

Trastorno delirante: un caso de celotipia

Dilusional Disorder: The celotypic case

Patricia Andressa Bevilacqua¹

Abstract

El trastorno delirante es un trastorno psiquiátrico poco frecuente y se caracteriza por la presencia de ideas delirantes cuyo contenido puede ser de tipo erotomaniaco, de persecución, celotipia, de grandeza y somática. Tiene un inicio insidioso y tiende a la cronicidad, altera la conducta, repercute en la funcionalidad del individuo y compromete sus relaciones interpersonales. La etiología es desconocida, el diagnóstico se realiza mediante la clínica apoyándose en los criterios del DSM-V o CIE-10 y el tratamiento disponible en la actualidad proporciona una respuesta limitada. En general los pacientes no reconocen el trastorno, no recurren a la atención médica y tienen baja adherencia al tratamiento. El caso clínico que se expone es de un hombre de mediana edad que presenta un Trastorno Delirante tipo celotípico dirigido a su esposa y que gradualmente compromete la calidad de vida del paciente y pone a la familia en riesgo vital; su respuesta al antipsicótico atípico fue parcial, pero con mejoría considerable en la convivencia familiar. La importancia de este caso clínico reside en que es una patología poco prevalente y menos conocida por los profesionales del área de salud u otras disciplinas afines, además que no hay publicaciones en el medio sobre el tema; por lo que es necesario dar a conocer casos como este, proporcionando información para un diagnóstico temprano con tratamiento oportuno, con el fin de mejorar el pronóstico a largo plazo y la calidad de vida del paciente, además de prevenir conductas delictivas, con posibles desenlaces fatales.

Palabras claves: trastorno mental, celos, violencia doméstica.

Resumen

Delusional disorder is a rare psychiatric disorder characterized by the presence of delusional ideas, such as the erotomaniac, persecution, celotype, greatness and somatic type. It has an insidious onset and tends to be chronic. Delusional disorder alters behavior, affecting the functionality of the individual and compromising their interpersonal relationships. The etiology is unknown, the diagnosis is made through the clinic based on the criteria of the DSM-V or ICD-10, and the treatment currently available provides a limited response. In general, patients do not recognize the disorder, do not seek medical attention, and have low adherence to treatment. In one clinical case, for example, a middle-aged man who presents a Celotypic Delusional Disorder directed at his wife gradually compromises the quality of his life and puts the family at vital risk; their response to the atypical antipsychotic was partial, but it improved family life considerably. This clinical case is important because this pathology is not very prevalent or well-understood by professionals in the health area or other related disciplines. There are also no media publications on the subject, so it is necessary to publicize these types of cases and provide information for an early diagnosis with timely treatment. Additional information can be used to improve the long-term prognosis and quality of the patient's life, in addition to preventing criminal behavior with possible fatal outcomes.

Keywords: mental disorders, jealousy, domestic violence.

El trastorno delirante (TD) es un trastorno psicótico que tiene como eje central creencias falsas no bizarras, sistematizadas, permanentes y relacionadas a las vivencias del individuo; el constructo delirante es una continuidad de la biografía del paciente y es posible dentro del contexto cultural del individuo, con la preservación de las otras esferas cognitivas^{1,2}.

Las creencias pueden ser de tipo erotomaniaco, de persecución, celotipia, de grandeza y somática, pudiendo presentarse clínicamente un subtipo aislado, la combinación de subtipos con predominio de uno, o no especificado, con la presentación de elementos de varios subtipos) (Tabla 1)^{1,2,3}.

El primero registro del que se dispone en que se hizo mención al término delirante y sus derivados, fue realizado

por Voegel en el siglo XVIII y luego Kalbaum en 1863 que describe y nombra como “paranoia” a los delirios sin deterioro cognitivo; pero es Kraepelin que introduce el concepto de una enfermedad insidiosa, de origen endógeno, con delirios que se desarrollan en una personalidad susceptible a través de un mecanismo interpretativo de evolución crónica y con la preservación de otras esferas cognitivas². Esta concepción, a la que se sumaron los aportes de diferentes escuelas, contribuyó a la construcción, conceptualización y delimitación del trastorno y en 1987, el DSM-III (sigla en inglés de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3ª edición) identifica y publica el TD como una entidad nosológica independiente de la esquizofrenia, porque hasta aquel momento era considerado una manifestación benigna o leve de este trastorno^{1,2,4}.

El TD es poco prevalente, afecta aproximadamente al 0,2% a 0,3% de la población en general² y representa el 1 a 4% de los ingresos en hospitales psiquiátricos, aunque se supone que esta incidencia está subestimada por la baja afluencia espontánea de los pacientes a los centros de salud mental^{2,4}.

¹Médico Psiquiatra . Instituto Psiquiátrico San Juan de Dios, Cochabamba, Bolivia.
<https://orcid.org/0000-0003-1607-8817>

*Correspondencia a: Patricia A. Bevilacqua
Correo electrónico: patibevi@gmail.com

Recibido el 10 de septiembre de 2020. Aceptado el 05 de noviembre.

