido desagradable y provocan miedo al paciente, quien tiende a aislarse aun más.

Si dejamos de lado el caso particular de las alucinaciones auditivas de los sordos, sin producción delirante, es posible afirmar, junto con Ajuriaguerra y Garrone (1965) que el sentimiento de pérdida y frustración por la instalación de la sordera, si bien puede dar un tinte especial al delirio, no lo provoca. De hecho, la mayoría de los autores están de acuerdo en considerar que no es la sordera, sino el aislamiento social que ésta conlleva, el elemento determinante en la aparición del delirio. Dias Cordeiro (1972), por su parte, ha insistido en la ausencia de relación entre la sordera y los temas delirantes, aunque la experiencia muestra, a nuestro parecer, que el tema persecutorio suele ser el más frecuente.

En un amplio artículo de revisión de este tema, Cooper (1976) ha encontrado que la asociación de sordera o de disminución de la agudeza auditiva con

los trastornos delirantes en la vejez (trastornos o psicosis paranoides, parafrenia tardía o delirios tardíos, según las diversas nomenclaturas), es más frecuente en las psicosis paranoides en la vejez que en los trastornos afectivos de esa misma época de la vida. Las características de esta sordera son su edad temprana de inicio, su larga duración y su severidad. La forma más común es la producida por enfermedades que afectan el oído medio de ambos lados y que se presentan durante la infancia o la juventud. En cambio, la sordera que se inicia durante la senectud no parece tener un papel preponderante. La disminución de la agudeza auditiva actúa probablemente, según Cooper (1976) a través de cambios progresivos del funcionamiento psicológico y de la adaptación social que se van instalando sobre un largo período de tiempo. La principal consecuencia de la sordera, siempre de acuerdo con este autor, es el aislamiento tanto individual como social, del que derivan cambios en la personalidad (sentimiento de inferioridad, suspicacia, hostilidad, etc.) y en la actitud social (sentimiento de ser discriminado y colocado en una posición de inferioridad). Muchos sordos pueden interpretar mal o exagerar las conductas de los demás; tampoco es raro que traten de ocultar su deficiencia, para lo cual evitan atraer la atención, por ejemplo rehusándose a utilizar un aparato de ayuda auditiva.

El aislamiento social (sordera social, como ha sido llamada esta dificultad en la comunicación interpersonal) parece ser el principal problema de los que oyen mal y, en muchos casos –prosigue Cooper– dicho aislamiento se ha iniciado desde tiempo atrás por la presencia de rasgos peculiares de personalidad. Dicho de otro modo, la sordera puede ser entendida, en su relación con los trastornos delirantes en la senectud, como un factor que se añade a otros que propician el aislamiento social, como lo son los trastornos de la personalidad.

En un sentido algo diferente, González y Othoniel (1993) se refieren a la presbíoacusia fisiológica como parte del proceso de envejecimiento y que contribuye, según ellos, a la desaferentación social. Apuntan que es clásico encontrar en los sujetos ancianos una discrepancia entre la disminución de la audición, comprobada por la audiometría y la deficiencia de la inteligibilidad del lenguaje que es más acusada que lo que permite suponer el examen audiométrico. Este mismo fenómeno se encuentra en las quejas de ancianos a quienes molestan más que la sordera misma, las voces percibidas como confusas, los acúfenos y la superposición del sentido de lo expresado por los demás.

Por otra parte, estos mismos autores señalan que así como la desaferentación auditiva es más deliriógena, la visual es más alucinógena, como se verá a propósito de las oftalmopatías. Sin embargo, Cooper y Porter (1976) encontraron que la disminución de la agudeza visual y la patología ocular son más frecuentes en los ancianos con psicosis paranoides que en los que sufren de trastornos afectivos, sin que pudieran darle a esta asociación un significado

etiológico, como ocurre con la sordera. No obstante, Moore (1981) demostró en un estudio sobre más de 300 pacientes que no existe una asociación entre los defectos de la audición y de la visión y los trastornos paranoides. En lo que se refiere a los ciegos, la presencia en ellos de ideas delirantes de persecución se debía a la edad mayor de este grupo y no a su defecto sensorial.

En uno de tantos trabajos publicado por el grupo del Instituto de Psiquiatría de Londres, Almeida y col. (1995) retomaron el problema de la desorientación sensorial y social, dentro de un estudio sobre los factores de riesgo en la parafrenia tardía. En un grupo de 47 pacientes, de los cuales 45 eran mujeres, encontraron como factores de riesgo importantes la disminución de la agudeza auditiva (4 veces más frecuente que en un grupo control) y el aislamiento social. Los autores citados pudieron comprobar, además, que las alucinaciones auditivas fueron el fenómeno psicopatológico más frecuentemente relacionado con la disminución de la agudeza auditiva.

En una muestra de 124 pacientes con demencia leve o moderada, de los cuales 70% presentaban síntomas psicóticos, Ballard y cols. (1995) encontraron que la sordera estaba asociada con las ideas delirantes, en tanto los defectos visuales lo estaban con las alucinaciones visuales.

Aun cuando la desorientación sensorial más estudiada ha sido la auditiva y la visual, no debe olvidarse que el envejecimiento afecta otros canales perceptivos. Así lo señala Richard (1986) quien no sólo la hace extensiva a los canales sensitivos (sensibilidades superficial y profunda, exteroceptiva, propioceptiva, somestésica), sino que refiere una desorientación motora, relacionada con el movimiento. Aunque este autor no hace más que mencionar este hecho, nos parece una aportación interesante que no abordan otros estudios y seguramente su intención fue subrayar la importancia de las reafirmaciones propioceptivas generadas por los movimientos corporales, así como su disminución durante el proceso de envejecimiento.

González y Othoniel (1993) también subrayaron la disminución de otras aferencias, a parte de la correspondiente al oído y la vista. Para estos autores, durante el envejecimiento se produce una desorientación propioceptiva, exteroceptiva, gustativa y olfativa, debidas todas ellas a las alteraciones que se producen a nivel de los receptores correspondientes.

Desde nuestro punto de vista, no queda demostrado el papel de la disminución fisiológica de las aferencias sensoriales y sensitivas debida al proceso de envejecer en la génesis de los trastornos delirantes. La influencia de las alteraciones patológicas parece más clara. En este sentido, Soni (1988) describe 4 casos de ancianos con ideas delirantes de daño y persecución y en los cuales tales alteraciones estaban presentes. Lo interesante del trabajo reside en que dos de los pacientes que presentaban ideas a tema dermatozoico, acompaña-

das probablemente de alucinaciones visuales y táctiles, padecían de anemia perniciosa, la que haba provocado alteraciones neuríticas periféricas y ópticas. Otra paciente que manifestaba ideas delirantes de violación, presentaba una vaginitis por moniliasis y la cuarta, portadora de una rinitis atrófica con anosmia total, se quejaba de que sus vecinos intentaban eliminarla con un gas venenoso de un olor penetrante.

En los cuatro casos descritos por Soni (1988) el inicio de las alucinaciones e ideas delirantes mostró una relación temporal con el desarrollo de un trastorno sensitivo o sensorial debido a un padecimiento orgánico. Todos tenían una personalidad premórbida de tipo sensitivo, caracterizada por hostilidad y distanciamiento con respecto a los demás, con la consecuencia de estar socialmente aislados. Por último, Soni especifica que algunos síntomas como las alucinaciones visuales y táctiles, desaparecieron con un tratamiento que corrigió los problemas de la sensibilidad periférica y sensorial.

Como comentario a este artículo, digamos que el autor describe casos específicos en los que, sobre la base de una personalidad previa de tipo asocial, surgen ideas delirantes por un mecanismo alucinatorio; a su vez, las alucinaciones derivan de una alteración sensitiva o sensorial producida por un padecimiento identificable. Estos casos son comparables a aquellos otros, en los que la sordera desencadena una actividad alucinatoria auditiva, la que genera las ideas persecutorias. Aquí también, ciertos rasgos de personalidad pueden favorecer la aparición del trastorno delirante.

Además del aislamiento social como consecuencia de la desaferentación sensorial, existe una auténtica desaferentación social que se establece por diversas causas, como el cese de la actividad laboral, la pérdida del cónyuge, el alejamiento de los hijos y, sobre todo, el vivir solo. De este modo, el sujeto se instala en un círculo vicioso, cuya secuencia es: aislamiento-desconfianza-aislamiento (Burgermeister y cols., 1970). Naguib (1992) hace la observación que las personas que padecen un trastorno delirante en la vejez (o parafrenia como le llama esta autor), viven solos con más frecuencia que otros ancianos y sufren, además, desde mucho tiempo antes, de un aislamiento extremo que es probablemente la consecuencia de sus rasgos de personalidad. Muchos son solteros o están separados o divorciados; carecen de familiares cercanos y de lazos afectivos. El aislamiento social en el que viven favorece que se alejen de la realidad y se centren sobre sí mismos, en un mundo por ellos creado, donde reina la suspicacia y la desconfianza. Una deficiencia sensorial, añade Naguib, en general del oído, refuerza el aislamiento descrito.

Mencionemos, para concluir, un trabajo de Gurland y Wilder (1987) quienes encontraron, contrariamente a los hallazgos de la mayoría de los autores, que una disminución moderada de la agudeza auditiva suele ser de más peso

para la eclosión de un trastorno delirante que un defecto auditivo severo. Los autores citados afirman que algunos ancianos presentan a lo largo de su vida una dificultad para establecer relaciones de intimidad y que, sin embargo, han podido mantener un nivel adecuado de contactos sociales. Tienen una clara tendencia a la suspicacia pero su adaptación persiste gracias a la permanencia de las redes de apoyo social, hasta que sobreviene una disminución moderada de la agudeza auditiva. Este hecho compromete sus endeble relaciones interpersonales y agrava los síntomas derivados de la suspicacia. Sin embargo, para que un trastorno paranoide se presente es necesario, según estos mismos autores, que se agregue a los elementos anteriores uno más, la pérdida de los contactos sociales o la aparición de otros factores de *stress*. Gurland y Wilder (1987) suponen que una disminución moderada de la audición podría ser más perturbadora para el anciano que una sordera severa porque produce una mayor ambigüedad en la comunicación y porque propicia en mayor grado que el sujeto trate de disimular su defecto.

Como hemos podido comprobar en los párrafos que anteceden, los resultados de los investigaciones que han abordado el estudio de la desaferentación sensorial y social en los trastornos paranoides del anciano, muestran dos tipos de hechos constantes. El primero, se refiere a la presencia de una personalidad cuyos rasgos característicos propiciaron, a lo largo de la existencia, una actitud de retraimiento y de aislamiento. El segundo, es la desaferentación sensorial, en particular la auditiva que genera una alteración notoria de la comunicación en las relaciones interpersonales, de por sí deficiente por los mencionados problemas de la personalidad. El resultado es un aislamiento cada vez mayor y una desaferentación social que conducen a la construcción de un mundo propio, alejado de la realidad, sentándose así las bases del futuro mundo psicótico del delirante. Creemos, sin embargo, que así como no es posible conformar un grupo homogéneo con los trastornos delirantes en la vejez, tampoco podría suponerse que los factores descritos operan en la mayoría de los casos.

Lesiones orgánicas cerebrales

La presencia de lesiones orgánicas cerebrales, sean difusas, sean focales puede coexistir con manifestaciones psicopatológicas como son, principalmente, las ideas delirantes y las alucinaciones auditivas y visuales. Para algunos autores se trata no sólo de coexistencia, sino que podría darse una relación causal entre ambos tipos de manifestaciones. Así, por ejemplo, las ideas de perjuicio tendrían su origen en los trastornos de la memoria de un proceso demencial en su inicio. Se ha invocado, además, a las lesiones orgánicas cerebrales como

causantes de trastornos delirantes y alucinatorios. Tal sería el caso de las alteraciones estructurales del hemisferio derecho y de los lóbulos temporales (Sebillé y cols. 1994). Sin embargo, cabe preguntarnos, junto con Burgermeister y cols. (1970), si es legítimo hablar de ideas delirantes y, por ende, de trastorno delirante en un sentido estricto, en sujetos que sufren de un debilitamiento del juicio, el que les impide corregir las ideas erróneas. La relación entre los trastornos de la memoria –los olvidos– y las ideas delirantes de perjuicio también plantea problemas de interpretación de estos fenómenos clínicos. En opinión de Minkowski (1982), si se considera el delirio como un trastorno del juicio, al instalarse un cuadro demencial el delirio desaparecería, ya que todo delirio tiene persistencia en el tiempo y, por ello, no puede prescindir de la memoria. Pero, si por el contrario, aceptamos que el delirio no es más que la expresión ideica o ideo-afectiva de una estructura particular subyacente de la vida mental, la memoria no es ya una condición indispensable para el delirio, sino que, a lo más, vendría a extenderlo y enriquecerlo en el tiempo, de una forma secundaria, como lo hace respecto a toda idea importante en la vida normal. Concluye Minkowski diciendo que la idea delirante, lejos de deberse a una perturbación del juicio (un error de juicio que se perpetúa en el tiempo), no es más que la expresión de una modificación profunda de la estructura misma de la vida mental.

De todos modos, cuando se trata de la asociación de demencia y trastorno delirante, sea fortuita o no, las ideas delirantes siguen el curso del proceso demencial: disminuye su coherencia y su sistematización, el pensamiento se fragmenta y finalmente el trastorno delirante desaparece (Burgermeister y cols., 1970; Dias Cordeiro, 1972). Por este mismo motivo, puede decirse que los trastornos delirantes que cursan con demencia son habitualmente transitorios, cambiantes y carecen de sistematización.

Léger y Clément (1991), por su parte, señalan que al inicio de una deficiencia intelectual, los trastornos de la memoria parecen inducir una vivencia de perjuicio que a veces se enriquece con fenómenos imaginativos. Los errores de percepción y los trastornos de juicio alimentan esta situación interpretativa. Al acentuarse el deterioro, las ideas delirantes disminuyen y finalmente se apagan. En el curso de la evolución de un proceso demencial, también pueden aparecer por primera vez algunas manifestaciones delirantes. El demente reconstruye entonces un funcionamiento anterior en el que los protagonistas de su vida pasada se ubican de manera imaginaria, para alucinarlos después y, posteriormente, trasponerlos sobre otras personas presentes o sobre la propia imagen en el espejo e incluso sobre objetos familiares. A medida que la demencia avanza, la mente parece aplanarse, retornando cada vez más a los orígenes corporales o sensoriales.

De acuerdo con Newhill (1989), los síntomas paranoides del anciano podrían entenderse como un intento adaptativo con el que el paciente se protege de una caída depresiva ante el efecto de las pérdidas, en este caso de la pérdida de la capacidad intelectual. De esta forma, la depresión se evitaría colocando en el exterior las heridas narcisistas provocadas por tales pérdidas.

En una aproximación similar, Dias Cordeiro (1972) estima que los temas delirantes de negación (de los trastornos, de la muerte de un ser querido, de la edad), así como la creencia de la existencia de un compañero imaginario, pueden ser entendidos como intentos para contrarrestar una de tantas pérdidas propias al envejecimiento, la que quizá genera mayor angustia: la pérdida de la capacidad intelectual.

Dias Cordeiro (1972) señala que existen diferencias en la expresión delirante, según la forma clínica de la demencia. De acuerdo con este autor, en la demencia mixta (degenerativa y vascular) se presenta a menudo un importante trasfondo de ansiedad y de irritabilidad, acompañado de reivindicación y de agresividad. Las ideas delirantes tienden a ser presentadas con más detalles que en la demencia degenerativa y el paciente vive más intensamente sus convicciones delirantes. En cambio, en la demencia degenerativa, el trastorno suele tomar la forma de una historia frente a la cual el paciente se muestra más distante y se torna progresivamente indiferente.

En la actualidad, se sabe que las ideas delirantes y las alucinaciones con frecuencia están presentes tanto en la demencia de tipo Alzheimer, como en la demencia vascular o de otra naturaleza (Luxemberg, 2000). En la revisión de la literatura hecha por Ballard y Oyebode (1995), se ha encontrado que la mayoría de los autores concuerdan en que los síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones y desconocimientos) aparecen en más de 60% de los pacientes que sufren un proceso demencial. En cuanto a la prevalencia de cada uno de estos síntomas, los autores citados reportan que existen variaciones importantes en las cifras proporcionadas por los diversos investigadores. La presencia de ideas delirantes varía entre 28,8% y 46%, siendo las más frecuentes las ideas de perjuicio, de persecución y de referencia; en cuanto a las alucinaciones, las cifras oscilan entre 16,9% y 34,3% (alucinaciones visuales, entre 4,4% y 21,9%, alucinaciones auditivas, entre 1,9% y 15,6%). Los desconocimientos y falsos reconocimientos se encuentran en 11 a 19% de los casos con demencia. Las diferencias encontradas en los resultados de los diversos estudios, podrían deberse a divergencias tanto en los métodos utilizados, los que con frecuencia no se basan en criterios estandarizados, como al tipo de población estudiada, que no siempre es homogénea.

En un estudio de 167 pacientes con diferentes tipos de demencia, Hwang y cols. (1999) encontraron que 27% de ellos presentaban ideas delirantes de

persecución; en estos casos era más frecuente la coexistencia de otras ideas delirantes (de robo y de celos) y de alucinaciones (auditivas y visuales) que en pacientes con demencia pero sin ideas persecutorias. En la casi totalidad de los pacientes que las presentaban, las ideas delirantes de persecución eran simples y poco estructuradas y generaban conductas, de la que destacan la agresión física al personal encargado de ellos, la falta de cooperación para el tratamiento y los intentos suicidas. Cummings y cols. (1987) citan una publicación de Tomonaga y cols. (1982) en la que se reporta que 40% de los pacientes con una enfermedad de Binswanger presentan síntomas psicóticos.

En la descripción del primer caso de la enfermedad que lleva su nombre, publicado en 1907, Alois Alzheimer refirió la presencia de ideas delirantes de celos que la paciente expresaba hacia su esposo, ideas persecutorias hacia el médico, así como alucinaciones auditivas (Burns, 1992). En los años siguientes se publicaron por lo menos tres casos (Bonfiglio, 1908, Perusini, 1909; Lafora, 1911) en los que se existían fenómenos del mismo tipo.

Según Burns (1992) los fenómenos psiquiátricos que se presentan en el curso de una demencia de tipo Alzheimer (DTA) pueden ser divididos en dos grupos: 1. Síntomas psiquiátricos expresados por las quejas del paciente, detectados por diversos "tests", o recopilados por los cuidadores, como parte de lo dicho verbalmente por el paciente. Aquí se incluyen las ideas delirantes, las alucinaciones, los desconocimientos y falsas identificaciones y la depresión. 2. Trastornos de la conducta que constituyen manifestaciones observables por el entorno, como la agresividad, deambulación y desinhibición.

La presencia de ideas delirantes en la demencia tipo Alzheimer varía según los autores entre 10 y 73%. El propio Burns (Burns y cols., 1990) en un trabajo anterior había encontrado ideas delirantes en 16% de una población de pacientes con ese padecimiento. Las ideas delirantes más comunes son las de persecución y de perjuicio, en general bastante simples. Una mayor complejidad y una tendencia a la sistematización, implicaría, en general, un estado cerebral mejor conservado, a juzgar por las imágenes cerebrales que en estos casos muestran una dilatación menor de los ventrículos. También se ha reportado en los mismos casos una proporción mayor de pacientes que mostraban una calcificación de los ganglios basales del cerebro. Otros temas delirantes han sido encontrados en la demencia tipo Alzheimer, tales como los desconocimientos y falsas identificaciones, en particular, la correspondiente al síndrome de Capgras y al síndrome del huésped fantasma (*phantom boarder*). Por su parte, Bassiony y cols. (2000) describen en la enfermedad de Alzheimer 22% de ideas delirantes, 3% de alucinaciones y 9% de combinación de ambas.

Burns en el mismo artículo de 1992, cita también un trabajo de Cummings y Victoroff (1990) en el que estos autores proponen cuatro posibles causas que

permitirían explicar la presencia de ideas delirantes en la demencia tipo Alzheimer: 1. Resultan de un intento lógico del paciente para comprender y darle sentido a su entorno. 2. Derivan de una modificación del estado anímico. 3. Se deben a una asociación fortuita de dos padecimientos. 4. Son secundarias a la enfermedad subyacente, en particular cuando está afectado el sistema límbico y el lóbulo temporal.

Las alucinaciones son descritas con menor frecuencia que las ideas delirantes en la demencia tipo Alzheimer y los diferentes investigadores no siempre hacen la distinción entre las auditivas y las visuales. Se mencionan cifras que varían entre 15% y 49%, pero Burns advierte, con justificada razón, que las alucinaciones visuales pueden ser consecuencia de un estado confusional. En el estudio que realizó este autor (Burns y cols., 1990), los pacientes con delirium fueron excluidos y así detectó alucinaciones visuales en 13% y auditivas en 10% de los pacientes. Encontró, además, que los pacientes alucinados sufrían un deterioro más rápido que los que no lo estaban y estableció, asimismo, que los defectos sensoriales, al igual que lo observado en los sujetos sin alteración demencial, favorecen la aparición de una actividad alucinatoria. Por otra parte, la presencia de cuerpos de Lewy corticales en la enfermedad de Alzheimer, hace que las alucinaciones visuales sean más severas y persistentes (McShane y cols., 1995). En este sentido, es necesario agregar que en general se considera que las alucinaciones visuales forman parte de los criterios para el diagnóstico clínico de la demencia asociada con la presencia de los cuerpos de Lewy corticales. De hecho, los síntomas psiquiátricos en general son significativamente más frecuentes en la demencia con cuerpos de Lewy, cuando se la compara con la enfermedad de Alzheimer pero las alucinaciones auditivas y visuales son particularmente frecuentes en los estadios iniciales de la demencia con cuerpos de Lewy, en tanto son más bien raras al principio de la enfermedad de Alzheimer (Ballard y cols. 1999).

En lo que respecta los desconocimientos y falsas identificaciones, Burns (1992) cita los trabajos de Rubin y cols. (1988) y Merriam y cols. (1988), quienes los encontraron en 23% y más de 50%, respectivamente. Al parecer, existe una asociación entre los desconocimientos y la gravedad del cuadro clínico.

En una muestra de más de 100 pacientes, Migliorelli y cols. (1995), se abocaron a la detección de ideas delirantes en la enfermedad de Alzheimer. Sus resultados indican que las ideas de persecución (llamadas paranoides por los autores) son las más frecuentes (71%), seguidas por las de tipo hipocondríaco (67%). En 29% de los casos detectaron un síndrome de Capgras y en la misma proporción, el desconocimiento del domicilio. Finalmente, 29% de sus pacientes presentaban ideas delirantes de grandeza. Sorprende en este estudio, por otra parte bien planeado y estructurado, la alta proporción de ideas hipo-

condríacas, la que quizá podría ser explicada porque los autores incluyeron entre los pacientes que las presentaban a aquellos cuyas *quejas físicas fueron el principal tema de conversación*.

La presbiofrenia, descrita por Wernicke en 1906 (citado por Ey y cols., 1980), es considerada como una variedad o subtipo de la demencia de tipo Alzheimer (Berrios, 1985; Ey y cols. 1980; Zervas y cols., 1993) y se asemeja al síndrome de Korsakov, es decir prevalece el olvido de los sucesos a medida que éstos se producen, la confabulación y los falsos reconocimientos, en pacientes que están desorientados en tiempo y espacio. También se describe una leve exaltación del ánimo o hipomanía (Berrios, 1985, Zervas y cols., 1993). La confabulación se atribuye a la ausencia de fijación e integración mnésicas de los sucesos. De esta forma, el sujeto rellena las lagunas de su memoria con hechos inspirados por sucesos antiguos cuyos recuerdos reorganiza y actualiza; es decir, sobre la base de acontecimientos reales del pasado, se organiza un relato que no pertenece a la realidad actual. En general, la producción confabulatoria es cambiante y el paciente tiene tendencia a contradecirse de un momento a otro. La confabulación y los falsos reconocimientos no deben ser confundidos con las ideas delirantes, sin embargo son capaces de marcar su inicio o de enriquecerlas.

Delay (1970), en su pequeño tratado sobre las enfermedades de la memoria, dice que en los grandes amnésicos, por ejemplo en el síndrome de Korsakov o en la presbiofrenia, pueden aparecer producciones imaginarias que son tomadas como recuerdos. Se dice de estos enfermos que fabulan sobre su pasado, añade el autor, creyendo al mismo tiempo que lo están evocando. Una variedad especial de fabulación fue descrita por Pick con el nombre de confabulación: los sujetos tratan de colmar un vacío en su relato del pasado y fabulan para suplir, lo que equivale decir que la naturaleza no soporta el vacío, prosigue Delay. De todos modos, esta fabulación es inconsciente, no es una mentira. La fabulación no es una respuesta adaptada, ordenada y objetiva a una pregunta; es una producción espontánea en la que se mezclan indistintamente los recuerdos y las imágenes. Es característica de un nivel mental en el que no hay memoria social: niños, primitivos, oligofrénicos; pero también cuando existe una desocialización enfermiza de la memoria que produce la abolición de lo que distingue lo real de lo imaginario: la fabulación, entonces —concluye Delay— no es un relato, es un delirio.

Para Porot (1960), la confabulación es el término utilizado por la psiquiatría alemana para designar lo que la psiquiatra francesa describe con el nombre de fabulación. El mismo autor afirma que esta última consiste en producciones imaginarias de la mente que se presentan, sea bajo la forma de relatos más o menos coordinados alrededor de un tema principal, sea bajo la forma

de conversaciones totalmente inadaptadas a las circunstancias del tiempo y lugar. Esta segunda forma es en general la consecuencia de un estado patológico que ha implicado una disolución de la conciencia, una deficiencia grave de la memoria y de la orientación que libera la imaginación de cualquier tipo de freno. En el caso de la demencia, existe además una alteración del juicio y del sentido crítico. La fabulación delirante, agrega Porot, es un elemento importante de la presbiofrenia.

Dias Cordeiro (1972) refiere que en opinión de Tissot el término fabulación debería utilizarse sólo cuando se trata de producciones completamente imaginarias, en tanto que la confabulación estaría ligada a los recuerdos, es decir, a acontecimientos realmente sucedidos en el pasado.

La confabulación puede verse como una forma particular de reaccionar activamente para compensar los trastornos de la memoria. En otras palabras, la confabulación podría corresponder a una defensa compensatoria contra la depresión relacionada con la pérdida de la memoria.

En un trabajo escrito en 1956, Weinstein y cols. consideran la confabulación que aparece en pacientes con daño cerebral como una forma de conducta social en la que el paciente se adapta al *stress* que su incapacidad provoca, utilizando un modo alterado de interacción con el medio. Dicho de otro modo, la confabulación y las pautas simbólicas asociadas, sea que aparezcan en pacientes con daño cerebral, sea que se presente en pacientes confrontados con otras situaciones de stress, son formas o medios para establecer una relación con el entorno y de los que deriva la vivencia de estar vivo, de ser y de existir, de evitar decir *no sé o no recuerdo*.

Una forma especial de confabulación es la denominada por Gainotti (1975) confabulación de negación y que este autor utiliza para designar las situaciones en las que un paciente que sufre demencia hace afirmaciones obviamente falsas y caracterizadas por: a) Su contenido que indica que la función de estas afirmaciones es la de evitar las reacciones catastróficas porque sustituyen la información representativa del estado de enfermedad por expresiones que sugieren un estado de salud normal y de eficiencia conductual; y b) su resistencia a ser corregidas que indica que no corresponden a la emergencia pasiva de recuerdos auténticos desplazados de su contexto temporal, sino a la necesidad activa de negar la enfermedad. Las confabulaciones de negación se desencadenan habitualmente cuando se hacen preguntas sobre la situación actual del paciente o sobre su estado de enfermedad. En este caso, la aparición de la actividad confabulatoria de negación da seguridad y permite contrarrestar la angustia que nace de la deficiencia intelectual y del deterioro físico. Vista así, no es un síntoma más de la desorganización demencial, sino una forma de reorganización adaptativa.

Aspectos psicodinámicos

En este apartado, trataremos de revisar algunas aproximaciones a la comprensión del fenómeno delirante. La psicodinamia de un trastorno delirante podría ser vista como el reflejo del proceso patogénico subyacente que permite, en cierta medida, la comprensión de los mecanismos que intervienen en la producción delirante. En este sentido, la incógnita que siempre ha preocupado y fascinado a los clínicos –y que nunca ha sido totalmente resuelta– se refiere a los sucesos y las pautas por los cuales un individuo, quizá hasta entonces considerado normal, abandona su mundo habitual y crea otro, en el que se instala para vivir. En este mundo, sino nuevo, por lo menos diferente al habitual, todos los acontecimientos cobran un sentido hasta entonces desconocido. En el mundo del delirante las cosas ya no son como antes, adquieren un sentido profundo, nuevo, que confiere otra dimensión a la existencia. Una segunda pregunta que desde tiempo atrás se han hecho los clínicos y que tampoco ha hallado una respuesta del todo satisfactoria, se refiere a los temas delirantes: ¿porqué un delirante se siente amenazado de muerte, en tanto otro se siente amado? En otras palabras, ¿cuáles son los mecanismos y los engranajes, tanto internos como externos que podrían explicar la elección del tema del delirio?

Desde el análisis del caso Schreber por Freud, hasta los seminarios de Lacan sobre las psicosis, ha sido sobre todo a partir el psicoanálisis que se ha intentado dar respuesta a este tipo de preguntas, sin haberlo logrado del todo, fuerza es repetirlo. Recordemos, en este sentido, la obra de Melanie Klein, quien, valiéndose del concepto de posición, que forma parte del desarrollo normal, como una constelación en la que interactúan la relación de objeto, las ansiedades derivadas de ella y las defensas para contrarrestar a éstas, ha establecido que en determinados casos se reactivan tales fenómenos y se favorece así la aparición de trastornos psíquicos, sean depresivos, sean psicóticos. En el caso de la posición llamada por esta autora esquizo-paranoide, reactivada cuando hace eclosión una psicosis delirante, la relación de objeto es parcial, fragmentada, la ansiedad es de tipo persecutorio y los mecanismos de defensa utilizados son los más primitivos, como la escisión y la proyección, con sus correlatos de identificación proyectiva e introyectiva.

Si el sujeto delirante es anciano, la comprensión psicodinámica del delirio implica, además, tomar en cuenta las características internas y externas inherentes al proceso de envejecimiento, entre otras, por ejemplo, la disminución de la energía psíquica, las situaciones de pérdida de todo tipo con sus consiguientes heridas narcisistas, la hostilidad que el sujeto añoso siente provenir del entorno, etc.

Por las razones arriba expuestas, hemos decidido presentar primero algunas aportaciones sobre la psicodinamia de los trastornos delirantes en general, para abordar después otros estudios que enfocan los aspectos psicodinámicos del delirante anciano.

Para Henri Ey y cols. (1974), lo que mejor define al Yo delirante es su enajenación con respecto al mundo, entendida como una modificación radical de la relación del individuo con la realidad. La enajenación del Yo se expresa por medio de las ideas delirantes, las que, a su vez, dan forma al delirio. Consiste, prosiguen los autores, en la inversión de las relaciones de realidad con el mundo, entendiéndose por realidad no sólo la externa, física y humana del entorno, sino también la interna, psíquica. La enajenación de la persona y del Yo psicótico se manifiesta clínicamente por los síntomas: convicciones y juicios dogmáticos, formulaciones ideo-verbales, conductas y actitudes dirigidas por convicciones irreductibles que constituyen para el sujeto una verdad y un ideal que están en desacuerdo con la realidad y con la coexistencia con los demás. Sobre la base de estos síntomas, germinan y se construyen las ideas delirantes, organizadas a veces como un sólido sistema, fantásticas, otras veces, o impenetrables, otras más.

Ey y cols. señalan que el trastocamiento de las relaciones del Yo con el mundo se expresa a través de los temas delirantes, sea como una expansión, sea como un retraimiento del Yo. En el primer caso, la expansión delirante del Yo se pone en evidencia por medio de ideas de grandeza; la retracción delirante, por el contrario, se manifiesta con ideas de negación del mundo, de cataclismo cósmico, de indignidad moral y de culpa, así como ideas hipocondríacas y de frustración. En el ámbito del pensamiento, las ideas delirantes de influencia y de posesión indican que el Yo ha perdido su unidad, su secreto y su poder. En una posición intermedia, deben ser ubicadas las ideas delirantes más frecuentes, de persecución, en las que el sujeto, al mismo tiempo que está amenazado, es también el centro de atención de sus perseguidores.

En su conocido trabajo presentado en 1958 e intitulado *La teoría psicoanalítica del delirio*, Nacht y Racamier parten de una afirmación que guarda semejanza con lo expresado por H. Ey y cols. (1974): en la psicosis el conflicto se sitúa entre el Yo y el entorno, en donde precisamente se produce una ruptura seguida de una reorganización de la que nacerá un nuevo sentido de la realidad y por lo tanto, un mundo diferente. Dentro de esta perspectiva, el delirio puede ser considerado como un intento de solución a un conflicto grave. En él encontramos un contenido, una estructura, un modo particular de relaciones objetales y una historia. Agregan los autores: en la historia de todo delirio existen momentos privilegiados y en la historia de todo delirante hay momentos críticos.

Veamos a continuación los 9 puntos en los que se estructura la exposición de Nacht y Racamier:

1. Un delirio es en todo similar a un sueño, en la medida que su lenguaje es cifrado y debe ser traducido para tener acceso a su contenido latente, a partir del contenido manifiesto. Al igual que en el sueño, se observa en el delirio un trabajo de trasposición y de disfraz sobre la base de los mismos mecanismos de desplazamiento, condensación, dramatización y simbolización.
2. El antecedente más remoto, ontogénico, del delirio proviene de una falla en el establecimiento de una relación de objeto adecuada en la que, en condiciones normales, el individuo adquiere las nociones correspondientes a lo real y lo auténtico. Como esto no sucede, la relación de objeto no le ha permitido salir de la fase preobjetal, en la que no están establecidos aún límites precisos entre el sujeto, el objeto y el mundo.
3. Sobre la base de estos hechos se desarrolla lo que Nacht y Racamier han llamado la estructura prepsicótica de la personalidad que corresponde a un defecto de la estructuración del Yo y de las relaciones de objeto. Lo más sobresaliente de esta personalidad es su predisposición a sufrir una angustia desmedida, a tal grado que puede llegar al extremo de la despersonalización. El prepsicótico carece además de una imagen estructurada de sí mismo, ya que ésta es inconsistente, vulnerable y sujeta a innumerables heridas narcisistas. Las relaciones que establece se caracterizan por su doble faz: por un lado presenta una avidez y expectativas desmesuradas sobre lo que espera del objeto y por el otro, simultáneamente, al no haber rebasado el estadio de las relaciones preobjetales, evita las relaciones de intimidad, porque teme ser englutido.
4. El sujeto prepsicótico queda entonces particularmente expuesto a sufrir heridas narcisistas y predispuesto a recurrir a soluciones delirantes. En este sentido, el factor precipitante más contundente para la aparición del delirio suele ser la pérdida de objeto, sea real, sea fantaseada. Una vez agotadas las defensas neuróticas, el prepsicótico no tiene más recurso que la utilización de mecanismos de defensa psicóticos que lo conducen a una solución delirante.
5. La primera fase de la psicosis delirante, denominada por Nacht y Racamier estado primordial, se caracteriza por una angustia y un miedo de una intensidad descomunal. Es una angustia de fin de mundo y de muerte, afirman los autores. El sujeto pierde las coordenadas temporales y espaciales sobre la realidad; el mundo externo e interno aparece como imposible, inquietante y extraño. En este mundo sin estructuras no hay lugar para el azar y las contingencias, todo está cargado de significado y

los hechos más triviales conllevan consecuencias de suma importancia. El estado primordial implica una desintegración profunda del Yo y sus funciones, así como una regresión a un mundo preobjetal en el que no hay fronteras entre el Yo y el no-Yo, entre lo interno y lo externo.

6. La eclosión del delirio es secundaria al miedo y de esta forma aparece como un intento de solución en la secuencia conflicto –angustia– delirio. Si desapareciera el delirio, la angustia tendería a manifestarse nuevamente; así también, los delirios mejor estructurados son los más efectivos para contrarrestar la angustia, ya que interponen una mayor distancia entre el sujeto y el miedo inconsciente que lo aqueja. Una manera de atenuar el caos interno está dado por lo que Nacht y Racamier llaman momento narcisista del delirio en el que las pulsiones se revierten sobre el sujeto; es el momento en el que éste ha tomado sobre sí mismo lo que corresponde al objeto, confundiendo así ambos. De esta situación puede surgir o bien un sentimiento de omnipotencia y de grandeza, o bien una fase hipocondríaca por haber sido el cuerpo propio investido narcisísticamente y sentirlo deteriorado por la agresividad dirigida originalmente al objeto. Esta segunda posibilidad, anotan los psicoanalistas franceses, corresponde a la dinámica descrita por Freud en la melancolía. A propósito de esto, añaden, no hay que perder de vista que muchos delirios prolongados nacen de estados de angustia de estructura melancólica. El paso siguiente al momento narcisista es el definitivo y el individuo lo da para reacerarse al objeto, creando una relación delirante en la queda a salvo de una relación amorosa. La fórmula fundamental en el delirio, subrayan Nacht y Racamier, podría ser más vale delirar que estar solo.
7. Los autores definen la proyección como el mecanismo mediante el cual el Yo rechaza fuera de su persona, hacia objetos externos, el origen de estímulos intolerables provenientes de su inconsciente. La finalidad principal de la proyección es situar el peligro en el exterior donde es más fácil defenderse de él. Al mismo tiempo, la proyección tiene un efecto estructurante sobre el mundo externo. Otra consecuencia posible de la proyección es la de darle autonomía alucinatoria al Super-yo, el que empieza a expresarse por medio de las alucinaciones auditivas, casi siempre acusadoras.

La persecución, por otra parte, parece conferir legitimidad a la propia agresividad: no es el paciente el que ataca primero y si matara, sólo sería para hacer justicia. Podría decirse que la persecución es el precio pagado por liberar la propia agresividad y preservar así al objeto. En la erotomanía observamos un ejemplo de cómo se mantiene y consolida una relación gracias al delirio. En este caso, el paciente está protegido de

todo contacto real e íntimo y puede afirmarse que la erotomanía es una de las formas más radicales de defensa contra la intimidad amorosa.

8. En este punto los autores están en la posibilidad de afirmar que el delirio es ante todo un arreglo que confiere cierto equilibrio entre la exigencias contradictorias de las pulsiones y del Super-yo. Cumple funciones defensivas y reconstructivas de la personalidad amenazada por una angustia devastadora. El trabajo del delirio es comparable a una gestación y su resultado se asemeja a una victoria: ¡ya entendí todo! A partir de entonces, la existencia del enfermo recobra sentido y se establece un nuevo conocimiento de la realidad. Este conocimiento delirante, añaden Nacht y Racamier, puede ser paranoico, es decir, rígido, coherente, lógico, o puede ser paranoide, es decir, laxo, disociado e intuitivo. Sobre la base del delirio el espacio interior y exterior del delirante recobra forma, vida y unidad. Se establece, además, una relación de objeto específica en la que el sujeto está protegido tanto de la proximidad, como de la ausencia del objeto.
9. Nacht y Racamier afirman estar convencidos que el problema de las alucinaciones no es independiente del problema más general del delirio. Agregan que para el clínico la alucinación es la prueba tangible del delirio y para el paciente es la prueba material que sus pulsiones no existen y operan fuera de él.

En conclusión, podemos decir junto con los autores de este importante trabajo que los delirios (los trastornos delirantes), aun dentro de su diversidad clínica, no conforman una serie de estados clínicos diferentes, sino ramas de un tronco común, como el que acaba de ser descrito.

En el caso particular del trastorno delirante en la vejez, recordemos que Zetzel (1965) ha postulado que la ansiedad del anciano se asemeja a la angustia de separación del niño, es decir tiene su origen en el temor a sufrir pérdidas o separaciones. Es una ansiedad depresiva que se refiere al mundo externo y que aumenta con el paso de los años. Tanto el grado de ansiedad por el temor a la pérdida o a la separación, como la respuesta a pérdidas o separaciones reales, están muy influenciados por las experiencias previas de este tipo y por la calidad de las relaciones que ha tenido anteriormente el sujeto.