Tabla 1. Tipos de contenido de ideas delirantes de acuerdo con el DSM-V¹⁷

Tipo de delirio	Tema central del delirio
Erotomaniaco	Otra persona está enamorada del individuo.
De grandeza	Convicción de tener cierto talento o conocimientos (no reconocidos) o de haber hecho algún descubrimiento importante.
Celotípico	Cónyuge o amante le es infiel.
Persecutorio	Creencia del individuo de que están conspirando en su contra o que lo engañan, lo espían, lo siguen, lo envenenan o drogan, lo difaman, lo acosan o impiden que consiga objetivos a largo plazo.
Somático	Implica funciones o sensaciones corporales.
Mixto	Se aplica cuando no predomina ningún tipo de delirio.
No especificado	Se aplica cuando el delirio dominante no se puede determinar claramente o no está descrito en los tipos específicos.

Fuente: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM

El TD muestra diferencias en su presentación de acuerdo al sexo; es ligeramente más prevalente en las mujeres (1,2:1), generalmente están casadas o viudas,^{2,4} manifiestan con mas frecuencia el subtipo erotomaniaco^{1,2,4,5} y presentan un mayor compromiso funcional⁵. Los hombres presentan mas a menudo el subtipo persecutorio, seguido por los delirios de grandeza y por último la celotipia,^{1,2,4,5} estos en general están solteros y tienen una mejor funcionalidad global en relación a las mujeres⁵.

El TD se relaciona con bajos niveles socioeconómicos y de instrucción, siendo que, en general 2/3 son analfabetos o no completaron estudios de primaria⁶. La literatura menciona también como factores de riesgo para el desarrollo de TD los déficits sensoriales, inmigración, episodios estresantes previos, antecedentes de consumo de sustancias psicotrópicas, traumatismos craneoencefálicos, factores psicosociales y antecedentes familiares de psicosis,^{4,6} aislamiento y características de la personalidad².

La etiología del TD es desconocida;² hay hipótesis de anomalías perceptivas, factores motivacionales, déficit en el procesamiento de informaciones y experiencias tempranas adversas^{1,2}. Otros autores proponen diferentes factores causales en la comprensión de las ideas delirantes que serían los responsables del cuadro, como el estilo de pensamiento para la preocupación, las creencias negativas sobre sí mismo, la sensibilidad interpersonal, los trastornos del sueño, la experiencia interna anómala y los sesgos en el razonamiento^{7,8}. Tiene un carácter insidioso y crónico,^{1,2} por lo que el diagnóstico en general es tardío, cuando la persona tiene alrededor de 40 años⁹. Los pacientes llegan al servicio de salud mental forzados por la familia, derivados por otro médico u obligados por la justicia;² cuando procuran atención médica voluntariamente lo hacen por los síntomas que les generan las ideas delirantes: ansiedad, insomnio, irritabilidad, malestar físico, entre otros, no por el propio contenido delirante,

porque el paciente no cree que delira, siendo esta una de las características fundamentales para el diagnóstico¹⁰.

Para realizar el diagnóstico de este trastorno, las ideas delirantes deben estar presentes por lo menos tres meses consecutivos y afectar la funcionalidad del individuo con las otras áreas cognitivas (memoria, inteligencia, atención, etc.) conservadas^{1-3,11}. El cuadro delirante puede acompañarse de alucinaciones, ánimo deprimido o ansiedad, pero no debe cumplir los criterios diagnósticos para otros trastornos mentales como la esquizofrenia o trastornos del humor; y tampoco los síntomas pueden ser atribuibles al efecto de algunas sustancias psicoactivas, fármacos o enfermedades médicas^{1-3,11}.

El diagnóstico en la actualidad es clínico^{1,2} y se utilizan como apoyo normativo los criterios diagnósticos del Código Internacional de Enfermedades en su 10ª edición (CIE - 10) (Tabla 2) y/o el DSM-V (Tabla 3)^{1,2}.

Los antipsicóticos (AP) constituyen el tratamiento de base para el TD con lo cual se logra el control de las ideas delirantes, de la agitación, de la ansiedad y las perturbaciones conductuales^{1,2}. Los AP se dividen en típicos o atípicos, de acuerdo al mecanismo de acción, siendo ambos efectivos en el control de la sintomatología delirante, pero su uso se ve restringido, especialmente de los típicos, por los efectos adversos agudos poco tolerados por los pacientes. Algunos estudios consideran superiores los AP atípicos, pero no se puede generalizar⁹ porque los estudios se realizaron con muestras poco representativas. Entre las alternativas actuales están, el pimozide - AP típico - que presenta buena tolerancia por los pacientes, pero no está disponible en algunos países como Bolivia, la risperidona - AP atípico - bastante utilizado en el TD, con buena respuesta y con efectos adversos menos agudos; otros AP atípicos pueden ser utilizados y la elección dependerá del perfil del paciente, tomando en cuenta las comorbilidades, tolerancia a los efectos colaterales, vía de

Tabla 2. Criterio diagnóstico del Trastorno Delirante según el DSM-V17

Criterios diagnósticos de TD según DSM -V	Presencia de una idea delirante o un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí (distintas a las indicadas como típicamente esquizofrénicas).
	Las ideas delirantes deben estar presentes durante por lo menos 3 meses.
	No deben satisfacer los criterios generales para esquizofrenia.
	No pueden estar presentes alucinaciones persistentes de ningún tipo
	Pueden presentarse síntomas depresivos de una manera intermitente e incluso un episodio depresivo completo, siempre y cuando las ideas delirantes no coincidan con las alteraciones del estado de ánimo.
	Criterio de exclusión más frecuentemente usado: no hay evidencia de lesión cerebral primaria o secundaria, ni trastorno psicótico debido a consumo de sustancias psicoactivas.

Fuente: Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.

administración de preferencia del paciente, accesibilidad a la medicación y disponibilidad en el medio¹². En general los pacientes necesitan de otras clases de fármacos para el control de síntomas agudos asociados al cuadro central, como ansiedad, insomnio o comorbilidades, pero no constituyen el tratamiento de base para el TD.

El tratamiento presenta múltiples dificultades como la pobre consciencia del trastorno por el paciente que, asociada a los frecuentes efectos colaterales, conducen a una baja adherencia y al abandono del tratamiento farmacológico. Otro problema es la resistencia del trastorno a los medicamentos disponibles en la actualidad, por lo que el control de los síntomas es parcial siendo necesario ensayar con diferentes medicamentos y dosis, provocándose más desconfianza del paciente en relación a su diagnóstico¹².

De las terapias psicológicas, la psicoterapia individual es más efectiva que la grupal, pero es fundamental una relación de confianza entre el médico y el paciente y que el enfoque inicial se desvíe hacia la ansiedad o irritabilidad producida por las situaciones que generan las ideas delirantes; (12) de esta manera, si el paciente percibe que sus ideas delirantes no son el objetivo de la psicoterapia se podrá lograr una mejor adherencia al tratamiento.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es mencionada

en algunos estudios con resultados favorables, pero no se puede afirmar que sea realmente efectiva porque se carece de estudios comparativos¹³.

Las comorbilidades con otras patologías psiquiátricas son frecuentes, en el caso de las mujeres se observan trastornos del humor y en los hombres el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas;^{4,9} ambas condiciones relacionan con mayor gravedad, peor pronóstico y mayor prevalencia de ideación e intento de suicidio^{6,5,14}.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con enfermedades endocrinas, metabólicas, neurológicas, síndrome confusional agudo y exposición a algunos fármacos o tóxicos (Tabla IV)^{1,2,10}. En el abanico de las enfermedades mentales, el diagnóstico diferencial debe hacerse con la esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo; y de acuerdo al contenido delirante, con el trastorno hipocondriaco y trastorno de personalidad paranoide¹⁰.

El pronóstico es reservado, existen pocos estudios de referencia y tienden a no coincidir en relación a las cifras; menciona Sadock (2017),² que 50% de los pacientes se recuperan con seguimiento a largo plazo, 20% disminuyen los síntomas y 30% no presentan cambios. Otra publicación indica que, bajo tratamiento, el 50% mantiene un curso continuo de la clínica, y 33% presentan remisión. Palomo (2009)¹ infiere

Tabla 3. Criterio diagnóstico del Trastorno Delirante (F22.0) según el CIE-10¹⁸

Criterio diagnóstico para el TD según CIE - 10	Presencia de uno (o más) delirio (s) de un mes o más de duración.
	Nunca se ha cumplido el Criterio A de esquizofrenia (alucinaciones) (nota: las alucinaciones, si existen, no son importantes y están relacionadas con el tema delirante)
	Aparte del impacto del (los) delirio(s) o sus ramificaciones, el funcionamiento no está muy alterado y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño.
	Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, han sido breves en comparación con la duración de los períodos delirantes.
	El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo.

Fuente: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - CIE 10.

Tabla 4. Diagnóstico diferencial del Trastorno delirante

Trastornos neurodegenerativos	Enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Pick, enfermedad de Huntington, calcificación de los ganglios de la base, esclerosis múltiple y leucodistrofia metacromática.
Otros trastornos del SNC	Tumores cerebrales, epilepsia, TEC, lesión cerebral anóxica y embolia.
Enfermedades vasculares	Enfermedad vascular aterosclerótica temporoparietales o subcorticales, encefalopatía hipertensiva, hemorragia subaracnoidea y arteritis temporal.
Enfermedades infecciosas	VIH o SIDA, encefalitis letárgica, enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, sífilis, malaria y encefalitis viral aguda.
Disturbios en el metabolismo	Hipercalcemia, hiponatremia, hipoglicemia, uremia, encefalopatía hepática y porfiria.
Endocrinopatías	Enfermedad de Adison, Síndrome de Cushing, hiper o hipotiroidismo y pan hipopituitarismo.
Deficiencia de vitaminas	Deficiencia de vitamina B12, folatos, tiamina y niacina.
Fármacos	Hormonas adrenocorticotrofas, esteroides anabolizantes, corticoides, cimetidina, antibióticos (cefalosporinas, penicilina), disulfiram y agentes anticolinérgicos.
Sustancias psicoactivas	Anfetaminas, cocaína, alcohol, Canabis y alucinógenos en general.
Toxinas	Mercurio, arsénico, manganeso y talio.