Se puede decir que los ancianos se sienten amenazados por tres tipos de hechos:

1. Las pérdidas de cualquier índole, desde la pérdida personal (muerte del cónyuge), hasta la pérdida de la autoestima.
2. Los ataques que consisten en agresiones externas capaces de producir una herida narcisista, con el dolor que es su consecuencia.
3. Las restricciones que resultan de cualquier fuerza externa que limita la satisfacción de impulsos y deseos.

Si bien las pérdidas, los ataques y las restricciones son a veces reales y se viven dolorosamente, es suficiente la perspectiva de que podrían producirse –con la consiguiente expectativa angustiosa– para que el anciano se sienta muy amenazado. Con frecuencia, la conjugación de estas tres amenazas está relacionada con la aparición de un episodio depresivo o un trastorno delirante.

Además, y tal como lo señala Verwoerd (1976), el anciano puede movilizar su agresividad hacia una amenaza externa o bien alejarse del peligro externo. En cualquiera de los dos casos, que el sujeto arremeta agresivamente contra ese enemigo, o se sumerja en la aprehensión, la estimación de su propia fuerza dependerá de la comparación con la del persecutor. Pero también puede suceder que el sujeto, al sentirse arrinconado y desesperado, llegue a la conclusión que nada tiene que perder si ataca. Cuando se produce una pérdida en relación al inicio de un trastorno delirante, la naturaleza de la misma es importante, ya que la respuesta de hostilidad, proyección o miedo es mayor si la pérdida se refiere a un área en la que el anciano es particularmente sensible; por ejemplo, en el varón, la pérdida del poder, la fuerza, la potencia sexual y en la mujer, el sentimiento de haber perdido la vitalidad o el amor. En un escrito posterior, este mismo autor (Verwoerd, 1987), se basa en el marco teórico de Mélanie Klein y considera que la descompensación paranoide del anciano puede ser vista como un proceso que incluye tres pasos que van de la depresión a la hipocondría y de ésta a la psicosis.

1. En la primera fase, depresiva, la interacción con el mundo de los objetos externos se mantiene y el objeto es experimentado como bueno.
2. En la fase hipocondríaca, se produce una regresión y la vida psíquica se centra en el cuerpo. El yo corporal representa un puente entre el yo interno y el mundo de los objetos externos; por lo tanto, las relaciones objetales se mantienen pero menos intensas y el objeto sigue siendo potencialmente bueno.
3. En la tercera fase se incrementa la regresión y se produce un retraimiento psíquico profundo. De este modo, existe una ruptura con el mundo de los objetos externos que desemboca en un estado psicótico. En esta fase el objeto es experimentado como amenazante y malo.

Estas tres fases deben ser vistas como interactivas; al incrementarse los síntomas depresivos se puede favorecer una regresión, con la consiguiente emergencia de síntomas hipocondríacos, los que a su vez son susceptibles de llevar a síntomas psicóticos paranoides. Del mismo modo, los pacientes psicóticos, en la medida en que empiezan a relacionarse más con otras personas pueden desarrollar síntomas depresivos o hipocondríacos.

Verwoerd describe los sucesos psicodinámicos correspondientes a la descompensación paranoide de la depresión. Ubica a ésta dentro del marco teórico de Melanie Klein y a la envidia a medio camino entre las posiciones depresiva y esquizoparanoide, de modo que en algunas depresiones se van incrementando la amargura, la envidia, los celos y la tendencia vengativa. Con el paso del tiempo, la energía disponible del yo disminuye, con lo que la capacidad de represión también decrece. El resultado de este debilitamiento de la barrera defensiva puede ser la irrupción de impulsos narcisistas y hostiles, despertándose así tendencias paranoides y de envidia. En base a la envidia, el paciente se vive a sí mismo como desafortunado, en tanto los demás son felices y han tenido la buena suerte que a él le fue negada. La descompensación paranoide puede producirse cuando el paciente deprimido proyecta su culpa en los demás, lo que la lleva a transformarse en angustia persecutoria, en tanto el objeto evocador de la culpa se torna perseguidor. También la envidia puede ser proyectada y así el objeto que la provoca se vuelve persecutorio.

En la descompensación paranoide de la hipocondría, Verwoerd es de la opinión que la hipocondría deriva de una depresión de larga evolución que produjo una desvinculación con respecto a los demás y una concentración de la afectividad en el cuerpo propio, único objeto disponible en esas condiciones. Sin embargo, las continuas quejas hipocondríacas alejan a las personas del entorno, lo que es experimentado por el paciente como un rechazo. Se despiertan en él sentimientos de cólera y de hostilidad hacia los demás. Se produce entonces un retraimiento autista del sujeto, el que queda frente a las imagos, fantasías y recuerdos de su mundo interno y en clara ruptura con la realidad.

Tanto en la depresión como en la hipocondría prevalecen las pautas de la posición depresiva, lo que implica que las relaciones de objeto se mantienen y está presente la prueba de realidad. En la psicosis, por el contrario, se pierde el contacto con la realidad y las características son las de la posición esquizoparanoide. En ella, el mecanismo de la proyección es utilizado para atribuir a los demás los sentimientos e impulsos inaceptables. Por último, Verwoerd subraya el hecho que cuanto más severo el trastorno paranoide, más intensa es la utilización de la proyección.

Dias Cordeiro (1972) postula en su tesis que el proceso de envejecimiento tiene como consecuencia una serie de heridas narcisistas que lo llevan a una posición depresiva de la que pueden surgir ideas delirantes depresivas como las autoacusaciones y las ideas de culpa. Al reorganizarse el sistema defensivo, agrega este autor, la culpa es proyectada sobre otros, de manera interpretativa o alucinatoria. Dias Cordeiro señala también que durante el envejecimiento pueden ser reforzados diversos mecanismos de defensa, lo que puede propiciar la instalación de ideas delirantes. Así, las ideas de perjuicio sobre las per-

tenencias se producen por el reforzamiento del desplazamiento (la angustia que nace del propio deterioro es desplazada sobre los objetos que le pertenecen) y la proyección (la responsabilidad de los olvidos es proyectada sobre otros que entran y roban). En este mismo contexto, el autor atribuye al reforzamiento del mecanismo de denegación la negación del deceso de un ser querido y la negación de la edad en las ideas de longevidad. La revaloración personal, sobre todo a nivel corporal, estaría en relación con el síndrome eroto-maniaco, en tanto que el fenómeno del compañero tardío se debería a la realización delirante del deseo de no estar solo.

Le Goues (1992) ha tratado de entender la dinámica de las ideas delirantes que se producen en el curso de un proceso demencial. Para ello, postula que el pensamiento de una persona que sufre demencia retorna a un nivel figurativo, es decir dependiente de las percepciones, lo que le permite encontrar un sentido a la vida interna y externa, en la medida que el aparato perceptivo opere adecuadamente. Pero si la percepción se deteriora (sordera, por ejemplo), el paciente entra en un caos mental, en el que ya no logra distinguir lo interno de lo externo. De esta manera, Le Goues se inclina a considerar que en el sujeto demente las ideas delirantes se manifiestan a partir del momento en que el apoyo psicológico en la realidad depende exclusivamente de la percepción y más aún, cuando esta última empieza a fallar.

De acuerdo con Clément y cols. (1993), el trastorno delirante en la vejez tendría una función diferente a la que presenta en sujetos más jóvenes. Se trata, en primer lugar, de la reacción ante la situación bio-psico-social que vive el viejo, por lo que la función del delirio puede ser entendida como adaptativa hasta cierto punto. A parte de la vulnerabilidad y la inseguridad propias del envejecimiento, prosigue Clément, la vejez se presenta como una época de crisis, las que provocan heridas narcisistas, debilitamiento del Yo y ansiedad, que comprometen seriamente el equilibrio entre el sujeto y su medio. El autor agrega que los principales mecanismos de defensa utilizados por el anciano delirante son la denegación, la regresión, el desplazamiento y la proyección. Los dos últimos son los que se observan en particular en los delirios de persecución y de perjuicio. La convicción delirante de ser dañado en su persona física y moral no sólo es una vivencia persecutoria. Es también una forma de luchar contra el aislamiento y la depresión. La función del delirio sería entonces la de rellenar el vacío producido por el aislamiento y restituir el sentido de la existencia. Para Clément, al igual que para otros autores, el trastorno delirante nace de la puesta en marcha de defensas contra la depresión, lo que conduce al individuo a la vía de la desadaptación a la realidad.

Este mismo autor (Clément, 1994) ha postulado que el sujeto añoso suele utilizar profusamente los mecanismos de regresión y de negación; cuando pade-

ce un trastorno delirante recurre además a la proyección y al desplazamiento, como ocurre con las ideas de persecución y de perjuicio. El delirio parece tener una funcionalidad particular y puede ser entendido como una reacción adaptativa en el contexto de las pérdidas, las crisis y la vulnerabilidad propias del envejecimiento. El delirio, según Clément, se articula alrededor del perjuicio y la intrusión que representan la amenaza de perder valores como la propiedad (robo de objetos, despojo de bienes), la salud (intrusión de la enfermedad en el delirio hipocondríaco; intrusión de la muerte en la negación del deceso y en el delirio de longevidad) y la reputación (intrusión de otra persona en el tema erotomaníaco y de un tercero dentro de la pareja en el delirio de celos; intrusión que puede darse en la vida sexual y la moralidad). De este modo, prosigue el autor, existe la convicción delirante de haber sido dañado en su persona física y moral. No se trata únicamente de una vivencia persecutoria, sino también de una modalidad de lucha para contrarrestar el aislamiento y la depresión; el delirio en el anciano puede ser entendido, en consecuencia, como una reacción activa y parcialmente lograda en contra de la posición depresiva generada por el duelo de la propia imagen. El delirio colma así el vacío producido por la soledad y a la vez restituye un sentido a la existencia.

De la revisión de los trabajos referentes a la psicodinamia de los trastornos delirantes en general y de los que aparecen en el sujeto añoso, se desprenden algunos puntos. En primer lugar, existe una proximidad psicopatológica evidente –en particular en el sujeto envejecido– de la depresión y el delirio. Ambos padecimientos tienen su origen en sucesos que se producen externamente, en el entorno; en ambos casos, la calidad de las relaciones previas juega un papel importante. Para que se produzca un trastorno delirante se requiere probablemente que el potencial regresivo sea mayor y que los síntomas de ansiedad sean insoportablemente invasores y prevalentes con respecto a los depresivos. Una vez establecido el delirio nos encontramos ante una reestructuración, tanto interna como externa, como si hubiera nacido un nuevo individuo en un mundo diferente. De ahí probablemente, las dificultades que surgen para obtener una modificación del delirio por medio de un tratamiento.

Repitamos una vez más, por último, la fórmula que aplican Nacht y Racamier al delirio y que parece particularmente oportuna para el caso de los trastornos delirantes en la vejez: *más vale delirar que estar solo.*

3

Características clínicas

Trastornos delirantes

El término delirio deriva etimológicamente del latín “de lira” que significa salir del surco. Un delirio o trastorno delirante puede ser definido como una psicosis caracterizada por la presencia de ideas delirantes. En tanto éstas –las ideas delirantes– se definen como pensamientos erróneos, de origen patológico e incorregibles. También se ha dicho que son creencias erróneas, afirmadas con convicción y que pueden influir la conducta (Sizaret, 1964). Debemos a Berrios (1993) una definición original de los delirios como “actos verbales persistentes, no justificables por la lógica y/o la realidad que pretenden suministrar información sobre el mundo o sobre el propio sujeto”. Como ya se mencionó anteriormente, el DSM-IV las define como creencias erróneas que habitualmente implican una interpretación equivocada de percepciones o experiencias. Henri Ey y cols. (1971) consideran que las ideas delirantes son creencias o concepciones a través de las cuales se expresan los temas de las ficciones delirantes; además de ellas, un delirio incluye una serie de fenómenos ideoafectivos en los que éste toma cuerpo: intuiciones, ilusiones, interpretaciones, alucinaciones, exaltación imaginativa y pasional, etc, también llamados, como veremos más adelante, mecanismos del delirio. Con ello, Ey y cols. dan a entender que las ideas delirantes no son meros errores de juicio.

El estudio de los trastornos delirantes implica en primer lugar, dividirlos, según su forma de aparición y su evolución, en agudos, subagudos y crónicos. Sobre este último término, digamos que en la actualidad ha sido sustituido en

general por el de duradero o persistente. En cuanto a la patogenia, se describen los delirios primarios y los secundarios. En el primer caso, las ideas delirantes no parecen derivar de otro problema psicopatológico y su origen no es comprensible para el observador. Tres tipos de fenómenos intervienen en el delirio primario:

1. Percepción delirante: el paciente atribuye un sentido erróneo a una percepción correcta. La despersonalización y el sentimiento de extrañeza con respecto a sí mismo y al entorno, corresponden a este fenómeno.
2. Representación delirante: se inicia con un sentimiento de extrañeza e irrealidad de los recuerdos, los que posteriormente son evocados con significados diferentes a los reales.
3. Emergencia delirante: se trata de creencias y convicciones que aparecen bruscamente en la vida mental del sujeto.

El delirio secundario es comprensible sobre la base de un trastorno mental previo. En este caso se estudian seis posibles formas:

1. Delirio residual: el paciente mantiene la creencia de una parte de la experiencia delirante que vivió durante una psicosis alucinatoria aguda.
2. Idea fija post-onírica: el paciente integra a su vida mental experiencias oníroides que se presentaron durante un delirium.
3. Delirio de explicación: los acontecimientos extraños que se vivieron durante una alucinosis son explicados en forma delirante.
4. Delirio relacionado con trastornos orgánicos cerebrales: se presenta como consecuencia de modificaciones de la comprensión y del juicio y está relacionado con trastornos del nivel de vigilia y de la capacidad intelectual. Ha sido descrito, por ejemplo, en la epilepsia y la demencia.
5. Ideas delirantes holotímicas: el delirio aparece después de una modificación del estado afectivo.
6. Ideas delirantes catatímicas: El delirio se forma y se enriquece a partir de interpretaciones erróneas de una situación motivada por un sentimiento intenso o violento, como el amor, el odio o los celos.

La diferencia entre el delirio primario y el secundario no siempre puede ser establecida en forma precisa. Por otra parte, todos los delirios tienen implicaciones psicosociales que contribuyen a su aparición y a su formulación.

Los trastornos delirantes pueden ser estudiados de acuerdo con su estructura. Si ésta es sólida, inquebrantable, sistematizada, lógica y coherente, recibe el nombre de paranoica. En este caso, el delirio es lógico, comprensible y en general le preceden rasgos de personalidad caracterizados por orgullo, desconfianza, susceptibilidad, rigidez y poca sociabilidad. En el extremo opuesto

se encuentra la estructura paranoide que es laxa, incoherente, incomprensible y carente de lógica. Este tipo de estructura se encuentra en el delirio de la esquizofrenia paranoide. Un lugar que podríamos considerar intermedio entre las dos estructuras descritas, lo ocupa la estructura parafrénica, en la que el delirio también puede ser ilógico e incomprensible pero con la peculiaridad que el paciente, al contrario de lo que sucede en la esquizofrenia, sigue adaptado a su medio y no presenta una desorganización de la personalidad. Se considera, en general, que las alucinaciones, principalmente las auditivas, sólo se presentan en los delirios de tipo paranoide o parafrénico.

Se ha propuesto (Gilliéron, 1976) que un delirio de estructura paranoica fuera denominado *organizado* porque en él los diferentes elementos son dependientes unos de otros. Por el contrario, un delirio *no organizado* correspondería a una estructura paranoide. Dentro de esta misma perspectiva, el delirio de la esquizofrenia se llamaría *autista* puesto que el paciente no presta atención a la realidad. En cambio, cuando la relación del delirio con la realidad se mantiene, recibiría el nombre de *polarizado*. Por último, se denominara *yuxtapuesto* cuando el mundo real coexiste con el mundo delirante.

En los trastornos delirantes también se estudian los mecanismos que subyacen y en cierta manera explican la producción de las ideas delirantes. Se atribuye esta función a fenómenos mentales y perceptivos tales como las alucinaciones (mecanismo alucinatorio); las interpretaciones (mecanismo interpretativo); las intuiciones (mecanismo intuitivo); así como la imaginación (mecanismo imaginativo) y la confabulación (mecanismo confabulatorio). Es de notar que estos mecanismos pueden combinarse, aunque habitualmente prevalece uno sobre los demás.

Los temas a los que el delirio se refiere son múltiples pero es evidente que el más común es el de persecución. Aquí sólo daremos una breve descripción de los que aparecen con mayor frecuencia en la vejez.

Persecución: individuos, grupos o fuerzas extrañas se ensañan con el sujeto con la finalidad de hacerle un daño grave y, en muchos casos, de matarlo.

Perjuicio: en un sentido amplio, el perjuicio puede producirse sobre las pertenencias, la propiedad, la salud y la reputación; por lo tanto, las ideas de perjuicio se refieren a la intrusión de terceros con respecto a la vida privada, la vivienda, el núcleo familiar, los objetos que le pertenecen, el bienestar y la respetabilidad del sujeto. En la senectud su expresión más frecuente es la convicción que diferentes personas, habitualmente vecinos, penetran en la vivienda del paciente, donde mueven muebles y otros objetos con la finalidad de robarle dinero y pertenencias.

Celos: existen rivales que pueden lograr que la persona amada abandone al sujeto. Este tiene la convicción que ha sido, es o será engañado por el cónyuge o el compañero sexual.

Negación: se relaciona habitualmente con la depresión y consiste en negar la existencia de los órganos, del cuerpo, de familiares e incluso de sí mismo.

Erotomaniaco: el paciente tiene la convicción que una persona, en general de posición socio-económica más importante, lo asedia con insinuaciones amorosas.

Dermatozoico: consiste en la convicción delirante de tener el cuerpo infestado de insectos o parásitos.

Desconocimiento: en una primera forma, el sujeto no reconoce o niega su edad real y se atribuye una edad muy exagerada; en otra forma, el desconocimiento se refiere a la negación de la muerte de una persona cercana. Aquí podemos incluir también las identificaciones erróneas de las personas y de uno mismo, como es el caso de la ilusión del doble o síndrome de Capgras. Este fenómeno consiste en la convicción que una persona cercana y muy conocida ha sido substituida por un doble.

Compañero imaginario tardío: el anciano siente la presencia de una persona que lo acompaña, lo protege y con la que, en general, puede conversar.

Cuando se presenta el llamado síndrome de influencia, que corresponde al automatismo mental de Clérambault, el paciente siente que su pensamiento es adivinado, sustraído o impuesto y que alguien repite todo lo que piensa, lee o escribe. También siente que una voz interior comenta sus actos y que las palabras que pronuncia le han sido impuestas. Junto con esta experiencia, en general aparecen alucinaciones, principalmente auditivas y cenestésicas.

Por último, un trastorno delirante puede desarrollarse según dos modalidades. La primera recibe el nombre de desarrollo *en sector* ya que se presenta una idea central (llamada postulado delirante) alrededor de la cual gira todo el sistema delirante. Tal es el caso de los delirios llamados por Clérambault pasionales, es decir el erotomaniaco y el de celos, en los que, según palabras de Ey y cols. (1971), existe un sistema parcial que penetra como una cuña en la realidad. La segunda modalidad de desarrollo se llama *en red* que se observa en algunos delirios parafrénicos y que se caracteriza por el hecho que las ideas delirantes se yuxtaponen para formar una especie de mosaico que se amplía progresivamente.

Características de los trastornos delirantes en la vejez

Después de haber establecido las características principales de los trastornos delirantes del adulto en general, veremos a continuación qué aspectos podrían ser considerados propios cuando su inicio se produce en la vejez. Parece prudente, antes de entrar en materia, recordar las advertencias hechas por Burgermeister y cols. (1970) y que siguen vigentes hasta la fecha. Estos autores adherían al punto de vista de Post (1966) quien recomendaba renun-

ciar a una clasificación elaborada de los trastornos delirantes tardíos y adoptar una posición ingenua que consiste en describir una serie de imágenes clínicas. Burgermeister y cols. insistían sobre la dificultad para cernir la clínica de estos trastornos y señalaban las dos trampas que se presentan al clínico interesado en este campo. La primera deriva del desánimo producido por la creencia que estos padecimientos son polimorfos, su etiología múltiple e innumerales sus formas de transición, a tal grado que, como resultado, el clínico evita el contacto con el enfermo. La segunda trampa, proseguían los autores citados, consiste en una fragmentación excesiva que desemboca en una multitud de entidades clínicas, con la consiguiente introducción de nuevos términos. Los mismos autores advertían también sobre el riesgo de adoptar un enfoque adultomórfico que sólo conduce a un reduccionismo empobrecedor.

Por nuestra parte, quisiéramos añadir una advertencia más a las anteriores. En las dos décadas transcurridas desde la publicación del trabajo de Burgermeister y cols. (1970), se ha producido un fenómeno totalizador, evidente sobre todo en Gran Bretaña y en Estados Unidos, consistente en englobar todos los trastornos delirantes del anciano bajo la misma rúbrica, de esquizofrenia en Estados Unidos o de su equivalente británico, la parafrenia tardía. Existe una afirmación de Addonizio (1995) que ilustra el fenómeno descrito: el diagnóstico de esquizofrenia tardía en los Estados Unidos es equivalente al diagnóstico "europeo" de parafrenia tardía. Nótese en esta aseveración que la "Europa" a la que se refiere el autor se limita a la Gran Bretaña. Esta trampa unificadora ya la haba señalado Post (1992), tal como fue consignado anteriormente y consiste en la insistencia en demostrar que los trastornos delirantes en la vejez pertenecen al grupo de las esquizofrenias y que, cuando esto no sucede, es porque se ha agregado un daño orgánico cerebral.

Por nuestra parte, trataremos de evitar caer en alguna de las trampas descritas y de abordar la problemática de estos enfermos, como bien decían en 1970 Burgermeister y cols., sin ideas nosográficas preconcebidas.

Creemos adecuado empezar la descripción de las características clínicas generales de los trastornos delirantes en la vejez reportando un trabajo de Wertheimer (1993). Este autor indica que el delirio y las alucinaciones expresan fundamentalmente una pérdida relativa del control sobre la realidad. Las cinco instancias encargadas de dicho control y cuya movilización simultánea y coordinada permite la adaptación al medio son: la vigilia, la función sensorial, la función intelectual, la afectividad y la personalidad.

La alteración de la función de una o varias de estas instancias es susceptible de provocar un trastorno delirante. La falla de una sola de ellas puede no ser suficiente, como sucede en el síndrome de Charles Bonnet en el que el defecto sensorial visual provoca las alucinaciones visuales, sin actividad delirante. Para

que ésta se desencadene, añade el autor citado, es necesario que se agregue otra falla, la de la función intelectual, por ejemplo, por un proceso demencial.

Wertheimer enlista posteriormente los padecimientos que derivan de los defectos de cada una de las instancias. De esta manera, el delirium se presenta por una falla en la función de la vigilia. Las alucinaciones visuales de las oftalmopatías y las auditivas de las otopatías, se producen por la alteración sensorial correspondiente. Las ideas de perjuicio aparecen por la falla intelectual que representan los olvidos. La alteración de la afectividad da lugar a la melancolía delirante y, por último, la esquizofrenia tardía es la expresión de una falla de la personalidad.

Como acabamos de notar, Wertheimer es partidario del concepto de la esquizofrenia tardía pero su esquema peca, además, por su simpleza, con una causalidad única y lineal y por su parcialidad, ya que se refiere sólo a algunos de los padecimientos observados en el campo de los trastornos delirantes del anciano. Si lo hemos resumido aquí es por considerarlo de utilidad para abordar los aspectos clínicos generales del tema que nos ocupa.

Para Clément (1994) el trastorno delirante tardío se inicia generalmente en forma insidiosa; puede suceder que se instale después de un estado confusional, en relación a ideas fijas o imágenes residuales post-oníricas. Su sistematización y su estructura dependen de la conservación del estado cognoscitivo. Los temas se refieren a la situación propia del anciano, a sus intereses y a las actividades que realiza. El delirio, de contenido más bien pobre, se centra en el universo y en el cuerpo del sujeto. Los diversos temas pueden ser agrupados en torno a la persecución y el perjuicio: infidelidad, intrusión en la vivienda, robo de los objetos o cambios del lugar de los mismos; y en torno al tema hipocondríaco: persecución por medio de los órganos y su funcionamiento: cuerpo invadido o infestado en el tema dermatozoico. Clément señala también que en el trastorno delirante en la vejez prevalecen los mecanismos interpretativo e imaginativo y pueden presentarse alucinaciones; en su opinión, no son habituales las ideas de influencia ni los fenómenos descritos en el síndrome de automatismo mental, como tampoco lo son los trastornos del pensamiento. En cambio, son frecuentes las alteraciones del estado de ánimo, en general síntomas depresivos que coinciden o alternan con una atenuación de la producción delirante. Con la evolución del trastorno delirante pueden aparecer cambios en la conducta, tales como aislamiento, quejas ante las autoridades, reacciones agresivas.

De las descripciones clínicas generales, hemos encontrado dos que, pese a referirse a la parafrenia tardía, delinean un retrato vivo de los pacientes, por lo que nos parece oportuno introducirlas en este momento. Debemos la primera de ellas a Mayer-Gross, Slater y Roth, quienes en la edición de 1958 de su *Psiquiatría Clínica*, decían que los trastornos paranoides de los viejos, cono-

cidos con el nombre de parafrenia tardía, se presentan como la parafrenia de la edad media de la vida, sobre el fondo de una personalidad bien conservada. No producen deterioro de la personalidad ni del intelecto. Se presentan particularmente en las mujeres y 25% de los pacientes tienen defectos serios de la vista y del oído. Manifiestan ideas de temores, interpretaciones y deseos incumplidos. El sistema paranoide gira en torno a sus propiedades, dinero y deseos sexuales. Las interpretaciones delirantes son floridas y bien sistematizadas y están asociadas a alucinaciones auditivas y visuales.

Pitt (1975) es el autor de la segunda descripción, más detallada y más pintoresca, aun cuando se refiera también a la parafrenia tardía. Según Pitt un paciente típico es una mujer solitaria, parcialmente sorda, excéntrica y sin antecedentes psiquiátricos. Durante su vejez empieza a manifestar una intensa suspicacia hacia sus vecinos, para llegar posteriormente a la convicción de que hablan de ella y la critican. Esta deducción se basa en los gestos y actitudes de los vecinos, sobre todo cuando conversan entre ellos. Después las voces se hacen manifiestas, en ocasiones se hallan confinadas en uno o dos cuartos y en otras, siguen a la paciente por todas partes. La insultan o comentan lo que está haciendo. Siente que la están espiando con aparatos ópticos, cámaras de televisión, radios, micrófonos o grabadoras. Puede sentir que le inyectan gases tóxicos debajo de la puerta o, de repente, pueden aparecer luces extrañas. El agua puede estar envenenada y a veces roban la electricidad de su casa. El autor hace notar que estas ideas delirantes se limitan habitualmente al entorno inmediato, es decir vecinos del mismo piso, del siguiente o de la misma calle.

Suele ser común también que la paciente crea que estos vecinos tienen una maquinaria que funciona día y noche, lo que le impide dormir. No es raro que se presenten ideas de contenido místico o sexual. A veces, existe la creencia que un niño es brutalmente maltratado por sus malvados padres.

La paciente intenta poner fin a todos estos sucesos, sea alejándose, sea denunciándolos a la policía, sea reclamando a los vecinos por su conducta. Otra posibilidad es la decisión de protegerse parapetándose en su casa, tratando de clausurar puertas, ventanas y paredes.

Estas dos descripciones corresponden bastante bien con un tipo de paciente que conocemos en clínica e incluso el retrato pintado por Pitt puede ser visto como la superposición de varias imágenes. Es obvio, sin embargo, que el elemento faltante, tanto en Mayer-Gross y col. (1958), como en Pitt (1975), es el depresivo, el que otros autores han incluido en el cuadro clínico y evolutivo y que nosotros también hemos encontrado en nuestros pacientes.

Es muy probable que intervengan varios factores para que exista esta frecuente asociación entre trastorno delirante y depresión, cuyo parentesco ya habíamos percibido en el apartado de los aspectos psicodinámicos. El primer

factor podría ser el de la propensión notoria durante el envejecimiento a la expresión depresiva en la psicopatología. En segundo lugar, existen casos en los que el trastorno delirante y el afectivo coexisten y cursan de manera más o menos paralela. Estos casos son seguramente los diagnosticados, sobre todo por los autores anglo-sajones como trastorno esquizoafectivo. Así, Howard y cols. (1994) recurrieron a este diagnóstico en 7,9% de sus pacientes. Como tercer factor, digamos junto con Dias Cordeiro (1972), que con frecuencia la reacción y la vivencia ante la historia delirante es de tipo ansioso o depresivo. Las reacciones depresivas en ocasiones se organizan en auténticos cuadros depresivos en los que los intentos de suicidio no son excepcionales. Por último, se sabe que muchos trastornos delirantes del anciano responden mejor a un tratamiento combinado de neurolépticos y antidepresivos que únicamente a los primeros.

Además de su aspecto depresivo, las diversas posibilidades de su expresión clínica ya habían sido destacadas por Halberstadt (1934) a propósito de las psicosis seniles, en cuya etiología, por la acción simultánea de causas exógenas y endógenas –decía– los cuadros clínicos no son bien definidos. Agregaba que existen cuadros mixtos muy complejos en los que se mezclan elementos depresivos y delirantes. Otros autores franceses, entre ellos Léger y Clément (1991), también adhieren a este punto de vista al postular que los delirios de aparición tardía agrupan situaciones clínicas diferentes.

Al intentar reunir las características clínicas generales de los trastornos delirantes en la vejez, nos topamos inevitablemente de nueva cuenta con la disyuntiva nosológica entre escuelas de psiquiatra. De este modo, hay autores (Bronisch, 1965; Müller y Wertheimer, 1981; Addonizio, 1995, entre otros) para quienes todo el campo se reduce a la esquizofrenia tardía. Para otros, como los ya reseñados autores del Instituto de Psiquiatría londinense, la esquizofrenia, cuando aparece tardíamente en la existencia, debe recibir el nombre de parafrenia tardía, ya que tiene características propias, como la neta preponderancia del sexo femenino, la frecuente presencia de una disminución de la agudeza auditiva y del aislamiento social, amén de la posible asociación con una enfermedad orgánica cerebral (Almeida y cols., 1995).

Hay autores, quienes sobre la base de la ausencia de alucinaciones (Naguib, 1992; Lacro, 1993) o de trastornos del pensamiento (Verwoerd, 1976), separan del grupo de la esquizofrenia tardía o parafrenia tardía, los casos que denominan trastornos paranoides o trastornos delirantes. Recordemos también la subdivisión propuesta por Almeida y cols. (1995), en la que el grupo B es más orgánico y menos esquizofrénico que el grupo A.

Los autores franceses, fieles a su tradición, evitan mencionar los términos de esquizofrenia o parafrenia tardías y señalan algunas peculiaridades de los delirios tardíos. Una de ellas es que las modificaciones del estado de conciencia son

susceptibles de favorecer un delirio (Léger y Clément, 1991; Clément y cols., 1993). Tienden, además a referirse a la estructura, los mecanismos y los temas del delirio (Léger y Clément, 1991; Manus y Monfort, 1991; Raynal y cols., 1993), es decir suelen ser más descriptivos que los autores anglo-sajones. Pero al ser descriptivos caen en ocasiones en la trampa de la fragmentación excesiva, como Ferrey y Le Goues (1993), quienes, a partir de dos temas delirantes (persecutorio e hipocondríaco), desmiembran siete diferentes tipos de trastornos delirantes.

Para Clément y cols. (1993), en el anciano el delirio es construido, de estructura paranoica, más o menos sistematizado, características que dependen del nivel cognoscitivo del paciente. Es habitual que la temática delirante haga referencia a la situación del sujeto y a su esfera de intereses y de actividades. Los temas delirantes de persecución, perjuicio e hipocondríaco son los más frecuentes; también lo son los mecanismos interpretativo, imaginativo y alucinatorio.

De acuerdo con los mismos autores, el comienzo del trastorno es insidioso y el contenido delirante es bastante restringido y concreto, centrado en el universo y el cuerpo propio del sujeto. Además, del mismo modo que lo había subrayado Pitt (1975), Clément y cols. indican que en el anciano el delirio se refiere a su entorno inmediato, con temas de robo y de privación y no a persecuciones sistemáticas por parte de una persona o de un grupo. Añaden que, a parte de las alucinaciones auditivas, no existen síntomas de primer rango de Schneider, por lo que no es factible hablar de esquizofrenia tardía, concepto, al igual que el de parafrenia tardía, que sólo conduce a una apreciación adúlteromórfica de los trastornos delirantes del anciano.

El carácter intrusivo de una hospitalización es evocado por Raynal y cols. (1993), a la que estos autores atribuyen el inicio de algunos trastornos delirantes. El anciano, a parte de haberse visto forzado a abandonar su vivienda, ya no puede recibir llamadas telefónicas ni correspondencia, tiene que contar su vida y enseñar su cuerpo. Toma medicamentos cuyo efecto ignora y se somete a tratamientos y estudios que pueden ser dolorosos o molestos. Todo lo anterior puede desencadenar un delirio en quien esté predispuesto.

Dias Cordeiro (1972) reporta un síndrome de intrusión, descrito por Ajuriaguerra y observable en muchos casos de trastornos delirantes del anciano, siendo su ejemplo más notorio, como ya fue indicado, el de las ideas delirantes de perjuicio sobre la propiedad, la salud y la reputación. La intrusión se produce en otras situaciones, variables de acuerdo al tema delirante. Así, las ideas hipocondríacas y las ideas de negación del síndrome de Cotard representan una invasión del interior del cuerpo. En el delirio dermatozoico, la invasión se refiere a la superficie corporal. En el delirio de perjuicio, de celos

y erotómano, la intrusión se produce en el entorno inmediato del sujeto. Por último, en el delirio de persecución, el espacio invadido está más alejado, es decir se trata del espacio mediato.

Por otra parte, puede darse una transición entre la exageración de los rasgos del carácter por el envejecimiento y un trastorno delirante (Post, 1966; Dias Cordeiro, 1972; Clément y cols., 1993). Castro (1993) describe dos casos de este tipo en los que una actitud paranoica (desconfianza, hostilidad, negativismo y aislamiento) se instala como una modalidad defensiva para contrarrestar la pérdida de la autoestima, al proyectar en terceros la responsabilidad de tal pérdida. Por nuestra parte, creemos que las alteraciones caracterológicas descritas no conforman un trastorno delirante en el sentido que le hemos dado aquí. Y sin embargo, es probable que conocer estas evoluciones de los rasgos de carácter, permite, precisamente, diferenciarlas de los trastornos delirantes.

Al comparar dos grupos de delirantes de 14 pacientes femeninas cada uno, de más de 65 años de edad, el primero con un inicio del trastorno antes de los 45 años y el segundo, después de los 65, Gilliéron (1976) encontró que este último, es decir el de los trastornos delirantes en la vejez, presentaba una estructura delirante *yuxtapuesta o polarizada* (según la terminología que utiliza este autor). Además, si bien el tema persecutorio aparecía en la misma proporción en ambos grupos, el de perjuicio era característico del delirio tardío. Gilliéron llega a la conclusión que en el grupo de inicio precoz (equivalente a la esquizofrenia paranoide) se produce una alteración de la personalidad más grave que en los delirantes de inicio tardío. Pero, a la vez, el autor expresa su duda sobre la definición de la psicosis paranoide tardía y de la parafrenia tardía en términos de una manifestación de la esquizofrenia en la edad avanzada.

Delirio de relación de los sensitivos

Para terminar este capítulo, haremos un resumen del cuadro clínico del delirio de relación de los sensitivos, cuya personalidad premórbida fue presentada con anterioridad en esta obra. No lo consignamos aquí porque creemos que este trastorno delirante pueda ser observado en la vejez tal como Kretschmer lo describió en 1919, sino porque pensamos que en el anciano se encuentran con alguna frecuencia elementos, tanto de la personalidad sensitiva, como del delirio correspondiente.

Tal como lo describen Ey y cols. (1971), sobre el fondo de sensibilidad fácilmente impresionable y de vulnerabilidad, correspondientes a la personalidad previa, el trastorno delirante se desencadena a raíz de la acumulación de circunstancias desfavorables, fracasos o conflictos. Una gota de agua hace derra-

mar el vaso, sentencian los autores, y ello se produce con motivo de una discusión, una humillación o alguna otra circunstancia penosa. Añaden que para Kretschmer era un delirio de relación ya que es vivido como la experiencia crucial de un conflicto del sujeto con otro o con un grupo (cónyuge, familia, vecinos, etc.). Es un delirio concéntrico, puesto que el paciente constituye el centro de esta experiencia y de este proceso (en el sentido que le da Kafka) que envuelve y amenaza al sujeto. La experiencia fundamental vivida por estos enfermos, dicen también los autores, es la de ser el objeto de un interés, de una indicación o de una malevolencia particular, enojosa o humillante. Las ideas y los sentimientos delirantes quedan prendidos del acontecimiento que constituye el centro (divulgación de una enfermedad, denuncia de un robo, acusación de una falta de tipo sexual, exclusión de una comunidad, etc). Esta *paranoia sensitiva*, como también se le denomina, se desarrolla habitualmente con angustia y tensión conflictiva y las reacciones del paciente son más depresivas que agresivas. Otros nombres dados a este trastorno han sido los de *paranoia de las amas de llaves* y de *delirio de persecución de las solteronas*.

Sobre este último punto, Estorges y cols., (1993) son de la opinión que en la actualidad este tipo de trastorno delirante se puede encontrar, más que en las amas de llaves o las solteronas, en individuos que viven también en condiciones de vida frustrantes, como es el caso de los migrantes y de los ancianos. A la frustración que conllevan sus condiciones de vida, se agregan en el viejo las alteraciones sensoriales con el consiguiente aislamiento social y, en muchos casos, una disminución de la capacidad intelectual.

Temas delirantes

Perjuicio

Este tema delirante es frecuente durante el envejecimiento y como ya fue referido puede afectar las pertenencias y el dinero, la salud y la reputación. Cuando atañe los bienes, que es lo común, el sujeto tiene la convicción que diferentes personas, habitualmente vecinos, penetran en su vivienda donde mueven o dañan muebles u otros objetos con la finalidad de perjudicarlo y de robarle dinero y pertenencias. Estas ideas se basan en interpretaciones y constataciones erróneas, las que en ocasiones se acompañan del desconocimiento de los objetos propios, como sucede en el síndrome de Capgras. (caso No 8).

El delirio presenil de perjuicio de Kraepelin ya fue descrito en los antecedentes históricos y no insistiremos en él, sino para añadir que para este autor el padecimiento cursaba sin deterioro cognoscitivo ni actividad alucinatoria. Aun cuando puede ser aceptada la realidad clínica de esta entidad en la edad senil,

de la que presentan algunos casos Dias Cordeiro (1970) y Bieder y Leduc (1977), en el anciano es más frecuente la presencia de ideas delirantes de perjuicio, acompañadas de trastornos de la memoria y a menudo de otros temas, como el de persecución. De esta forma, el paciente tiene la creencia que personas, en general cercanas, se introducen en su domicilio, donde desplazan, dañan o roban objetos y dinero. (casos No 8, 9, 10, 13). Otra posible manifestación del perjuicio sobre las pertenencias es la convicción que los familiares tiene la intención de despojar al paciente de su dinero y sus propiedades (caso No 15).

Desde el punto de vista etiopatogénico, el problema que se plantea en estos casos es el de la relación causal entre los trastornos de la memoria, sobre todo la de fijación y de hechos recientes, y la aparición de las ideas de perjuicio. Dicha relación existe en muchos casos, ya que los olvidos determinan que el paciente atribuya a otros los actos que ha realizado, por ejemplo olvida donde guardó sus pertenencias o su dinero y posteriormente no los encuentra. Sin embargo, y como lo señalan Bieder y Leduc (1977), considerar al delirio de perjuicio como una compensación de la deficiencia intelectual (le han robado lo que en realidad ha perdido) representa una concepción intelectualista desmentida por la observación clínica.