SNC: Sistema nervioso central; TEC: Traumatismo encefalocraneano; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; SIDA: Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida. Fuente: extraído del Compendio de psiquiatría de Sadock (2017)²

que 42% de los pacientes con tratamiento mantienen un buen funcionamiento social y 44% logran mantener su actividad laboral¹. Otros estudios demuestran que 42% de los pacientes con tratamiento mantienen un buen funcionamiento social y 44% logran mantener su actividad laboral¹.

Los factores que ayudan a un mejor pronóstico son: el ser sexo femenino, joven (lo que supone el inicio del TD antes de los 30 años), estar casado, comprender el trastorno, tener buena adaptación social y laboral pre mórbida; que el comienzo haya sido agudo con presencia de factores precipitantes, tiempo corto de duración del episodio y con respuesta inmediata y/o progresiva al tratamiento^{1,2,10}. Entre los subtipos, presenta mejor pronóstico los subtipos persecutorio, somático y erotomaniaco y peor para el subtipo celotípico². Existen pocos estudios de alta calidad sobre el TD, en general fueron realizados con poblaciones pequeñas, presentan varias limitaciones y resultados controvertidos.

Presentación del caso

Hombre de 47 años, internado en el Pabellón de Agudos del Instituto Psiquiátrico San Juan de Dios, luego de una evaluación por consulta externa y con diagnóstico inicial de Trastorno psicótico agudo, a descartarse un Trastorno de delirante. Era la primera vez que el paciente acudía a un centro de salud mental; fue traído en contra de su voluntad por la esposa e hijos, con apoyo de enfermería especializada en traslados de pacientes con trastornos mentales.

El paciente era procedente de una provincia del departamento de Cochabamba, tuvo una infancia marcada por muchas experiencias adversas que culminaron con el abandono parental y el inicio de su actividad laboral a

temprana edad en múltiples actividades. No concluyó sus estudios primarios, pero pese a la escasez de recursos y a la falta de apoyo, en la edad adulta logró ser propietario de varios bienes inmuebles y gozar de una vida cómoda y holgada, estando en la actualidad dedicado a la importación de vehículos.

Contrajo matrimonio a la edad de 20 años y tuvo dos hijos. Como características personales, la esposa menciona que el paciente era reservado, honesto, trabajador y desconfiado. No se pudieron identificar antecedentes personales o familiares relevantes, no siendo posible investigar otros datos por la falta de relación entre el paciente y su familia biológica; tampoco presentaba antecedentes médicos o quirúrgicos significativos, excepto una hipoacusia derecha consecuencia de una infección auditiva en el pasado. Sobre el consumo de alcohol y sustancias psicotrópicas, ingería bebidas alcohólicas de forma esporádica y *acullicaba* (término derivado del quechua *akullikuy* que significa mascar el bolo de hojas de coca) eventualmente.

Según la esposa, el paciente presentaba ideas irracionales sobre su fidelidad matrimonial, asumía conductas dirigidas a comprobar constantemente el supuesto adulterio, asociadas a la alteración de su comportamiento que se tornaba violento en contra de ella y sus hijos, a los que acusaba de ser “alcahuetes” de la madre, por la frustración de no lograr probar su hipótesis.

La esposa recordaba que, desde que lo conoce, el paciente era un hombre celoso pero estas manifestaciones de celos eran interpretadas por ella como muestras de cariño y cuidado. Con el tiempo este comportamiento se fue intensificando de forma progresiva y en el último año se hizo imposible de tolerar; la encerraba en la habitación, le impedía salir de su propia casa, la hacía víctima de agresiones físicas y psicológicas,

cualquier hallazgo del paciente podía ser considerado como vestigio de su infidelidad haciendo asociaciones inconexas para probar sus suposiciones. Pasó a desconfiar de todos, con ideas de daño autorreferencial y de persecución relacionadas a la idea delirante primaria: la infidelidad de la esposa. Estaba hiperalerta, ansioso, no dormía en las noches, empezó a fumar tabaco y aumentó la cantidad y frecuencia de la ingesta de bebidas alcohólicas y el *acullico* de hojas de coca. Los últimos meses pernoctaba en hoteles o en la casa de familiares, solo regresaba a su domicilio durante el día y para buscar vestigios que sustentaran su sospecha, abandonó los negocios y su cuidado personal. Le sugirieron acudir a un hospital en más de una oportunidad, pero él se negaba rotundamente indicando que no estaba enfermo y que esta sugerencia era parte de un complot para inhabilitarlo de sus facultades y adueñarse de sus bienes junto con el supuesto amante de su esposa. La motivación de la familia para llevar al paciente a una evaluación en un centro psiquiátrico fue que un pariente los alertó que había adquirido un arma de fuego y por el riesgo de que pudiera ser utilizada en contra de la esposa u otro allegado.