Digamos en primer lugar que las ideas de perjuicio pertenecen al síndrome de intrusión, según el término acuñado por Ajuriaguerra (citado por Dias Cordeiro, 1972). Precisamente Dias Cordeiro (1972), al referirse al delirio de perjuicio sin deficiencia cognoscitiva, llamó la atención sobre la frecuencia con la que los pacientes que lo padecen viven en estrechez e inseguridad económicas; además, muchos de ellos viven aislados y sufren de desaferentación social o sensorial, con un estado de ansiedad, siempre presente. En estos pacientes las pérdidas de objeto (familiares y amigos, pérdida de la salud, de la actividad sexual, de la actividad profesional, de recursos económicos), producen sentimientos depresivos y angustiosos, los que a su vez refuerzan los mecanismos de defensa del yo que se siente amenazado.

Cuando se trata de pacientes que presentan trastornos de la memoria, las ideas de perjuicio casi siempre aparecen después de un evento adverso, como la pérdida de un familiar cercano, una hospitalización o la agravación de los trastornos de la memoria o de una enfermedad. Dias Cordeiro considera que el tema de perjuicio debe ser entendido en una perspectiva fenomenológica y psicodinámica, tomando en cuenta tanto el tipo de vivencias del sujeto, como el modo de organización de la personalidad y de los mecanismos de defensa, todo ello dentro del contexto del envejecimiento y la angustia y depresión que conlleva el proceso de deficiencia intelectual, junto con la necesidad de protegerse del mismo. Con esta perspectiva, es posible entender la movilización o el reforzamiento de los mecanismos de defensa del yo, como la sobrecompensación

sación, el desplazamiento, la negación y la proyección. Al desplazar su angustia sobre los objetos dañados o robados, el paciente logra negar de alguna manera la preocupación en torno a su propio deterioro. Al proyectar sobre terceros la responsabilidad de lo que le sucede, se ubica como el centro del interés de los demás y se presenta como buen objeto, es decir como alguien que amerita todavía ser robado y así recibir la envidia y la estima del entorno. En muchos casos, añade Dias Cordeiro, la convicción de que sus pertenencias son robadas no puede ser entendida como una idea paranoide, sino como el resultado de la necesidad del sujeto de luchar contra el aislamiento y de ubicarse de esta manera en el centro del interés de los demás. Gracias a este mecanismo el anciano logra contrarrestar la depresión y la angustia, ya que produce menos angustia pensar *me roban mis cosas que pierdo mis facultades*.

En el caso No 10 de nuestra casuística están reunidos los mecanismos descritos tanto de los pacientes sin trastornos demenciales, como de aquellos que los sufren.

Celos

Existe un rival (en ocasiones son varios) que puede lograr que la persona amada abandone al sujeto. Este tiene la convicción que ha sido, es o será engañado por su cónyuge o compañero sexual.

Según Sánchez Escárcega y cols. (1998), *celos* significaba originalmente en griego *emulación y rivalidad* y podía tener un significado más positivo que negativo al implicar una rivalidad cordial y al relacionarse con la ambición y el deseo de realización. Estos autores sostienen que por influencia del cristianismo, la palabra adquirió un sentido negativo y una connotación peyorativa.

Puede decirse que los celos se refieren a algo que uno tiene y no quiere perder; dentro de esta perspectiva, surgen cuando se considera a la persona amada como una propiedad y serían entonces efecto de la posesividad, el amor propio, la vanidad y la tendencia a controlar a la pareja.

Los celos forman parte de las relaciones humanas y dentro de la relación de pareja cierto grado de los mismos puede ser considerado normal. Sin embargo, como lo subrayó Mullen (1991), en muchos casos no resulta fácil fijar los límites entre los celos normales y los patológicos. Los factores culturales y sociales juegan un papel importante en esta distinción, como por ejemplo en las sociedades en las que la monogamia es un imperativo moral. En ellas los celos son considerados como un factor que protege la integridad de la familia. Mullen es de la opinión que en la sociedad occidental actual han dejado de ser una pasión arraigada en valores sociales y morales para convertirse en una emoción que sólo expresa deseos y preferencias personales. Este autor

afirma de esta manera que en la cultura contemporánea los celos son vistos como indeseables y problemáticos y como un síntoma de inmadurez, posesividad, neurosis o inseguridad. Ser celoso, añade, es una muestra de inestabilidad personal o interpersonal.

Al contrario de la envidia, la que se gesta dentro de una relación dual y es por tanto más primitiva, los celos se inscriben en una relación triangular y por ello tienen raíces edípicas. Su meta es, en consecuencia, poseer el objeto amado y excluir al rival y ya no poseer las cualidades del objeto, como sucede en la envidia. Por otra parte, los celos también pueden ser entendidos como una protesta ante el dolor que provoca el hecho que el compañero sexual no corresponde con la imagen materna inconsciente e idealizada. El sujeto celoso protesta y reclama el amor, la atención y la exclusividad que no pudo obtener de su madre y, a la vez, propicia lo que tanto teme, es decir el alejamiento de su pareja que se siente agredida y tratada injustamente por los reclamos y conductas celosas.

Para Freud, los celos delirantes nacen de impulsos reprimidos de infidelidad con una persona del mismo sexo y la forma de defenderse de este impulso homosexual, en el caso del varón, estaría resumida en la fórmula: *yo no soy quien lo ama, ella lo ama*.

En su forma pura, el delirio de celos –al igual que el erotomaniaco, con el que forma los delirios pasionales– tiene las mismas características de los delirios de reivindicación (de los querellantes, los inventores y los apasionados idealistas) y puede ser ubicado dentro de los trastornos de tipo paranoico. Por lo tanto, se caracteriza en primer lugar por una *exaltación*, manifestada por su exuberancia e hiperestesia. Presenta, además, una *idea prevalente* que subordina todos los fenómenos psíquicos y todas las conductas a un *postulado fundamental* (de Clérambault, 1942). Por último, el delirio se desarrolla *en sector*, es decir constituye un sistema parcial que se inserta como una cuña en la realidad. En esta forma paranoica del delirio de celos, el sujeto se siente trágicamente burlado y abandonado, por lo que contraataca: de perseguido se vuelve perseguidor. El delirio celotípico con esta estructura paranoica no es frecuente y tampoco lo es durante el envejecimiento.

Desde el siglo XIX se ha observado que las ideas de celos aparecen con frecuencia en sujetos alcohólicos, a tal grado que se llegó a considerar que eran patognomónicas del abuso de alcohol, sobre la base de una disfunción eréctil, provocada por la intoxicación etílica. Sin embargo, hay alcohólicos que desarrollan un delirio de celos sin trastornos de la erección. Las celotipias de los alcohólicos son casi exclusivas del sexo masculino.

La convicción o sospecha de la infidelidad del cónyuge, propia del trastorno delirante de celos, se acompaña de lo que Docherty y Ellis (1976) han deno-

minado *síntomas accesorios*. Uno de ellos es el hostigamiento constante del cónyuge mediante la observación y vigilancia meticolosos para descubrir las pruebas de la infidelidad. Otro es la alternancia de rabia y remordimiento; durante la primera, pueden presentarse agresiones físicas que en ocasiones desembocan en homicidio. En la fase de remordimiento el sujeto está arrepentido de su conducta, pide perdón a su víctima y está en riesgo de suicidio.

En los ancianos, los celos patológicos constituyen el segundo tema delirante más frecuente, después del persecutorio (Jorgensen y Munk-Jorgensen, 1985). En general, aparecen más tardíamente en la existencia, son mucho más frecuentes en los varones (Musalek y cols., 1989; Soyka, 1992) y su pronóstico es más sombrío (Jorgensen y Munk-Jorgensen, 1985; Soyka, 1992). En opinión de Musalek y cols. (1989, citado por Soyka y cols., 1991), la aparición tardía de los celos delirantes podría deberse a que el individuo, después de una fase previa que este autor llama de *lucha por la posición social*, se encuentra confrontado en la vejez a la relación con su pareja, lo que exacerba la ambivalencia que caracteriza a toda relación afectiva.

Se han descrito rasgos de personalidad premórbida que predisponen al delirio de celos, como sentimientos de inferioridad, de insuficiencia y de incapacidad, particularmente notorios en hombres que dudan de su capacidad eréctil o comprueban su disminución debida al envejecimiento o al alcoholismo (Langfeldt, 1961). Se han invocado otros factores de personalidad que contribuyen a la aparición de los celos patológicos: sensibilidad, suspicacia, rasgos antisociales o paranoides y baja autoestima (Soyka y cols., 1991; Soyka, 1992). Para Breitner y Anderson (1994), un antecedente común es la presencia de una enfermedad física que causa dependencia, restringe la autonomía de los pacientes y que lleva con frecuencia a la interrupción de la actividad sexual; el resultado es una merma de la autoestima, a la que contribuye también la diferencia de edad, sobre todo si ésta se encuentra acentuada por el aspecto físico y la funcionalidad. Estas características pueden contrastar con la actividad, funcionalidad y buena salud del cónyuge más joven, blanco de las celotipias, como es dado observar en nuestro caso No 4.

Es evidente muchas veces que el sujeto recurre a la proyección con el fin de mitigar fuertes sentimientos de culpa, en base a infidelidades del pasado o a deseos e impulsos de ser infiel (Soyka y cols., 1991; Soyka, 1992). En ocasiones, se encuentran antecedentes de desajustes sexuales y de conflictos en la relación de pareja (Soyka, 1992).

Como lo señala Langfeldt (1961), en su estudio clásico sobre el tema, los celos patológicos pueden ser desencadenados por una enfermedad orgánica cerebral, una intoxicación crónica, habitualmente por alcohol, o una psicosis. Este autor señala que las ideas delirantes de celos pueden aparecer durante

una depresión mayor, sobre la base de sentimientos de inferioridad, incapacidad y culpa. Esta última suele estar relacionada con conductas sexuales del pasado y proyectadas en el cónyuge.

La asociación frecuente entre una enfermedad orgánica cerebral y las ideas delirantes de celos ha sido reportada por otros autores (Soyka y cols., 1991; Soyka, 1992; Breitner y Anderson, 1994). Su presencia en la demencia es un hallazgo común, con una prevalencia de 2,3% (Méndez y cols., 1990) a 4,2% (Reisberg y cols., 1989, citado por Tsai y cols., 1997) En la enfermedad de Alzheimer las ideas de celos fueron descritas desde el caso princeps de quien le diera nombre al padecimiento (Alzheimer, 1906). En las demencias en general, son las ideas delirantes más frecuentes, después de las de robo (Cumplings, 1987; Tsai y cols., 1997). Suelen asociarse con otras ideas delirantes, de robo o persecución y con alucinaciones visuales; se presentan en cualquiera de las fases evolutivas de la demencia (Tsai y cols., 1997). Al igual que otros temas delirantes, el de celos es poco elaborado en la demencia y en ocasiones puede tener características extrañas, como la convicción de que el cónyuge mantiene una relación incestuosa con un hijo (Soyka, 1992). Con frecuencia, la convicción delirante celotípica, firmemente arraigada y sostenida con vehemencia, está en contradicción flagrante con las características físicas y de personalidad del cónyuge de quien se sospecha la infidelidad.

Tanto en los ancianos sin trastornos demenciales, como en los que los presentan, los celos patológicos generan conductas de hostigamiento, vigilancia y agresión, como en el caso No 4 de nuestra casuística.

Negación y desconocimientos

Bajo esta rúbrica reunimos diversos fenómenos psicopatológicos, aparentemente de diferente índole y que decidimos tratar conjuntamente ya que en cuadros tan dispares como la negación de la existencia de órganos corporales, la convicción delirante de una longevidad descomunal, la negación del deceso de un ser querido y la ilusión de los dobles y sus sucedáneos, existe un denominador común: la negación de una realidad. En los dos primeros casos, el paciente niega la realidad que se refiere a su propio cuerpo y a su edad. En los demás, la negación atañe a otras personas, por regla general cercanas, y con las que ha establecido lazos afectivos; tal sucede en la negación del deceso de un ser querido y en la negación de la identidad de personas allegadas. Este punto de vista es cercano al que expresó Vié (1944) en su estudio intitulado *Méconnaissances systématiques*. El término francés *méconnaissance* plantea un problema semántico, ya que no tiene equivalente en castellano (en todo caso, *desconocimiento* se aproxima a su significado), como tampoco lo tiene el término

inglés *misidentification*, utilizado para referirse al síndrome de Capgras y sus similares, y que corresponde a falsas identificaciones. En el léxico psicoanalítico la palabra *déni*, con la que se tradujo al francés el término freudiano *verleugnen* parece ser la que concuerda mejor con la *negación* como la utilizamos aquí. Laplanche y Pontalis (1977) definen *déni* de acuerdo a la concepción original de Freud, como “el modo de defensa consistente en que el sujeto rehúsa reconocer la percepción de una realidad traumatizante”.

Sobre la base de este denominador común de los temas delirantes que implican una negación, y siguiendo a Vié, formularemos algunas consideraciones psicopatológicas. La primera se refiere al papel de la memoria en los desconocimientos. Estos, como falsos reconocimientos, y con excepción de los estados confusionales y de la demencia, no implican amnesia, sino que la alteración consiste en un rechazo a evocar. Los pacientes reconocen pero se niegan a identificar a las personas con las que tienen lazos afectivos, como sucede en la ilusión de los dobles. Además, acumulan detalles insignificantes para justificar, en base a su convicción delirante, la imposibilidad de identificar a esas personas.

Los fenómenos de negación se prolongan hasta lo que Vié denomina “el triple signo de la oposición franca, la pasividad conservadora y la incertidumbre abstencionista”. La primera de ellas, la oposición, manifestada notoriamente en la esquizofrenia como oposicionismo, se hace patente, como veremos, en el síndrome descrito por Capgras quien la llamó *locura de oposición*. En ésta, el sujeto rehúsa la realización de los actos cotidianos. En lo que se refiere a la pasividad, su manifestación más clara se observa en la negación del deceso o de la ausencia de una persona cercana. Se produce por la incapacidad del paciente de adquirir conductas adecuadas en situaciones nuevas. Vié cita a Pierre Janet que demostró lo difícil que resulta liberarse de las conductas adquiridas con respecto a un ser vivo y que deben ser abandonadas cuando la persona fallece. En cuanto a la incertidumbre, ha sido observada en su máxima expresión en la atmósfera de los asilos psiquiátricos que coloca en planos muy próximos lo real y lo virtual. El pensamiento deja de mantenerse en contacto con el objeto, de serle adecuado y coextensivo. La incertidumbre subyace a muchos desconocimientos y da origen al tema de negación del deceso.

Vié presenta el caso de una paciente, Lucienne S., en cuya evolución se añadió el desconocimiento de tipo Capgras, al delirio de negación melancólica con el que se había iniciado el cuadro clínico. En esta primera fase, la paciente afirmaba que no tenía nada en su cuerpo, que no tenía órganos y que viviría eternamente. En una segunda fase, además de las ideas delirantes melancólicas (soy una basura, me incinerarán, soy una inútil), la paciente negaba su propia identidad y la de personas cercanas (sólo soy el doble de S.

(ella misma); la señora S. (su madre) no es mi madre; no conozco al señor P. (su marido). El autor aclara, con toda razón, que con estos desconocimientos la paciente no negaba la existencia de su madre ni de su marido, sino la relación que la ligaba a ellos.

Vié considera que la negación y los desconocimientos representan una reacción de defensa de la personalidad. De esta manera, si hay una emoción intensa cuando alguien se va o llega o cuando un cambio inesperado interrumpe de manera brutal el decurso del psiquismo habitual, se produce una sensación de vacío. Entonces, la nueva percepción de los objetos y de las personas (también de uno mismo, agregaríamos) ya no puede superponerse a la que se tenía con anterioridad.

Los desconocimientos se presentan en diferentes grados y niveles. A nivel físico se observan, por ejemplo, en la anosognosia (síndrome de Antón-Babinski) en la que el sujeto niega su hemiplejía izquierda y en la negación de órganos del síndrome de Cotard. También se puede negar un trastorno mental o los acontecimientos contemporáneos que afectan directamente al paciente, como un fallecimiento o una ausencia. La ilusión de los dobles constituye un paso más en este deshacerse de aquello que confiere la pertenencia. Según Vié existe una jerarquía de estas cubiertas sucesivas de las que se deshace la personalidad, de acuerdo a la gravedad de cada caso, para salvaguardar así su núcleo más íntimo. Dentro de esta óptica, el desconocimiento representa un esfuerzo supremo para eliminar lo accesorio y todo lo que se opone a la permanencia de la unidad del yo. Se puede comparar, añade el autor, a la conducta de los animales que abandonan una parte de su cuerpo para poder huir y salvar la vida.

a) Delirio de las negaciones (síndrome de Cotard)

Es bien conocido el hecho que en la depresión mayor, melancólica, pueden presentarse ideas delirantes que han sido llamadas “congruentes con el estado de ánimo”. En un primer grupo, se trata en realidad de ideas depresivas como las de culpa, las autoacusaciones y las ideas autodevaluatorias que adquieren su carácter delirante por su oposición evidente con la realidad y por la convicción que de ellas tiene el sujeto (Navarre y cols., 1993). De este modo, pueden observarse autoacusaciones delirantes que carecen de fundamento e ideas hipocondríacas, de negación o transformación de órganos, de duelo, ruina, indignidad, incurabilidad y catástrofe. En un segundo grupo, las ideas delirantes se articulan con las ideas depresivas como en el caso de las ideas de influencia maléfica y de posesión diabólica; también se incluyen aquí las ideas de persecución congruentes con el estado de ánimo, es decir cuando el pacien-

te encuentra que la persecución de la que es objeto se justifica debido a las faltas que cometió y que debe pagar. Como lo señalan Navarre y cols. (1993), la diferenciación clínica de estas dos formas y de las ideas delirantes que no son congruentes con el ánimo tiene implicaciones terapéuticas evidentes. En efecto, es sabido que un tratamiento basado sólo en la administración de neurolépticos es susceptible de agravar la depresión y que la dilación en instaurar un tratamiento antidepressivo aumenta el riesgo de un acto suicida.

En el caso específico de la depresión en la vejez, Meyers y Greenberg habían postulado en 1986 que la frecuencia de las formas delirantes del padecimiento aumentaba con la edad. Este hallazgo no fue confirmado por Nelson y cols. (1989) ni por Baldwin (1995). Este último autor, en una serie de 34 pacientes ancianos con depresión delirante, comparada con un grupo de deprimidos sin ideas delirantes, encontró que en los primeros un factor de riesgo importante era ser soltero, en particular en el sexo masculino. Los temas delirantes más comunes fueron el persecutorio y el hipocondríaco. Las ideas de culpa aparecieron como las segundas en importancia en aquellos pacientes que referían más de un tipo de tema (persecutorio, hipocondríaco y de referencia). En los varones las ideas más comunes fueron las hipocondríacas y en las mujeres, las persecutorias.

El síndrome de Cotard, término que hace honor al autor que lo describió y denominó *delirio de las negaciones*, amerita una descripción a parte. Como lo señalan Le Roux y Rochard (1986), la historia de este síndrome se inició el 28 de junio de 1880, cuando Jules Cotard presentó ante la Sociedad Médico-Psicológica de Francia un trabajo intitulado *El delirio hipocondríaco en una forma grave de melancolía ansiosa*. En él, Cotard describía el caso clínico de una mujer de 43 años que afirmaba no tener cerebro, nervios, pulmones ni intestino, por lo que sólo era piel y huesos. Además de negar la existencia de Dios o del Demonio, refería que no necesitaba alimentarse ya que era eterna y viviría para siempre. Solicitaba ser quemada viva y había hecho varios intentos de suicidio. Cotard reconocía las descripciones anteriores realizadas por Esquirol, Morel, Kraft-Ebing y Baillarger, entre otros*. Creyó que su paciente padecía de una forma nueva de lipemania, entidad descrita por Esquirol y que sólo estaba parcialmente relacionada con la depresión psicótica.

* Förstl y Beats (1992) reportan la descripción hecha por Charles Bonnet en 1788 de una paciente de cerca de 70 años que además de una "paramnesia reduplicativa" (término utilizado por Pick para el desconocimiento del lugar similar a fenómenos observados en el síndrome de Capgras), presentaba un "delirio de Cotard", relacionado con una lesión cerebral y consistente en la convicción de estar muerta. Este concepto de *Cotard's delusión* fue criticado por Berrios y Luque (1995).

El cuadro clínico del delirio hipocondríaco descrito por Cotard constaba de seis tipos de síntomas: 1) Ansiedad melancólica. 2) Ideas de damnación y posesión. 3) Propensión al suicidio y a las automutilaciones. 4) Analgesia. 5) Ideas hipocondríacas de inexistencia o destrucción de diversos órganos, del cuerpo en su totalidad, del alma, de Dios, etc. 6) Ideas de no poder morir nunca. El autor integró posteriormente a este cuadro lo que llamó la *locura de oposición*, caracterizada por oposicionismo a realizar acciones como cambiarse de ropa, hablar, alimentarse, orinar, defecar. En el último artículo de la serie de cuatro publicados por Cotard entre 1880 y 1888, el autor añade a los síntomas anteriores la idea de *enormidad*, en la que el enfermo tiene la convicción que su cuerpo, en particular sus extremidades, adopta la dimensión del Universo, con el que se confunde.

El delirio nihilista de negación puede referirse al propio paciente, cuando éste tiene la convicción que carece de estómago y de cerebro, no come ni digiere. Una paciente descrita por Le Roux y Rochard (1986), tenía la impresión de no existir, no tener cuerpo, de ser transparente o invisible; decía “ya no tengo recuerdos ni memoria, no soy nadie...”. Pero el delirio de negación también puede afectar el mundo externo, cuando el enfermo siente que no tiene familia, ni país y que el mundo ya no existe.

A finales del siglo XIX y a lo largo del siglo XX, se ha discutido mucho alrededor del delirio de negación de Cotard. La discusión giró en torno a su realidad nosológica, a su relación con la depresión mayor y a la posibilidad de observarlo en otras enfermedades, como la esquizofrenia, la parálisis general progresiva, el delirium y la demencia. Para algunos autores, como Henri Ey (citado por Le Roux y Rochard, 1986), existirían formas más acordes con un trastorno delirante, sea de tipo parafrénico, sea paranoico.

En un intento por esclarecer estos puntos de controversia, Berrios y Luque (1995), revisaron 100 casos recopilados en la literatura científica y encontraron que la mayoría de los pacientes (89%) padecían de depresión; las ideas de negación más comunes se referían al cuerpo (86%) y a la propia existencia (69%). También eran frecuentes la ansiedad (65%), la culpa (63%), las ideas delirantes hipocondríacas (58%) y de inmortalidad (55%). De un análisis factorial exploratorio, los autores extrajeron tres factores: 1) Depresión psicótica que incluye a los pacientes con melancolía y pocas ideas de negación. 2) Cotard tipo I que no parece ligado a la depresión u otras enfermedades y que podría ser considerado como una forma “pura”, más cercana a los trastornos delirantes que a los trastornos afectivos. 3) Cotard tipo II en el que se presenta ansiedad, depresión y alucinaciones auditivas y que constituye un grupo mixto. Berrios y Luque concluyen que el delirio de las negaciones ha sido considerado más un síndrome que una nueva entidad nosológica y que no hay evidencia que la pre-

sencia de todos los elementos de su constelación clínica podría ser indicio de la presencia de una depresión o de la severidad de la misma.

Por su parte, Hamon y Ginestet (1994) reportan cuatro casos clínicos de delirio de negación, dentro de un contexto melancólico, que presentaron una remisión completa con un tratamiento electroconvulsivo. Subrayan la eficacia de esta terapéutica, por lo menos en los enfermos que padecen una depresión mayor concomitante. Mencionemos todavía la aportación de Camus y cols. (1995), a propósito de cinco mujeres ancianas melancólicas que presentaban la idea delirante de estar embarazadas; los autores plantean la posibilidad de que estos casos podrían estar relacionados con el síndrome de Cotard. Por último, nuestra paciente No 22 ilustra las ideas de tipo Cotard en una depresión mayor.

b) Delirio de longevidad

En su trabajo de tesis, Dias Cordeiro señala que en el estudio clínico que realizó observó “la existencia de un síndrome particular de negación delirante, la negación de la edad, asociada a la convicción de longevidad. En nuestros pacientes, agrega el autor, este elemento delirante se acompaña, en la mayoría de los casos, de otros temas delirantes y aparece sobre un fondo de angustia muy importante”. Presenta dos ejemplos clínicos del trastorno. Ambos pacientes tenían una evidente deficiencia cognoscitiva (trastornos de la memoria con confabulación, en un caso y desorientación temporoespacial, en el otro) y manifestaban ideas delirantes de perjuicio y persecución. El primer paciente afirmaba tener 120 y 250 años, en tanto el segundo decía tener 900 años de edad.

Por nuestra parte, en un artículo publicado en 1973 en colaboración con Esquerri, reportamos el caso de una paciente de 71 años que decía tener 150 años y aseguraba que nunca moriría. Afirmaba además que su madre, ya muerta, la esperaba en su casa y que tenía la edad de 300 años.

Tal como lo señala Oules (1970), el envejecimiento plantea el problema de la proximidad de la muerte y por ende, el de las pulsiones destructivas opuestas a las eróticas. Resulta difícil disociar entonces qué parte corresponde a la atracción que ejerce la muerte o su rechazo y qué otra pertenece al instinto de conservación o a la necesidad de amor. La proximidad de la muerte despierta reacciones ambivalentes, entre los polos del temor y del deseo. A lo anterior se agrega, siempre según Oules, la evolución de las nociones de tiempo y espacio durante la vejez, acortándose el primero y estrechándose el segundo. Se produce una especie de desgaste porque lo que parecía inmenso y muy prolongado en la infancia, ahora aparece muy pequeño y breve.

Dias Cordeiro (1972) señala que la perspectiva de un fin próximo es vivida más intensamente en ancianos jubilados que viven en residencias, separa-

dos de sus familiares y en contacto permanente con otros ancianos, a los que ven sufrir y morir. La relación con los hijos y los nietos, ausente en esos casos, confiere habitualmente una idea de continuidad y de trascendencia a través de la familia, que mitiga la angustia de una muerte próxima. La negación de la muerte, concluye el autor, representa una lucha contra la angustia profunda que desencadena la proximidad de la muerte y el intento de una realización delirante del deseo de no morir.

Además, es posible considerar, junto con Vié (1944) y como ya fue subrayado a propósito de las negaciones y desconocimientos en general, que en el delirio de longevidad el individuo que niega su edad se despoja de algo que se opone a la persistencia de la unidad del yo. De este modo, una longevidad descomunal podría ser vista como una resistencia eficaz de la personalidad y como un *triumfo delirante* sobre la muerte.

c) *Negación del deceso*

La negación del fallecimiento de un ser querido puede presentarse según diversas modalidades, desde una disposición general a negar todo (objetos, personas, acontecimientos); o dudas que tienden a persistir, sin dar lugar a un delirio; hasta una convicción inquebrantable, organizada en un sistema delirante.

La negación del deceso puede ser inmediata o retrospectiva. En el primer caso, el paciente, en presencia del cuerpo o del féretro del ser querido, empieza a dudar de la identidad del fallecido o de la veracidad de su muerte. Después de repetidas y prolongadas vacilaciones, la duda se convierte en convicción inquebrantable. Así, una paciente descrita en 1934 por Baudoin y Briau (citados por Dias Cordeiro, 1972), con retardo mental y alucinaciones, creía reconocer a su hija muerta en otra enferma hospitalizada y decía que al besar a su hija en el féretro, había percibido que no estaba fría. La negación retrospectiva se observa cuando la noticia de la muerte ha sido aparentemente bien aceptada, en ocasiones con indiferencia, y posteriormente es negada en forma delirante. La convicción se acompaña de conductas de espera o visita del difunto y de explicaciones con respecto a los motivos por los cuales el retorno no se produjo.

Baudoin y Briau (también citados por Dias Cordeiro), mencionan que la negación del deceso puede presentarse también en personas recluidas en una institución asilar. La atmósfera de incertidumbre e irrealidad que rodea al interno lo sustrae del control de lo que sucede en el exterior de la institución. De esta manera, recibe la noticia pasivamente, sin tomar realmente conciencia de ella y la muerte es entonces negada.

Las situaciones descritas deben ser consideradas como manifestaciones de un duelo patológico que se inscribe sobre un trastorno previo de la personali-

dad (yo débil y narcisista, inmadurez y avidez afectivas) y dentro del contexto de una alteración mental grave, una psicosis o una demencia.

Cabe recordar aquí que en el duelo patológico, la pérdida de objeto constituye el punto de partida cronológico y etiológico de una enfermedad mental, neurótica o psicótica. El duelo patológico no consiste en una reacción psíquica o somática anormal, sino en una organización del duelo que conduce a un estado patológico. La diferencia principal entre el duelo patológico y el duelo complicado, reside en que el segundo, si bien el desarrollo del duelo es anormal, no desemboca en una enfermedad mental. En las diferentes formas de duelo patológico encontramos toda la gama nosológica de las enfermedades mentales. Quizá la forma más espectacular es el acceso maníaco (manía de duelo) que se presenta después del deceso de un ser querido; en general es breve y siempre desemboca en un cuadro de depresión mayor. Lo mencionamos aquí ya que en estos accesos maníacos, el doliente siempre considera que el difunto sigue vivo. En las tres modalidades de duelo (normal, complicado y patológico), está presente la negación, entre otros mecanismos propios del trabajo de duelo. Este último, según Hanus (1969), siempre va en el mismo sentido, de la no aceptación a la aceptación, pero en el duelo normal la negación es transitoria porque prevalece el principio de realidad. En cambio, en el duelo patológico delirante, triunfa el principio de placer y falla la prueba de realidad. La regresión es profunda y, como señala el mismo autor, lo que el doliente normal vive en sueños, el psicótico lo vive en la realidad, a tal grado que podría decirse que se trata de una *psicosis alucinatoria del deseo*. Cuando persiste el delirio, se estructura alrededor del rechazo de una parte de la realidad, lo que conlleva una reorganización delirante del mundo, en el que el difunto permanece vivo.

Otra forma de negar la realidad, en este caso interna o psíquica, consiste en la negación del afecto: el sujeto no siente aflicción. Percibe la realidad dolorosa pero no quiere interesarse en ella, es como si el muerto no hubiese existido para él o mejor dicho, como si el sujeto no hubiera establecido lazos afectivos con el difunto.

d) *Desconocimientos y falsas identificaciones*

Con el término *desconocimientos* nos referimos a los síndromes que en francés han recibido el nombre de *méconnaissances* y que engloban, a parte de los fenómenos que aquí serán descritos, a otros como la negación de órganos, la negación del deceso y el delirio de longevidad que ya fueron tratados. El término inglés *misidentification* que significa identidad falsa o errónea, corresponde con más exactitud al tema delirante que se desarrollará en este apartado.

Cuatro son las variedades que se incluyen en este grupo:

1. El síndrome de Capgras o *ilusión de los dobles* (*illusion des sosies*, en francés), descrito en 1923 por el autor que le dio su nombre y que consiste en la convicción que algunas personas, en general familiares cercanos, han sido sustituidos por otras idénticas o casi idénticas, las que de esta manera se convierten en impostoras. En algunos casos, el error de identificación se refiere a objetos, por ejemplo los muebles, el propio domicilio o animales domésticos que no son los auténticos y han sido cambiados.
2. El síndrome de Frégoli, denominado así en honor a un célebre actor, en el que el paciente cree que personas cercanas se disfrazan con la finalidad de perjudicarlo.
3. El síndrome de intermetamorfosis en el que la convicción es de que los demás intercambian su aspecto físico y su forma de comportarse.
4. El síndrome del doble subjetivo, cuando es el propio paciente quien cree tener un doble que actúa independientemente de él.

Estos fenómenos, sobre todo la llamada *ilusión de los dobles*, han hecho correr mucha tinta antes y después de la descripción que le dio fama a Capgras. Autores anteriores, de apellidos célebres en Psiquiatría, los habían estudiado antes de 1923; tal es el caso de Kahlbaum (1866), Magnan (1893); Janet (1903); Kraepelin (1904) y Bessiere (1913). La bibliografía posterior a la descripción de Capgras es extensa y destaca en ella un número especial de la revista *Psychopathology* en 1994 que reúne los 25 trabajos de la primera reunión internacional sobre el tema (*Delusional misidentification syndromes*) que se había realizado un año antes en el Hospital de Sainte-Anne, en París.

Weinstein (1994), uno de los participantes de dicha reunión, después de afirmar que los falsos reconocimientos se caracterizan por la creencia en duplicaciones y sustituciones, propone una clasificación de los mismos. De este modo, la reduplicación de personas y objetos incluye a los síndromes de Capgras y Frégoli y la reduplicación de sí mismo se refiere al síndrome del doble subjetivo y también al fenómeno de la autoscopia (visión de sí mismo). Parece necesario señalar que la intención de ser abarcativo del autor, lo llevó a considerar que manifestaciones como la autoscopia, la paramnesia reduplicativa, el fenómeno del *deja vu* y la anosognosia de los hemipléjicos pertenecen al grupo de las falsas identificaciones, cuando en realidad hay consenso entre otros autores para darles un lugar aparte, aunque guardan semejanzas con ellos. Lo mismo puede decirse de la prosopagnosia o agnosia de las fisonomías.

Otro trabajo de la misma reunión, presentado por el grupo de Mannheim-Londres (Förstl y cols., 1994), aborda el problema de las falsas identificaciones

en la enfermedad de Alzheimer e incluye en ellas a dos fenómenos que difícilmente pueden ser definidos como tales. Es el caso del *huésped fantasma* (*phantom boarder*) que consiste en la creencia que huéspedes imaginarios viven en el domicilio del paciente y el *signo de la televisión*, en el que las imágenes de la televisión, en particular las de sus personajes, tienen una existencia real.

Como lo señalaron Marková y Berrios (1994), también durante la reunión de Sainte-Anne, en las falsas identificaciones se han integrado fenómenos clínicos dispares y se hizo demasiado énfasis en su contenido, a la vez que se descuidó su forma. Estos autores subrayan que un mismo contenido, por ejemplo, la ilusión de los dobles, puede aparecer en situaciones clínicas tan diferentes como la esquizofrenia y la demencia. La forma es el medio con el que el contenido es expresado, es decir el punto de convergencia en la que aparecen asociados los aspectos objetivos y subjetivos de la expresión verbal, el afecto y la conducta. Así, las duplicaciones pueden ser vividas de diferente manera, con tranquilidad, con cierta indiferencia o bien con intensas emociones, de acuerdo al contexto clínico en el que aparecen.

Los desconocimientos y falsas identificaciones, con el síndrome de Capgras a la cabeza, han sido descritos tanto en los trastornos psiquiátricos funcionales como en los orgánicos. Dentro de los primeros, la esquizofrenia, en particular en su forma paranoide, ocupa el primer lugar. Se ha encontrado, asimismo, en los trastornos delirantes y en los del estado de ánimo, como el trastorno bipolar y la depresión mayor. En la patología orgánica cerebral el síndrome de Capgras puede observarse en la demencia de tipo Alzheimer (Kumar, 1987; Lipkin, 1988; Förstl y cols., 1991; Méndez, 1992; Förstl, 1994); en la demencia con cuerpos de Lewy (Baldwin y cols., 1995); y en la demencia vascular (Oyebode y cols., 1996). En las lesiones orgánicas cerebrales circunscritas, se ha insistido en la localización, por ejemplo de infartos cerebrales, en el hemisferio derecho, en particular en los lóbulos frontal, temporal y parietal (Rapcsak y cols., 1994). Ha sido descrito además en la diabetes, el hipotiroidismo, la epilepsia temporal, la deficiencia de vitamina B12 y la encefalopatía hepática (Lipkin, 1988). Las falsas identificaciones pueden aparecer a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud. Förstl y col. (1991) contaron en la literatura publicada de 1960 a 1991, 212 casos, de cuales 45 eran mayores de 60 años, 30 de ellos con afecciones orgánicas cerebrales.

No es raro que coexistan dos formas, por ejemplo los síndromes de Capgras y de Frégoli (Weinstein, 1994). También ha sido reportada la asociación con otros temas delirantes: síndrome de Frégoli con ideas de celos (Sanati y Mojtabai, 1993), erotomaníacas (Carter, 1995), y de negación de órganos (Förstl y cols., 1991). Ha sido descrito un caso de delirio compartido por una madre con su hija (Christodoulou, 1995).

En la forma clásica del síndrome de Capgras durante la evolución de enfermedades psiquiátricas (esquizofrenia, trastornos delirantes y trastornos del ánimo), el paciente expresa la convicción que una persona cercana con la que tiene fuertes lazos afectivos (cónyuge, hijo, hermano) ha sido sustituida por otra casi igual y a la que no reconoce como tal, en base a detalles físicos, de su manera de ser o de su conducta. No se trata de una copia totalmente fiel, no es un doble “exacto”, ya que existen diferencias sutiles que lo distinguen del original. Por ese motivo, Todd y cols. (1981) afirman que sería más adecuado referirse a “impostores”, como de hecho los denominan la mayoría de los pacientes, que a “dobles”. Estos autores citan a Davidson, quien describió el caso de un paciente que había notado diferencias en la conformación de los genitales de la mujer que usurpaba el lugar de su esposa. Con menos frecuencia, las personas que fueron sustituidas por dobles forman parte del personal que atiende al paciente, como enfermeras y médicos. Como dice Benson (1983), el problema en el síndrome de Capgras no es el de un falso reconocimiento, sino de la negación delirante de la autenticidad de la identidad de la persona; ésta, en realidad, es reconocida pero no es identificada como tal. Es la imposibilidad de identificar a una persona, siendo identificadas correctamente otras personas del entorno. No es posible confundir el síndrome de Capgras con la prosopagnosia, ya que en ésta la persona no es reconocida en base a su fisonomía pero es posible reconocerla por medio de otras características personales, como la voz.

En el síndrome de Frégoli, en el que el sujeto identifica a sus perseguidores en personajes sucesivos, se puede hablar de falsos reconocimientos, lo mismo que en la intermetamorfosis, en la que las personas se transforman unas en otras (Enoch, 1963).

Mucho se ha discutido, sobre todo a propósito del síndrome de Capgras, alrededor de los mecanismos psicodinámicos subyacentes a las falsas identificaciones. Los argumentos evocados con más frecuencia se basan en los sentimientos de despersonalización y extrañeza, por ejemplo en la esquizofrenia, y que son proyectados en personas afectivamente cercanas. A lo anterior, se sumaría la utilización del mecanismo arcaico de la escisión para contrarrestar el efecto de la ambivalencia, el doble se convierte en el objeto malo, en tanto el original es preservado como objeto bueno. La observación clínica parece dar sustento a esta hipótesis. El doble es considerado, en general, un impostor, con cualidades inferiores al original que está ausente y ha sido idealizado. De acuerdo con Todd y cols. (1981), el doble permite expresar la hostilidad hacia el objeto original sin sentir culpa, en tanto Benson plantea la puesta en marcha del mecanismo de escisión sobre las representaciones de objetos internalizados.

Desde 1963 Enoch había establecido que eran diferentes los mecanismos subyacentes a las falsas identificaciones en los procesos orgánicos cerebrales, con respecto a las que se observan en las psicosis. También lo es la expresión clínica que es más compleja en las psicosis en cuanto se acompaña de explicaciones más o menos elaboradas de la sustitución, duplicación o transformación. La expresión clínica en la demencia es más simple y fluctuante o se presenta por accesos. Según Förstl y cols. (1994), los pacientes deben estar demenciados en medida suficiente para poder presentar síntomas psicóticos pero no en demasía para poder elaborarlos. El fenómeno del doble subjetivo, puesto en evidencia frente al espejo, en el que el sujeto cree que ve el rostro de otra persona, es más común en la enfermedad de Alzheimer que en otros padecimientos (Weinstein y cols., 1994). Podría suceder que esta identificación errónea en la demencia se produzca sobre la base de una disminución del sentido de familiaridad en la que una nueva percepción no concuerda con las imágenes guardadas en la memoria (Méndez, 1992). En la demencia de tipo Alzheimer también ha sido descrita la creencia de que objetos, lugares o animales han sido sustituidos por otros. En cuanto al *huésped fantasma* y el *signo de la televisión* que Förstl y cols. (1994) incluyen dentro de las identificaciones erróneas, creemos que no reúnen los requisitos para ser considerados como tales; en todo caso podrían ser vistos como signos asociados.

Puede decirse que en el caso de la patología estructural del cerebro, el tema delirante de los desconocimientos y falsas identificaciones tiene seguramente una relación con las funciones correspondientes de las regiones cerebrales afectadas. Tal es el caso del hemisferio derecho, el que de acuerdo con Rapsak y cols., (1994) está encargado del procesamiento de la información sobre la configuración de cada rostro, en tanto el hemisferio izquierdo procesa la información correspondiente a componentes faciales aislados que son probablemente compartidos entre varios rostros. Pero en el caso de las lesiones degenerativas difusas, como en la enfermedad de Alzheimer, intervienen además otras funciones nerviosas superiores que no dependen tan directamente de la especialización hemisférica cerebral. Nos referimos a las alteraciones de las gnosias (visuales, somáticas, espaciales), del juicio crítico y de la capacidad de abstracción. De esta manera, se sabe de tiempo atrás que en el tercer nivel de desintegración de las demencias degenerativas, el paciente no reconoce su propia imagen en el espejo (Krassoievitch, 1988). Este hecho es acorde con las observaciones reportadas en la literatura que señalan que la presencia de los desconocimientos en las demencias por lesiones cerebrales difusas es indicativa de una mayor gravedad del cuadro clínico y por ende, de una mayor severidad del daño cerebral.

Erotomaniaco

La erotomanía es generalmente definida como la *ilusión delirante de ser amado*. El término, así como la primera descripción en la literatura científica en 1838, se debe a Esquirol quien propuso llamarla *monomanía erótica*.

A fines del siglo XIX Kraepelin (citado por Segal, 1989) también había descrito de manera concisa este padecimiento, al que incluyó en el grupo de la paranoia. Para Kraepelin, la paranoia se subdividía en tres formas de acuerdo al tema delirante: delirio de persecución, de celos y de grandeza. En esta tercera forma integró la erotomanía, junto con los delirios de filiación, de los inventores y de los profetas y santos. Es de notar que Kraepelin había afirmado que el delirio erotomaniaco aparece como una “especie de compensación psicológica de las decepciones de la vida”. No obstante estos antecedentes, la erotomanía está sobre todo ligada al nombre del psiquiatra francés Gaëtan de Clérambault quien la estudió detalladamente en los años 20 del siglo pasado. Como lo señalan Ey y cols. (1980), nadie como Clérambault ha estudiado mejor el delirio erotomaniaco, en su descripción clínica, con la estructura típica de un delirio pasional sistematizado (la otra forma de delirio pasional es el de celos). El delirio se basa en un postulado fundamental: es el objeto, es decir la persona por quien el paciente se cree amado y que pertenece a un rango social más elevado que el sujeto, quien ha empezado a declararse; es él quien ama más o el único que ama. Los temas derivados del postulado son los siguientes: el objeto no puede ser feliz ni puede tener un valor completo sin el sujeto; el objeto es libre, si está casado su matrimonio está roto o no es válido. El erotomano está convencido, además, de otros temas: el objeto lo vigila y protege constantemente, el sujeto ha tenido conversaciones indirectas con él. El objeto ha tenido intentos de acercamiento al sujeto y sin embargo, su conducta es paradójica y contradictoria. El delirio evoluciona en tres fases, de esperanza, de despecho y de rencor. En la tercera, pueden producirse reacciones agresivas hacia el objeto. El sistema delirante se elabora sobre la base de intuiciones, ilusiones, falsas demostraciones e interpretaciones, en ausencia de alucinaciones. Pero es necesario reconocer, como lo señalan Ey y cols. (1980), que las “conversaciones indirectas” con el objeto son a menudo alucinatorias, dentro del contexto de un síndrome de influencia y de automatismo mental. Para Clérambault, existían dos formas de erotomanía, la pura que es la que se acaba de describir y que pertenece al grupo de los delirios pasionales y la sintomática, asociada a otro proceso psicótico.

Después de muchas discusiones y controversias, esta división inicial se ha mantenido hasta la fecha. De este modo, se sigue aceptando que existe una forma primaria de erotomanía que reúne buena parte de los criterios clínicos de

Clérambault y que Kraepelin describió dentro de las paranoias. La nomenclatura oficial vigente (DSM-IV) la incluye en los trastornos delirantes. La segunda forma, llamada secundaria, puede presentarse en curso de otros trastornos psiquiátricos. El más común de éstos es la esquizofrenia paranoide (Hollander y Callahan, 1975; Segal, 1989; Gillett y cols., 1990) o esquizoafectiva (Rudden y cols., 1990; Gillett, 1990). El síndrome erotomaníaco ha sido descrito también en los trastornos del estado de ánimo, sea monopolar (Raskin y Sullivan, 1974; Rudden y cols., 1990; Ghaziuddin y Tsai, 1991), sea bipolar (Gillett y cols., 1990); en la manía (Signer e Isbister, 1987) y en el trastorno afectivo orgánico (Signer y Cummings, 1987). Ha sido señalada su presencia, además, en la demencia (Drevets y Rubin, 1987); en asociación con el síndrome de Capgras (Signer e Isbister, 1987) y con retardo mental (Ghaziuddin y Tsai, 1991).

Aun cuando el delirio erotomaníaco es mucho más frecuente en las mujeres*, es susceptible de aparecer también en el sexo masculino. En la erotomanía masculina, según Taylor y cols. (1983), las conductas agresivas son más frecuentes, lo que puede llevar a problemas con la justicia.

En lo que respecta los antecedentes personales, se ha insistido en el hecho que la vida sexual de estos sujetos es pobre y frustrante. En realidad, la pasión amorosa que constituye la base del delirio es engañosa. Lo que los mueve, dicen Henri Ey y cols., no es el amor sino el odio, manifestado –por lo menos en la llamada forma pura– por el ensañamiento con el objeto, que podría ser traducido como *no le amo, lo odio*. Es obvio, por otra parte, que este delirio, al elegir un objeto inalcanzable y en base a los requerimientos constantes de éste, se erige como una defensa contra la sexualidad. La vida de estas personas es solitaria. Las mujeres, con frecuencia son poco agraciadas, no tienen pareja y son tímidas y reservadas; los varones suelen tener una relación de dependencia hacia las figuras parentales. Como lo señala Seeman (1978), el delirio erotomaníaco podría servir para contrarrestar la baja autoestima, la sexualidad y la agresión de los demás. Las experiencias de la vida les hicieron sentir, sobre todo a las mujeres, que no han sido amadas o, peor aún, que no fueron dignas de serlo; el delirio puede ser entendido entonces como la forma más evidente de ser aceptada. En opinión de Seeman (1978), el delirio erotomaníaco puede proporcionar una gratificación narcisista hasta entonces desconocida.

En una perspectiva psicodinámica, se puede decir, junto con Bastie y cols. (1965) que la psicosis representada por el delirio erotomaníaco constituye una solución aceptable y la más económica, ante una situación existencial difícil. Constituye también la realización delirante de las aspiraciones reprimidas, ante las carencias afectivas de toda la vida, las frustraciones, el sentimiento de infe-

* Clérambault decía que era el delirio profesional de las mujeres...

rrioridad y la realidad decepcionante, así como la negación del propio fracaso. La elevada posición del objeto confiere a éste un carácter protector, nutriente y maternal. En base a la teoría freudiana, prosiguen Bastie y cols., la paranoia corresponde a una fijación al estadio sádico-anal, lo que significa una detención del desarrollo en la fase del superyo, la que se acompaña de incertidumbre en la práctica de la sexualidad y de una homosexualidad psicótica latente. Freud propuso la siguiente fórmula, aplicable a la erotomanía: 1) *Lo amo* 2) *No es a él a quien amo, sino a ella*, como negación de la homosexualidad 3) *Es ella quien me ama*, en base al mecanismo de la proyección. En última instancia, según estos mismos autores, el erotómano, como todo paranoico, es incapaz de amar, es un inválido del amor, sólo puede amarse a sí mismo ya que nadie lo amó ni lo ama y, sin embargo, desea ser amado.

Un estudio en una población psicogeriatrica de Hong Kong mostró una prevalencia de 0,28% para la erotomanía (Chiu, 1994), lo que sugiere que es poco común en la senectud. Sin embargo, la presencia de ideas erotomaniacas en los ancianos no es un hecho excepcional. Así lo refiere Dias Cordeiro (1972) en su tesis al reportar que en opinión de Ajuriaguerra un elemento erotomaniaco aparece con cierta frecuencia durante el envejecimiento; lo demuestran los 13 ejemplos clínicos de la casuística de los 100 pacientes que ilustran el texto. Según este autor, el tema erotomaniaco del anciano toma la forma de un “pequeño síndrome erotomaniaco” que guarda ciertas similitudes con la erotomanía del adulto más joven, como son la posición más elevada del objeto, la resistencia a la crítica y la evolución crónica. En ocasiones, se presentan alucinaciones auditivas, en otras, las ideas delirantes expresan pulsiones agresivas, como es la intención del sujeto de suicidarse o de matar al objeto. Una de las pacientes manifestó la idea delirante de estar embarazada. Dias Cordeiro señala además que el tema erotomaniaco puede aparecer como una evocación del pasado, tal como hemos observado en nuestro paciente No 18. Cuando se presenta asociado a un proceso demencial, el delirio se debilita y tiende a desaparecer con la evolución de la demencia (Drevets y Rubin, 1987). En sus consideraciones fenomenológicas y psicodinámicas, Dias Cordeiro establece que sobre la base del deterioro físico y psíquico del anciano y la herida narcisista que conlleva, el síndrome erotomaniaco puede ser comprendido como un intento por restaurar y revalorizar al sujeto, sobre todo a nivel corporal. Por medio de la creencia delirante de ser amado y deseado por una persona del sexo opuesto, el anciano trata de negar su propia decadencia física. Por tanto, debe ser visto como una negación de la realidad, acompañada de la realización delirante del deseo de ser amado. Es así como estos pacientes logran mantener cierto equilibrio psicológico y una forma de compromiso en su lucha contra la depresión y a favor de la aceptación de su envejecimiento.

Dermatozoico (síndrome de Ekbom)

En su actual versión el Manual Diagnóstico y Estadístico, DSM-IV, contempla un subtipo de trastorno delirante que denomina *somático* en el que “el tema central de la idea delirante se refiere a funciones o sensaciones corporales. Las más habituales son la convicción de que el sujeto emite un olor insoportable por la piel, la boca, el recto o la vagina; que tiene una infestación por insectos en o dentro de la piel; que tiene un parásito interno; que algunas partes del cuerpo tienen evidentes malformaciones o son feas (en contra de lo observable), o que hay partes del cuerpo (por ejemplo, el intestino grueso) que no funcionan”. El tema delirante dermatozoico corresponde a la segunda posibilidad presentada en el Manual (idea delirante “que tiene una infestación por insectos en o dentro de la piel”), punto de vista compartido por Munro (1978) quien utiliza el término *psicosis hipocondríaca monosintomática*, en la que según este autor el paciente tiene la idea delirante de estar contrahecho, tener un olor desagradable o estar infestado de insectos o gusanos, por lo que acude con el cirujano plástico, el gastroenterólogo o el dermatólogo. Munro, al igual que otros autores, es de la opinión que el cuadro clínico corresponde a los síntomas de la paranoia, tal como fue descrita por Kraepelin y por Fish.

Aun cuando, de seguir los lineamientos del DSM-IV, los autores deberían referirse a un *trastorno delirante somático* en las publicaciones recientes sobre el tema se encuentra con mayor frecuencia el término *delirio de infestación o infestación delirante*.

En realidad, desde las primeras descripciones a finales del siglo XIX, el delirio dermatozoico ha tenido una extensa sinonimia. Inauguran la lista de artículos escritos durante más de un siglo sobre este padecimiento los de dos dermatólogos franceses, Thieberge (1894) quien lo denominó *acarofobia* y Perrin (1896) que lo llamó *neurodermia parasitofóbica*. Como lo indica el término de *neurodermia*, Perrin atribuía a una causa psíquica las formas que consideraba “primarias”, es decir aquéllas en que no existía el antecedente de una verdadera infestación cutánea por ácaros. En las neurodermias parasitofóbicas secundarias, en cambio, se presentaba tal antecedente. El aspecto “fóbico” del cuadro clínico parece haberse generado por la similitud que creyeron encontrar ambos dermatólogos con la *gomococofobia* y la *sifilofobia*, conocidas en aquella época. En 1906, también en Francia, Levy observó que el padecimiento llamado por él *zoopatía* podía consistir también en la infestación del interior del cuerpo, por lo que distinguió la zoopatía interna de la externa o cutánea.

Sin entrar en los detalles de la interesante historia del delirio dermatozoico*, es posible trazar sus líneas principales que persisten hasta la actualidad. Una de

* Existen tres excelentes revisiones de este trastorno delirante: Berrios (1985), Baker (1995) y Trabert (1995).

ellas dio lugar a la polémica aun no agotada y que se refiere al carácter primario o secundario de la actividad delirante. Ya fue mencionado el punto de vista de Perrin sobre la posible presencia del antecedente de una dermatosis pruriginosa por ácaros, la que, una vez curada, toma la forma de un trastorno delirante con el tema dermatozoico. Actualmente, hay acuerdo en que esta posibilidad existe, aunque no parece frecuente. La tesis de la presencia de auténticas alucinaciones cutáneas o hápticas, en cuyo caso las ideas delirantes serían secundarias a las mismas, fue sostenida por Bers y Conrad (1955), quienes propusieron el término de *alucinosis táctil crónica* por la similitud que encontraron con la alucinosis táctil de los alcohólicos. Por el contrario, en su respuesta a estos autores, Fleck (1955) negó la presencia de alucinaciones táctiles y afirmó que existían sensaciones cutáneas reales a las que se agregaba un proceso imaginativo deformante. También fue discutido el carácter primario del padecimiento, en el sentido de si constituye o no una entidad nosológica en su propio derecho, ya que algunos autores describieron ideas delirantes de tipo dermatozoico en diversos padecimientos psiquiátricos, como la psicosis maníaco-depresiva (Schwartz, 1929; Harbauer, 1949); la esquizofrenia (Ziese, 1967; Hopkinson, 1970); la psiconeurosis (Wilson, 1952); y orgánicos, como las neoplasias (Hopkinson, 1970; Berrios, 1985) y la demencia (Renvoize y cols., 1987; Reilly, 1988; Morris, 1991; Baker y cols., 1995). En la actualidad, en base a la recopilación de la literatura sobre el tema, podemos afirmar que las ideas delirantes a tema dermatozoico pueden aparecer en dos situaciones que deben ser diferenciadas entre sí. En la primera, se trata de un verdadero trastorno delirante, tal como es definido en el DSM-IV y guarda similitudes con la paranoia kraepeliniana, aun si coexisten alucinaciones cutáneas. La otra situación se refiere a la aparición de ideas delirantes de tipo dermatozoico en diversos padecimientos psiquiátricos y no psiquiátricos*. Ocupan un lugar a parte los síndromes cutáneos relacionados con las intoxicaciones por sustancias como la amfetamina, el metilfenidato y la cocaína, los que no se incluyen en los fenómenos delirantes dermatozoicos. En este escrito, nos referiremos a la primera forma que a nuestro juicio es la que se observa con más frecuencia en el anciano.

Otro punto de interés en la evolución histórica de las descripciones del padecimiento se relaciona precisamente con la edad de aparición más frecuente, así como el sexo más afectado. Desde inicios del siglo XX los estudiosos observaron que el síndrome aparecía en mujeres maduras o ancianas, con un promedio de edad de 55 a 60 años. Tal es el caso de las observaciones de Mc Namara (1928) y de Ekbohm (1938). Este último autor, además de su propia casuística,

* Sobre las múltiples causas susceptibles de desencadenar ideas delirantes dermatozoicas, consultar la revisión de Baker y cols. (1995).

había revisado la mayoría de los casos publicados hasta entonces y encontró que se trataba de mujeres con una edad promedio de 54,4 años. Será hasta la publicación de Harbauer en 1949 (citado por Berrios, 1985) que hace su aparición el caso de un paciente masculino. En trabajos más recientes, la edad promedio se eleva a más de 60 años y siempre con el predominio notorio del sexo femenino, como es dado percatarse en la monografía de Skott (1978) y en las encuestas llevadas a cabo con dermatólogos británicos (Lyell, 1983; Reilly y Batchelor, 1986) y franceses (Bourgeois y cols., 1986). Creemos que del mismo modo que ha sucedido con otros trastornos delirantes descritos durante la edad madura, con el paso del tiempo, la edad de aparición se ha hecho más frecuente durante el envejecimiento.

El delirio dermatozoico tuvo durante mucho tiempo la fama de ser un trastorno más bien raro, para algunos era excepcional o incluso, una verdadera curiosidad, de evolución crónica y con muy pocas posibilidades de mejoría o de curación. Estos puntos de vista tuvieron que ser modificados en fechas recientes. Si bien no existen estudios epidemiológicos confiables sobre su prevalencia en la población añosa, se sabe en la actualidad que es más frecuente de lo que se suponía, que existen casos de corta evolución y que desde el inicio de la era de los neurolépticos, el pronóstico ha cambiado.

En la forma pura o primaria del delirio, existe la convicción delirante denominada *monotemática* por algunos autores, como Munro (1978), inquebrantable y que no se acompaña de deficiencia cognoscitiva. Esta forma es la que recibe el nombre de *síndrome de Ekbom*, principalmente en Europa y los países francófonos y de *parasitosis delirante* o *delirio de infestación* en los países de habla inglesa.

a) Factores etiopatogénicos

Se puede considerar ya rebasada la discusión en torno a la existencia de alucinaciones táctiles, de parestesias o de la interpretación errónea de sensaciones táctiles normales, como la que originó la polémica entre Bers y Conrad y Fleck a mediados de los años 50. Parece más relevante en la actualidad el papel de afecciones cutáneas en el desencadenamiento del delirio. Así fue señalado en algunos casos, el antecedente de una parasitosis previa (pediculosis, escabiasis), tratada y eliminada. En una situación similar a la anterior, se ha encontrado el antecedente del contacto con ropa contaminada con un parásito o del tratamiento de un animal doméstico infestado (Bourgeois y Nguyen Lan, 1986). Se ha invocado también la presencia de una enfermedad pelagrosa por una dieta deficiente, lo que no es raro en personas de edad avanzada (Bourgeois y Nguyen Lan, 1986). Se ha insistido, sobre todo, en la existencia de prurito senil, como factor coadyuvante o desencadenante. Así, éste se reporta en la mitad de

los casos estudiados en la monografía de Annika Skott (1978). Bourgeois y cols. (1981) describen también la presencia del mismo padecimiento cutáneo. Los factores etiológicos ambientales consignados por los autores se refieren principalmente al aislamiento (Skott, 1978; Trabert, 1995) y las pérdidas y soledad (Reilly, 1988). Nuestro paciente No 7 había sufrido el abandono de su esposa, a quien atribuía la infestación de su casa y su ropa. De hecho, para varios autores, la mayoría de los pacientes son solteros, viudos, separados o divorciados (Bourgeois y Nguyen Lan, 1986; Bourgeois y cols., 1986; Munro, 1988). Torch y Bishop, (1981) describen el estilo de vida solitario, pobre en afectos y de tipo esquizoide, características todas ellas también encontradas, en general, en los trastornos delirantes de la vejez. La desaferentación, sobre todo visual, más frecuente que en la población general, fue un hallazgo del trabajo de Skott (1978).

En cuanto a la personalidad premórbida, destacan en las diversas descripciones los rasgos que pertenecen a la línea obsesiva, los que son denominados por algunos autores como de personalidad *anancástica* (Hopkinson, 1970; Bourgeois y cols., 1981) u obsesiva (Berrios, 1985; Reilly, 1988; Freyne y Wrigley, 1994). Para Baker y cols. (1995), en el delirio de infestación –así como en otro trastorno delirante somático, la *halitosis delirante*– con frecuencia existe comorbilidad con el trastorno de personalidad de tipo obsesivo-compulsivo. Como lo señalan estos mismos autores, los rasgos y conductas obsesivos (limpieza excesiva, temor a ser contaminados o a contaminar a los demás), persisten y se exacerban con la aparición del delirio dermatozoico. Se generan así las innumerables conductas destinadas a deshacerse de los parásitos que serán descritas en el cuadro clínico del padecimiento. Dicho de otro modo, los rasgos y síntomas obsesivo-compulsivos están presentes tanto en la personalidad previa, como en el delirio ya establecido.

Un segundo tipo de personalidad premórbida reportado en la literatura es el paranoide (Lyell, 1983; Berrios, 1985; Freyne y Wrigley, 1994). La personalidad paranoica también ha sido descrita por algunos autores (Holzgebel, 1969, citado por Sizaret y Simon, 1976; Krassoievitch y cols., 1974). En opinión de Munro (1988), la personalidad previa de los sujetos que presentan trastornos delirantes en general, se caracteriza por su incompetencia: son personas introvertidas, con un pobre rendimiento laboral; en los varones es frecuente encontrar antecedentes de abuso de sustancias.

Con un enfoque más psicodinámico y dentro del marco del manejo psicoterapéutico del padecimiento, Paulson y Petrus (1969) describen en estos pacientes la presencia de conflictos relacionados con los impulsos sexuales y agresivos, los que han sido enérgicamente reprimidos. Se trata de sujetos muy sensitivos que utilizan con profusión el mecanismo de proyección. Al retomar las características descritas y siempre dentro del marco psicoterapéutico, Torch y Bishop (1981) subrayan la dificultad de los pacientes para establecer relaciones de intimidad,

para encauzar los impulsos provenientes de la sexualidad, a la que consideran sucia y pecaminosa y para expresar sentimientos de dolor o de cólera. Son individuos cuyo estilo de vida es solitario, pobre en afectos y de tipo esquizoide, con una clara tendencia a prestar atención a diversas sensaciones cutáneas.

b) Cuadro clínico

Este trastorno delirante se caracteriza por la convicción de la presencia de insectos u otros animales pequeños sobre la superficie de la piel, debajo de ella o simultáneamente en ambos sitios; se acompaña de conductas obsesivas destinadas a eliminar a los parásitos. De acuerdo con Bougeois y Nguyen Lan (1986), un caso típico de delirio dermatozoico puede ser descrito como sigue: Se trata de una mujer de 60 años, sin antecedentes psiquiátricos y que goza de buena salud física, vive sola y es activa y enérgica. Siempre ha sido escrupulosa tanto en su arreglo personal, como en el de su casa y ha sido enemiga de la suciedad y el polvo. A pesar de esta inclinación por la limpieza, la paciente afirma que está infestada por piojos u otros insectos. Está ansiosa y deprimida, ya que todas las acciones emprendidas para deshacerse de los parásitos han fracasado. Como prueba de su desgracia enseña una cajita que contiene pequeños desechos, escamas cutáneas, hormigas o moscas. Todo empezó bruscamente cuando se probó una prenda que no le pertenecía y sintió después hormigueos y comezón, lo que la puso sobre la pista de lo que había sucedido. Poco tiempo después empezó a sentir los movimientos y los brincos de los parásitos, además de los piquetes que producen los insectos al introducirse en la piel. Los animales y los huevos que éstos ponen son vistos por la paciente, quien es capaz de describirlos con detalles. A pesar de todas las medidas que ha tomado que incluyen lavado de la ropa, fumigación, utilización de sustancias químicas, intentos de extracción con alfileres y tijeras, etc., no ha logrado desembrazarse de los parásitos. Teme contagiar a los demás y ha visto como algunas personas empiezan a rascarse cuando ella se aproxima.

La descripción de este caso prototípico puede ser completada con la del caso No 7 de nuestra casuística. Ambas son representativas de la forma primaria o pura del delirio de infestación.

Bougeois y Nguyen Lan (1986) advierten sobre la importancia de diferenciar los casos en los que existe una convicción delirante monotemática, sin deficiencia cognoscitiva (forma pura o primaria) de aquellos que no se ajustan a este modelo y en los que es necesario investigar factores orgánicos o tóxicos, con miras a establecer un diagnóstico psiquiátrico que orientará el tratamiento.

Si bien este padecimiento afecta principalmente personas de edad madura o ancianos, ha sido señalado que los individuos de mayor edad son más pro-

pensos a tener síntomas de infestación delirante secundarios a trastornos orgánicos, como las neoplasias (Berrios, 1985; Freyne y Wrigley, 1994). Lyell (1983) se basó probablemente en estas dos formas cuando afirmó que en estos pacientes “la paranoia y la resignación representan los dos extremos de las reacciones posibles ante un entorno que se rehúsa a tomar en serio la existencia de los parásitos”. De hecho, muchos autores presentan ambas formas en sus casuísticas, destacándose de las demás las llamadas formas puras. Para éstas, Berrios (1985), siguiendo los lineamientos de Mc Namara (1928) y Ekblom (1938), establece cuatro criterios para su diagnóstico: 1) Los síntomas son persistentes y prolongados. 2) No se presentan síntomas de primer rango de Kurt Schneider. 3) No se detecta deficiencia cognoscitiva. 4) No se encuentran alteraciones orgánicas en relación a los síntomas.

Las quejas de infestación se refieren a diversas formas de parásitos, insectos en su mayoría, siendo los más frecuentes los piojos. Otros son las pulgas, gusanos, chinches, escabies, *ptirius inguinalis*, escarabajos, moscas, polillas, arañas, mariposas, libélulas, gusanos, larvas. Es muy frecuente que los pacientes recolecten en una caja o un frasco la evidencia de los parásitos que los aquejan; se trata habitualmente de escamas cutáneas, pelos, pequeños fragmentos de tela e incluso, insectos. La infestación suele interesar la superficie cutánea, pero puede ubicarse debajo de la piel o penetrar en el interior del cuerpo, como en nuestro caso No 7. En general, los parásitos han invadido toda la superficie corporal pero pueden asentarse preferentemente en alguna región; en el mismo caso No 7, los piojos se ubicaban sobre todo en los genitales y zonas aledañas*. Morris (1991) refiere una variante de la localización de los parásitos que están presentes en el entorno (muebles, alfombras), desde donde invaden el cuerpo del paciente, como en el caso No 22.

La presencia de los parásitos produce un intenso prurito, el que a su vez es responsable de las lesiones cutáneas por rascado. Los pacientes se quejan además de sensaciones de quemadura, cosquilleo y picadura. Tal como lo reportan Bourgeois y Nguyen Lan (1986), la historia de la infestación es creíble y realista y contrasta con los comportamientos exagerados, grotescos o francamente patológicos que tienen por finalidad exterminar a los parásitos y deshacerse de ellos. Son los *rituales de purificación*, como los ha denominado Morris (1991), que son numerosos y consisten en lavarse, aplicarse insecticidas, ungüentos, pomadas y desinfectantes; bañarse en petróleo o aplicárselo en el cuero cabelludo; depilarse para aplicar después alguna sustancia desinfectante. Los pacientes pueden también cauterizar su piel o intentar la extracción de los parásitos por

* Un interesante trabajo de Srinivasan y cols. (1994), realizado en Madras (India), describe el delirio de infestación localizado en oídos y en sujetos jóvenes. En los mercados del lugar se presentan curanderos cuya especialidad es extraer insectos de los oídos.

medio de instrumentos punzo-cortantes, fumigar su casa, quemar su ropa; en caso extremos llegan a incendiar su domicilio (Hunt y Blacker, 1987). Como consecuencia de las conductas para deshacerse de los parásitos se producen lesiones cutáneas, como escarificaciones, cortaduras por navaja, quemaduras por sustancias corrosivas, etc. En la evolución del padecimiento, también se han observado intentos de suicidio y suicidios consumados (Munro, 1978)

Es frecuente el temor a contagiar a terceros, el que puede ser muy intenso, como el caso reportado por Morris (1991) en el que el enfermo despidió a su ayudante doméstica y se encerró en su casa porque temía contagiar a toda la ciudad de Manchester. Ha sido señalado que en un tercio de los casos, el delirio es compartido con otra persona o incluso dos personas (*folie a deux, folie a trois*). También el médico tratante puede compartir el delirio con su paciente.

Antes de acudir a los servicios médicos, muchos pacientes han recurrido a instituciones científicas, por ejemplo de entomología, de prevención y control de plagas, servicios de higiene y de desinfección, etc. Los médicos consultados con más frecuencia son los dermatólogos, pero los afectados consultan también a médicos generales, ginecólogos, especialistas en medicina tropical. En 1956 Mc Andrews y cols. (citado por Bourgeois y Nguyen Lan), reportaron un caso de delirio dermatozoico compartido por una mujer y su hija, las que habían consultado a 104 médicos en el lapso de 6 meses... La consulta con el psiquiatra es rara y es rechazada cuando es propuesta al enfermo. De acuerdo con Berrios (1985), los pacientes vistos por los psiquiatras presentan una forma más severa del padecimiento y una patología psiquiátrica más marcada, que aquellos tratados en las clínicas dermatológicas. El autor se pregunta si se trata de poblaciones diferentes o es la misma pero examinada en distintos estadios evolutivos.

c) *Consideraciones psicodinámicas*

Sizaret y Simon (1976) se refieren a dos significantes relacionados con la angustia de muerte y de inferioridad del sujeto anciano. El primero, el parásito, es un ser ubicuo, difícil de cernir y por lo tanto, de combatir; pequeño, activo, prolífico, resistente, tenaz y devorador, por lo que es peligroso para la integridad corporal. Posee todos los atributos para personificar o materializar una amenaza difusa, en un momento en que una coyuntura hace que el paciente se sienta ansioso y se defienda por medio del delirio. Según la mitología, bíblica y profana, los parásitos pueden representar el arma con la que se ejecuta un castigo divino. En este sentido, el prurito y el rascado podrían tener relación con la culpa y los mecanismos punitivos (Bourgeois y Nguyen Lan, 1986). El segundo significativo, la piel, es la barrera que separa al individuo del mundo exterior y al mismo tiempo, facilita el contacto y el conocimiento del mismo. Es también

la parte más expresiva del cuerpo puesto que en ella se manifiestan los sentimientos de vergüenza o de culpa (rubor, palidez, piloerección); tiene además implicaciones erógenas, puede ser el sitio de enfermedades y suele mostrar los estragos del envejecimiento. La piel es, por lo tanto, un sitio privilegiado para la proyección de amenazas o agresiones. La destrucción por el acto de rascarse del órgano de contacto, comunicación y exhibición que es la piel, podría representar, en opinión de Bourgeois y Nguyen Lan (1986), la satisfacción de impulsos autoagresivos, masoquistas o autoeróticos (equivalente masturbatorio). También ha sido señalado el temor a una infestación parasitaria como parte de la cultura contemporánea, así como la facilidad con la que la comezón puede ser contagiada a terceros, en base a la sugestión (Bourgeois y col., 1981).

Dentro de la perspectiva psicoanalítica Faure, y cols. (1957), consideran que “el delirio corresponde a una recuperación simbólica de un Objeto, después de una pérdida auténtica o una amenaza de pérdida”. Agregan más adelante que existe una “incorporación delirante en la que el Objeto del delirio hace cuerpo con el cuerpo del Sujeto que delira”.

Con un dramatismo poco común, Lyell (1983) ha dicho que en el delirio dermatozoico el miedo a la muerte del individuo podría tener un papel determinante; los parásitos se nutren de su carne corrompida y decadente, como un prelude de la muerte y del Juicio Final...

d) Evolución

La forma primaria del delirio dermatozoico o delirio de infestación es por definición de evolución prolongada o crónica, tal como fue establecido en el primero de los cuatro criterios que propuso Berrios (1985). Bourgeois y Nguyen Lan (1986) señalan que la evolución puede tener 10, 20, e incluso 30 años; la remisión espontánea es reportada por algunos autores como Wessely (1987). En su revisión de 1,223 casos, Trabert (1995) ha encontrado que cerca de la mitad de los enfermos tratados mostraron una remisión completa con un parteaguas a partir de la era de los neurolépticos, cuyo inicio ubica el autor en el año de 1960, en la que las remisiones ascienden de 33,9% a 51,9%.

e) Tratamiento

La fama del Pimozide (difenilbutilpiperidina) como el neuroléptico específico para el tratamiento del delirio dermatozoico fue consolidada por los dermatólogos que han denominado al padecimiento “la enfermedad que responde al Pimozide”. Cabe recordar que han sido estos especialistas los que han atendido a la mayoría de los pacientes, ante la renuencia indignada de éstos para con-

sultar a los psiquiatras. Munro (1988) ha reportado más de 80% de remisiones totales o parciales con el mencionado medicamento. Sin embargo, otros psiquiatras, como Bourgeois y cols., (1981), han cuestionado tal especificidad y han propuesto el uso de otros antipsicóticos. En contraparte, se ha esgrimido el argumento de que por su efecto esencialmente antagonico de la dopamina, con un efecto reducido sobre el sistema noradrenérgico, el Pimozide es poco sedante y por lo tanto es susceptible de una mejor tolerancia y una mejor adherencia al tratamiento. En ese sentido, Reilly (1988) sostuvo la hipótesis de que en el delirio dermatozoico podría estar involucrado el sistema dopaminérgico. Este autor señala asimismo que el Pimozide, al ser un antagonista selectivo que compete con los receptores opiáceos, podría reducir el prurito, ya que el antagonista opiáceo Naloxone suele ser eficaz en el tratamiento del prurito irreductible de la cirrosis hepática. En una aproximación similar, Baker y cols. (1995) citan la investigación de Botschev y Muller (1991) quienes demostraron que la inyección de un agonista de los receptores opiáceos (fentanyl) intensificaba las sensaciones cutáneas de desplazamiento de los parásitos, en tanto la administración del antagonista Naloxone las hacía desaparecer por completo.

Los dermatólogos suelen recurrir a tratamientos locales para estos pacientes atormentados por el prurito y que se provocan lesiones cutáneas. Ha sido subrayada la efectividad de la combinación de tratamientos locales y la administración de neurolépticos (Reilly y Batchelor, 1986). Trabert (1995) es de la opinión que en la actualidad el tratamiento requiere de la cooperación entre dermatólogos y psiquiatras.

Son escasos los escritos que tratan de las intervenciones psicoterapéuticas en esta enfermedad. Así, Bourgeois y cols. (1981) señalan la importancia de restaurar el narcisismo de los pacientes y de elaborar proyectos existenciales para sustituir las pérdidas. Torch y Bishop (1981), por su parte y a propósito de un caso en psicoterapia, insisten en el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica, la aceptación, por parte del terapeuta, de la angustia somática que presenta el paciente y la posibilidad de que éste pueda expresar sus sentimientos y emociones.

f) Formas secundarias

Ameritan un lugar especial puesto que en base a la detección del factor orgánico o tóxico subyacente, se instaurará el tratamiento correspondiente. No está demás recordar que las alucinaciones cutáneas o hápticas pueden presentarse por intoxicaciones (alcohol, hidrato de cloral, belladona, patatas o tomates averiados, haschich, peyote, mescalina, LSD); por privación sensorial y durante la involución senil. Además, las llamadas psicosis tóxicas que guardan

cierta semejanza con el delirio dermatozoico pueden ser desencadenadas por el alcohol (*delirium tremens*, alucinosis alcohólica), la cocaína y las anfetaminas; también pueden tener un origen iatrogénico, tal es el caso de la sobredosis de medicamentos con efecto anticolinérgico, como los antidepresivos tricíclicos y los antiparkinsonianos.

Dentro de la psicopatología, tres son las entidades en las que se ha descrito la presencia de ideas delirantes de infestación, a saber la depresión, la esquizofrenia y la demencia, ocupando la primera de ellas un lugar destacado, como en nuestro caso No 22. En la patología orgánica han sido detectadas en neoplasias, linfoma, leucemia, policitemia, sífilis e insuficiencia cardíaca.

Cabe mencionar, por último, que algunas enfermedades cursan con un marcado prurito, como la insuficiencia renal, la diabetes, el linfoma y la cirrosis hepática.

Compañero imaginario tardío

La presencia imaginada de acompañantes o compañeros es conocida en los niños desde la descripción que de ella hizo Freud (1909) en su trabajo *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*, en el que relata que Juanito “fantasea estar jugando con los niños Berta, Olga y Federico, habla con ellos como si estuvieran presentes y se entretiene así horas enteras”. Este fenómeno, denominado en los niños *compañero imaginario*, es conocido con el nombre de *síndrome del compañero tardío* cuando se presenta en personas añosas (Dias Cordeiro, 1972). Nosotros preferimos denominarlo, en este segundo caso, *síndrome del compañero imaginario tardío*.

El compañero imaginario también ocupa un lugar en la literatura. El novelista francés Blaise Cendrars (citado por Amado y Costes, 1989), había estado trabajando durante varios años en una novela intitulada *Moravagine*, cuando su actividad se vio bruscamente interrumpida por estallido de la Primera Guerra Mundial. Cendrars relató después cómo el personaje de la novela cuyo nombre dio el título de la misma, lo acompañaba día y noche en el campo de batalla y en las trincheras, reconfortándolo y hablándole de su vida de aventuras.

El compañero imaginario puede observarse en niños normales de 3 a 10 años de edad que carecen de compañeros de juego y en los que se considera como parte de su proceso de desarrollo (Nagera, 1969). Todos los autores subrayan la función defensiva de este fenómeno, el que podría estar al servicio del yo, o bien estar ligado a sentimientos de omnipotencia y de control para proteger al niño contra los afectos derivados de la soledad, el abandono o el rechazo (Amado y Costes, 1989). De acuerdo con Benson y Bryor (1976), este síndrome cumple con la doble función de reforzar el narcisismo y de con-

trarrestar la depresión. Ajuriaguerra (citado por Dias Cordeiro, 1972) describió muy acertadamente este apoyo defensivo, al decir: “con frecuencia, aun cuando pocas veces lo expresa, el niño vive con un compañero imaginario que es al mismo tiempo él mismo y su ideal del yo, su confidente y ángel de la guardia”. El compañero imaginario del niño nunca adquiere un carácter alucinatorio, como sucede con frecuencia en el anciano.

El síndrome del compañero imaginario tardío ha sido observado en algunos ancianos socialmente desaherados. Tienen la creencia que cerca de ellos existen personas amistosas con las que pueden conversar y las que ejercen sobre ellas una acción protectora. En ocasiones, se presentan alucinaciones auditivas consistentes en voces amables que les brindan apoyo o admiración. Otras veces, se producen alucinaciones visuales, como las conocidas en el síndrome de Charles Bonnet. Es de notar que estos ancianos expresan en general el deseo que las voces o las visiones del compañero tardío no sean suprimidas.

Para Dias Cordeiro (1972), el tema del compañero tardío puede ser entendido como la realización alucinatoria del deseo de estar acompañado, frente a la realidad de su aislamiento. El autor subraya, además, que en este caso también, se refleja la lucha del anciano contra la desaheración y la depresión relacionadas con su aislamiento.

En nuestra casuística hemos observado dos pacientes que referían un fenómeno similar al del compañero imaginario tardío. En el caso No 20, la paciente tenía la costumbre de conversar con el retrato de su esposo fallecido, el que parecía sonreírle y la tranquilizaba en su delirio alucinatorio y persecutorio. La paciente No 21 escuchaba la voz de su hijo fallecido quien la cuidaba y protegía. Ambas pacientes vivían una situación de soledad y en las dos, el fenómeno puede ser visto como la manifestación de un duelo patológico.