Al examen mental de ingreso se advirtió que el paciente tenía un regular aliño y aseo personal, estaba suspicaz pero fue colaborador con la entrevista, inquieto, egositéico, discurso sin alteración en forma pero sí en contenido, de tipo delirante celotípico y persecutorio; admitió alteraciones sensorio-perceptivas visuales y esporádicas relacionadas al contenido del pensamiento, afecto ansioso, orientado globalmente en las tres esferas, euproséxico, memoria preservada, inteligencia con tendencia al pensamiento concreto y sin juicio de enfermedad. Al examen físico presentaba hipoacusia bilateral moderada; los otros sistemas sin alteraciones.

Los resultados de laboratorios realizados durante la internación presentaban la función hepática, renal y pancreática, coagulación, hemograma y orina sin alteraciones. El informe de psicología daba cuenta de una inteligencia normal baja (CI: 80-90) y personalidad con rasgos paranoides. Durante la internación de aproximadamente dos meses, presentó una evolución lenta pero progresiva y favorable. A su ingreso se inició el tratamiento con un AP atípico, risperidona a dosis de 1,5 mg/día llegando durante su internación a 9 mg/día, además de otros fármacos para regular el ciclo sueño-vigilia y para el control de síntomas extrapiramidales que surgieron al intentar cambiar la medicación, levomepromazina y biperideno, respectivamente; también recibió psicoterapia individual y familiar.

Fue dado de alta hospitalaria con risperidona a dosis de 6mg/día con la cual se controlaron parcialmente los síntomas delirantes celotípicos; se lo observaba menos suspicaz e impulsivo y se reconcilió con su familia, aunque las ideas de infidelidad de su esposa aún estaban latentes, pero no activas. El paciente acudió a controles regulares, inicialmente cada semana, luego cada vez más espaciadas, llegando a ser mensuales; se fue reduciendo las dosis de risperidona hasta 3 mg/día, con buena respuesta clínica observada por la reducción

de la conducta impulsiva, el retorno a la actividad laboral y a la convivencia familiar más armónica; aun así, mostraba cierta desconfianza de su entorno, pero no se manifestaba con ideas delirantes e inconformidad con la necesidad de tomar la medicación de forma indefinida, arguyendo varios efectos adversos (no concordantes con lo referido en la literatura), como justificativa para suspender, reducir o cambiar la medicación. Se propuso cambiar la medicación a un inyectable de liberación prolongada, pero la familia no disponía de los recursos para adquirir el medicamento. Se mantuvo estable a la dosis mencionada por cerca de 12 meses.

Debido a la falta de juicio de enfermedad y a la reducción del control familiar por la mejoría presentada en los meses siguientes, el paciente se descuidó en la toma del AP que se hizo irregular hasta abandonar el tratamiento completamente. La familia al percibir cambios conductuales similares a los que provocaron su primera internación lo llevaron al Instituto para consulta psiquiátrica en la que el paciente admitió haber abandonado la medicación argumentando aumento de peso y por sentirse bien.

En esta oportunidad se inició otro AP, aripiprazol 7,5 mg, pero el paciente no acudió a sus controles los seis meses subsiguientes; se confirmó el abandono de la medicación en la segunda internación dispuesta cuando el paciente acudió al servicio de urgencias en las mismas condiciones del primer ingreso, igualmente agitado, desconfiado, acusando su esposa de infidelidad; también fue traído en contra de su voluntad y con apoyo de policías. Se prescribió el AP aripiprazol durante su internación, a dosis de 15 mg/día con buena tolerancia y mejoría de la sintomatología. Recibió el alta hospitalaria luego de poco más de dos meses de internación, con dosis de 30 mg/día, con las recomendaciones de mantener el tratamiento y acudir a controles de forma regular.

Discusión

Inicialmente hay que tener en cuenta que los pacientes con TD no acuden de forma espontánea a los hospitales, en general son obligados por la familia o la justicia, porque creen firmemente en el contenido de su idea delirante, lo que constituye el elemento básico para la sospecha de TD,^{1,10} tal y como ocurre con el caso presentado. El paciente cree firmemente en la idea que sostiene y el contenido es completamente posible dentro del contexto socio cultural en que vive, constituyendo un desafío para el clínico discernir si la interpretación del paciente constituye un hecho real o no, por lo que es fundamental corroborar con los familiares asegurándose de que la creencia no es compartida por los demás, como ocurren, por ejemplo, en el contexto religioso de algunas poblaciones². Por otro lado, la información de la familia debe ser analizada de forma metódica para evitar problemas legales posteriores, ya que la enfermedad mental, por las limitaciones en las pruebas diagnósticas, ha sido, en más de una oportunidad, a largo de la historia, una forma de invalidar o excluir social y legalmente a un individuo. Una característica a tener en cuenta es que, durante su discurso los pacientes tienden a contradecirse y a sostener sus argumentos en base a pruebas que no son reales

producto de una interpretación que responde a su constructo delirante^{1,4}.