Léger y cols. (1986) han descrito en la demencia senil de tipo Alzheimer varias fases del síndrome del compañero tardío. Al inicio del proceso demencial aparece un compañero imaginario, al que se agregan con frecuencia alucinaciones auditivas o visuales; se trata habitualmente de algún familiar cercano, en ocasiones, la madre del enfermo. Al progresar la desintegración demencial, el compañero imaginario requiere de un soporte físico real; se presentan entonces falsos reconocimientos dirigidos a las personas que rodean al paciente o a la propia imagen reflejada en el espejo, las que son identificadas como representaciones del compañero. En un estadio avanzado de la demencia, el compañero es sustituido por un objeto inanimado, como un pañuelo o un muñeco. Los autores citados comparan este último fenómeno con el descrito en los niños con el nombre de *objeto transicional* y son de la opinión que la presencia de un compañero tardío, así como su sustitución por un objeto inanimado, tiene por finalidad proteger el narcisismo del sujeto, amenazado por

sentimientos de abandono, soledad y rechazo. Por último, cuando la desintegración demencial llega a su máxima expresión y poco antes de la muerte, desaparece el interés por el objeto inanimado.

Miesen (1993) ha descrito en la enfermedad de Alzheimer otro fenómeno que guarda relación con el síndrome del compañero imaginario tardío y que denomina *fijación parental*. Consiste en que el paciente se comporta como si sus padres siguieran vivos. El citado autor intenta relacionar esta observación con la teoría del apego de Bowlby y la considera como la expresión de la necesidad del paciente de sentir protección y seguridad ante la situación extraña que representa la demencia.

4

Trastornos alucinatorios

Definición y características generales

El término *alucinación* proviene del latín *hallucinatio* que a su vez deriva del verbo *hallucinari* que significa *equivocarse, engañar, divagar*. Las acepciones latinas de *hallucinatio* son *error, extravío, equivocación, engaño* (Lanteri-Laura, 1994). La definición de la alucinación como *percepción sin objeto* es atribuida a Esquirol y fue retomada por Ey y cols. (1980) para quienes las alucinaciones son *trastornos psicosensores que consisten en percepciones sin objetos*. Henri Ey en su *Tratado de las alucinaciones* (1973) las había definido como *percepciones sin objetos que percibir*, con la intención de subrayar que la alucinación consiste en percibir un objeto que no debe ser percibido o dicho de otro modo, que sólo es percibido por una falsificación de la percepción.

Las alucinaciones deben ser diferenciadas de las *ilusiones*, ya que éstas son falsificaciones de percepciones de objetos existentes o reales. Por otra parte, existen alucinaciones que, si bien tienen objetividad psíquica, carecen de objetividad espacial y no son experimentadas como provenientes del mundo exterior, sino como fenómenos psíquicos raros y extraños. Son las *alucinaciones psíquicas* de la escuela francesa, las que también han sido denominadas *falsas alucinaciones, pseudoalucinaciones** o *alucinaciones aperceptivas*. Se caracterizan por la

* Sobre la confusión que reina en torno al concepto de *pseudoalucinaciones* ver el artículo de Berrios y Dening, 1996.

ausencia de una connotación sensorial y son identificadas por el sujeto como si escuchara el propio pensamiento, pero sin considerarlas como suyas.

Para la escuela francesa, las alucinaciones psíquicas deben ser diferenciadas de las alucinaciones psicosenoriales. En estas últimas, el carácter estético es marcado y su origen es experimentado como proveniente del exterior del organismo.

En cuanto al término *alucinosis*, fue creado por Wernicke en 1894 (citado por Lanteri-Laura, 1994) para designar una variedad de delirio alcohólico subagudo en el que predominan las alucinaciones auditivas verbales. En 1911, se empieza a utilizar en francés con el mismo sentido, pero en 1932 Claude y Ey amplían el término y designan como *alucinosis* a las experiencias alucinatorias sensorializadas en cuya realidad no cree el sujeto. Por otra parte, en los primeros años de la década de los 30, casi simultáneamente, Lhermitte y van Bogaert (citados por Lanteri-Laura, 1994) acuñan el término *alucinosis peduncular*. Con él, estos autores se referían a un trastorno de la experiencia visual que se presenta con frecuencia en sujetos de edad avanzada. Nos parece conveniente detenernos por un momento en la descripción de este síndrome porque sus manifestaciones guardan semejanzas con las que describiremos en las alucinaciones de las oftalmopatías. Como bien lo señala Lanteri-Laura (1994), en la alucinosis peduncular el sujeto ve entrar, al caer la tarde y en estado de vigilia, a pequeños personajes o animales, frecuentemente bien coloreados y muy nítidos que desfilan delante de él silenciosamente y luego desaparecen para regresar al día siguiente; el paciente no se muestra ansioso, sino a veces curioso o divertido, a veces, irritado. No cree en la realidad de estas apariciones, si bien describe aspectos muy concretos de ellas. Se trata de un síndrome raro pero muy característico y que corresponde en general a lesiones vasculares de los pedúnculos cerebrales.

Como se desprende de los párrafos anteriores, el término *alucinosis* sería el adecuado para designar las alucinaciones que se presentan en las enfermedades que producen una disminución de la agudeza visual o auditiva. En un sentido estricto, deberían ser denominadas *alucinaciones*, sólo cuando el carácter anormal de las percepciones no es reconocido o cuando se acompañan de una elaboración delirante. Como se verá más adelante, no siempre es posible establecer claramente esta diferencia, ya que es frecuente que en los fenómenos alucinatorios de las oftalmopatías y de las otopatías el sujeto presente conductas de búsqueda con el fin de detectar el origen de las percepciones y que reconozca su irrealidad sólo posteriormente, cuando ha cesado la actividad alucinatoria.

Las alucinaciones psicosenoriales pueden involucrar cualquiera de los canales perceptivos y por consiguiente se dividen en visuales, auditivas, olfativas, gustativas, táctiles, cenestésicas y quineséticas. A continuación, describiremos brevemente cada una de estas formas.

- a) Alucinaciones visuales: Pueden ser elementales (fotopsias) o complejas (figuras, escenas, etc.). Las más sencillas corresponden a un punto luminoso, en tanto las más elaboradas son comparables a un estado de ensueño. A veces son estáticas, otras, son móviles e incluso pueden sufrir múltiples transformaciones (metamorfopsias). Su tamaño puede ser normal o bien son minúsculas (liliputienses) o gigantescas (gulliverianas). En ocasiones, son microscópicas. Se describen alucinaciones visuales planas que aparecen adheridas a la superficie de los objetos o las paredes; o son en relieve y en perspectiva. Pueden ser opacas o más o menos transparentes, de color o sin color. El sujeto vive estas experiencias con indiferencia, con curiosidad divertida o intrigada, con asombro, incomodidad, horror o angustia. El nivel de vigilia puede ser normal o estar alterado. Algunas alucinaciones visuales desaparecen al cerrar los párpados, otras siguen los movimientos de los globos oculares.
- b) Alucinaciones auditivas (también llamadas acústicas): Al igual que las visuales, se dividen en elementales como los acúfenos, el campanileo (tinnitus) y otros sonidos, a veces de tipo onomatopéyico; o complejas, como melodías, palabras o frases. Las más frecuentes son las alucinaciones llamadas auditivas verbales o *voces*. En este caso, su origen está claramente localizado en el espacio y sus características fonéticas (intensidad, altura, timbre) hacen que parezca que pertenecen concretamente al mundo. Las *voces* pueden dirigirse al sujeto en segunda persona o hablar de él en tercera persona. En ocasiones, profieren insultos, otras repiten en voz alta el pensamiento o describen lo que hace el sujeto.
- c) Alucinaciones olfativas y gustativas: También en el caso de las alucinaciones de la esfera olfativa varía la complejidad figurativa. Puede tratarse de experiencias en las cuales el olor se aspira por sí mismo y es indiferente, agradable, suave, desagradable o nauseabundo, pero sin referirse a un objeto del que proceda. En otros casos, se trata del olor que emana de un objeto determinado: olor de la putrefacción de un cadáver, olor del gas de la cocina, olor agradable de las flores. Los olores pueden ser también corporales, olor de los genitales o de los excrementos.

Las alucinaciones gustativas se manifiestan por la percepción de diversos sabores, a veces extraños o desconocidos, con una tonalidad afectiva marcada y un carácter representativo. Son características de las crisis uncinadas de la epilepsia y aparecen también en los estados confusionales. En los trastornos delirantes son más bien ilusiones perceptivas en las que el sujeto, al probar un líquido o un alimento, descubre que tiene un sabor sospechoso o inesperado.

- d) Alucinaciones táctiles: (también llamadas *hápticas*, del verbo griego *tocar*). Afectan el tacto y la sensibilidad cutánea, bajo la forma de sensaciones en zonas bien delimitadas o difusas de la epidermis: quemaduras, pinchazos, sensaciones de movimiento o de reptación, de frío o de humedad y de prurito u hormigueo. Estas dos últimas impresiones, con frecuencia se atribuyen a la presencia de parásitos cutáneos, como es el caso del síndrome de Ekbom.

Las alucinaciones táctiles son conocidas principalmente en la intoxicación por cocaína o cloral, así como en el delirium tremens. En todos estos casos, suelen asociarse con alucinaciones visuales.

- e) Alucinaciones cenestésicas: La *cenestesia* se refiere a la experiencia o vivencia proveniente del interior del cuerpo propio, por lo que las alucinaciones cenestésicas afectan la sensibilidad propioceptiva y enteroceptiva, así como el esquema corporal, en el sentido de la representación vivencial que cada individuo tiene de su propio cuerpo. Suelen asociarse a un síndrome de despersonalización, con una sensación de transformación corporal, de posesión demoníaca o de invasión parasitaria en el interior del cuerpo. Las alucinaciones cenestésicas parciales más frecuentes se presentan a nivel de los órganos genitales, como sensaciones de orgasmo, de manoseo o de violación.

En ocasiones, las alucinaciones afectan el esquema corporal, por ejemplo, sensaciones de desplazamiento o distorsión de los miembros o los miembros fantasmas de los amputados.

Tal vez no esté demás referir aquí el fenómeno de autoscopía en el que el sujeto se ve a sí mismo, a veces avanzando hacia su propia persona. Volveremos a mencionar este fenómeno en la descripción del síndrome de Charles Bonnet.

- f) Alucinaciones quinesísticas o motrices: Involucran la esfera de las aferencias de la sensibilidad muscular y consisten en sensaciones de movimientos activos o pasivos.

Consideraciones psicodinámicas

La comparación entre el soñar y la enfermedad mental cuando ésta se acompaña de alucinaciones, ha estado presente en la filosofía y en la literatura psicoanalítica y fue sintetizada por Freud (1900) al adoptar una frase de Kant: *El loco es un sujeto que sueña despierto*. Sin embargo, Freud abandonó posteriormente esta analogía demasiado simplista. Postuló entonces que durante la actividad onírica sólo se presentan imágenes visuales o pensamientos transpuestos en

imágenes. Cuando aparecen expresiones verbales –añadía– no se trata de productos del propio sueño, sino de restos diurnos, de tal manera que si en un sueño se escuchan frases, se trata siempre de algo que se pronunció o leyó en el transcurso de la víspera. Freud estableció después una diferencia decisiva entre la elaboración onírica y la esquizofrenia. *En ésta, decía, son elaboradas por el proceso primario las palabras mismas, en las que aparece expresada la idea preconsciente, mientras que la elaboración onírica no recae en las palabras, sino, sobre las representaciones de cosa...*

Freud (1915) afirmaba también que en la esquizofrenia quedan sometidas las palabras al mismo proceso que forman las imágenes oníricas partiendo de las ideas latentes del sueño, o sea al proceso psíquico primario. Las palabras quedan condensadas y transfieren sus cargas unas a otras por medio del desplazamiento. Este proceso puede llegar hasta conferir a una palabra, apropiada para ello por sus múltiples relaciones, la representación de toda la serie de ideas. Más adelante, y en el mismo texto, decía que la psicosis alucinatoria de la demencia precoz... sólo surgirá cuando el yo del enfermo llegue a tal desintegración, que el examen de realidad no evite ya el proceso alucinatorio.

Aun cuando las referencias freudianas a las alucinaciones, principalmente las auditivas verbales, de la esquizofrenia, permiten establecer que el contenido de las mismas está constituido por elementos que han sido reprimidos y regresan engañando la censura, sin la rectificación del examen de la realidad y aparecen como provenientes del exterior, también permite distinguirlas de los actos fallidos y del soñar.

Podemos completar lo anterior con una aportación interesante de Lacan, quien introdujo el concepto de *repudio* (*forclusion* en francés) como un mecanismo de defensa específico de la psicosis que consiste en rechazar un significante fundamental fuera del universo simbólico. El repudio se diferencia de la represión porque los significantes repudiados no se encuentran integrados en el inconsciente del sujeto y porque no retornan *desde el interior*, sino desde lo real, especialmente en los fenómenos alucinatorios (Laplanche y Pontalis, 1977). En la idea de Lacan, lo real es el dominio que persiste fuera de la simbolización y por lo tanto, el repudio consiste en no simbolizar lo que debió serlo: se trata de una *abolición simbólica*. De esta forma, este autor intenta rectificar la noción freudiana de que la alucinación se debe a que lo repudiado de lo simbólico reaparece en lo real.

Dadas las características propias de los síndromes alucinatorios que revisaremos en los apartados siguientes, no nos extenderemos sobre la psicodinamia de las alucinaciones en general. Como podrá apreciarse más adelante, las alucinaciones visuales y auditivas en los casos de desaferentación de los canales sensoriales correspondientes, dejan ver, sobre todo en sus formas complejas, un sentido más o menos encubierto relacionado con el contexto existencial

que vive el sujeto alucinado. De este modo, las alucinaciones visuales de las oftalmopatías pueden tener una función compensadora de la soledad, en ocasiones desencadenada por un proceso de duelo o cumplen una finalidad de entretenimiento en personas desafortunadas y por lo tanto, aisladas. Las alucinaciones auditivas en la sordera, también pueden tener una función compensadora sobre todo en el curso de estados depresivos o durante un duelo patológico. En este último caso, se observa que a veces corresponden a sentimientos de culpa proyectados al exterior del sujeto. No está demás subrayar que con frecuencia las alucinaciones musicales reproducen canciones o melodías de la infancia del paciente o cantos patrióticos o religiosos.

Alucinaciones visuales en las oftalmopatías

Se han descrito diversas situaciones en las que aparecen alucinaciones sin que se ponga en evidencia alguna patología psiquiátrica u oftalmológica. Se pueden ubicar aquí las visiones que forman parte de los rituales culturales, las alucinaciones por privación sensorial y en situaciones de amenaza vital, las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas y las que se producen durante el duelo por la muerte del cónyuge. En este último caso, según opinan Gold y Rabins (1989), las alucinaciones difieren de las descritas en las oftalmopatías (síndrome de Charles Bonnet) porque son pasajeras, transparentes, breves y relacionadas con una situación específica.

Bartlett (1951) y Cohn (1971) utilizaron el término *visión fantasma* en casos en que aparecen alucinaciones visuales en el lugar de un ojo enucleado y comparan tal fenómeno con el miembro fantasma de los amputados. También ha sido descrito el *delirium o síndrome de la venda* durante el postoperatorio de la cirugía oftalmológica para cuya etiología se ha insistido en la desafortunación producida por la oclusión ocular, en tanto Gold y Rabins (1989) consideran que es probable que en la mayoría de los casos se trata de un delirium anticolinérgico debido a la administración de colirios con este efecto. Tal como lo señalan estos mismos autores, en la literatura oftalmológica abundan los reportes de casos de alucinaciones visuales en los que la tendencia de los autores es considerarlas como una condición que no es de naturaleza psiquiátrica y tampoco un fenómeno secundario a algún tipo de psicopatología. Las lesiones de cualquiera de los niveles del sistema visual, desde los globos oculares hasta la corteza occipital, son capaces de producir las y por tanto, estas alucinaciones no tienen valor para localizar las lesiones que las producen. Pero, por otra parte, de acuerdo con Fernández y cols. (1997) el concepto de síndrome de Charles Bonnet fue ampliado a tal grado que para Damas-Mora (1982) incluye todas las alucina-

ciones visuales de carácter placentero o neutral, acompañadas de conciencia clara; y para Berrios y Brooke (1982) es cualquier estado de alucinaciones visuales en los ancianos independientemente de la sintomatología que lo acompañe y se asocia en general a enfermedades de los ojos y del cerebro.

El síndrome de Charles Bonnet guarda una estrecha relación con la ciudad de Ginebra, donde existe una calle que lleva el nombre de este naturalista y filósofo ginebrino. El abuelo de Charles Bonnet, el síndico Charles Lullin, instigado por su nieto, había dictado a su secretario sus experiencias alucinatorias, transcritas en parte en un libro que Charles Bonnet publicó en 1760 e intitolado *Essai analytique sur les facultés de l'âme* ("Ensayo analítico sobre las facultades del alma"). Según este texto, Lullin a la edad de 89 años, *lleno de salud, de candor, de juicio, de memoria, en plena vigilia, independientemente de toda impresión del exterior, percibe de vez en cuando delante de él figuras de hombres, mujeres, pájaros, coches, edificios, etc. Ve que en estas figuras se dan diferentes movimientos, aproximarse, alejarse, huir; disminuir y aumentar de tamaño; aparecer y reaparecer: ve levantarse edificios bajo sus ojos..., los tapices de sus apartamentos de repente parecen cambiar... se cubren de cuadros que representan diferentes paisajes... los hombres y las mujeres no hablan y ningún ruido llega a sus oídos... Pero lo que es muy importante notar es que este anciano no toma como los visionarios sus visiones por realidades, sabe juzgar sanamente todas estas apariciones y enderezar siempre sus primeros juicios... su razón se divierte de ello. Ignora de un momento a otro qué visión se ofrecerá a él.*

Además de los fenómenos aquí consignados, Lullin presentaba alucinaciones autoscópicas: su doble, el *fumador de pipa*, aparecía regularmente cada mañana en cuanto el anciano encendía su pipa.

Charles Bonnet, por su parte, sufrió desde la edad de 24 años una disminución importante de la agudeza visual y presentó al final de su vida, alrededor de los 70 años, alucinaciones visuales muy similares a las que había descrito su abuelo.

El texto de Bonnet, con la descripción de las alucinaciones de su abuelo, fue publicado y comentado en 1902 por otro ginebrino, Théodore Flournoy, en el primer número de la revista *Archives de Psychologie*. En 1909, y en la misma revista, fue publicada la auto-observación del filósofo y psicólogo ginebrino Ernest Naville quien a la edad de 92 años había presentado alucinaciones visuales que consistían en personajes y animales. El hijo de Théodore Flournoy, Henri, publicó en 1923 otra auto-observación de alucinaciones lili-putienses de un sujeto de 86 años.

El término *síndrome de Charles Bonnet* fue acuñado en 1936 por un famoso neurólogo de Ginebra, G. de Morsier, quien publicó una serie de trabajos sobre el tema con la peculiaridad que siempre restó importancia en la génesis de las alucinaciones a las afecciones oculares que presentan habitualmente los

pacientes. Al mismo tiempo, de Morsier insistía en que los ancianos con un síndrome de Charles Bonnet tenían *las otras funciones cerebrales intactas* y por lo tanto estaban *en posesión de todas sus facultades*. Para él, el síndrome de Charles Bonnet consiste en *alucinaciones visuales de ancianos sin deficiencia mental*, como reza el título de uno de sus artículos, publicado en 1967.

La historia ginebrina de este síndrome continuó con otras observaciones y publicaciones, bajo la influencia del entonces catedrático de psiquiatría de la Universidad de Ginebra, J. de Ajuriaguerra, siendo el trabajo más relevante de esa época el que publicó este autor junto con Burgermeister y Tissot en 1965 con el título *Alucinaciones visuales de los oftalmópatas*. Es necesario reconocer, sin embargo, los antecedentes de esta publicación: el antecesor de J. de Ajuriaguerra en la cátedra de psiquiatría de Ginebra, Ferdinand Morel, había estudiado en 1933 las alucinaciones visuales de alcohólicos portadores de un escotoma positivo que puede ser considerado como una oftalmopatía transitoria. En tanto, Ajuriaguerra, tres años después, redactaba con J. Lhermitte en París un artículo sobre las *alucinaciones visuales y las lesiones del aparato visual*.

Prevalencia

En lo que a prevalencia se refiere, Berrios y Brook (1982) encontraron dos sujetos con síndrome de Charles Bonnet dentro de un grupo de 150 pacientes de una consulta psicogeriátrica, en tanto Teunisse y cols. (1995) reportan una prevalencia de 11% en ancianos con una agudeza visual muy disminuida. Fernández y cols. (1997) reportan que aproximadamente 20% de los individuos que sufren de ceguera adquirida presentan alucinaciones visuales complejas, cifra muy similar a la observada durante las experiencias de privación sensorial que es de 19%. Estos mismos autores señalan que la prevalencia aumenta con la edad y que podría ser de 1% a 2% en ancianos referidos para una hospitalización. Adachi (1996), por su parte, en un trabajo pionero en su género, estudió el síndrome en una población de más de 700 leproso japoneses con alteraciones visuales en la que encontró una prevalencia de 0,4%.

El síndrome de Charles Bonnet se presenta en sujetos añosos de ambos sexos, aun cuando de Morsier encontró una predominancia del sexo masculino. Es de notar que los autores de auto-observaciones fueron hombres muy ancianos, cerca de los 90 años o que rebasaban esta edad. En todos los sujetos existe una disminución de la agudeza visual, en general por cataratas, desprendimiento de retina, glaucoma o diversas retinopatías. Sobre este particular, de Morsier afirma que los trastornos de la visión no siempre están presentes, como es el caso de Naville quien, según este autor, no tenía un padeci-

miento ocular. Sin embargo, Burgermeister y cols. (1965), al retomar la auto-observación de Naville, encontraron que describía en ella una deficiencia de la visión que entorpecía mucho su lectura y escritura.

El modo de aparición de las alucinaciones es muy variable: puede ser brusco pero es más frecuente que sea progresivo, iniciándose con imágenes simples y figuras elementales para pasar progresivamente a escenas más complejas. Su duración también es variable, ya que en ocasiones el trastorno desaparece al cabo de pocos días y en otras, las más de las veces, suele durar años. Los fenómenos alucinatorios suelen ser continuos y no es raro, en caso de ser episódicos, que sigan siempre la misma secuencia, de figuras sencillas a escenas complejas.

La temática o contenido de las alucinaciones no sigue una regla fija. A veces es la misma a lo largo de los años, otras veces es cambiante y varía constantemente. Es posible, sin embargo, identificar en un mismo paciente algunos temas recurrentes, como determinados personajes o animales.

En muchos casos existe un paralelismo entre la evolución del trastorno ocular y la aparición de las alucinaciones, pero existe sobre todo una relación entre la agravación de la deficiencia de la agudeza visual y la presencia de las alucinaciones. En muchos otros casos, tal relación cronológica no fue puesta en evidencia. Por otra parte, Burgermeister y cols. (1965) han subrayado el hecho que los fenómenos visuales pueden ser desencadenados por un trastorno somático, como una bronconeumonía, una bronquitis o una descompensación cardiaca, cuya consecuencia es, en general, una disminución del nivel de vigilia. En lo que se refiere a lo anterior, pensamos que este tipo de alteraciones debería ser incluido dentro de un síndrome confusional o delirium.

En algunos sujetos existe una lateralización de las alucinaciones, como le sucedía a Lullin quien decía: *...todos los personajes y visiones...sólo los veía del lado izquierdo, salvo para los cuadros que estaban frente a mí pero que siempre comenzaban por el lado izquierdo.*

No podría decirse que existe un horario fijo y sin embargo, es frecuente que las alucinaciones aparezcan o se incrementen al caer la tarde o durante la noche. Algunos sujetos las presentan al estar acostados en su cama.

La acción de cerrar los ojos puede tener efectos totalmente opuestos sobre la actividad alucinatoria: ésta persiste en algunos individuos, mientras que desaparece en otros. Lo mismo sucede con los movimientos oculares que pueden hacer desaparecer las visiones pero también las pueden movilizar, aun tratándose de objetos fijos, como plantas o muebles. Algunos pacientes señalan que al mover la cabeza, desaparecen las alucinaciones. Otra característica casi constante es que las visiones se superponen a los objetos reales, como por ejemplo cuando se ven personajes o animales sobre los muebles, las paredes o la cama.

Aparte de los movimientos intrínsecos de los personajes u objetos alucinados, se han descrito otros, globales, en los que toda la imagen se desplaza, como si fuera una proyección o un cuadro que se mueve. Este fenómeno que también se observa en el delirium tremens, está probablemente determinado por los movimientos oculares. Lo mismo puede decirse de otro hecho que algunos autores han denominado *reduplicación* y que consiste en desdoblamiento de la imagen, multiplicación de personajes idénticos, desfiles militares o de otro tipo e incluso, movimientos de multitudes.

La belleza, brillo y vivacidad de los colores de la vestimenta y las joyas de los personajes que se presentan en el síndrome de Charles Bonnet ha llamado la atención de los observadores.

El contenido de las alucinaciones es muy variado, como ya fue señalado, va desde figuras geométricas sencillas hasta escenas muy complejas. Charles Lullin veía átomos, en tanto, el paciente de Henri Flournoy describía moléculas. En visiones más complejas, suelen describirse mosaicos, ramos de flores, tapices o cuadros. No es raro que se presenten cabezas, bustos, o personajes de cuerpo entero. En general, el paciente no identifica los personajes que ve, los que habitualmente son silenciosos. Pueden aparecer solos o en grupos constituidos por varios personajes idénticos, si existe el fenómeno de la reduplicación. Es necesario añadir que existen otros dos fenómenos que confieren características peculiares a la visión de personajes. Uno de ellos, la alucinación autoscópica, forma parte de la auto-observación de Lullin como el *fumador de pipa*, idéntico a él y que aparecía sobre el lado izquierdo de la ventana mientras el abuelo de Charles Bonnet fumaba su pipa por la mañana. En otras descripciones el sujeto ve una imagen de sí mismo como si la reflejara un espejo. Otro aspecto muy peculiar consiste en la aparición de alucinaciones minúsculas (liliputienses): personajes humanos diminutos, bien proporcionados que animan escenas completas y cuya vestimenta es percibida con todo detalle. Los objetos o animales que los rodean también tienen dimensiones reducidas. La aparición de animales es muy frecuente, tanto animales conocidos, domésticos o salvajes, como otros inexistentes en la fauna o monstruos.

Las alucinaciones pueden sufrir *metamorfosis*, en ocasiones como una sucesión rápida y continua. De este modo, las escenas cambian constantemente, se pasa de un personaje a otro, los objetos se modifican, los animales se transforman en humanos o viceversa, o bien aumentan o disminuyen de tamaño, etc.

Como fue demostrado por Morel (1947), algunas alucinaciones del delirium tremens se perciben como si estuvieran insertadas en un cono de proyección. Es decir, son vistas de mayor tamaño cuando están alejadas del sujeto y así, agrega Morel, *a corta distancia el paciente sólo ve pequeños animales, por ejem-*

plo ratones, más lejos percibe gatos, en tanto que los elefantes siempre son los más distantes. Burgermeister y cols. (1965) han encontrado el mismo fenómeno en el síndrome de Charles Bonnet, en el que los objetos o los personajes aumentan de tamaño a medida que se alejan y se hacen más pequeños al acercarse.

Las reacciones emocionales desencadenadas por las alucinaciones visuales del síndrome de Charles Bonnet por regla general no son intensas y consisten en curiosidad, fastidio, sorpresa, admiración o indiferencia. El paciente de Henri Flournoy, por ejemplo, afirmaba que sus visiones eran agradables y le distraían ya que estaba imposibilitado para leer y hacían que el tiempo no fuera tan largo. En las pocas ocasiones en las que se presenta temor e incluso angustia terrorífica producida por la visión de animales o monstruos, semejante a la descrita en el delirium tremens, existe un trastorno demencial (Burgermeister y cols., 1965).

Con alguna frecuencia, las alucinaciones desencadenan determinadas conductas en los pacientes. Es dado observar así que algunos sujetos tratan de apartar o alejar a los personajes o animales que ven; otros, optan por alejarse ellos mismos; a veces les dirigen la palabra, como el paciente de Flournoy quien preguntaba a sus personajes quiénes eran y de dónde venían y ante su total silencio, les pedía que le contestaran con señas. Las conductas que aparecen en el momento de la actividad alucinatoria indican que durante la misma, muchos pacientes toman por reales sus apariciones, de una manera similar a lo que acontece en los sueños. De ahí que Burgermeister y cols. hayan propuesto que existe más una corrección *a posteriori* que una crítica de las alucinaciones, la que ha sido considerada como una de las características propias de este síndrome. Los mismos autores señalan que esta corrección de la vivencia alucinatoria ya había sido descrita por Charles Bonnet cuando afirmaba que su abuelo *siempre endereza sus primeros juicios*. Existen, sin embargo, otros individuos que no critican ni corrigen sus alucinaciones y suponen que los demás también las perciben. Es en estos sujetos que pueden desarrollarse ideas delirantes o un trastorno delirante cuyo principal mecanismo es, desde luego, de tipo alucinatorio, como el caso reportado por Pino Serrano y Vázquez Fernández (1989). No obstante, es necesario precisar, junto con Burgermeister y cols. (1965) que los trastornos delirantes suelen desarrollarse en los pacientes que presentaban antecedentes de síntomas psicóticos. Existe además la posibilidad que las alucinaciones visuales producidas por una oftalmopatía sean integradas a un sistema delirante y alucinatorio preexistente. En cuanto a la asociación con otro tipo de alucinaciones, han sido descritas alucinaciones auditivas (principalmente ruidos, ya que los personajes son mudos), cenestésicas y táctiles. En este último caso, se ha mencionado la posibilidad de que se asocie con un delirio dermatozoico (Burgermeister y cols. 1965; Kanasawa y

Hata, 1992). En opinión de Burgermeister y cols., la presencia de otro tipo de alucinaciones, aparte de las visuales, en el síndrome de Charles Bonnet es excepcional. Añaden los autores mencionados que *la mayoría de los pacientes insisten sobre el silencio absoluto en el que se desarrollan las escenas, aun las más animadas... la incapacidad que presentan para asir los objetos e incluso la desaparición de los mismos cuando intentan acercarse o tocarlos, asirlos o rechazarlos.*

Nos parece interesante reportar aquí un caso descrito por Patel y cols. (1987) en el que observaron en una paciente de 86 años que vivía sola, sin antecedentes psiquiátricos y con una disminución de la agudeza visual por cataratas bilaterales, la aparición de alucinaciones visuales que consistían inicialmente en la visión placentera de niños silenciosos que desaparecían cuando la paciente intentaba acercarse a ellos. Posteriormente, estas escenas infantiles fueron sustituidas por la visión de un espectáculo circense, relacionada con recuerdos de su infancia y que, en un paso ulterior, se acompañaba de la música característica de los circos. Ante estas nuevas escenas, acompañadas de alucinaciones musicales, la reacción era también de agrado. En una tercera fase, la paciente empezó a sentirse observada por el Diabolo, por lo que evitaba quitarse la ropa. Finalmente, y sin ningún tratamiento, los fenómenos alucinatorios y delirantes desaparecieron al ser hospitalizada en medio psiquiátrico. Es de notar que la paciente no presentaba signos de deficiencia cognoscitiva y que su agudeza auditiva sólo estaba ligeramente disminuida.

Hipótesis patogénicas

Se han propuesto diversas hipótesis patogénicas que permitirían explicar la aparición de alucinaciones visuales en las oftalmopatías, hipótesis que según Burgermeister y cols. pueden agruparse en tres tipos.

- a) La oftalmopatía es responsable, a parte entera, del síndrome alucinatorio. Esta hipótesis tiene en su contra el hecho que existe un claro contraste entre la frecuencia notoria de las afecciones oculares, sobre todo en sujetos añosos, y la poca frecuencia del síndrome de Charles Bonnet, lo que ha impulsado a los investigadores a encontrar factores asociados, en particular, el de una alteración cerebral. En este sentido, los sujetos que parecen conservar una mayor integridad cerebral son los nonagenarios que han formulado sus auto-observaciones. Sin embargo, estos pacientes, cuyo interés principal reside en la riqueza de sus descripciones, constituyen la excepción dentro de la cohorte de los oftalmópatas que presentan alucinaciones visuales. En muchos otros casos, la alteración cere-

bral no deja lugar a dudas. Por otra parte, algunos estudios recientes apoyan esta primera hipótesis, como el de Schultz y Melzack (1993), quienes estudiaron 14 sujetos que presentaban una agudeza visual muy disminuida, reclutados a través de la Asociación para la Ceguera de Montreal. Todos presentaban un síndrome alucinatorio visual y ninguno tenía alteraciones psicopatológicas o cognoscitivas. Los autores citados son de la opinión que las alucinaciones visuales de los sujetos estudiados se debían a una actividad neural que se genera en las áreas cerebrales que procesan la información visual, en ausencia de aferencias visuales (teoría de la *liberación perceptiva* que será revisada más adelante).

- b) La oftalmopatía es considerada sólo como una asociación por coincidencia. Esta segunda hipótesis niega el papel de la oftalmopatía en el desencadenamiento del síndrome alucinatorio y tiene su principal defensor en de Morsier (1967). Para sostenerla, este autor recurre, entre otros argumentos, al de la contradicción que hemos señalado a propósito de la primera hipótesis y al de la ausencia de lesiones oculares en algunos casos, como sería el de Ernest Naville. Sin embargo, y tal como fue referido, Burgermeister y cols. (1965) cuestionaron la integridad visual de este ilustre ginebrino, quien presentaba serias dificultades para leer y escribir. Para de Morsier, la aparición de las alucinaciones visuales en sujetos ancianos tendría su origen en una lesión discreta y circunscrita de la corteza cerebral visual, la que, debido a la edad de los pacientes, podría ser de tipo *degenerativo senil*.
- c) La oftalmopatía es una condición necesaria pero no suficiente en el síndrome alucinatorio. La tercera hipótesis sostiene que una doble etiología es indispensable para que se produzcan las alucinaciones visuales; es decir, deben conjugarse una lesión periférica, ocular, con otra, central, cerebral. Los principales defensores de este punto de vista son Burgermeister y cols., con los antecedentes del trabajo de Lhermitte y Ajuriaguerra (1936), así como de un artículo de Hécaen y García Badaracco (1956). Las observaciones que apoyan esta hipótesis incluyen, además del examen clínico, estudios electroencefalográficos y anatomopatológicos, cuyos resultados parecen indicar en la gran mayoría de los casos, sea lesiones vasculares cerebrales, sea trastornos del nivel de vigilia.

El papel de la oftalmopatía en la hipótesis de una doble etiología quedaría demostrado por diferentes hechos clínicos. En primer lugar, es frecuente que exista una relación cronológica entre la aparición de las alucinaciones y la disminución de la agudeza visual. Aun cuando son excepcionales, existen casos en los que una intervención que produce una mejoría de la visión, hace desaparecer la actividad alucinatoria. También habla a favor de esta misma hipó-

tesis, el hecho que las alucinaciones animadas de movimientos parecen estar siempre acompañadas de movimientos oculares, en tanto las que permanecen estáticas no los presentan, tal como lo demostraron Burgermeister y cols. (1965), al registrar la oculomotricidad de sus pacientes. Otro argumento, subrayado por estos mismos autores, sería la observación rara pero real, de la aparición de alucinaciones visuales en sujetos portadores de una lesión cerebral cuando sobreviene una afección ocular; la situación inversa en la que un oftalmópata empieza a alucinar a partir del momento en que se presenta un trastorno del funcionamiento cerebral, va en el mismo sentido.

Burgermeister y cols. comparan el síndrome de Charles Bonnet con el estado confusional que aparece después de intervenciones quirúrgicas oftalmológicas, en cuyo postoperatorio se mantienen ocluidos los párpados por medio de un vendaje. Este fenómeno se observa principalmente en pacientes ancianos, sin antecedentes psiquiátricos, algunas horas después de la intervención y se caracteriza por desorientación espacial, acompañada de ansiedad y agitación y casi siempre, de alucinaciones visuales. En este caso, existe una afección ocular que ocupa el primer plano con la supresión de la visión y una integridad cerebral relativamente bien conservada. En el polo opuesto podría ubicarse el delirium tremens, en el que ocupa un lugar preponderante la alteración cerebral generadora de un trastorno importante del nivel de vigilia, acompañada de una deficiencia visual mucho menos notoria (el escotoma central positivo, descrito por Morel). Las alucinaciones visuales en las oftalmopatías ocuparían un lugar intermedio con respecto a los dos síndromes anteriores, porque se presentan alteraciones tanto de la esfera visual como cerebral. En suma, para estos autores *en todos los pacientes la disminución del nivel de vigilia favorece las alucinaciones pero en los dementes o pre-dementes que presentan lesiones cerebrales difusas, la disminución del nivel de vigilia, parece jugar el papel de condición necesaria para la aparición de las alucinaciones.*

Por otra parte, en un estudio sobre alucinaciones visuales en pacientes con una degeneración macular senil, Holroyd y cols. (1992) encontraron una prevalencia de 13% de tales alucinaciones. Los factores asociados en forma significativa con ellas, en comparación con los sujetos que no las padecían, fueron vivir solos, presentar un rendimiento cognoscitivo más bajo, tener antecedentes de un accidente vascular cerebral y presentar una agudeza visual más deteriorada en ambos ojos. En la gran mayoría de los pacientes, las alucinaciones se habían iniciado después de un cambio brusco en la visión. En las conclusiones de su trabajo, los autores refieren que las alucinaciones visuales en esta oftalmopatía no se relacionan con un padecimiento psiquiátrico pero sí con la privación sensorial derivada del hecho de vivir solos y tener la agudeza visual muy disminuida, así como con una alteración cerebral de tipo vascular.

En un artículo posterior, los mismos autores (Holroyd y cols., 1994) demostraron la asociación frecuente (6,3% de los casos) entre diversos padecimientos oftalmológicos (degeneración macular senil, retinopatía diabética, glaucoma, retinitis pigmentaria, desprendimiento de retina, oclusión de la vena retiniana, etc.) y la presencia de alucinaciones visuales. A parte del hecho de vivir solo y presentar un rendimiento cognoscitivo más bajo, como había sido el caso en la degeneración macular senil, encontraron otros factores significativamente asociados, como el sexo femenino y la edad avanzada.

Para Gold y Rabins (1989), en el síndrome de Charles Bonnet se produce un determinado tipo de fenómeno psicopatológico –las alucinaciones visuales– por diversos mecanismos cerebrales. Comparan este hecho con lo que sucede en el síndrome de Capgras en el que la idea delirante de que alguien cercano es un impostor, puede ser producida por una variedad de lesiones estructurales del cerebro pero que también ha sido encontrada en la esquizofrenia y en los trastornos afectivos. Estos autores son de la opinión que debe deslindarse la descripción de los fenómenos clínicos del síndrome de Charles Bonnet de las cuestiones etiológicas y evolutivas que forman parte de la evaluación médica y el seguimiento de los pacientes. Relacionan este síndrome alucinatorio, observado sobre todo en ancianos, con dos factores de riesgo derivados de problemas frecuentes durante el envejecimiento, a saber la patología ocular y las alteraciones cerebrales, siendo uno de ellos una condición suficiente pero no necesaria para que aparezcan las alucinaciones visuales.

La hipótesis de una doble etiología que parece la adecuada para la mayoría de los casos de alucinaciones visuales en las oftalmopatías, no explica, sin embargo, lo que sucede en los nonagenarios autores de las auto-observaciones, ya que parece tratarse de personas intelectualmente bien conservadas, a pesar de su edad muy avanzada. Como lo señala Dias Cordeiro (1972), es probable que en ellos la falta de estímulos visuales propicie la tendencia a replegarse sobre sí mismos y a sumergirse en ensueños en los que el elemento visual es muy importante. Para el mismo autor, no es casual que las alucinaciones representen escenas de seres vivos y en movimiento que proporcionan entretenimiento y tranquilidad. Las visiones del síndrome de Charles Bonnet podrían corresponder entonces a una realización alucinatoria del deseo de no estar solos, por lo que podrían ser entendidas como el equivalente visual del síndrome del compañero tardío. Añadamos sobre la base de trabajos ulteriores, que esta hipótesis resulta particularmente atractiva en los casos en los que el síndrome alucinatorio se presenta durante una reacción de duelo. Así, los tres casos de Alroe y Mc Intyre (1985), el duelo se debía a la pérdida del cónyuge y en el caso de Adair y Keshavan (1988), a la pérdida de un hijo.

Alucinaciones auditivas en las otopatías

Como ya fue señalado en el apartado sobre la desaferentación sensorial y social como uno de los posibles factores etiopatogénicos de los trastornos delirantes en la vejez, la disminución importante de la agudeza auditiva o la sordera pueden desencadenar alucinaciones auditivas, entre otras manifestaciones. Para Ajuriaguerra y Garrone (1965), la pérdida de la audición siempre conlleva la aparición de trastornos de la personalidad. La importancia de estos trastornos será menor si el sujeto conserva la capacidad para comunicar con terceros y acepta su sordera y será mayor si, por el contrario, su limitación lo conduce a aislarse. De esta forma, el sordo que acepta y utiliza una ayuda auditiva o aprende la lectura labial, es candidato a ser un sordo adaptado, sin trastornos psicopatológicos importantes. En cambio, el sordo desadaptado puede ser descrito como desconfiado, solitario, irritable, peleón, suspicaz, agresivo, interpretativo o incluso puede sentirse perseguido.

En el cuadro que llamó *paranoia de los sordos*, Kraepelin (1909) describió características que comparó con las que presentan los prisioneros: aislamiento con limitación de los intereses y de los pensamientos. En ambos casos, el sujeto prestaba atención selectivamente a los ruidos internos del oído, lo que favorecería la aparición de alucinaciones auditivas. Éstas, al igual que las ideas delirantes, eran desagradables: las personas de su entorno ya no los soportaban, les querían hacer daño, enfermarlos o deshacerse de ellos (ver nuestro caso N° 15).

En las afecciones del oído de larga evolución (otopatías), han sido descritas alucinaciones elementales, como ruidos y sonidos, o complejas, verbales o musicales, uni o bilaterales. Es de notar que el mismo tipo de fenómenos ha sido encontrado en las lesiones cerebrales de la zona temporal pero aquí sólo revisaremos la actividad alucinatoria que aparece durante una otopatía, la que ha sido comparada, primero por Hécaen y Ropert (1963) y después por Fuchs y Lauter (1992), con las alucinaciones visuales en las oftalmopatías y con las que, incluso, puede asociarse (Patel y col., 1987).

Las alucinaciones auditivas en las otopatías representan una complicación relativamente rara, hecho que contrasta con la frecuencia de las afecciones del oído que conducen a una sordera. De ahí que la revisión hecha en 1963 por Hécaen y Ropert, en la que estos autores incluyeron nueve casos estudiados por ellos, siga siendo un escrito clásico sobre el tema. Existen en la literatura otras dos buenas revisiones recientes (Berrios, 1990; Fuchs y Lauter, 1992) pero que se refieren exclusivamente a las llamadas *alucinaciones musicales*, inconveniente al que se añade en la primera la inclusión de los casos publicados tanto de sujetos portadores de una lesión cerebral, como de otros que sufrían de una otopatía.

Hécaen y Ropert subrayaron el hecho que desde los trabajos de Régis en 1881 y de Séglas en 1896 y 1902, el interés de los clínicos había declinado hasta la redacción de su revisión, en parte debido a la polémica suscitada por las especulaciones alrededor del origen de esas alucinaciones. Tal polémica giró en gran parte en torno a la necesidad de determinar si las alucinaciones se presentaban sobre una base psicopatológica o eran independientes de ella. Esta duda parecía haberse disipado por los años 30 cuando se propuso el término de *alucinosis* para designar las alucinaciones visuales y auditivas que se presentan como fenómeno neurológico *parcial* o aislado, sin participación delirante para distinguirlas de las alucinaciones que se observan en los enfermos mentales delirantes. No obstante esta distinción semántica, la cuestión no quedó del todo aclarada, ya que han sido descritos casos en los que, en ausencia de un trastorno delirante, se presentan alucinaciones auditivas verbales dentro de un contexto depresivo, en ocasiones relacionado con un duelo, presumiblemente patológico. Así, la paciente de Kammerer y cols. (1958), reportada por Hécaen y Ropert, oía la voz de su hermano que la culpaba de la muerte de su madre. Hécaen y Ropert subrayan que en este caso, las manifestaciones de la alucinosis auditiva aparecen como la traducción de una culpabilidad patológica profunda y mediante un mecanismo proyectivo las autoacusaciones, facilitadas por los acúfenos, toman la forma de una voz externa que acusa a la paciente. En lo que se refiere a las alucinaciones musicales, tanto Hécaen y Ropert como Aizenberg y cols. (1986), señalan que podrían cumplir con una función apaciguadora para contrarrestar la depresión. En nuestra casuística, la paciente del caso N.º 21 presentaba alucinaciones auditivas verbales en las que oía la voz de su hijo muerto que le reprochaba los malos tratos que ella le había infligido durante la infancia. Otro caso, descrito por Ross en 1975 (citado por Aizenberg y cols., 1986), presentaba alucinaciones musicales durante una depresión profunda después de la muerte de su esposo. Nuestra misma paciente (caso N.º 21) sufrió un fenómeno similar durante el duelo de su marido, anterior a la muerte de su hijo. Por otra parte, Aizenberg y cols. (1986) reportaron dos pacientes que padecían alucinaciones musicales durante episodios depresivos *no psicóticos* y que desaparecían al ser controlada la sintomatología depresiva.

Como lo indican Hécaen y Ropert, la condición *sine que non* de las alucinaciones auditivas de las otopatías es la existencia de una deficiencia auditiva permanente y de larga evolución. Se trata de una sordera que se instala y evoluciona progresivamente, de manera tal que la hipoacusia se va acentuando hasta ser completa. Las afecciones que la producen con más frecuencia son las laberintitis, otopatías, otosclerosis y presbíoacusia. Cuando la deficiencia auditiva es de origen traumático, la instalación y evolución de los síntomas suelen ser más rápidas. Existe, en general, una estrecha relación entre la evolución de

la deficiencia sensorial y la aparición de la alucinosis. Es habitual, por lo tanto, que los fenómenos alucinatorios elementales (acúfenos, ruidos, sonidos) empiecen a manifestarse cuando ha disminuido la agudeza auditiva y permanezcan posteriormente. Los fenómenos complejos (alucinaciones verbales y musicales), por el contrario, suelen presentarse sólo cuando la sordera está instalada. La alucinosis es habitualmente permanente, repetitiva y rítmica, lo que puede provocar reacciones depresivas o de fastidio. Los pacientes comparan los ruidos que oyen con el tic-tac de un reloj, el sonido rítmico de las ruedas de un tren, las explosiones de un motor, las descargas de una ametralladora, etc.

Un dato semiológico importante es la lateralización de los fenómenos alucinatorios que hace que sean percibidos del lado en el que el oído está más afectado. Esta lateralización es mucho más frecuente en las otopatías que en las alucinaciones por lesiones cerebrales. En este último caso, las alucinaciones auditivas claramente localizadas en un hemiespacio son el indicio de una lesión temporal contralateral (Hécaen y Ropert, 1959; Bergman, 1965; Tanabe y cols., 1986).

Son varios los factores susceptibles de modificar o influenciar la producción alucinatoria o de provocar su desaparición: la oclusión de una oreja, sea la del lado más afectado, sea la del lado opuesto, puede producir un aumento o una disminución de las manifestaciones alucinatorias. La atención voluntaria suele disminuirlas o suprimirlas, en tanto algunos pacientes logran cambiar el tema musical bajo el efecto de la voluntad. Cuando los sujetos escuchan una conversación o intervienen en ella, la alucinosis puede atenuarse o desaparecer. Es habitual, además, que también desaparezca cuando el sujeto se duerme, siendo en algunos casos éste el único momento en que descansa de sus fenómenos auditivos. Pero, por otra parte, también puede suceder que las alucinaciones se manifiesten sobre todo en la fase hipnagógica previa al sueño propiamente dicho.

La vivacidad de las alucinaciones y la reacción afectiva del sujeto ante las mismas, es variable. Son moderadas cuando se trata de alucinaciones elementales, salvo en los casos en que la intensidad y la repetición las hace fastidiosas y difícilmente soportables. Algo similar sucede cuando adquieren un carácter rítmico, circunstancia en la cual el paciente tiene inicialmente una reacción de búsqueda en un intento por identificar la fuente de lo que percibe. Por el contrario, la vivacidad y la participación emocional son mayores cuando se trata de alucinaciones complejas. De ahí que las descripciones que hacen de ellas los pacientes sean más ricas y detalladas y que sea más frecuente la búsqueda inicial de su origen.

Las alucinaciones musicales suelen ser las que revisten un carácter de realidad y de respuestas subjetivas más intensas. En su inicio, muchos pacientes las atribuyen a grabaciones de música puestas en algún lugar cercano. En este

sentido, la regla es que las alucinaciones sean percibidas como provenientes de la oreja o a cierta distancia de ella; a pesar de ello, las alucinaciones complejas de las otopatías son habitualmente criticadas y por lo tanto, interpretadas como fenómenos anormales.

Como ya fue señalado, las alucinaciones elementales suelen ser monótonas y estereotipadas, lo que provoca reacciones de contrariedad. Las alucinaciones complejas, verbales o musicales, pueden presentar también características similares de repetición, bajo la forma de una o dos palabras, algunas notas musicales o un estribillo. Se ha observado, no obstante, que en algunos sujetos los temas verbales o musicales son variables, sin alcanzar la variabilidad ni la riqueza de las alucinaciones descritas en las oftalmopatías.

Una característica propia de las alucinaciones auditivas en las otopatías es su progresivo enriquecimiento a partir de los acúfenos iniciales, evolución que corre paralela a la disminución de la agudeza auditiva, de manera que su complejidad va en aumento, a medida que la sordera es mayor. Los acúfenos pueden ser definidos como sensaciones auditivas anormales y subjetivas. Es de notar que en la literatura en idioma inglés, se utiliza con frecuencia el término *tinnitus* como sinónimo de acúfeno, cuando en realidad significa *campanilleo* o *retintín*, es decir una forma de acúfeno, siendo otra, muy frecuente, el zumbido.

Todo parece indicar que los acúfenos sirven de molde sobre el que se instalan las manifestaciones verbales o musicales, como si se fueran *visitando*, a medida que aumenta su complejidad, según la expresión de Hécaen y Ropert. Así, los acúfenos más agudos suelen dar origen a las alucinaciones musicales, en tanto los de una tonalidad más grave producen alucinaciones verbales. Los mismos autores citan a Régis quien decía que *los ruidos subjetivos de la oreja siguen una gama ascendente, desde el mero zumbido, hasta cantos y palabras claramente articulados, con una serie de ruidos diferenciados intermedios. Las voces así producidas, proseguía Régis, son totalmente solidarias del zumbido previo, al que se superponen y del que constituyen una especie de transformación y de perfeccionamiento.* Hécaen y Ropert opinan, apoyándose en sus descripciones clínicas, que este proceso de enriquecimiento progresivo de las alucinaciones, también descrito por Bronisch (1965), no puede ser entendido como una simple evolución *mecánica*, sino que intervienen en él factores personales, como los rasgos del carácter, la tonalidad afectiva y el modo habitual de reaccionar ante una situación patológica. Saladini y cols. (2000) encontraron en un estudio de cuatro pacientes femeninas con el diagnóstico de psicosis alucinatoria crónica que habían desarrollado previamente a la afección mental acúfenos relacionados con una patología auditiva de larga evolución. Suponen estos autores que a partir de la disminución de la agudeza auditiva se produjo el acúfeno, el que a su vez se *visitó* para dar lugar a las alucinaciones auditivas del cuadro psicótico.

Tal como se desprende de la descripción clínica de las alucinaciones auditivas en las otopatías, no cabe duda del papel primordial jugado por la alteración del oído y la consecuente disminución de la agudeza auditiva o la sordera. Sin embargo, el papel que puedan desempeñar los posibles trastornos cerebrales, no queda del todo claro. Se ha esgrimido el argumento de alteraciones vasculares a ese nivel, como podría suceder en nuestro caso N.º 21, por los resultados del EEG y de la IRM. Otro dato interesante es la edad de los pacientes, quienes en su mayoría rebasan los 60 años de edad. En la revisión de Fuchs y Lauter (1992), el promedio de edad para la aparición de alucinaciones musicales es de 69 años. Estos mismos autores, encontraron una preponderancia en el sexo femenino. Señalemos también que en la casuística de Hécaen y Ropert, los 9 pacientes que describen pertenecen al sexo femenino, hecho que curiosamente pasan por alto en sus comentarios.

Ha sido discutida también la posibilidad que las alucinaciones auditivas puedan desencadenar un trastorno delirante. En opinión de Hécaen y Ropert, cuando existe una asociación de ambos trastornos, la alteración auditiva es la que influye en el desencadenamiento del delirio y no la inversa.

Diversos autores se han interesado exclusivamente en el caso de las alucinaciones musicales. Algunos de ellos, como Fuchs y Lauter, (1992), parecen considerar que el término *alucinaciones musicales* puede ser aplicado a todas las alucinaciones auditivas de las otopatías, ya que describen, además de las melodías propias de este fenómeno, silbidos, ruidos de agua o de motor, cantos de pájaros y tañido de campanas, así como alucinaciones que ellos denominan *voces humanas no melódicas*, las que seguramente corresponden a las alucinaciones verbales. En opinión de David (1999), las alucinaciones musicales en individuos no psicóticos implican casi invariablemente la pérdida de la audición, en ocasiones con patología cerebral agregada. Por otra parte, este mismo autor señala que la edad avanzada conlleva cierta disminución de la agudeza auditiva, aun cuando ésta no sea obvia para el entorno.

En su revisión sobre el tema, Berrios (1990) reunió una muestra de 46 pacientes con alucinaciones musicales y encontró que éstas prevalecían en mujeres ancianas: 80% de sus pacientes pertenecían al sexo femenino y su edad promedio era de 60 años. Como habíamos señalado anteriormente, Berrios incluyó en su casuística a sujetos con lesiones temporales derechas, lo que sucedía en casi 40% de los pacientes que sufrían de enfermedades cerebrales tumorales, epileptógenas o vasculares. En estos mismos pacientes las alucinaciones musicales eran, en general, el único síntoma. La mayoría de los sujetos de la muestra (73%) criticaban los fenómenos alucinatorios y en una proporción similar (74%), no existían antecedentes psiquiátricos ni se pudo poner en evidencia en el momento del estudio algún padecimiento mental. Cuando éste estaba presente se trataba en general de un estado depresivo.

En cuanto al contenido de las alucinaciones musicales, Berrios encontró que los pacientes reportaban con más frecuencia canciones, con o sin acompañamiento instrumental, habitualmente de tipo religioso o patriótico. Estas melodías se presentaban la mayor parte del tiempo bajo la forma de tonadas o frases musicales que se repetían una y otra vez.

El autor concluye considerando que su estudio indica que las alucinaciones musicales suelen ser más frecuentes en las mujeres ancianas afectadas de sordera o de enfermedad cerebral y sin antecedentes ni la presencia de una enfermedad psiquiátrica. Añade que permanece una duda con respecto a la prevalencia en el sexo femenino, ya que no excluye la posibilidad que haya una mayor tendencia en las mujeres a referir sus experiencias alucinatorias. Otro dato de interés que reporta Berrios es que el hemisferio cerebral derecho es el encargado del procesamiento de la información musical, cuya representación se traslada con el entrenamiento musical al hemisferio izquierdo. Fuchs y Lauter (1992) reunieron una muestra de 19 pacientes sin trastornos psiquiátricos ni neurológicos y sin lesiones del lóbulo temporal y con una pérdida parcial o total de la audición por presbíoacusia, otosclerosis o infecciones. Observaron que las alucinaciones musicales eran más frecuentes en las mujeres y que en la mitad de los casos, el inicio había sido gradual. En un tercio de los pacientes la actividad alucinatoria persistía durante todo el día, para desaparecer durante las horas de sueño. Se trataba en general de melodías conocidas, relacionadas con experiencias infantiles, de música vocal o instrumental. Su repetición era monótona, lo que a la larga producía sentimientos de desesperación o reacciones depresivas. Con anterioridad, sin embargo, las alucinaciones musicales habían despertado sentimientos de perplejidad o conductas de búsqueda del origen de las melodías; no fue raro que provocaran cierto malestar o temor a estar mentalmente enfermo. En ocasiones, los sujetos escuchaban la música entre fascinados y divertidos.

Similitudes y diferencias entre los dos tipos de trastornos alucinatorios

La cuestión de las similitudes y diferencias entre los dos síndromes no puede ser dejada de lado, debido a que en ambos casos los fenómenos alucinatorios se presentan en sujetos ancianos que sufren de un trastorno que produce una deficiencia sensorial. A partir de este primer hecho, es posible describir otras características compartidas. Una de ellas se refiere al inicio del padecimiento en el que, tanto las alucinaciones visuales como las auditivas, se constituyen sobre fenómenos elementales. Así, en opinión de Hécaen y Ropert (1963), existe un paralelismo evidente entre la evolución del acúfeno hacia la

alucinación musical y después verbal y la complejidad creciente de las alucinaciones visuales. En ambos casos, agregan estos autores, el elemento esencial y necesario, pero no suficiente, es la alteración sensorial; a partir de ésta, se producen los fenómenos elementales, fosfenos y acúfenos, los que sólo se *vestirán* como alucinaciones complejas con la intervención de otros múltiples factores. En la mayoría de los casos hay además una concordancia cronológica entre la aparición de la deficiencia sensorial o la agravación de ésta y el desencadenamiento de las alucinaciones. A la inversa, la actividad alucinatoria puede desaparecer al recobrar el sujeto la visión o la audición. Fuchs y Lauter (1992), subrayan que la única forma efectiva de hacer desaparecer las alucinaciones ha sido la de restaurar la función sensorial perdida mediante una intervención quirúrgica, aun cuando esto sólo ha ocurrido en contados casos.

Otra similitud encontrada es la lateralización de la actividad alucinatoria del lado en que la deficiencia sensorial es más marcada. Tanto las alucinaciones visuales como las auditivas, suelen ser modificadas con un esfuerzo de atención o una actividad voluntaria. De esta forma, en el síndrome de Charles Bonnet las visiones pueden moverse, retroceder o esfumarse cuando el sujeto sopla, mueve los ojos, cierra los párpados o da una orden. Del mismo modo, las alucinaciones auditivas suelen desaparecer cuando el individuo interviene en una conversación, en tanto algunos pacientes son capaces de desencadenar determinada melodía, con sólo imaginársela.

Como ya fue consignado en las descripciones correspondientes, en ambos trastornos existe una crítica de los fenómenos alucinatorios, crítica que, sin embargo, se presenta habitualmente *a posteriori*, después de una reacción de perplejidad y de búsqueda.

No obstante estas similitudes, existen algunas diferencias señaladas tanto por Hécaen y Ropert (1963), como por Fuchs y Lauter (1992). Las alucinaciones visuales de los oftalmópatas suelen aparecer por accesos o episodios, de preferencia al atardecer o por la noche; las auditivas de las otopatías persisten, son constantes y en muchos pacientes sólo desaparecen durante el sueño. Las alucinaciones auditivas consisten generalmente en la repetición monótona de sonidos, palabras, fragmentos de frases o de melodías. Estas últimas son reconocidas por el paciente como pertenecientes a su infancia, como sucedía con nuestra paciente del caso N^o. 21. Los personajes alucinados en el síndrome de Charles Bonnet, en cambio, muy rara vez son personas conocidas. Por otra parte, la proyección espacial de las alucinaciones auditivas es mucho menos definida que la observada en las visuales; no es raro que las percepciones de las primeras se sitúen dentro de la cabeza o cerca del oído.

Señalemos, por último, que las características de las alucinaciones auditivas no pueden ser comparadas con la vivacidad de tono y brillo de las percepcio-

nes visuales de los oftalmópatas. Como lo subrayan Hécaen y Ropert (1963), los pacientes se quejan a veces de una intensidad penosa de sus percepciones auditivas pero nunca insisten sobre la estridencia de los ruidos alucinados.

Fuchs y Lauter (1992) consideran que entre ambos síndromes existe una gran similitud y que las únicas diferencias claras entre ellos se refieren al modo de presentación de la actividad alucinatoria (continuo en las alucinaciones auditivas, más fragmentado en las visuales) y a su relación con la memoria (melodías conocidas en las alucinaciones musicales y personajes desconocidos en las visuales). En base a su gran semejanza, estos autores se esfuerzan por encontrar una patogenia común a ambos trastornos. Son de la opinión, al respecto, que el papel de la deficiencia sensorial puede ser entendido en términos de la teoría de la *liberación perceptiva*, propuesta por West (1962) y por Cogan (1973). De acuerdo con ella, se supone que, en condiciones normales, la entrada de las aferencias sensoriales inhibe las huellas mnésicas almacenadas en los circuitos neuronales que siempre están preparadas para ser reactivadas. Si la entrada de los estímulos se reduce por debajo de determinado nivel, con una activación cortical suficiente y en presencia de un estado de conciencia conservado, se produce una desinhibición, liberación y percepción consciente de estos engramas almacenados. La teoría de la *liberación perceptiva* permite entender la aparición de alucinaciones visuales y auditivas en las experiencias de privación sensorial. Podría explicar también el reconocimiento de melodías en las alucinaciones musicales y el de las imágenes de algunos casos de alucinaciones visuales. Apoya a la mencionada teoría, el hecho que se ha reportado en contados sujetos que las alucinaciones desaparecen cuando se restablece la visión o la audición. Sin embargo, los autores citados añaden que la teoría de la *liberación perceptiva* no proporciona una explicación suficiente puesto que en la mayoría de las personas que padecen de una deficiencia sensorial, visual o auditiva, no se presentan alucinaciones. Discuten entonces la posibilidad que una disfunción cerebral sea otra condición necesaria para el desencadenamiento de la actividad alucinatoria. Las semejanzas que guardan la insuficiencia vértebro-basilar y la alucinosis peduncular con los síndromes aquí analizados, sobre todo con el de Charles Bonnet, no permiten excluir una disfunción diencefálica o talámica.

Por otra parte, Fuchs y Lauter señalan que en condiciones normales, una disminución del nivel de vigilia favorece la presencia de alucinaciones visuales y auditivas, como las observadas al inicio o al final del sueño (alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas, respectivamente). Relacionan este hecho con la aparición de preferencia vespertina o nocturna de las alucinaciones visuales en las oftalmopatías. Agregan, empero, que en el caso de las auditivas que son continuas, no es posible atribuir un papel desencadenante a la disminución del nivel de vigilia.

Al llegar a este punto, y ante la dificultad de englobar los dos síndromes dentro de una causalidad común, los autores se ven en la necesidad de evocar factores de personalidad que denominan de *cualidad personal*. Suponen que en algunas personas sensibles y que mantienen vivos sus intereses hacia el entorno, la desaferenciación produce una pérdida del *acceso al mundo*, la que propiciaría la formación de un *mundo sustituto*, compuesto de imágenes fascinantes y de música proveniente del pasado.

Para concluir este apartado, nos parece útil recordar que la sordera tiene mayores efectos deletéreos sobre la personalidad que la ceguera. Esta última, tal como lo apuntan Hécaen y Ropert (1963), se erige como una pantalla interpuesta entre el sujeto y el mundo de los objetos, en tanto la sordera constituye una barrera profunda entre el Ser Humano y sus semejantes. En ausencia del marco de referencia visual derivado del aprendizaje, el sujeto no logra estructurar el entorno ni estabilizar el mundo visual que ya no percibe; cuando éste se reduce a un trasfondo homogéneo, la actividad propia del sistema visual lo hace poblarse de alucinaciones. El sistema visual, prosiguen Hécaen y Rópert, parece responder de esta manera a la deprivación sensorial, produciendo una actividad visual espontánea, más fluida e intensa que la del sistema auditivo. La sordera, al privar al sujeto del medio de comunicación más *humano*, tiene una repercusión mayor sobre la personalidad; la actividad espontánea del sistema auditivo no tiene, además, la facultad de producir fácilmente fenómenos alucinatorios. De este modo, Hécaen y Ropert recalcan el significado diferente que tienen para el Ser Humano las percepciones visual y auditiva, así como las diferentes consecuencias que conllevan sus respectivas deficiencias.

5

Tratamientos

Antes de abordar las diversas opciones terapéuticas que pueden ser ofrecidas al enfermo delirante ya su entorno, es necesario formular algunas advertencias y reflexiones previas. La primera de ellas concierne al énfasis que debería darse a la atención de primer nivel en el caso del paciente anciano, en particular el que requiere de un tratamiento psiquiátrico. Es bien conocida la reticencia del sujeto añoso para solicitar los servicios del psiquiatra y su propensión para buscar o aceptar la ayuda de los médicos generales, familiares o geriatras. Estos hechos señalan, en consecuencia, el requisito de una sólida preparación básica en psicogeriatría en la formación de los profesionales que atienden a la población geriátrica, lo que dista de ser el caso en muchas ocasiones. Existe, además, un reflejo de muchos médicos –e incluimos dentro de este grupo a una buena proporción de psiquiatras– por medio del cual el diagnóstico de trastorno delirante, equivalente en la mayoría de los casos al de psicosis, evoca inmediatamente el requerimiento de un tratamiento con neurolépticos en un medio hospitalario. Sobre este particular es preciso tener en mente que la necesidad de una hospitalización ha de ser cuidadosamente valorada antes de ser puesta en práctica, como la última opción, con el fin de evitar hasta el máximo el desarraigo del medio habitual del paciente añoso. En cuanto a la utilización de los agentes antipsicóticos, no está demás recordar, junto con Jeste y cols. (1996), que estos productos, aun los más modernos, no curan las psicosis. Deben ser considerados como una parte del tratamiento integral, el que debe incluir siem-

pre las medidas psicosociales que el enfermo y su entorno requieran. En este manejo integral son también de primera importancia la restauración o el equilibrio de la salud física y, desde luego, la corrección de los defectos sensoriales, así como las modificaciones ambientales y familiares pertinentes. Por otra parte, es bien sabido que los efectos adversos de los psicotrópicos aumentan con el envejecimiento, como es el caso de la disquinesia tardía, una de las complicaciones más graves que producen. Cuando inducen somnolencia e hipotensión son también susceptibles de provocar caídas, con las consiguientes fracturas, en general del cuello del fémur.

Ploton y Vignat (1993) subrayan que la psicoterapia es una parte indispensable del tratamiento de los trastornos delirantes del anciano y la enfocan en una triple perspectiva, a saber, individual, familiar e institucional. En su forma individual, la psicoterapia tiene por meta abordar el sufrimiento que produce el delirio en el sujeto, sin tomar partido a favor o en contra de las ideas delirantes. En muchos casos, las quejas hipocondríacas permiten una primera aproximación para atender después los conflictos subyacentes al delirio. La psicoterapia se puede efectuar en el domicilio del paciente y no tiene que ser exclusivamente verbal, ya que el abordaje corporal también ha mostrado su utilidad.

La terapia familiar, de preferencia sistémica, forma parte del manejo integral de estos padecimientos. Si por razones prácticas no es posible llevarla a cabo, es recomendable promover reuniones familiares periódicas con la finalidad de obtener que sean más adecuadas las reacciones de la familia ante el delirio y los comportamientos que éste genera. Asimismo, estas reuniones permiten evitar la segregación del paciente del medio familiar.

En su modalidad institucional, la psicoterapia varía de acuerdo con el tipo de institución en la que se realiza. Tiene, en general, la meta de lograr que el personal pueda afrontar los síntomas psicóticos sin descalificar al paciente y sin una toma de postura definida a favor o en contra de las ideas delirantes de los pacientes que atiende.

En cuanto a la farmacoterapia hay acuerdo entre los autores en que los fármacos antipsicóticos, si bien son eficaces, su uso significa realizar un tratamiento sintomático, puesto que al interrumpir su administración, se presentan recaídas. Los cambios que se producen tanto en la farmacocinesia (niveles más elevados), como en la farmacodinamia (mayor sensibilidad en la respuesta al fármaco) hacen necesarias dosis más bajas que las habituales en los adultos más jóvenes. Hay consenso también en la utilización inicial de dosis muy bajas (entre 1/5 y 1/3 de las habituales en el adulto) para incrementarlas después paulatinamente, con la finalidad de obtener un efecto terapéutico máximo con un mínimo de efectos colaterales.

Presentamos a continuación los principales cambios farmacocinéticos* debidos al envejecimiento (Azorin, 1993). La merma de la absorción gastrointestinal durante la vejez, así como la prescripción simultánea de medicamentos anticolinérgicos o antiácidos suelen enlentecer la absorción de los psicotrópicos y así retardar su efecto. El aumento de la grasa corporal, en relación a la masa muscular eleva el volumen de la distribución de las sustancias liposolubles y prolonga de este modo su efecto, como es el caso de los neurolépticos, ansiolíticos, antidepresivos, anticonvulsivantes e hipnóticos. La disminución de la albúmina sanguínea, propia del envejecimiento, produce un aumento de la fracción libre de las sustancias que se ligan a ella (ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivantes) por lo que se incrementa la actividad de las mismas. La disminución con la edad de la capacidad funcional del hígado y del riñón, hace que la eliminación de la mayoría de los psicotrópicos sea más lenta y lleva a que sus concentraciones sean mayores, elevándose su toxicidad.

Las modificaciones farmacodinámicas** proviene en parte de las alteraciones farmacocinéticas, como sucede con la permanencia prolongada de las sustancias en los sitios receptores; otras se deben a una mayor sensibilidad de los receptores o a cambios en los sistemas de neurotransmisión.

Una mención especial ameritan las interacciones medicamentosas, sobre todo de los fármacos que interfieren en el metabolismo mediado por la enzima P450. De este modo, el riesgo de efectos colaterales es mucho mayor cuando una sustancia inhibe dicho metabolismo de una sustancia más tóxica (Catterson y cols., 1997). Ha sido subrayado también el efecto antidopaminérgico de los estrógenos, por lo que las mujeres podrían requerir de dosis menores de neurolépticos.

Recordemos todavía que en los pacientes añosos la adherencia al tratamiento puede estar seriamente afectada por diversos factores. El rechazo ya referido a los tratamientos psiquiátricos es uno de ellos. Los efectos adversos intensos, producidos en ocasiones por una dosificación inadecuada y poco prudente, hacen que muchos ancianos abandonen el tratamiento. Los viejos que tienen problemas de la memoria suelen olvidar la toma de los medicamentos y cometer errores en las dosis o en los intervalos entre las mismas. (Jeste y cols., 1996).

Lo que distingue a los medicamentos psicotrópicos entre ellos no es tanto su eficacia, sino la frecuencia e intensidad de sus efectos colaterales (Loebel y Leibovici, 1994). Diversos autores señalan la eficacia de un neuroléptico con un antidepresivo, asociación que se hace indispensable cuando se trata de una

* La farmacocinesia estudia la absorción, distribución, metabolismo y eliminación de los fármacos.

** La farmacodinamia se refiere a la acción de un medicamento en el organismo, en cuanto a sus efectos terapéuticos, así como a sus efectos adversos.

depresión mayor psicótica (Azorin, 1993; Lacro y cols., 1993; Clément, 1994; Pollock y Mulsant, 1995; Jeste y cols., 1996; Kim y Goldstein, 1997). La terapia electroconvulsiva ha sido preconizada como un excelente recurso terapéutico para la depresión psicótica.

Los medicamentos antipsicóticos pueden ser agrupados en tres categorías, de acuerdo a su potencia de acción, la que puede ser alta, de grado intermedio o baja. Un cuarto grupo lo forman los nuevos antipsicóticos, también llamados *atípicos* (Zayas y Grossberg, 1998).

1. Neurolépticos de alta potencia: Se incluyen aquí el haloperidol, la flufenazina y el tioxitene. Tiene una marcada afinidad para los receptores dopaminérgicos y una afinidad menor para los receptores alfa y muscarínicos. Pueden producir efectos adversos extrapiramidales, como acatisia, disquinesia aguda y reacciones distónicas agudas; la acatisia del anciano puede ser confundida con ansiedad o agitación, según su intensidad. Se recomienda el uso de estos neurolépticos a dosis bajas, por ejemplo haloperidol 0,25 mg, dos veces en 24 h., hasta un tope de 2 mg en 24 h.
2. Neurolépticos de potencia intermedia: La perfenazina es un ejemplo de ellos, puede ser prescrita a una dosis inicial de 2 mg, hasta un máximo de 12 mg en 24 h
3. Neurolépticos de baja potencia: La clorpromazina y la tioridazina pertenecen a este grupo. Tiene mayor afinidad por los receptores histamínicos, alfa1adrenérgicos y muscarínicos. Su actividad muscarínica puede producir retención urinaria, sequedad de boca y constipación. Se deben usar con prudencia en enfermos con glaucoma de ángulo cerrado. Su acción sobre los receptores histamínicos puede provocar sedación e hipotensión, en tanto la que tiene a nivel de los receptores alfa1adrenérgicos es responsable de la hipotensión ortostática. La sedación y la hipotensión ortostática aumentan el riesgo de caídas y por lo tanto, de fracturas. Autores como Zayas y Grossberg (1998) no recomiendan los neurolépticos de este grupo para los pacientes añosos. Por sus efectos anticolinérgicos centrales y periféricos descritos, entre los cuales incluyen a los estados confusionales.
4. Antipsicóticos nuevos o atípicos: Son representativos de este grupo la clozapina, la risperidona, la quetiapina y la olanzapina.

Clozapina: En comparación a los neurolépticos tradicionales, tiene mayor afinidad por los receptores D2 y su acción es más selectiva a nivel de las vías mesolímbica y mesocortical (Zayas y Grossberg, 1998). Puede controlar los síntomas psicóticos, sin efectos colaterales motores. Sin embargo, como lo señalan Jeste y cols. (1996), su uso se ve restringido en los pacientes ancianos por los efectos adversos que les produce,

tales como somnolencia, hipotensión ortostática, estados confusionales, ataxia, sialorrea, taquicardia, náusea y vómitos y sudoración. Su inconveniente mayor reside en el riesgo de provocar una agranulocitosis que puede desarrollarse en 2% de los pacientes, lo que obliga a un monitoreo semanal del recuento de las células sanguíneas. Zayas y Grossberg (1998) son de la opinión que la clozapina debería utilizarse sólo si dos intentos previos con neurolépticos convencionales resultaron ineficaces, sea porque no se modificaron los síntomas psicóticos, sea porque aparecieron efectos colaterales del tipo parkinsonismo o disquinesia tardía. Los mismos autores preconizan una dosis inicial de 6,25 mg en 24h, con incrementos semanales hasta una dosis media de 53 mg en 24h.

Risperidona: Tiene una elevada afinidad para los receptores 5-HT₂ y D₂, donde ejerce una acción antagonista. A dosis baja produce menores efectos extrapiramidales y anticolinérgicos que los neurolépticos clásicos. Jeste y cols. (1996) afirman que es un agente de primera línea, útil en el paciente anciano, a condición de que sea administrado a dosis considerablemente más bajas (con un máximo de 3 mg por día) que en los adultos más jóvenes. En caso contrario, se pueden producir efectos indeseables: somnolencia, hipotensión ortostática, y síntomas extrapiramidales. Los pacientes que han recibido neurolépticos previamente suelen requerir de dosis mayores de risperidona; puede ser prescrita cuando los neurolépticos convencionales no han producido mejoría o cuando sus efectos colaterales no han sido tolerados. Su uso ha sido preconizado en los sujetos que presentan una enfermedad de Parkinson previa al trastorno delirante. Zárate y cols. (1997) advierten sobre el riesgo de provocar efectos colaterales serios, sobre todo hipotensión, cuando la risperidona se asocia con inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina, hipotensores y valproato. Este último es susceptible, por sí mismo, de provocar serias complicaciones en las personas mayores, por su hepatotoxicidad y por la posibilidad de desencadenar anomalías hematológicas y pancreatitis aguda.

Mencionemos todavía la *olanzapina* cuya administración tiene la ventaja de una sola dosis en 24 h y que produce pocos efectos extrapiramidales (Kim y Goldstein, 1997).

Efectos colaterales de los neurolépticos:

Como pudimos darnos cuenta en los párrafos que anteceden, los medicamentos antipsicóticos se caracterizan por producir efectos adversos, los que cuando son intensos, pueden llevar a la suspensión del tratamiento; los pacientes ancianos son particularmente propensos a presentarlos. Un caso especial lo

constituye la demencia con cuerpos de Lewy, en la que se encuentran síntomas psicóticos y una sensibilidad notoria a los neurolépticos.

Revisaremos brevemente los efectos adversos más comunes de tipo motor que son desencadenados con la utilización de los medicamentos antipsicóticos.

Parkinsonismo: Como su nombre lo indica, es semejante al cuadro de la enfermedad de Parkinson, con la tríada que la caracteriza de temblor, rigidez y bradiquinesia. Este efecto puede ser contrarrestado por una disminución de la dosis o por el uso de medicamentos anticolinérgicos; a la vez éstos son susceptibles de provocar estados confusionales, además de síntomas anticolinérgicos periféricos.

Acatisia: Se caracteriza por inquietud, hiperactividad psicomotriz, agitación, imposibilidad para permanecer quieto. La acatisia puede ser reducida mediante beta-bloqueantes (por ejemplo, propranolol), benzodiazepinas o anticolinérgicos.

Disquinesia tardía: Consiste en la presencia de movimientos anormales coreiformes peribucales o perioculares, pero también suelen observarse en manos, piernas, tórax y pies. Se ha encontrado que la incidencia acumulada de esta complicación es 5 a 6 veces mayor en los pacientes añosos que la encontrada en sujetos jóvenes (Jeste y cols., 1996). Los factores de riesgo para la disquinesia tardía en la tercera edad son el uso prolongado y la mayor cantidad acumulada de los neurolépticos utilizados, sobre todo de los más potentes, el antecedente de dependencia o abuso de alcohol y la presencia de movimientos anormales leves. Se consideran también factores de riesgo el sexo femenino, una enfermedad orgánica cerebral y el antecedente de parkinsonismo por medicamentos. De acuerdo con Jeste y cols. (1996), una forma de prevenir la aparición de la disquinesia consiste en reducir muy progresivamente la dosis de neurolépticos, hasta encontrar la dosis efectiva mínima que controle los síntomas psicóticos, con un riesgo mínimo de producir efectos adversos. Otra posibilidad, según los mismos autores, sería la prescripción de un medicamento nuevo o atípico, lo que implica, en general, un riesgo menor de disquinesia tardía y otros efectos adversos.

Los sitios donde la población geriátrica consume mayores cantidades de neurolépticos son las residencias para ancianos. Algunos estudios han mostrado que en aproximadamente 25% de los internos de estas instituciones, los tratamientos antipsicóticos podrían ser suspendidos y que el entrenamiento del personal para el uso racional de los neurolépticos, hace disminuir su administración en más de 70%. En los Estados Unidos de Norteamérica el problema del sobreuso de estos medicamentos es de tal magnitud que en 1987 el organismo llamado OBRA (Ómnibus Budget Reconciliation Act) emitió cinco recomendaciones para la prescripción de los neurolépticos (Zayas y Grossberg, 1998):

1. Eliminar los medicamentos que no son necesarios.
2. No prescribir un neuroléptico sin la documentación de una condición específica que lo indique.
3. Intentar una reducción de la dosis cada 6 meses.
4. Establecer “vacaciones” o pausas en la toma del medicamento, en cuanto sea posible.
5. Proporcionar programas alternos de modificación conductual.

Sensibilidad a los neurolépticos:

Dentro de la población de ancianos que por serlo desarrolla con más frecuencia efectos adversos, existe una proporción de individuos que tienen una especial sensibilidad a los neurolépticos y presentan síntomas extrapiramidales y de disquinesia tardía, aun a dosis muy bajas. Birkett y cols. (2001) han diseñado un cuestionario que permite detectar a los pacientes con esta sensibilidad, los que por ello son candidatos a recibir antipsicóticos de la nueva generación, como la risperidona, la olanzapina o la quetiapina. En el mencionado cuestionario se investigan principalmente los antecedentes relacionados con la toma de neurolépticos y los efectos colaterales que pudieron haber producido.