Una vez que se establece que las ideas son delirantes, que no son parte de la realidad, hay que descartar que no sean efectos fisiológicos de sustancias psicoactivas o de medicamentos, para esto hay que listar todas las sustancias que el paciente este consumiendo, desde productos considerados “naturales”, como mates, yerbas, etc., hasta fármacos o sustancias tóxicas¹⁵. El paciente del caso clínico tiene el antecedente de la práctica del *acullico*, proceso en el que los alcaloides de la hoja de coca son liberados a la saliva y absorbidos por la mucosa; la población de origen indígena andina realiza esta práctica desde tiempo inmemorables con la finalidad de obtener algunos efectos como el alivio de la sed, hambre, sueño y cansancio físico, además de utilizarse de forma medicinal, mágico-religiosa, adivinatorio, simbólico y social; actualmente esta práctica se ha extendido a ámbito urbano como forma de reafirmación de sus orígenes^{16,17,18}. Sobre la posibilidad de ser el causante de las ideas delirantes, de acuerdo los estudios realizados con la hoja de coca y los efectos psicóticos, se descarta esta posibilidad, porque se estima que por cada gramo de hoja de coca se obtiene entre 5 y 7 mg de cocaína, lo mismo encontrado en una bolsa de mate que son legalmente comercializadas en Bolivia y Perú;¹⁷ los niveles de absorción y concentración en la sangre de esos alcaloides, son muy variables y dependen de muchos factores como la especie de la planta, cantidad de hojas de coca o del álcali utilizado en proceso de *acullico*, además de la experticia del consumidor en esta práctica^{16,17,19}. Los alcaloides de la hoja de coca están relacionados con manifestaciones psicóticas, pero dependen de la cantidad consumida, vía de administración, predisposición individual, variedad de la planta, entre otros factores; la cantidad de alcaloides absorbida de la hoja de coca mediante el *acullico* dista mucho de los valores encontrados en personas con consumo de la cocaína (como sulfato); 0,5 – 0,7% para la hoja, en comparación con 90% para la sustancia procesada en polvo¹⁷. En los consumidores de la cocaína en su diferentes formas de presentación, son muy frecuentes las manifestaciones psicóticas¹⁶. El paciente tenía el hábito esporádico de *acullicar* hoja de coca, algo que se intensifica con el propósito de mantenerse despierto y alerta, a causa de las ideas que rondan su cabeza, relacionadas a la infidelidad de la esposa; el consumo previo a las ideas delirantes no es constante, así que, por las características mencionadas del consumo tradicional de la hoja de coca, no se pudo atribuir el origen de las ideas delirantes, pero si la intensificación de la ansiedad por ser una sustancia estimulante¹⁹.

En relación al alcohol, se ha descrito en la literatura la *celotipia alcohólica* o *celopatía alcohólica*, como una manifestación típica del paciente alcohólico; condición que ha sido poco estudiada y son escasos los estudios en este grupo con publicaciones que presentan fallas metodológicas importantes; según Jimenez-Ariero (2007)²⁰ esta característica presentada por los pacientes alcohólicos es considerada expresión del temor e ideas sobrevaloradas con complejos asociados a una intensa carga emocional, sin un contenido delirante propiamente dicho,

estas personas reconocen inconscientemente que han fallado en su papel de esposo y pareja. En el caso clínico presentado el paciente era consumidor episódico de bebidas alcohólicas y, aunque hubo un aumento del consumo el último periodo, no cumplía los criterios para el abuso en el consumo de alcohol y tampoco para dependencia al alcohol, siendo necesarios este diagnóstico previo para pensar en un *delirio alcohólico crónico*²¹.

Por otro lado, las afecciones médicas generales pueden manifestarse con alteraciones del estado mental y la lista es larga, tal como se puede apreciar en la tabla IV y el clínico debe conocer estas posibilidades, para realizar una anamnesis y examen físico dirigido y luego, de acuerdo a las sospechas solicitar estudios complementarios para confirmar o descartar las patologías sospechadas. Es fundamental descartar todas las posibilidades antes de afirmar que es un TD^{1-3,11,21}. En especial, se hace mención al síndrome confusional agudo (*delirium*) que es expresión de alguna patología orgánica, que además de las ideas delirantes causan afectación de la atención, lenguaje, funciones ejecutivas, entre otras áreas, siendo este conjunto de características las que nos direccionan a descartar un TD^{2,15}. Los trastornos neurocognitivos también se manifiestan con las alteraciones en varias áreas cognitivas y surgen en pacientes mayores. Ambas condiciones fueron descartadas en el paciente ya que las funciones cognitivas estaban preservadas; desde el ingreso el paciente se encontraba orientado globalmente, euproséxico, con la memoria preservada, discurso coherente, organizado y relevante e inteligencia dentro de la normalidad. Es fundamental plantearse estas patologías para el diagnóstico diferencial, porque el curso y pronóstico, con un tratamiento oportuno y adecuado, es completamente distinto del TD, toda la sintomatología remite completamente, sin ser un trastorno psiquiátrico *per se*. Para aquello es necesario una anamnesis detallada, un examen físico minucioso y un examen del estado mental prolijo^{1,2,21}.

En lo que se refiere a patologías psiquiátricas, el diagnóstico diferencial debe hacerse especialmente con los trastornos del estado de ánimo, trastorno bipolar o depresión, esquizofrenia y los episodios psicóticos breves^{1,2,15}.