III Tercera parte

6

Casos estudiados

Los 22 casos que pretenden ilustrar las diversas modalidades de los trastornos delirantes en la vejez tienen un doble origen, tanto temporal como geográfico. Los siete primeros fueron estudiados en el año de 1974, cuando el autor era Jefe del Departamento de Investigación del Sanatorio Floresta de la Ciudad de México, cuyo Director Médico era el Dr Rafael Fouilloux Vázquez. Su descripción clínica formó parte de dos artículos publicados ese mismo año en la revista "Psiquiatría", órgano oficial de difusión de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Los 15 restantes fueron examinados entre octubre de 1995 y marzo de 1996, en el Servicio de Psiquiatría Geriátrica de Belle-Idée, Ginebra, Suiza, cuyo Jefe era el Profesor Jacques Richard. Este segundo estudio, así como la redacción de gran parte del texto del presente libro, fue posible gracias a la invitación y el apoyo que recibió el autor de parte del Director de los Servicios de Psiquiatría de Ginebra, Profesor José Guimón.

En todos los pacientes, el trastorno delirante o alucinatorio había aparecido después de la edad de 60 años, ocupaba el primer plano de las manifestaciones clínicas y no era secundario a otro padecimiento psiquiátrico.

Caso No 1: Paciente femenina de 76 años, soltera, pensionada. Vive sola desde hace 10 años. Antecedentes de trastornos del carácter, por los cuales nunca fue aceptada ni querida por su familia. Hace dos años inicia trastornos de la memoria e ideas delirantes de perjuicio. Piensa que vecinos y ladrones entran a su casa, que a pesar de múltiples cambios de cerraduras la despojan de sus pertenencias y su dinero y que una sobrina trata de quedarse con su departamento. El examen mental muestra, además de las ideas delirantes mencionadas,

trastornos de la memoria para hechos recientes que estimulan el delirio por olvido de sus actos. En el examen físico se encuentra una parálisis facial derecha, presente desde hace 10 años.

Caso No 2: Paciente del sexo femenino, de 63 años, viuda, dedicada a las labores del hogar. Presenta crisis histéricas desde su juventud. Vive con su hijo en un departamento que no le agrada, pasa el día sola, siendo su única distracción la televisión. Desde hace un año presenta síntomas de insuficiencia vascular cerebral, temblor senil, trastornos de la memoria de fijación, ideas delirantes de tema persecutorio, de intrusión y perjuicio. Piensa que los personajes que ve y oye en la televisión la observan constantemente y se dirigen a ella para criticarla, enamorarla e influir en su vida. Además, tiene ilusiones y alucinaciones visuales: ve hombres que la espían por la ventana y entran a su casa para robarle. Hay un sentimiento de abandono por el próximo casamiento de su hijo y críticas a su futura nuera. Examen mental: además de los elementos ya descritos, se observan leves trastornos de la memoria de fijación y disminución del juicio crítico. Reacciona en forma ansiosa al delirio. Examen físico: hipoacusia bilateral, agudeza visual disminuida, e insuficiencia coronaria.

Caso No 3: Paciente de sexo femenino, de 62 años, viuda, sirvienta. Antecedentes de abuso de alcohol desde hace 20 años. Vivía sola con independencia económica, pero desde hace tres meses vive con su hijo casado. Seis meses antes de su internamiento aparecen ideas delirantes de persecución y de daño en la persona de su hijo y de ella misma. Presenta alucinaciones auditivas, voces que aseguran que su hijo está muerto y que ella morirá en breve. Se siente rechazada por el hijo y por la nuera. Supone que esta última puede perjudicarla, interviniendo para que no se le pague por su trabajo. Siente que sus compañeras de trabajo le tienen envidia. Examen mental: además de lo ya anotado anteriormente, se observan leves trastornos en la memoria de fijación y desorientación parcial en tiempo. Examen físico: sin datos patológicos.

Caso No 4: Paciente del sexo masculino de 82 años, casado, jubilado. Personalidad previa sin rasgos patológicos. Vive con su esposa, 20 años menor que él. Desde hace dos años presenta signos de insuficiencia vascular cerebral y más recientemente, de síndrome pseudobulbar. Al mismo tiempo se aprecian ideas delirantes de celos. Afirma que su esposa lo engaña con hombres jóvenes, llegando por esto a agredirla verbal y físicamente. Está convencido que cuanto hombre visita su casa, viene a enamorar a su esposa. Sufre alucinaciones gustativas, sintiendo un sabor extraño en los alimentos. Examen mental: deterioro cognoscitivo leve consistente en trastornos de la memoria para hechos recientes, apraxia constructiva y agnosia visual para los colores. Ideas delirantes de celos

poco estructuradas. Reacción agresiva y ocasionalmente depresiva ante el delirio. Examen físico: hipoacusia bilateral, agudeza visual disminuida. Síndrome pseudobulbar e hipertensión arterial.

Caso No 5: Paciente femenina de 70 años, soltera, jubilada. Desde la muerte de su madre hace 10 años vive sola, su única distracción es atender sus plantas. Desde siempre fue considerada como “excéntrica y rara” por sus hermanas. Desde hace dos años presenta sentimientos de ser abandonada y rechazada por la familia y tiene ideas delirantes de daño, persecución y perjuicio. Comunica que la han querido intoxicar con marihuana, que recibía llamadas telefónicas en las que la confundían con una prostituta y que llegaban a su casa cuentas de compras que no había hecho. El tema principal de su delirio es que sus hermanas casadas quieren despojarla de la casa en que vive. Examen mental: leves signos cognoscitivos sobre todo de tipo amnésico, ideas delirantes ya mencionadas, reacción depresiva ante el delirio. Examen físico: glaucoma y cataratas bilaterales, insuficiencia cardiaca en tratamiento.

Caso No 6: Paciente femenina de 70 años de edad, viuda, prefecta de escuela secundaria. Desde hace 10 años vive con su hija, yerno y dos sirvientes. Tiene sentimientos de ser rechazada y desplazada por su yerno. Hace tres años inicia un cuadro delirante de daño, persecución y perjuicio, prevaleciendo ideas persecutorias. Tiene la convicción delirante de que las sirvientes colocan sustancias tóxicas en su ropa, cama y objetos personales que le causan dolores ardorosos en todo el cuerpo, incluso en sus órganos sexuales. Cree que las sirvientes hicieron duplicados de sus llaves para entrar en su cuarto donde colocan los tóxicos, revisan su ropa y papeles personales, además de poner sustancias venenosas en sus alimentos. Todo esto tiene la finalidad que la paciente abandone la casa. Examen mental: discretos trastornos en la memoria para hechos recientes, delirio ya mencionados, alucinaciones táctiles y cenestésicas. Reacción agresiva y depresiva ante el delirio, que es de estructura paranoica. Sentimientos de impotencia y decadencia física. Examen físico: disminución de la agudeza visual por lesión retiniana, insuficiencia cardiaca controlada e hipertensión arterial.

Caso No 7: Paciente masculino de 85 años de edad, casado, padre de tres hijos. Vive solo, ya que desde hace un mes su esposa decidió trasladarse a casa de una hija, a raíz de desavenencias conyugales. Es descrito como un personaje excéntrico y bohemio que solía dedicarse a actividades literarias descuidando a veces sus obligaciones profesionales. Tiene antecedentes de artritis deformante, su agudeza visual está muy disminuida, en tanto la auditiva está ligeramente disminuida. Unos 20 días antes de su hospitalización empieza a quejarse de que su cama está infestada por piojos y que éstos son colocados en su ropa por su

esposa, con la finalidad de producirle daño. Desde el inicio de su padecimiento presenta insomnio, es irritable y muy agresivo, características que se corroboran después del internamiento, frente al cual y, en general, en su forma de relacionarse con el personal hospitalario, muestra reacciones de tipo paranoico. Durante la entrevista clínica refiere que desde hace un mes ha notado la presencia de piojos en su cama, en su ropa y en su cuarto, traídos por su esposa quien de esta manera se está vengando de cuestiones muy antiguas entre ellos. Desde que viven separados, su esposa aprovecha los momentos en los que él está ausente para colocar más parásitos. Su descripción de los piojos es muy profusa, se ha documentado sobre ellos, en particular en una Enciclopedia, a lo que añade sus propias observaciones. Describe su morfología con muchos detalles, sobre todo sus patas con uñas que les permiten introducirse debajo de la piel. El paciente ve los parásitos (durante la entrevista señala dos pequeñas manchas en el piso como sendos piojos) y los siente cuando están en la superficie de la piel o se meten debajo de ella. Le provocan mucho prurito, prueba de ello son las lesiones por rascado que enseña en sus tobillos. Los sitios preferidos por donde los parásitos atacan son las ingles, los genitales, el pubis y las piernas. También se han introducido en el conducto lagrimal de donde dice haberlos extraído en varias oportunidades. Se han introducido además en los oídos y en la parte externa de las cejas. Por su capacidad de penetrar debajo de la piel podrían llegar hasta los órganos internos, aunque en el interior del cuerpo podrían morir por asfixia, lo que también podría suceder si se introdujeran por el ano, lo que aun no ha ocurrido. Sin embargo, son resistentes a la asfixia, ya que cuando el paciente sumerge sus manos en el agua para asfixiarlos, la mayoría de las veces logran sobrevivir. Los piojos lo atacan sobre todo de noche y de madrugada. Como en la región genital no logra ver bien a los parásitos, no descarta que también estén presentes *ptirius inguinalis*, además de los piojos. Ha intentado otros métodos, a parte de la asfixia, para deshacerse de los parásitos, como lavarse las manos con agua y jabón, colocarse pomadas especiales, cambiarse con frecuencia de ropa. Tiene la intención de solicitar la fumigación de su casa. La convicción de la existencia de los piojos es irreductible y el paciente no acepta ninguna crítica sobre ella, ya que él los ve y los siente. Al examen físico presenta lesiones por rascados en ambos tobillos, sequedad de piel con descamación y deformaciones artríticas en ambas extremidades inferiores. En el examen mental sólo presenta fallas discretas en la memoria de fijación, sin otras alteraciones cognitivas.

Caso No 8: Paciente femenina de 91 años, casada, sin hijos. Vive con su marido, dos años mayor que ella. Hasta el momento de la aparición del trastorno delirante hace cinco días, cursaba con un estado depresivo en tratamiento. Empieza a sospechar que el vecino del piso superior hace ruido para molestar-

la y se percata que desaparecen objetos y alimentos de su domicilio. Su reacción es de mucha ansiedad, a tal grado que debido a su estado de agitación y sus gritos de auxilio, interviene la policía y se decide su hospitalización en medio psiquiátrico. Probables alucinaciones auditivas, negadas por la paciente; alucinaciones visuales nocturnas (en una ocasión, vio a un *fantasma* en movimiento). Estos síntomas se acompañan de un sentimiento de extrañeza (*No entiendo por qué me pasa esto*) y de contrariedad porque los demás, en particular su esposo, se muestran incrédulos ante los sucesos que la aquejan. Durante la entrevista, la paciente comunica sus ideas delirantes de perjuicio (le roban cosas), de desconocimiento (los cuadros, los muebles y sus lentes no son los mismos) y de persecución (la quieren envenenar). Está orientada en tiempo y espacio y existen fallas de la memoria de fijación y para hechos recientes. Tiene una importante disminución de la agudeza visual, por lo que no es posible evaluar las praxias constructivas. Un EEG está dentro de los límites normales. Una TAC de cráneo muestra signos de atrofia cortical y subcortical con hipodensidad periventricular, compatible, según el reporte, con una *encefalopatía vascular*.

Caso No 9: Paciente de 83 años, femenina, viuda, sin hijos. Vive sola en compañía de un perro. Hace 10 meses, se instala bruscamente un trastorno delirante a partir de alteraciones de la memoria iniciadas tres años antes: ya no encuentra los objetos en su domicilio, pierde las llaves del mismo, sale a la calle en pleno invierno sin abrigarse. Piensa que ha sido embrujada y que su perro ha sido poseído por el demonio. A los pocos días de su ingreso al hospital psiquiátrico afirma que la magia negra ha salido victoriosa y que su cerebro y su memoria han sido embrujados. El tema delirante dominante es el de perjuicio: alguien ha entrado en su vivienda y ha desplazado y robado los objetos que le pertenecen. La ropa que lleva no es suya, sus lentes han sido cambiados. Durante la entrevista clínica, la paciente expresa las ideas delirantes señaladas, las que se acompañan de una reacción de extrañeza y tristeza, alternando con fases de irritabilidad. Está parcialmente orientada en tiempo espacio, presenta trastornos de la memoria de fijación y para hechos recientes, así como una desintegración de la representación gráfica de la perspectiva en el dibujo de un cubo. Un examen psicológico pone en evidencia una deficiencia intelectual. El EEG muestra una actividad de fondo theta a predominio temporal izquierdo, además de ondas mono y bifásicas, sin predominancia precisa.

Caso No 10: Paciente femenina de 83 años, viuda desde hace 25 años, sin hijos. Vivía en compañía de un perro que tuvo que ser sacrificado por su edad muy avanzada. Desde hace algunos años empieza en forma progresiva un delirio de perjuicio y persecución en relación a una vecina que vive dos pisos por encima del departamento que ocupa la paciente. La vecina se ha apropiado de las lla-

ves que pertenecían al esposo fallecido, con las que entra y roba objetos, ropa y dinero. Vigila además constantemente a la paciente. No se excluye que ésta sienta que se ejerce otro tipo de daños sobre su persona por medio de rayos y aparatos, ya que se muestra muy reticente sobre este punto. La vecina en cuestión es casada y vive con su esposo, un hijo y un perro, situación con respecto a la cual la paciente se siente privilegiada: vive sola, no tiene que pedirle dinero a un esposo y el perro de la vecina la festeja cuando la ve. La vecina siente envidia y por este motivo actúa contra la paciente. A causa del perjuicio y la persecución de que es objeto, la paciente se queja varias veces a la policía hasta que es hospitalizada. Durante la entrevista expone sus ideas delirantes y muestra trastornos de la orientación temporo-espacial; la memoria de fijación y para hechos recientes está alterada y presenta una desintegración de la representación de la perspectiva en el dibujo de un cubo. El EEG muestra una sobrecarga de ondas lentas. La TAC de cráneo indica una atrofia cortico-subcortical bilateral, supra e infratentorial.

Caso No 11: Paciente femenina de 73 años, divorciada, descrita como autoritaria y activa, con una hija que reside en un país lejano. Vivía con una hermana esquizofrénica hasta que ésta fue hospitalizada. Inicia un trastorno delirante a la edad de 71 años con ideas de persecución y trastornos de la conducta: hay una conjura contra ella, la policía la está vigilando, se niega a abandonar el consultorio de un médico. No se pusieron en evidencia fenómenos alucinatorios. En esa misma época, requiere de una hospitalización en medio psiquiátrico y se observan autoacusaciones, autorreproches, ideas de culpa y de incurabilidad. Es hospitalizada en dos ocasiones más, un año y tres años más tarde. Desde el principio del padecimiento, se describen fases de mutismo y aquinesia, alternando con otras en las que se muestra más comunicativa e incluso, a veces, logorreica y agitada. En el momento de la entrevista, la paciente está en fase de mutismo y aquinesia y apenas contesta algunas preguntas con monosílabos. En el expediente se consigna que 8 meses antes estaba orientada en tiempo y espacio, con algunas fallas en la memoria de fijación y en las praxias constructivas.

Caso No 12: Paciente de 86 años, femenina, viuda desde hace tres años, sin hijos, vivía sola. El trastorno delirante se inicia progresivamente desde la edad de 66 años, después de haber sido sometida a una serie de legrados por una hiperplasia glándulo-quística del útero: tiene la convicción que uno de sus médicos le inoculó sífilis y que puede contagiar a otras personas, cree también que tiene cáncer, que es vigilada por la policía, que han sido colocados micrófonos en su dormitorio y que su teléfono ha sido intervenido. Ante la angustia que le provoca esta situación intenta suicidarse, lo que motiva su primera hospitalización, hace 20 años. Será hospitalizada tres veces más, previamente a la hospita-

lización actual, siempre por ideas delirantes del mismo tipo, acompañadas de un importante componente depresivo: puede transmitir una enfermedad grave, su conducta puede justificar que los demás la castiguen. Durante la entrevista, la paciente relata las ideas delirantes descritas y muestra una ansiedad marcada en relación a los sucesos que está viviendo y a la posibilidad de ser castigada por los actos que ha cometido. Su agudeza auditiva está disminuida, carece de visión en el ojo derecho por un accidente sufrido en la adolescencia. La visión del ojo izquierdo es deficiente por una degeneración macular senil. Desde el punto de vista cognoscitivo presenta falla en la orientación temporo-espacial, así como en la memoria de fijación y de hechos recientes. La representación de la perspectiva es defectuosa. Sin embargo, un estudio psicológico no confirma una deficiencia cognoscitiva.

Caso No 13: Paciente femenina de 86 años, viuda desde hace 30 años, sin hijos y con una notoria tendencia al aislamiento social desde la muerte de su esposo. Su padecimiento delirante empieza a los 67 años, con un total de siete hospitalizaciones, por recaídas y alteraciones de la conducta provocadas por el trastorno delirante. En la primera hospitalización llega al hospital psiquiátrico, impulsada por una fuerza extraña y se trepa a un árbol desde donde intenta romper el vidrio de una ventana con la finalidad de rescatar a un joven que supone está encerrado en el edificio. Los temas delirantes son de influencia, persecución y fantástico. Presenta alucinaciones auditivas, visuales y cenestésicas. Desde el primer episodio delirante, la paciente pasa por períodos de mutismo e inmovilización durante los cuales no es posible comunicar con ella. La entrevista clínica corresponde precisamente a uno de estos períodos. En la última hospitalización aparecen ideas de perjuicio (convicción que le han robado sus llaves y que será desposeída de su dinero). Está desorientada en tiempo y espacio, presenta trastornos de la memoria de fijación y para hechos recientes. Tiene una catarata nuclear bilateral. El EEG muestra que la actividad de base es lenta, en el límite de la frecuencia theta, existen trenes de ondas lentas que predominan en las regiones anteriores y temporales. La IRM es compatible con una *encefalopatía de tipo vascular*.

Caso No 14: Paciente femenina de 71 años, viuda desde hace 11 años, sin hijos, vive sola. Por información proporcionada por un sobrino de la paciente, la madre de ésta habría sufrido un trastorno psiquiátrico similar. La paciente se ha sentido rechazada desde la infancia y ha tenido frecuentes conflictos interpersonales. El padecimiento actual se instala progresivamente desde hace unos meses, con la impresión que la vecina que ocupa el departamento contiguo la critica y pretende infundirle miedo para así seducirla sexualmente y obligarla a participar en las orgías con los hombres que la visitan. El mecanismo delirante es esencialmente alucinatorio con una reacción de angustia creciente que pro-

voca que la paciente abandone su lugar de residencia, buscando refugio en una ciudad cercana donde, sin embargo, sigue escuchando las voces insultantes, hasta que, presa de pánico, intenta suicidarse arrojándose a un río de donde es rescatada. En la entrevista relata con lujo de detalles su odisea delirante y alucinatoria. No presenta deficiencias en la esfera cognoscitiva. Antecedente de cataratas operadas hace 10 y 3 años. Evaluación psicológica que muestra una estructura psicótica de la personalidad de tipo paranoico, sin datos de trastorno orgánico cerebral. El EEG está dentro de los límites normales. El examen ORL no arroja datos patológicos desde el punto de vista auditivo.

Caso No 15: Paciente de 80 años, femenina, viuda desde hace 30 años, con una hija con quien ya no se relaciona. Vive en una residencia para ancianos. El trastorno delirante se inicia hace unos meses cuando siente que el personal de la residencia quiere hacerle daño, robarle su dinero e incluso matarla. Se recluye en su cuarto y tiene reacciones agresivas hacia el personal y sus compañeros de residencia, rehúsa ingerir alimentos y líquidos, motivos por los cuales es hospitalizada tres veces en el espacio de cuatro meses. La entrevista con esta paciente se dificulta por una importante disminución de la agudeza auditiva. Muestra mucha reticencia para abordar las ideas delirantes. Menciona, sin embargo, que su hija tiene la intención de despojarla de su dinero. No se ponen en evidencia alucinaciones. Desde el punto de vista cognoscitivo, sólo se encuentra una falla en la representación gráfica de la perspectiva para la copia de un cubo. Un mes después de su ingreso es transferida al Hospital de Geriátría por un problema somático (hidronefrosis izquierda).

Caso No 16: Paciente femenina de 77 años, viuda desde hace 20 años, madre de un único hijo con el que tiene una relación distante. Vive en una residencia para ancianos. Inicia un trastorno delirante a la edad de 67 años con ideas de persecución sobre la base de alucinaciones auditivas: los vecinos hacen ruido, golpean su puerta, construyen aviones en su casa, hay voces que la amenazan. Presenta también ideas de perjuicio (entran a su domicilio, hablan mal de ella) y alucinaciones olfativas (percibe el olor de un cadáver que han dejado detrás de su puerta). A lo anterior se agrega la idea delirante de que ella y toda su familia padece cáncer o que sus familiares han muerto. Antecedentes de abuso de alcohol y de medicamentos. Intento de suicidio hace 9 años por heridas cortantes del cuello con tijeras. Hospitalizada en medio psiquiátrico en 6 ocasiones. Durante la última hospitalización, escucha la voz de un amigo fallecido. En la entrevista sólo habla de la enfermedad cancerosa que ella y su familia padece, todos tienen cáncer pulmonar. Niega otras ideas delirantes y alucinaciones. Está orientada en tiempo y espacio, no tiene trastornos de las praxias ideomotoras o ideatorias. Rehúsa realizar las pruebas gráficas.

Caso No 17: Paciente femenina de 80 años, sin hijos, casada con un hombre físicamente discapacitado por una poliartritis reumatoide, de comportamiento muy sádico y agresivo hacia la paciente. Hasta fechas recientes, ésta se mostraba sumisa, dependiente y aceptante de la conducta del marido. El trastorno delirante empieza a manifestarse hace unas semanas, pero algunos meses antes la paciente se había rebelado y se oponía a la agresividad del esposo. Pérdida accidental de la visión del ojo derecho a los 20 años de edad. Antecedente de un intento de suicidio medicamentoso hace un año. Hace un mes, durante la evaluación de su estado somático en el Hospital de Geriátría, se muestra desconfiada y oposicionista. Un día antes de ser hospitalizada en medio psiquiátrico, y de regreso en su domicilio, escucha voces y pasos, supone que han entrado ladrones y permanece despierta toda la noche. Expresa ideas de persecución: la quieren secuestrar, conspira contra ella una organización a la que también pertenecen médicos y enfermeras, le quieren cambiar el cerebro. Presenta alucinaciones auditivas bajo la forma de ruidos y voces. En la entrevista, la paciente refiere las ideas delirantes descritas y señala además que en el hospital ha escuchado comentarios a sus actos y que tuvo la impresión que los pacientes y enfermeras hablaban de ella. Menciona también un sentimiento de extrañeza: las hojas de los árboles ya no se mueven con la brisa, ella misma se siente *en un hoyo*, sin poder hacer nada. Está parcialmente orientada, tiene trastornos de la memoria de fijación, para hechos recientes y, en menor grado, para hechos remotos. En la prueba de las praxias constructivas, no puede representar la perspectiva de un cubo.

Caso No 18: Paciente masculino de 82 años, divorciado, vive solo. Inicia su padecimiento a los 79 años en que es hospitalizado por un estado depresivo reactivo a un delirio de persecución y alucinaciones auditivas desencadenadas por acúfenos debidos a una presbioacusia. Está convencido que los vecinos hacen ruido para impedirle dormir y así *acabar con él*. En el piso de arriba, hay un vecino, de unos 60 años de edad, que critica al paciente por su forma de ser y porque es divorciado, dirigiéndose siempre a terceras personas. Tiene otra forma de molestarlo golpeando en el piso. El paciente supone que el comportamiento de este vecino podría deberse a la envidia que le provocan sus éxitos en tareas de repostería cuando era panadero. Relata espontáneamente recuerdos, algunos de ellos muy remotos, en los que están presentes temas eróticos y sexuales que guardan similitud con el tema erotomaniaco. Refiere que cuando tenía 23 años, una prima enamorada de él, le escribió una carta que nunca recogió en la Dirección del hotel donde trabajaba como panadero. A la misma edad, un homosexual le propuso acostarse con él, a lo que el paciente se negó. Además de la presbioacusia señalada, sufre de glaucoma en el ojo izquierdo. Presenta un síndrome amnésico, sin desorientación y no logra representar la perspectiva en el dibujo de un cubo.

Caso No 19: Paciente masculino de 77 años de edad que vive con su esposa totalmente sorda. La pareja tiene pocos contactos sociales. El único hijo del matrimonio reside en otra ciudad. Hace cinco años el paciente fue operado de un adenocarcinoma de colon y se le practicó una colostomía. Se detectaron metástasis pulmonares pero una TAC de cráneo permitió descartar metástasis cerebrales. Agudeza visual y auditiva disminuidas. Inicia su padecimiento hace un año con trastornos de la memoria. Por esa misma época, al estar conduciendo, no respeta una luz roja y provoca un accidente, sin consecuencias físicas para él o para terceros y se le retira su permiso para conducir. Empieza a presentar desde entonces ideas delirantes de persecución variables en su contenido de un momento a otro: perjuicio sobre sus pertenencias, envenenamiento, complot internacional, acusación dentro de un contexto militar, espionaje. Presenta alucinaciones auditivas (silbidos, pájaros, música) y visuales (personajes). Estas últimas son sobre todo de aparición vespertina o nocturna. Durante la entrevista, el paciente no expresa ideas delirantes ni reconoce haber sufrido alucinaciones pero se muestra preocupado y perplejo por su *encierro* en medio psiquiátrico que considera como una suerte de castigo, tal vez por el accidente que provocó hace más de un año. Está relativamente bien orientado en tiempo y espacio, existen fallas en la memoria de fijación y para hechos recientes. También falla en la representación de la perspectiva. Es de notar que su rendimiento varía de un momento a otro, probablemente por fluctuaciones del nivel de conciencia.

Caso No 20: Paciente femenina de 86 años, viuda desde los 78, sin hijos, vive sola, con pocos contactos sociales. El esposo fue operado de la próstata a los 49 años de edad y al quedar sexualmente impotente, hizo jurar fidelidad a la paciente. Pérdida accidental de la visión del ojo derecho. El trastorno delirante se inicia hace cinco años con alucinaciones auditivas y, en menor grado, ideas de referencia: escucha voces de niños, obreros, transeúntes, enfermeras que dicen su nombre seguido constantemente de dos epítetos: *mujer de mala vida y puta*. Además, la música del piano que toca una vecina y su voz cuando canta, repiten esa mismas palabras. Las escucha también cuando hay un grupo de personas reunidas. Algunas veces, las ha escuchado toda la noche en una grabación. Esta actividad alucinatoria ha sido tan intensa que la paciente ha intentado quitarse la vida en tres ocasiones, hace cinco años con gas doméstico y hace dos años y un año, por sección de las venas de la muñeca. Como una forma de compensación, la paciente ha tomado la costumbre de conversar con el retrato de su esposo, quien parece sonreírle y contestarle que no se preocupe, que *pronto estarán juntos*. En la entrevista, la paciente hace un relato detallado de lo que le ha sucedido, tal como se acaba de consignar y no presenta alteraciones de la esfera cognoscitiva. Las pruebas gráficas no pudieron ser realizadas por la presencia de un intenso temblor parkinsoniano en ambas extremidades superiores.

Caso No 21: Paciente femenina de 79 años, viuda desde los 59, vive sola. Un año después de la muerte de su marido, es decir cuando la paciente tenía 60 años, presentó alucinaciones auditivas musicales unilaterales (lado derecho) que consistían en bellas canciones de su lugar de origen y que desaparecieron espontáneamente. Un hijo de la paciente falleció de cáncer laríngeo hace tres años, pérdida de la que no parece haber elaborado adecuadamente el duelo. Hace nueve meses, empieza bruscamente a escuchar la voz de ese hijo que en ocasiones la cuida y protege (le dice que tenga cuidado al atravesar las calles, que las compras que lleva son pesadas) y otras veces le reprocha los malos tratos de que fue objeto en la infancia y que ahora quiera más a un bisnieto que reside en otro país. La paciente también escucha la voz de este bisnieto que llora y se queja de los malos tratos que recibe de sus padres. Ha presentado además alucinaciones visuales (su hijo y su bisnieto). En la entrevista, la paciente relata con todo detalle las alucinaciones que ha presentado. Falla en la prueba de las praxias ideomotoras y en la representación de la perspectiva en las praxias constructivas. El EEG y la IRM son compatibles con lesiones vasculares cerebrales.

Caso No 22: Paciente femenina de 66 años, soltera, vive sola. Su madre ha sufrido depresiones severas que requirieron de terapia electroconvulsiva. Descrita como una personalidad con rasgos narcisistas, muy aficionada a los deportes como el esquí, la natación y el hockey. Hace un año se detectó un cuadro depresivo a raíz de una hospitalización en el Hospital de Geriátrica por múltiples quejas somáticas. Es de notar que cinco meses antes de su hospitalización y mientras atravesaba una época de dificultades económicas, había sufrido una fractura de cuello de fémur, tratada con una prótesis. Infarto de miocardio hace 10 meses. En el Hospital de Geriátrica, el tratamiento antidepresivo mejoró su estado anímico pero permanecieron las ideas delirantes somáticas, muchas de ellas del tipo de las observadas en el síndrome de Cotard y algunas a tema dermatozoico: su corazón se va a detener, sus órganos se están pudriendo, está sucia por dentro, sus venas han disminuido de calibre, su intestino se vacía constantemente, orina más que los líquidos que ingiere, sus huesos se han debilitado, sus músculos se han atrofiado, su piel ha envejecido, sus uñas y sus dientes se están deshaciendo, su cabello se está cayendo; en la alfombra de su casa hay ácaros que han invadido su piel y le provocan prurito. Durante la entrevista, encontramos a la paciente asténica y quejumbrosa, relata con pormenores sus ideas delirantes y añade que se siente influenciada por el Diablo. No existen alucinaciones ni alteraciones de las funciones cognoscitivas.

Bibliografía

- Adachi, N. (1996). Charle Bonnet syndrome in leprosy; prevalence and clinical characteristics. *Acta Psychiatr Scand*, 93, 279-281.
- Adair, D. K. y Keshavan, M. S. (1988). The Charles Bonnet Syndrome and grief reaction. *Am J Psychiatry*, 145, 895-896.
- Addonizio, G. C. (1995). Late paraphrenia. *Psychiatric Clin North Am*, 18, 335-343.
- Aizenberg, D.; Schwartz, B. y Modai, I. (1986). Musical hallucinations, acquired deafness, and depression. *J Nerv Ment Dis*, 174, 309-311.
- Ajuriaguerra, J. de y Garrone, G. (1965). Désafférentation partielle et psychopathologie. J de Ajuriaguerra *Désafférentation expérimentale et clinique*. Paris: Masson et Cie.
- Almeida, O. P.; Howard, R. J.; Levy, R. y David, A. S. (1995). Psychotic states arising in late life (late paraphrenia). *Psychopathology and nosology. Brit J Psychiatry*, 166, 205-214.
- Almeida, O. P.; Howard, R. J.; Levy, R., David, A. S.; Morris, R. G. y Sahakian, B. J. (1995). Clinical and cognitive diversity of psychotic states arising in late life (late paraphrenia). *Psychol Med*, 25, 699-714.
- Almeida, O. P.; Howard, R.; Levy, R. y David, A. S. (1995). Psychotic states arising in late life (late paraphrenia). The role of risk factors. *Brit J Psychiatry*, 166, 215-228.
- Almeida, O. P.; Howard, R.; Levy, R.; David, A. S.; Morris, R. G. y Sahakian, B. J. (1995). Cognitive features of psychotic states arising in late life (late paraphrenia). *Psychol Med*, 25, 685-698.

- Alroe, Ch. J. y Mc Intyre, J. N. M. (1983). Visual hallucinations. The Charles Bonnet syndrome and bereavement. *Med J Austr*, 10, 674-675.
- Alzheimer, A. (1907). Über eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. *Allg Zeit Psychiat Psych Gericht Med*, 64, 146-148.
- Amado, G. y Costes, A. (1989). Un étrange aménagement défensif: le compagnon imaginaire. *Evol Psych*, 54, 69-75.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-IV*. Washington DC: A P A.
- Azorin, J. M. (1993). Traitement chimiothérapique des états confusionnels et/ou délirants du sujet agé. *Psychol Méd*, 25, 800-804.
- Baker, P. B.; Brian, B. L. y Winokur, G. (1995). Delusional infestation. The interface of delusions and hallucinations. *Psychiatr Clin N Amer*, 18, 345-361.
- Baldwin, R. C.; Snowden, J. S. y Mann, D. M. A. (1995). Delusional misidentification in association with cortical Lewy body disease-a case report and overview of possible mechanisms. *Int J Geriatr Psychiatry*, 10, 893-898.
- Ballard, C. y Oyebode, F. (1995). Psychotic symptoms in patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 743-752.
- Ballard, C.; Bannister, C.; Graham, C.; Oyebode, F. y Wilcock, G. (1995). Association of psychotic symptoms in dementia sufferers. *Brit J Psychiatry*, 167, 537-540.
- Ballard, C.; Bannister, C. L.; Patel, A. et al. (1995). Classification of psychotic symptoms in dementia sufferers. *Act Psychiatr Scand*, 92, 63-68.
- Ballard, C. G.; Saad Patel, A. et al. (1995). The prevalence and phenomenology of psychotic symptoms in dementia sufferers. *Int J Geriatr Psychiatry*, 10, 477-485.
- Ballard, C.; Holmes, C.; Mc Keith, et al. (1999). Psychiatric morbidity in dementia with Lewy bodies: a prospective clinical and neuropathological comparative study with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 156, 1039-1045.
- Ballet, G. (1912). La psychose hallucinatoire chronique. *L'Encéphale*, 2, 401-411.
- Bartlett, J. E. A. (1951). A case of organized visual hallucinations in an old man with cataract and their relation to the phenomena of the phantom limb. *Brain*, 74, 363-373.
- Bassiony, M. M.; Steinberg, M. S.; Warren, A.; Rosenblatt, A.; Baker, A. S. y Lyketos, C. G. (2000). Delusions and hallucinations in Alzheimer's disease: prevalence and clinical correlates. *Int J Geriatr Psychiatry*, 15, 99-107.
- Bastié, Y.; Bléandonu, G. y Chabrand, P. (1965). L'érotomanie passionnelle. *Ann Méd Psychol*, 2, 317-332.
- Benson, M. R. y Bryor, B. D. (1973). Quand les amis se volatilisent. *Narcisse, NRP*, 13, 237-251.

- Bergman, P. S. (1965). Unilateral auditory hallucinations. *Trans Am Neurol Assoc*, 90, 226-227.
- Bernard, P.; Dedieu-Anglade, G. y Noël, P. (1961). Etude clinique des troubles mentaux de la sénescence et de la sénilité. *Encycl Méd Chirurg (Psychiatrie)* (Vol. T 2pp. 37530, A 30.). París: Editions Techniques.
- Berrios, G. E. (1985). Delusional parasitosis and physical disease. *Compr Psychiatry*, 26, 395-403.
- Berrios, G. E. (1990). Musical hallucinations: a historical and clinical study. *Brit J Psychiatry*, 156, 188-194.
- Berrios, G. E. (1985). Presbyophrenia: clinical aspects. *Brit J Psychiatry*, 147, 76-79.
- Berrios, G. E. (1993). Trastornos delirantes persistentes en la vejez: el punto de vista británico. *IV Reunión de la Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría*.
- Berrios, G. E. y Brook, P. (1984). Visual hallucinations and sensory delusions in the elderly. *Brit J Psychiatry*, 144, 662-664.
- Berrios, G. E. y Dening, T. R. (1996). Pseudohallucinations: a conceptual history. *Psychol Med*, 26, 753-763.
- Berrios, G. E. y Luque, R. (1995). Cotard's delusion or syndrome?: a conceptual history. *Compr Psychiatry*, 36, 218-223.
- Berrios, G. E. y Luque, R. (1995). Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr Scand*, 91, 185-188.
- Bers, N. y Conrad, K. (1954). Die Chronische taktile halluzinose. *Fortsch Der Neur Psych*, 22, 254-270.
- Berson, R. J. (1983). Capgras' syndrome. *Am J Psychiatry*, 140, 969-978.
- Bessière, A. C. R. (1913). Paranoia et psychose périodique. Thèse de Paris.
- Bieder, J. y Leduc, E. (1977). Le délire (pré) sénile de préjudice. *Ann Méd Psychol*, 2, 516-521.
- Birkett, D. P.; Dumaguing, N. y Singh, K. (2001). Neuroleptic sensitivity in the elderly. *Clinical Gerontologist*, 23, 145-151.
- Bleuler, M. (1943). Die spätschizophrenen Krankheitsbilder. *Forschr Neurol Psychiatr*, 15, 259-290.
- Bonfiglio, F. (1908). Di speciali reperti in un caso di probabile sifilide cerebrale. *Riv Sper Freniatria*, 34, 196-206.
- Botschev, C. y Muller, N. (1991). Opiate receptor antagonists for delusional parasitosis. *Biol Psychiatry*, 30, 530.
- Bourgeois, M.; Amestoy, J.-M. y Durand, J. (1981). Délires d'infestation, dermatozooses et ectoparasitoses délirantes, syndrome d'Ekbom. *Ann Méd Psychol*, 139, 819-828.
- Bourgeois, M. y Nguyen-Lan, A. (1986). Syndrome d'Ekbom et délires d'infestation cutanée. 1 Revue de la littérature. *Ann Méd Psychol*, 144, 321-340.

- Bourgeois, M.; Rager, P.; Peyré, F.; Nguyen-Lan, A. y Etchepare, J.J. (1986). Fréquence et aspects du syndrome d'Ekbom. Enquête auprès des dermatologues français. *Ann Méd Psychol*, 144, 659-668.
- Breitner, B. C. C. y Anderson, D. N. (1994). The organic and psychological antecedents of delusional jealousy in old age. *Int J Geriatr Psychiatry*, 9, 703-707.
- Bridge, T. P. y Wyatt, R. J. (1980). Paraphrenia: paranoid states of late life. I European research. *J Amer Geriatr Soc*, 28, 193-200.
- Bridge, T. P. y Wyatt, R. J. (1980). Paraphrenia: paranoid states of late life. II American research. *J Amer Geriatr Soc*, 28, 201-205.
- Bronish, T. P. (1965). *Psiquiatria geriátrica*. Barcelona: Editorial Científico-Médica.
- Burgermeister, J.J.; Dias Cordeiro, J. y Ajuriaguerra, J de. (1970). Les états délirants a début tardif. *Confront Psychiatr*, 5, 63-82.
- Burgermeister, J.J.; Tissot, R. y Ajuriaguerra, J de. (1965). Les hallucinations visuelles des ophtalmopathes. *Neuropsychologia*, 3, 9-38.
- Burns, A. (1992). Psychosis in dementia of Alzheimer type. En: C, Katona; R. Levy, Edit. *Delusions and hallucination in old age* (pp. 228-242.). Londres: Gaskell.
- Burns, A.; Jacoby, R. y Levy, R. (1990). Psychiatric phenomena in Alzheimer disease. *Brit J Psychiatry*, 157, 72-94.
- Camus, V.; Schmitt, L.; Foulon, Ch.; De Mendonca Lima, C. A. y Wertheimer, J. (1995). Pregnancy in elderly depressed women: a clinical feature of Cotard's syndrome? *Int J Geriatr Psychiatry*, 10, 1071-1073.
- Capgras, J. y Reboux-Lachaux, J. (1923). Illusions des sosies dans un délire systématisé chronique. *Bull Soc Clin Méd Ment*, 11, 6-16.
- Capgras, J.; Joaki, y Ellenberger. (1933). Psychose présénile. Négations systématiques et érotomanie. *L'Encéphale*, 2, 209-224.
- Carpenter, W.; Stauss, J. y Mulec, S. (1973). Are there pathognomonic symptoms in schizophrenia? *Arch Gen Psychiatry*, 28, 847-852.
- Carter, S. M. (1995). A case of erotomania and the Fregoli syndrome. *Clinical Gerontologist*, 15, 45-48.
- Castro, B. A. (1993). A propos d'une forme méconnue de la paranoïa: la paranoïa de l'âge. *Ann Méd Psychol*, 151, 512-516.
- Catterson, M. L.; Sheldon, H. P. y Martin, R. L. (1977). Pharmacodynamic and pharmacokinetic considerations in geriatric psychopharmacology. *Psychiatric Clin North Am*, 20, 205-218.
- Claude, H. y Ey, H. (1932). Hallucinoses et hallucinations. Les théories neurologiques des phénomènes psycho-sensoriels. *L'Encéphale*, 2, 576-621.
- Clément, J-P. (1994). Etats confusionnels et délirants du sujet âgé: orientations diagnostiques et thérapeutiques. *Rev Prat*, 44, 1443-1447.
- Clément, J-P.; Marchan, F.; Morgant, F. y Léger, J-M. (1993). Spécificités des délires du sujet âgé par rapport à l'adulte. *Psychol Méd*, 25, 626-633.

- Clérambault, G. de. (1942). *Oeuvres psychiatriques*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Cogan, D. G. (1973). Visual hallucinations as release phenomena. *Albr Graef Arch Klinisch Experiment Ophthalmologie*, 188, 139-150.
- Cohn, R. (1971). Phantom vision. *Arch Neurol*, 25, 468-471.
- Cooper, A. F. (1976). Deafness and psychiatric illness. *Brit J Psychiatry*, 129, 216-226.
- Cooper, A. F. y Porter, R. (1976). Visual acuity and ocular pathology in the paranoid and affective psychoses of later life. *J Psychosom Res*, 20, 107-114.
- Cordeiro, J. C. (1973). Etats délirants du troisième âge. II Séméiologie, nosographie, psychopathologie. *L'Encéphale*, 62, 255-284.
- Cordeiro, J. D. (1989). Les conduites délirantes chez l'âge. *Psychol Méd*, 21, 1125-1131.
- Cordeiro, J. D. (1992). Late chronic delusions-psychopathology and nosography. En: C. Katona, R. Levy, Edit *Delusions and hallucinations in old age*. (pp. 177-186.). Londres: Gaskell.
- Cotard, J. (1888). Du délire d'énormité. *Ann Méd Psychol*, 4, 465-487.
- Cotard, J. (1880). Du délire hypocondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse. *Ann Méd Psychol*, 4, 168-174.
- Crichton, P. (1996). First-rank symptoms or rank-and-file symptoms. *Brit J Psychiatry*, 169, 537-540.
- Cummings, J. y Victoroff, J. (1990). Non-cognitive neuropsychiatric syndromes in Alzheimer's disease. *Neuropsych Neuropsychol Behav Neurol*, 3, 140-153.
- Cummings, J. L.; Miller, B.; Hill, M. A. y Neshkes, R. (1987). Neuropsychiatric aspects of multi-infarct dementia and dementia of the Alzheimer type. *Arch Neurol*, 44, 389-393.
- Chiu, H. F. K. (1994). Erotomania in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 9, 673-674.
- Christodoulou, G. N.; Margariti, M. M.; Malliaras, D. E. y Alevizou, S. (1995). Shared delusions of doubles. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 58, 499-501.
- Damas-Mora, J.; Skelton-Robinson, M. y Jenner, F. A. (1982). The Charles Bonnet syndrome in perspective. *Psychol Med*, 12, 251-261.
- David, A. S. (1999). Auditory hallucinations: phenomenology, neuropsychology and neuroimaging update. *Acta Psychiatr Scand*, 99 (suppl 395), 95-104.
- Davidson, G. M. (1941). The syndrome of Capgras. *Psychiatr Quart*, 15, 513-521.
- Delay, J. (1970). *Les maladies de la mémoire*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Dias Cordeiro, J. (1970). Les idées délirantes de préjudice. *Ann Méd Psychol*, 128, 719-734.
- Dias Cordeiro, J. (1993). Vieillesse et délire. *Psychol Méd*, 25, 601-608.

- Dias Cordeiro, J. C. (1972). Les états délirants tardifs. Approche phénoménologique et psychodynamique. Thèse de Genève (No 3270).
- Docherty, J. P. y Ellis, J. (1976). A new concept and finding in morbid jealousy. *Am J Psychiatry*, 133, 679-683.
- Drevets, W. C. y Rubin, E. H. (1987). Erotomania and senile dementia of Alzheimer type. *Brit J Psychiatry*, 151, 400-402.
- Dubertret, C.; Gorwood, P. y Ades, J. (1997). Psychose hallucinatoire chronique et schizophrénie d'apparition tardive: une même entité? *L'Encéphale*, 23, 157-167.
- Dupré, E. (1925). *Les psychoses imaginatives aigües, pathologie mentale de l'imagination et de l'émotion*. Paris: Payot.
- Ekbom, K. A. (1938). Der Preseniler Dermatozoenwahn. *Acta Psych Neurol*, 13, 227-259.
- Esquerra, J. y Krassoievitch, M. (1973). Estado delirante del anciano. *Psiquiatría (Méx.)*, 3, 42-46.
- Estorges, J P.; Gugliemi, F.; Bazin, E. y Bouckson, G. (1993). Délire de relation des sensitifs chez le vieillard. *Psychol Méd*, 25, 765-767.
- Ey, H. (1973). *Traité des hallucinations*. Paris: Masson et Cie.
- Ey, H.; Bernard, P. y Brisset, Ch. (1980). Semiología de la percepción. En: H. E. P. Bernard y Ch. Brisset, *Tratado de psiquiatría*. (8a edición. ed.). Barcelona: Toray-Masson.
- Ey, H.; Bernard, P. y Brisset, Ch. (1980). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson.
- Falret, J. P. (1864). *Des maladies mentales et des asile d'aliénés*. Paris: J B Baillière.
- Falret, J. P. (1879). La folie circulaire ou folie à formes alternes. En: J P Falret *Etudes cliniques*. Paris: J B Baillière.
- Faure, H.; Berchtold, R. y Ebtinger, R. (1957). Sur les parasitoses délirantes. *Evol Psychiat*, 22, 357-375.
- Fenton, G. W. y Mc Rae, D. A. (1989). Musical hallucinations in a deaf elderly woman. *Brit J Psychiatry*, 155, 401-403.
- Fernandez, A.; Lichtshein, G. y Vieweg, W. V. R. (1997). The Charles Bonnet syndrome: a review. *J Nerv Ment Dis*, 185, 195-200.
- Ferrey, G. y Le Gouès, G. (1993). *Psychopathologie du sujet âgé*. (2ème édition ed.). Paris: Masson.
- Fish, F. J. (1960). Senile schizophrenia. *J Ment Sci*, 106, 938-946.
- Fleck, U. (1955). Bemerkungen zur chronischen taktilen Halluzinose. *Arch Psychiatr Nervenkr*, 193, 261-276.
- Förstl, H.; Almeida, O. P. y Iacaponi, E. (1991). Capgras delusion in the elderly: the evidence for a possible organic origin. *Int J Geriatr Psychiatry*, 6, 845-852.

- Förstl, H. y Beats, B. (1992). Charles Bonnet's description of Cotard's delusion and reduplicative paramnesia in an elderly patient (1788). *Brit J Psychiatry*, 160, 416-418.
- Förstl, H.; Besthorn, C.; Burns, A.; Geiger-Kabish, C.; Levy, R. y Sattel, A. (1994). Delusional misidentification in Alzheimer's disease: a summary of clinical and biological aspects. *Psychopathology*, 27, 194-199.
- Foville, A. (1871). *Etude clinique de la folie avec prédominance des idées de grandeur*. Paris: J B Baillière.
- Foville, A. (1872). Folie à double forme. *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*. Paris: Jaccoud.
- Freud, S. (1973). Adición metapsicológica a la teoría de los sueños (1915). En: S Freud *Obras completas T II* (3a ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973). Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso "Juanito") (1909). In: S Freud *Obras completas T II* (3a ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973). La interpretación de los sueños (1900). En: S. Freud, *Obras completas T I* (3a ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973). Lo inconsciente (1915). En: S. Freud, *Obras completas T II* (3a ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1973). Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad (1921). En: S. Freud, *Obras completas T III* (3a ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fuchs, Th. y Lauter, H. (1992). Charles Bonnet syndrome and musical hallucinations in the elderly. En: C. Katona, R. Levy, Edit *Delusions and hallucinations in old age*. (pp. 187-198.). Londres: Gaskell.
- Gainotti, G. (1975). Confabulation of denial in senile dementia. An experimental study. *Psychiatr Clin*, 8, 99-108.
- Ghaziuddin, M. y Tsai, L. (1991). Depression-dependent erotomanic delusions in a mentally handicapped woman. *Brit J Psychiatry*, 158, 127-129.
- Gillett, T.; Eminson, S. R. y Hassanyeh, F. (1990). Primary and secondary erotomania: clinical characteristics and follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, 82, 65-69.
- Gilliéron, E. (1976). Etude comparative de deux groupes de syndromes paranoïdes apparaissant à des âges différents. *Arch Suisses Neurol Neurochir Psychiatrie*, 119, 109-143.
- Gold, K. y Rabins, P. V. (1989). Isolated visual hallucinations and the Charles Bonnet syndrome: a review of the literature and presentation of six cases. *Compr Psychiatry*, 30, 90-98.
- Gonzalez, L. y Othoniel, J. (1993). Le syndrome de déafférentation sensorielle de la personne âgée. *Psychol Méd*, 25, 785-788.

- Gurland, B. J. y Wilder, C. (1987). Deafness as a precursor to paraphrenia. En: N. E. Miller, G. E. Cohen, Edit *Schizophrenia and aging*. Nueva York: The Guilford Press.
- Halberstadt, G. (1934). Les psychoses préséniles. *L'Encéphale*, 29, 630-644, 722-737.
- Hamon, J.-M. y Gineste, D. (1994). Délire des négations: à propos de quatre observations. *Ann Méd Psychol*, 152, 425-443.
- Hanus, M. (1969). Les deuils pathologiques. *Confront Psychiatr*, 4, 49-71.
- Harbauer, H. (1949). Das sindrom des Dermatozoenwahn (Ekbom). *Nervenartz*, 20, 254-258.
- Hécaen, H. y Garcia Badaraco, J. (1956). Les hallucinations visuelles au cours des ophtalmopathies et des lésions du nerf optique. *Evol Psychiat*, 1, 157-179.
- Hécaen, H. y Ropert, R. (1959). Hallucinations auditives au cours de syndromes neurologiques. *Ann Méd Psychol*, 1, 257-306.
- Hécaen, H. y Ropert, R. (1963). Les hallucinations auditives des otopathes. *J Psychol Norm Path*, 60, 293-324.
- Holroyd, S.; Rabins, P. V.; Finkelstein, D. y Lavrisha, M. (1994). Visual hallucinations in patients from an ophtalmology clinic and medical clinic population. *J Nerv Ment Dis*, 182, 273-276.
- Holroyd, S.; Rabins, P. V.; Finkelstein, D.; Nicholson, M. C.; Chase, G. A. y Wisniewski, S. C. (1992). Visual hallucinations in patients with macular degeneration. *Am J Psychiatry*, 149, 1701-1706.
- Hollender, M. H. y Callahan, A. S. (1975). Erotomania or de Clérambault syndrome. *Arch Gen Psychiatry*, 32, 1574-1576.
- Hopkinson, G. (1970). Delusions of infestation. *Acta Psychiatr Scand*, 46, 111-119.
- Hosty, G. (1990). Charles Bonnet syndrome: a description of two cases. *Acta Psychiatr Scand*, 82, 316-317.
- Howard, R.; Almeida, O. y Levy, R. (1994). Phenomenology, demography and diagnosis in late paraphrenia. *Psychol Med*, 24, 397-410.
- Howard, R. y Rabins, P. (1997). Late paraphrenia revisited. *Brit J Psychiatry*, 171, 406-408.
- Howard, R. J.; Almeida, O.; Levy, R.; Graves, Ph. y Graves, M. (1994). Quantitative magnetic resonance imaging volumetry distinguishes delusional disorder from late onset schizophrenia. *Brit J Psychiatry*, 24, 397-410.
- Howard, R. J.; Graham, C.; Sham, P. et al. (1997). A controlled family study on late-onset non-affective psychosis (late paraphrenia). *Brit J Psychiatry*, 170, 511-514.
- Hunt, N. J. y Blacker, V. R. (1987). Delusional parasitosis. *Brit J Psychiatry*, 150, 713-714.

- Hwang, J-P.; Tsai, Sh-J.; Yang, Ch-H.; Liu, K-M. y Lirng, J-F. (1999). Persecutory delusions in dementia. *J Clin Psychiatry*, 60, 550-553.
- Jacoby, R. (1966). Problems in the use of ICD-10 and DSM-IV in the psychiatry of old age. En: C. Stefanis, H. Hippus y F. Muller-Spahn, Edit *Neuropsychiatry in old age. Psychiatry in progress, vol 3*. Seattle: Hogrefe and Huber.
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasthénie*. Paris: Alcan.
- Jansarik, W. (1957). Zur problematik schizophrener Psychosen in Hoheren Lebensalter. *Nervenarzt*, 28, 535-542.
- Jeste, D. V.; Eastham, J. H.; Lacro, J. P.; Gierz, M.; Field, M. G. y Harris, M. J. (1996). Management of late life psychosis. *J Clin Psychiatry*, 57 (suppl 3), 39-45.
- Jorgensen, P. y Munk-Jorgensen, P. (1985). Paranoid psychosis in the elderly. *Acta Psychiatr Scand*, 72, 358-363.
- Kalhbaum, K. L. (1866). Die Sinnesdelirien. C. Die Illusion. *Allg Z Psychiatr*, 23, 56-78.
- Kammerer, Th.; Cahn, R. y Dorey, R. (1958). Un cas d'hallucinosé auditive. *Cahiers De Psychiatrie*, 13, 41-50.
- Kay, D. K. W. (1963). Late paraphrenia and its bearing on the aetiology of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 39, 159-169.
- Kay, D. K. W. y Roth, M. (1961). Environmental and hereditary factors in the schizophrenia of old age ("late paraphrenia") and their bearing on the general problem of causation in schizophrenia. *J Ment Sci*, 107, 649-686.
- Kay, D. K. W.; Cooper, A. F.; Garside, R. F. y Roth, M. (1976). The differentiation of paranoid from affective psychoses by patients' premorbid characteristics. *Brit J Psychiatry*, 129, 207-215.
- Kim, K. Y. y Goldstein, M. Z. (1997). Treating older adults with psychotic symptoms. *Psychiatr Serv*, 48, 1123-1126.
- Kleist, E. (1913). Die Involutionenparanoia. *Allg Zeit Psychiatrie*, 70, 1-134.
- Kolle, K. (1931). *Die primäre Verrücktheit*. Leipzig: Thieme.
- Kraepelin, E. (1968). *Lectures in clinical psychiatry (1904)*. Nueva York: Hafner.
- Kraepelin, E. (1896). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. (5a edit.,)* Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Kraepelin, E. (1899). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. (6a edit.,)* Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Kraepelin, E. (1909-1915). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. (8a edit.,)* Leipzig: Johann Ambrosius Barth.
- Krassoievitch, M.; Calderón, M. y Emerich, A. (1974). Un caso de delirio dermatozoico. *Psiquiatría (Méx)*, 4, 40-43.
- Krassoievitch, M. y Esquerre, J. (1974). Consideraciones etiopatogénicas de los delirios crónicos del anciano. *Psiquiatría (Méx)*, 4, 49-52.

- Krassoievitch, M. (1988). *Demencia presenil y senil*. México: Salvat.
- Kretschmer, E. (1959). *Delirio sensitivo paranoide*. Barcelona: Edit Labor.
- Kumar, V. (1987). Capgras syndrome in patient with dementia. *Brit J Psychiatry*, 150, 251.
- Lacro, J. P.; Harris, M. J. y Jeste, D. V. (1993). Late life psychosis. *Int J Geriatr Soc*, 8, 49-57.
- Lafora, G. R. (1911). Beitrag zur Kenntnis der Alzheimerschen Krankheit oder presenilen Demenz mit Herdsymptomen. *Zeit Ges Neurol Psychiatr*, 6, 15-20.
- Langfeldt, G. (1961). The erotic jealousy syndrome. A clinical study. *Acta Psychiatr Neurol Scand*, 36 (suppl 151), 7-68.
- Lantéri-Laura, G. (1994). *Las alucinaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laplanche, J. y Pontalis, J-B. (1977). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Edit Labor.
- Lasègue, G. (1881). De l'évolution des délires de persécution. *Ann Méd Psychol*, 39, 272-277.
- Le Gouès, G. (1992). Late-onset delusional states: mechanisms and understanding. En: C. Katona, R. Levy, Edit *Delusions and hallucinations in old age*. (pp. 50-56.). Londres: Gaskell.
- Le Roux, A. y Rochard, L. (1986). Actualisation clinique du délire de négation globale. *Ann Méd Psychol*, 144, 971-986.
- Léger, J-M. y Clément, J-P. (1992). The french concept of delusions of passion. In: C Katona R Levy Edit. *Delusions and hallucinations in old age*. (pp. 209-215.). Londres: Gaskell.
- Léger, J-M. y Clément, J-P. (1991). Le point actuel sur le délire d'apparition tardive chez l'âgé. *Ann Méd Psychol*, 149, 721-725.
- Léger, J-M.; Garoux, R.; Tessier, J-F. y Chevalier, B. (1986). Le compagnon tardif el l'objet non animé du sujet dément sénile. *Ann Méd Psychol*, 144, 341-355.
- Lévy, H. (1906). Les délires de zoopathie interne. Thèse de Paris.
- Lhermitte, J. (1932). L'hallucinosse pédonculaire. *L'Encéphale*, 1, 422-435.
- Lhermitte, J. y Ajuriaguerra, J. de. (1936). Etude clinique et pathogénique des hallucinations chez les ophtalmopathes. *Ann Méd Psychol*, 94, 232-236.
- Lipkin, B. (1988). Capgras syndrome heralding the development of dementia. *Brit J Psychiatry*, 153, 117-118.
- Livingston, G.; Kitchen, G., Manela, M.; Katona, C. y Copeland, J. (2001). Persecutory symptoms and perceptual disturbance in a community sample of older people: the Islington study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16, 462-468.
- Loebel, J. P. y Leibovici, A. (1994). The management of other psychiatric states. *Medical Clin North Am*, 78, 841-859.

- Luxenberg, J. S. (2000). Clinical issues in the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 15, 55-58.
- Lyell, A. (1983). Delusions of parasitosis. *Br J Dermatol*, 108, 485-499.
- Magnan, V. (1833). *Lecons cliniques sur les maladies mentales*. Paris: J B Bailliére.
- Manus, A. y Montfort, J. C. (1991). Les états délirants tardifs. *Psychogériatrie*, 9, 23-26.
- Maricle, R. A.; Turner, L. D. y Lehman, K. D. (1995). The Charles Bonnet syndrome: a brief review and case report. *Psychiat Serv*, 46, 289-292.
- Marková, I. S. y Berrios, G. E. (1994). Delusional misidentifications: facts and fancies. *Psychopathology*, 27, 136-143.
- Maudsley, H. (1879). *The pathology of mind*. London: Mc Millan.
- Mayer-Gross, W.; Slater, E. y Roth, M. (1958). *Psiquiatría clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Mayer, W. (1921). Uber paraphrene Psychosen. *Zeit Ges Neurol Psychiatr*, 71, 186-206.
- Mc Andrews, J.; Jung, R. y Dertes, V. (1956). Delusions of dermal parasitosis (acarophobia) manifested by folie a deux. *J Louisiana State Med Soc*, 108, 279-286.
- Mc Namara, E. D. (1928). A note on cutaneous and visual hallucinations in the chronic hallucinatory psychosis. *Lancet*, 1, 807-808.
- McLaughlin, J-A. y Slims, A. (1984). Co-existence of the Capgras and Ekblom syndromes. *Brit J Psychiatry*, 145, 439-443.
- McShane, M., Gedling, K.; Reading, M.; McDonald, B.; Esiri, M. M. y Hope, T. (1995). Prospective study of relations between cortical Lewy bodies, poor eyesight, and hallucinations in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 59, 185-188.
- Mendez, M. F. (1992). Delusional misidentifications of persons in dementia. *Brit J Psychiatry*, 160, 414-416.
- Mendez, M. F.; Martin, R. J.; Smyth, K. A. et al. (1990). Psychiatric symptoms associated with Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2, 28-33.
- Merriam, A.; Aronson, N.; Gaston, P.; Wey, S. y Katz, R. (1988). The psychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *J Amer Geriatr Soc*, 36, 7-12.
- Meyers, B. S. y Greenberg, R. (1986). Late-life delusional depression. *J Affect Disord*, 11, 133-137.
- Miesen, B. M. (1993). Alzheimer's disease, the phenomenon of parent fixation and Bowlby's attachment theory. *Int J Geriatr Soc*, 8, 147-153.
- Migliorelli, R., Petracca, G.; Tesón, A.; Sabe, L.; Leiguarda, R. y Starkstein, S. E. (1995). Neuropsychiatric and neuropsychological correlates of delusions in Alzheimer's disease. *Psychol Med*, 25, 505-513.
- Minkowski, E. (1982). *El tiempo vivido*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Moore, N. C. (1981). Is paranoid illness associated with sensory defects in the elderly? *J Psychosom Res*, 25, 69-74.
- Morel, B. A. (1860). *Traité des maladies mentales*. Paris: Masson et Cie.
- Morel, F. (1947). *Introduction a la psychiatrie neurologique*. Paris: Masson et Cie.
- Morel, F. (1933). Les scotomes positifs et les hallucinations visuelles du delirium tremens. *Rev Oto-Neuro-Ophtal*, 11, 81-88.
- Morris, M. (1991). Delusional infestation. *Brit J Psychiatry*, 159 (suppl 14), 83-87.
- Morsier, G. de. (1936). Les automatismes visuels. Hallucinations rétrochiasmatisques. *Schweiz Med Wöch*, 66, 700-708.
- Morsier, G. de. (1967). Le syndrome de Charles Bonnet: hallucinations visuelles des vieillards sans déficience mentale. *Ann Méd Psychol*, 2, 677-702.
- Mullen, P. E. (1991). Jealousy: the pathology of passion. *Brit J Psychiatry*, 158, 593-601.
- Müller, Ch. y Wertheimer, J. (1981). *Psychogériatrie*. Paris: Masson et Cie.
- Munro, A. (1988). Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Brit J Psychiatry*, 153 (suppl 2), 37-40.
- Munro, A. (1978). Two cases of worm infestation. *Am J Psychiatry*, 135, 234-235.
- Musalek, M.; Berner, P. y Katschnig, H. (1989). Delusional theme, sex and age. *Psychopathology*, 22, 260-267.
- Nacht, S. y Racamier, P. C. (1958). La théorie psychanalytique du délire. *Rev Franc Psychanal*, 22, 417-532.
- Nagera, H. (1969). The imaginary companion. *Psychanal Stud Child*, 24, 165-196.
- Naguib, M. (1992). Paranoid disorders. In: T Arie Edit *Recent advances in psychogeriatrics*. Londres: Churchill Livingstone.
- Naguib, M.; McGuffin, P., Levy, R., Fetenstein, H. y Alonso, A. (1987). Genetic markers in late paraphrenia: a study of HLA antigens. *Brit J Psychiatry*, 150, 124-127.
- Naudascher, J. (1939). *Les psychoses délirantes d'involution*. Paris: Jouve et Cie.
- Navarre, C.; Maurin, C.; Uguen, Ph. y Colonna, L. (1993). Les états délirants du sujet âgé symptomatiques d'une dépression. *Psychol Méd*, 25, 721-722.
- Nelson, J. C., Conwell, Y.; Kim, K. y Mazure, C. (1989). Age at onset in late-life delusional depression. *Am J Psychiatry*, 146, 785-786.
- Newhill, Ch. E. (1989). Paranoid symptomatology in late life. *Clinical Gerontologist*, 8, 13-30.
- Nodet, C. (1937). *Le groupe des psychoses hallucinatoires chroniques*. Paris: G Doin et Cie.
- O'Grady, J. C. (1990). The prevalence and diagnostic significance of Schneiderian first rank symptoms in a random sample of acute psychiatric inpatients. *Brit J Psychiatry*, 156, 496-500.

- Organisation mondiale de la Santé. (1993). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième Révision CIM-10*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Oulès, J. (1970). Les névroses du troisième âge. *Confront Psychiatr*, 5, 83-111.
- Oyebode, F.; Edelstyn, N. M. J.; Patel, A.; Riddoch, M. J. y Humphreys, G. W. (1996). Capgras syndrome in vascular dementia: recognition memory and visual processing. *Int J Geriatr Psychiatry*, 11, 71-73.
- Palmer, B. W.; Heaton, S. C. y Jeste, D. V. (1999). Older patients with schizophrenia: challenge in the coming decades. *Psychiatr Serv*, 50, 1178-1183.
- Pate, H. C.; Keshavan, M. S. y Martin, S. (1987). A case of Charles Bonnet syndrome with musical hallucinations. *Can J Psychiatry*, 32, 303-304.
- Paulson, M. J. y Petrus, E. D. (1969). Delusions of parasitosis: a psychological study. *Psychosomatics*, 10, 111-118.
- Peralta, V. y Cuesta, M. J. (1999). Diagnostic significance of Schneider's first-rank symptoms in schizophrenia. *Brit J Psychiatry*, 174, 243-248.
- Perrin, L. (1896). Des névrodermies parasitophobiques. *Ann Dermatol Syphilogr*, 7, 129-138.
- Perusini, G. (1909). Über klinische und histologische eigenartigen, psychische Erkrankungen der späteren lebensalters. *Nisse-Alzheimers Histol Histopatol Arb*, 3, 297-351.
- Pick, A. (1903). On reduplicative paramnesia. *Brain*, 26, 260-267.
- Pichot, P. (1993). Historique des délires chez le sujet âgé. *Psychol Méd*, 25, 597-599.
- Pichot, P. (1992). History of the concepts of functional disorders in the elderly. En: C. Katona, R. Levy, Edit *Delusions and hallucinations in old age*. (pp. 15-25.). Londres: Gaskell.
- Pino Serrano, C. J. y Vázquez, S. A. (1989). Sobre un caso de síndrome de Charles Bonnet. *Siso Saude, Boletín Da Associação Galega De Saude Mental*, 13, 136-139.
- Pitt, B. (1975). Paranoid states. Pitt B. *Psychogeriatrics*. Londres: Churchill Livingstone.
- Ploton, L. y Vignat, J-P. (1993). Traitement non médicamenteux des états délirants et confuso-délirants de la personne âgée. *Psychol Méd*, 25, 796-799.
- Pollock, B. G. y Mulsant, B. H. (1995). Antipsychotic in older patients. *Drug Aging*, 6, 312-323.
- Porot, A. (1960). *Manuel alphabétique de psychiatrie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Post, F. (1992). Changing concepts: persistent delusions. En: C. Katona, R. Levy, Edit *Delusions and hallucinations in old age*. (pp. 43-49.). Londres: Gaskell.

- Post, F. (1966). *Persistent persecutory states of the elderly*. Oxford: Pergamon Press.
- Pottier, P. (1886). *Etude sur les aliénés persécuteurs*. Paris: Ghesse.
- Rapcsak, S. Z.; Polster, M. R.; Comer, J. F. y Rubens, A. B. (1994). False recognition and misidentification of faces following right hemisphere damage. *Cortex*, 30, 565-583.
- Raskin, D. G. y Sullivan, K. E. (1974). Erotomania. *Am J Psychiatry*, 131, 1033-1035.
- Raynal, N.; Hostein, J.; Meaune, S.; Salvatore, R. y Moulias, R. (1993). Etats délirants du sujet âgé: l'étude retrospective de 62 cas survenant après 70 ans. *Psychol Méd*, 25, 761-764.
- Régis, E. (1881). Des hallucinations unilatérales. *L'Encéphale*, 1, 43-74.
- Reilly, T. M. (1988). Delusional infestation. *Brit J Psychiatry*, 153 (suppl 2), 44-46.
- Reilly, T. M. y Batchelor, D. H. (1986). The presentation and treatment of delusional parasitosis: a dermatological perspective. *Int Clin Psychopharmacol*, 1, 340-356.
- Reisberg, B.; Borenstein, J.; Salob, S. P. et al. (1987). Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry*, 48 (suppl 5), 9-15.
- Renvoize, E. B.; Kent, J. y Klar, H. M. (1987). Delusional infestation and dementia: a case report. *Brit J Psychiatry*, 150, 403-405.
- Richard, J. (1986). Délire tardif. *Hospitalis*, 8, 356-361.
- Riecher-Rössler, A., Rössler, W.; Förstl, H. y Meise, U. (1995). Late-onset schizophrenia and late paraphrenia. *Schizophr Bull*, 21, 346-354.
- Ritti, A. (1896). Les psychoses de la vieillesse. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*. Paris: Masson et Cie.
- Ross, E. D., Jossman, P. B.; Bell, B. et al. (1975). Musical hallucinations in deafness. *J A M A*, 231, 620-622.
- Roth, M. (1955). The natural history of mental disorders in old age. *J Ment Sci*, 101, 280-301.
- Roth, M. y Cooper, A. (1992). A review of late paraphrenia and what is known of its aetiological basis. En: C. Katona, R. Levy, Edit *Delusions and hallucinations in old age*. (pp. 25-42.). Londres: Gaskell.
- Rowan, E. L. (1984). Phantom boarders as a symptom of late paraphrenia. *Am J Psychiatry*, 141, 580-581.
- Rubin, E.; Drevets, W. y Burke, W. (1988). The nature of psychotic symptoms in senile dementia of Alzheimer type. *J Geriatr Psychiat Neurol*, 1, 16-20.
- Rudden, M.; Sweeney, J. y Frances, A. (1990). Diagnostic and clinical course of erotomanic and other delusional patients. *Am J Psychiatry*, 147, 625-628.

- Saladini, O., Luauté, J-P.; Muller, P.; Forray, J-P.; Schneider, P. y Gélín, V. (2000). Troubles auditifs et psychose hallucinatoire chronique: fortuitôme ou relation? *Ann Méd Psychol*, 158, 589-594.
- Sanati, M. y Mojtabai, R. (1993). Fregoli syndrome with a jealous theme. *J Clin Psychiatry*, 54, 490-491.
- Sánchez-Escárcega, J.; Alarcón Tinoco, A. B.; Alonso Silva, K. D. et al. (1998). Celos: psicodinamia y psicogénesis. *Psiquiatría (Méx)*, 14, 26-32.
- Schneider, K. (1970). *Psychopathologie clinique*. Louvain: Nauwelaerts.
- Schwartz, H. (1929). Zircumskripte Hypochondrien. *Mschr Psychiatr Neurol*, 72, 150-164.
- Sébillé, H.; Aubertin, P.; Lelong, R. y Baillard, C. (1994). Lésion de l'hémisphère droit et tableau psychiatrique. *Ann Méd Psychol*, 152, 476-482.
- Seeman, M. V. (1978). Delusional loving. *Arch Gen Psychiatry*, 35, 1265-1267.
- Segal, J. H. (1989). Erotomania revisited: from Kraepelin to DSM-III-R. *Am J Psychiatry*, 146, 1261-1266.
- Séglas, J. (1902). Les hallucinations unilatérales. *Ann Méd Psychol*, 1, 353-358, 208-233, 374-393.
- Séglas, J. (1869). Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe. *7e Congrès des Aliénistes et Neurologues de langue française*.
- Sérieux, P y Capgras, J. (1909). *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*. Paris: Alcan.
- Serko, A. (1919). Die involutionsparaphrenie. *Monats Psychiatrie*, 45, 245-286, 334-364.
- Serna de Pedro, I. de la. (2001). Trastornos delirantes. En: Serna de Pedro, I. de la *Manual de psicogeriatría clínica* (pp. 223-245). Barcelona: Masson.
- Signer, S. F. y Cummings, J. L. (1987). De Clérambault syndrome in organic affective disorders. Two cases. *Brit J Psychiatry*, 151, 404-407.
- Signer, S. F. y Isbister, S. R. (1987). Capgras syndrome, de Clérambault syndrome, and "folie à deux". *Brit J Psychiatry*, 151, 402-404.
- Sizaret, P. (1964). La classification française des délires chroniques. *L'Encéphale*, 53, 423-426.
- Sizaret, P. y Simon, J-P. (1976). Les délires à ectoparasites de l'âge avancé (syndrome d'Ekbohm). *L'Encéphale*, 2, 167-175.
- Sjögren, H. (1964). Paraphrenic, melancholic, and psychoneurotic states in the presentile-senile period of life. *Acta Psychiat Scand, Suppl* 176.
- Skott, A. (1978). Delusions of infestation (Ekbohm syndrome). St Jorgen Hospital, Goteborg. *Report No 13 from the psychiatric research center*.
- Soni, S. D. (1988). Relationship between peripheral sensory disturbance and onset of symptoms in elderly paraphrenics. *Int J Geriatr Psychiatry*, 3, 275-279.

- Soyka, M. (1992). Delusional jealousy in psychiatric disorders of later life. *Int J Geriatr Psychiatry*, 7, 539-542.
- Soyka, M.; Naber, G. y Völker, A. (1991). Prevalence of delusional jealousy in different psychiatric disorders. *Brit J Psychiatry*, 158, 549-553.
- Srinivasan, T. N.; Suresh, T. R.; Jarayam, V. y Fernandez, M. P. (1994). Nature and treatment of delusional parasitosis: a different experience in India. *Int J Dermat*, 33, 851-855.
- Tanabe, H. H., Sawada, T.; Asai, H.; Okuda, J. y Shiraiishi, J. (1986). Lateralisation phenomenon of complex auditory hallucinations. *Acta Psychiatr Scand*, 74, 178-182.
- Taylor, M. y Abrams, R. (1973). The phenomenology of mania. *Arch Gen Psychiatry*, 29, 520-522.
- Taylor, P.; Mahendra, B. y Gunn, J. (1983). Erotomania in males. *Psychol Med*, 13, 645-650.
- Teunisse, R. J.; Cruysberg, J. R. M.; Verbeek, A. y Zitman, F. G. (1995). The Charles Bonnet syndrome: a large prospective study in the Netherland. *Brit J Psychiatry*, 166, 254-257.
- Thiebierge, G. (1894). Parasitophobie. *Rev Gén Clin Thé*, 32, 373-376.
- Todds, J., Dewhurst, K. y Wallis, G. (1981). The syndrome of Capgras. *Brit J Psychiatry*, 139, 319-327.
- Torch, E. M. y Bishop, Jr. E. R. (1981). Delusions of parasitosis: psychotherapeutic engagement. *Am J Psychotherapy*, 35, 101-106.
- Trabert, W. (1995). 100 years of delusional parasitosis. *Psychopathology*, 28, 238-246.
- Trélat, U. (1838). *Recherches historiques sur la folie*. Paris: J B Baillière.
- Tsai, Sh. J.; Hwang, J. P.; Yang, Ch. H. y Liu, K. M. (1997). Delusional jealousy in dementia. *J Clin Psychiatry*, 58, 492-494.
- Verwoerd, A. (1987). Psychodynamics of paranoid phenomena in the aged. En: J. Sadavoy, M. Leszcz, Edit *Treating the elderly with psychotherapy* (pp. 67-93). Madison Conn: International Universities Press.
- Verwoerd, A. (1976). Thought disorders and paranoid phenomena. Verwoerd A. *Clinical geropsychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins Co.
- Vié, J. (1944). Etude psychopathologique des méconnaissances systématiques. *Ann Méd Psychol*, 2, 1-18.
- Weinstein, E. A. (1994). The classification of delusional misidentification syndromes. *Psychopathology*, 27, 130-135.
- Weinstein, E. A.; Kahn, R. L. y Malitz, S. (1956). Confabulation as a social process. *Psychiatry*, 19, 383-396.
- Wertheimer, J. (1993). Point de vue à propos de la nosologie des états délirants chez la personne âgée. *Psychol Méd*, 25, 617-619.

- Wertheimer, J. (1992). Some hypotheses about the genesis of visual hallucinations in dementias. En: C. Katona, R. Levy, Edit *Delusions and hallucination in old age*. (pp. 201-208.). Londres: Gaskell.
- Wessely, S. (1987). Delusional parasitosis. *Brit J Psychiatry*, 151, 560-561.
- West, L. J. (1962). A general theory of hallucinations and dreams. En: L. J. West, Edit. *Hallucinations*. Nueva York: Grune and Stratton.
- Wilson, J. W. (1952). Delusions of parasitosis (acarophobia). *Arch Dermatol Syphilography*, 66, 577-585.
- Wille, L. (1873). Die Psychosen des Greisenalters. *Allg Zeit Psychiatr*, 30, 269-294.
- Yassa, R. y Suranyi-Cadotte, B. (1993). Clinical characteristics of late-onset schizophrenia and delusional disorder. *Schizophr Bull*, 19, 701-707.
- Zarate, C. A., Baldessarini, R. J.; Siegel, A. J. et al. (1997). Risperidone in the elderly: a pharmacoepidemiologic study. *J Clin Psychiatry*, 58, 311-317.
- Zayas, E. M. y Grossberg, G. T. (1998). The treatment of psychosis in late life. *J Clin Psychiatry*, 59 (suppl 1), 5-10.
- Zervas, I. M.; Fliesser, J. M.; Woznicki, M. y Fricchione, G. L. (1993). Presbyophrenia: a possible subtype of dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 6, 25-28.
- Zetzel, E. R. (1965). Dynamics of the metapsychology of the aging process. En: M. A. Berezin, S. H. Cath, Edit *Geriatric psychiatry: grief, loss and emotional disorders in the aging process*. Nueva York: International University Press.
- Ziese, P. (1967). Dermatozoenwahn bei konfabulatorischer Paraphrenie. *Münch Med Wschr*, 49, 2584-2587.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

(Dirigida por José M. Gondra)

2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD. por Prescott Lely.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. UN PUNTO DE VISTA EXPERIMENTAL, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA. por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA, Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD,
por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.ª Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y
J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES, Psicoterapia y personalidad,
por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS, Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer.
BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y
Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y
D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS,
Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.
52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.

57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stúth, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA, Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su Naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. LOS HECHOS, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. CAUSAS, CONSECUENCIAS Y CONTROL, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. INTRODUCCIÓN A LA PSICOÉTICA, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. PRINCIPIOS Y PRÁCTICA EFICAZ, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. LA APORTACIÓN DE E. T. GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. UNA NUEVA PSICOLOGÍA DE LA CONCIENCIA Y LA MORALIDAD, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS, Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. MENTE Y CONDUCTA, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.
92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttman.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M^a Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.

99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERAPIA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeny y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsker.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS
Vol 1. Con ejercicios del profesor
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).
127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. McGorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL, Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES, Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA, El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoieitch.

Este libro se terminó
de imprimir
en los talleres de
RGM, S.A., en Bilbao,
el 30 de julio de 2004.



Esta obra tiene como propósito rescatar, mediante la observación, la descripción y la reflexión, una tradición clínica en Psiquiatría que se fue perdiendo en aras del pragmatismo al servicio de la unificación de los criterios diagnósticos. Este empobrecimiento semiológico y clínico es particularmente notorio en el área de la psicogeriatría y más aún en el estudio de los trastornos delirantes que se presentan en la vejez. La tarea de rescate se inicia con la revisión crítica de la nosología e investigación contemporáneas, así como de la referencia de los antecedentes históricos que llevaron al estado actual de las cosas.

La parte sustancial de la obra está formada por las descripciones clínicas con base en el tema delirante sobre el que el delirio se estructura y la aproximación a la estructura psicodinámica que subyace a las manifestaciones clínicas.

Los cuadros clínicos de los pacientes estudiados por el autor ilustran de manera clara y sucinta la complejidad y la riqueza clínicas propias de estos padecimientos. El problema de los trastornos alucinatorios susceptibles de aparecer en sujetos añosos con deficiencias del oído y de la vista, es abordado de forma separada por tratarse de problemas que guardan parentesco con los delirantes, sin que sea posible superponerlos a ellos. El lector podrá encontrar una guía útil para el manejo terapéutico de estos padecimientos y una extensa bibliografía que abre la posibilidad de ampliar y completar la información contenida en el libro.



desclée

ISBN 84-330-1887-6



9 788433 018878

Biblioteca de Psicología