Para pensar en un trastorno del estado de ánimo, como el trastorno bipolar, las ideas delirantes deberían aparecer en el contexto de una elevación del estado de ánimo, que se torna expansivo y/o irritable, acompañado de mayor energía y de forma cíclica o episódica^{1,2,15,21}. En el paciente las ideas delirantes son constantes y no se identifica alteraciones en el estado de ánimo, con empeoramiento en el último año sin obedecer a una oscilación cíclica, el cuadro se mantuvo constante en el tiempo. En el caso de la depresión mayor con síntomas psicóticos, en las que, asociado al antecedente del ánimo deprimido, se puede encontrar ideas delirantes; pero en el paciente, no presenta antecedente de ánimo deprimido previo al inicio del cuadro; hubo momentos de intenso sufrimiento, pero relacionado a las ideas de la infidelidad de la esposa asociada a posibles repercusiones en la vida matrimonial y familiar.

La esquizofrenia es otra de las patologías con la cual se

debe hacer el diagnóstico diferencial por las características compartidas como la cronicidad, la progresión insidiosa, la presencia de alucinaciones e ideas delirantes. En la esquizofrenia las ideas delirantes generalmente son de tipo persecutorias, escasas, episódicas, bizarras, sin propagación social (credibilidad del entorno) y no constituyen el eje central del trastorno que está dado por las alucinaciones; el paciente tiene una conducta desorganizada y existe un deterioro de otras esferas con un comprometimiento global mayor^{1,2,22}. En el TD el eje central son las ideas delirantes, están presentes continuamente, están bien sistematizadas y, por ende, tienen propagación social, los pacientes mantienen la funcionalidad en coherencia con su contexto delirante y no presentan deterioro cognitivo o desestructuración del yo²².

Pueden presentar alucinaciones, pero son esporádicas y relacionadas al contenido delirante^{1-3,11,22}. El paciente tiene la firme idea de que su esposa le es infiel, algo completamente posible, por lo que no constituye una idea absurda, por otro lado, el paciente presenta alteraciones sensoriales esporádicas y relacionadas con el contexto de las ideas delirantes, presenta un buen nivel de funcionamiento, aunque este se deteriora en el último año, no se desorganiza como individuo.

Es fundamental determinar la gravedad y la necesidad de intervención frente a una persona con ideas delirantes; es muy difícil que un paciente acuda a la consulta espontáneamente, inicie un tratamiento farmacológico voluntariamente y de forma ambulatoria; en general y como en el caso-clínico presentado, los pacientes acuden tardíamente, cuando las repercusiones en el entorno son importantes o supone riesgos.

Luego de descartar todos los diagnósticos diferenciales mencionados y establecer que el caso corresponde a un TD de tipo celotípico, se debe iniciar el tratamiento con un AP como medicación principal, con el propósito de lograr la remisión de los síntomas. En cerca del 60% de los pacientes reduce la sintomatología luego de 12 semanas de tratamiento, siendo uno de los grandes desafíos lograr que éstos cumplan con las pautas terapéuticas, ya que no se creen enfermos^{1,2,22,23}.

Los antipsicóticos deben ser elegidos de acuerdo a las características del paciente, buscando mayor beneficio frente a los efectos adversos y hasta encontrar la dosis ideal del fármaco, en la mayoría de los casos, se debe transitar por muchos ensayos^{1,2,23}.

En el paciente se utilizó la risperidona cuya dosis fue incrementada en forma progresiva y lenta, hasta encontrar un equilibrio entre el control de los síntomas y los efectos colaterales. Si bien la respuesta a la sintomatología fue parcial, el incremento de la dosis no era una alternativa, por haberse alcanzado la dosis máxima establecida en la literatura y su incremento causaría solamente más efectos adversos. Con el control parcial de los síntomas, el paciente pudo retomar a sus actividades, pero debido al abandono de la medicación,

justificada por el aumento de peso asociado a la pobre percepción de enfermedad, el paciente reingresó al centro psiquiátrico, con el mismo cuadro sintomático descrito a su primer ingreso, cuyo eje central estaban las ideas de infidelidad de la esposa. En la segunda internación se optó por otra medicación antipsicótica, el aripiprazol, tomando en cuenta el visible aumento de peso del paciente. Recibió alta hospitalaria luego de más de un mes de internación, con los síntomas más intensos controlados y con recomendaciones de continuar el seguimiento por consulta externa para la psicoterapia y control farmacológico^{1,2,23}.

El paciente mencionado tiene un pronóstico desfavorable porque el subtipo de presentación celotípico es más difícil de remitir pese a un tratamiento continuo; luego presenta algunas características personales que están relacionadas con cuadros de peor evolución, como ser de sexo masculino, cuadro de instauración insidiosa, diagnóstico tardío, sin factor desencadenante, con falta de comprensión del trastorno y con respuesta parcial a los fármacos antipsicóticos utilizados^{1,2,10}. Asimismo, las personas que padecen de TD en Bolivia se enfrentan a una dificultad más, reducido abanico de posibilidades de AP y de vías de administración, asociado a la ausencia de un sistema de salud pública que garantice la atención en salud mental a la población y a los altos costos de la medicación; el conjunto de estos factores es responsable de que personas con TD estén sin tratamiento y, en muchos casos, sean potencialmente peligrosos para quienes lo rodean como en el caso presentado.

Es fundamental que el Estado cambie las políticas públicas de salud previendo la atención a la salud mental de su población para lo que deberá asignar los recursos económicos suficientes que permitan la contratación de profesionales en salud mental en el sistema de salud público y la subvención de la medicación para los trastornos mentales graves.

Responsabilidades Éticas

La autora declara que ha seguido los protocolos establecidos sobre la publicación de datos de pacientes respetando la confidencialidad, habiéndose informado al paciente y a sus familiares en relación a la presentación del caso y obtenido su consentimiento informado por escrito, documento que obra en poder de la autora del artículo.

Conflicto de intereses

La autora declara que no hay conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradezco al paciente y la familia por consentir la publicación del caso clínico, al Instituto Psiquiátrico San Juan de Dios por permitir el acceso a los datos del historial clínico del paciente y a la Licenciada María Isabel Peñaloza Chej por la corrección del estilo.

Referencias bibliográficas

1. Palomo T, Jimenez-Ariero MA. Manual de Psiquiatría Madrid: Gráfica Marte; 2009.
2. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. Compendio de psiquiatría, ciencia do comportamiento e psiquiatría clinica. 11th ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
3. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud - CIE 10 Wahsington: OMS; 2008.
4. Román AN, Esteve DN, Donomarco ML , Domínguez FC, Portugal E, Rivero F. Diferencias de genero en el trastorno delirante. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2015 ene/mar; 35(125).
5. Gonzalez-Rodriguez et al. Trastorno delirante: no hay diferencias de genero en las edades de inicio, ideación suicida o comportamiento suicida. Rev. Brasileña de Psiquiatría. 2014; 36(2).
6. Mármol BF, Luque LR, Farouk AM, Fernandez-Creuhet NR. Estudio descriptivo de series de casos de tratorno delirante. Rev Chilena de Neuropsiq. 2015; 53(4).
7. Díez PA. Psicopatología de la interperitación delirante. Rev de la Asoc Esp de Nueropsiq. 2003 sep;(87).
8. Olivo AP. La mente delirante. Psicopatología del delirio. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. 2009; 47(1).
9. Gonzalez-Rodriguez A, et al. Estudio retrospectivo del tratamiento y uso de consultas en un grupo clínico de pacientes con trastorno delirante. Rev Salud Mental y Psiquiatría. 2014 abr/jun; 7(2).
10. Salavert J, Berrospi M, Miralles RM, Dueñas ML, Tiffon L. El tratorno delirante. Revisando aspectos de la paranoia. Rev Psiq Fac Med Barna. 2003; 30(6).
11. American Psychiatric Association. Guia de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 Londres y Washington: APA; 2014.
12. Baldaçara L, Fiorani BJ. Tratamento do trastorno delirante persistente. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa de Sao Paulo. 2009; 54(2).
13. Shelton M, Ahmad KW, Thacker SP. Biblioteca Cochhrane. [Online]; 2015 [cited 2020 enero 15]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009785.pub2/full/es>.
14. Mármol BF, Luque LR, Farouk AM, Fernandez-Creuhet NR. Tratorno delirante y conducta suicida: estudio descriptivo. Rev. Chilena de Neuropsiq. 2018; 56(4).
15. First MB. DSM-5 Manual de diagnóstico diferencial. 1st ed. Association AP, editor. Madrid: Panamericana; 2015.
16. Instituto Boliviano de Altura. Uso de la hoja de coca y salud pública. 1st ed. Villena C M SM, editor. La Paz; 1997.
17. Díaz A. Hoja, pasta, polvo y roca. El consumo de los derivados de la coca. Barcelona UAd, editor. Barcelona: Publicacions d'Antropologia Cultural; 1998.
18. DDHH. ELEMENTA. Revisión sistemática de artículos científicos de uso medicinal, tradicional y agroindustrial de la hoja de coca y sus derivados. 1st ed. Colombia: Khoka Alternativa; 2018.
19. Vera ZK, Menrique VG. Aspectos farmacológicos y socioculturales del consumo de hoja de coca en indígenas koguis respecto al consumo d ecocaina en ambientes urbanos. Rev Internacional de Psicología. 2002 julio; 3(2).
20. Jiménez-Arriero MA, Hernández B, Mearin MI, Rodríguez-Jiménez R, Jiménez GM, Ponce AG. Celopatía alcohólica: un antiguo y actual dilema. Rev Adicciones. 2007; 19(3).
21. Henry E, Bernard P, Brisset C. Tratado de psiquiatría. 8th ed. Masson , editor. Barcelona; 1978.
22. Díaz D, Mancilla F, Ortiz C, Osorio A. Trastorno delirante. Caso de una reunión clínica. Rev Psiq y Salud Mental. 2017; XXXIV(3/4).
23. Jufé G. Psicofarmacología practica. 3rd ed. Buenos Aires: Polemos; 2012.
24. Medicos Internos Residentes (MIR). Manual del residente de psiquiatría Madrid: Marte; 2012.