Subtipo Persecutorio Del Trastorno Delirante: Estudio De Series De 129 Casos. Persecutory Subtype Of Delusional Disorder. Descriptive Study Of 129 Cases.

Francisco Mármol Bernal^a, Rogelio Luque Luque^b, Mohamed Farouk Allam^c,
Rafael Fernández-Crehuet Navajas^c

Objective. The objective of this study is to investigate the demographic, environmental, psychosocial and clinical characteristics of the persecutory subtype in a group of patients with delusional disorder (DD). **Methodology.** Retrospective descriptive study of DD cases registered at Psychiatry and Mental Hygiene Clinic of Cordoba according to DSM-IV-TR criteria was conducted. We obtained a sample of 261 DD patients who met the inclusion criteria; of them 129 cases has persecutory subtype. Data and variables collected were divided into 4 groups: I. Socio-demographic and general data. II. DD risk factors (personal and family). III. DD clinical picture and diagnosis (presentation, symptoms, disability, use of health care resources, treatment, and evolution). **Results.** The proportion of males versus females of the persecutory subtype was of 1.04. Only 5.4% of patients had primary level of education. At the first visit of the psychiatry clinic, 65.9% of the patients were married and about half of them shared home. About 14.7% of patients had a past history of alcohol consumption, and only 0.8% consumed other drugs. Ideas of reference and of persecution were found in 98.4% and 99.2% respectively. **Conclusions.** It is necessary to conduct future prospective studies to investigate the risk factors associated with the persecutory subtype of DD.

Key words: delusional disorder, paranoia, persecutory subtype, retrospective study, case series.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2020; 58 (2): 116-126

Introducción

El trastorno delirante (TD), también conocido como paranoia, es un trastorno

caracterizado por la presencia de un sistema delirante, puede presentar alucinaciones no prominentes en consonancia con el tema del delirio y se caracteriza porque no conlle-

Aceptado: 14/04/2020

Recibido: 28/03/2019

^a Delegación Territorial de Salud, Córdoba, España.

^b Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba, España.

^c Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Córdoba, España.

va deterioro de la personalidad^[1] y pueden pensar, razonar y actuar como los demás^[2]. Aunque se han logrado ciertos avances en la nosología del TD, aún no se ha logrado un consenso sobre su etiología. La causa principal de esto es la carencia de datos relevantes, dado que es una patología infrecuente que no se reconoce y sus manifestaciones patognomónicas son mínimas, por lo que los estudios sobre el TD con criterios DSM y con muestras que superen los cien casos son escasos^[3,4]. Se estima que la proporción de personas de una población que presenta la condición de padecer TD durante un tiempo, esto es la prevalencia del TD a lo largo de la vida, está en alrededor del 0,2%^[2] y que el subtipo más frecuente es el persecutorio^[2,3,4,5].

En una revisión reciente de la literatura, Freeman y Garety^[6] han identificado seis principales factores causales que suponen un significativo avance en la comprensión de las ideas delirantes de persecución: -1) un estilo de pensamiento de preocupación, -2) creencias negativas sobre uno mismo, -3) sensibilidad interpersonal, -4) trastornos del sueño, -5) experiencia interna anómala, y -6) sesgos de razonamiento (salto a conclusiones). Cada uno tiene vínculos mecanicistas plausibles en la ocurrencia de la paranoia. Estas causas pueden estar influidas por una serie de circunstancias sociales, incluidos los eventos adversos, uso de drogas ilícitas, y los entornos urbanos^[6-9]. Sin embargo son escasos los estudios empíricos de series de casos con criterios DSM IV-TR sobre el subtipo persecutorio^[3,4].

El objetivo de este estudio es presentar los resultados de series de 129 casos diagnosticados de TD Persecutorio procedentes de un Registro de Casos con criterios DSM que sin duda profundizara en el conocimiento de este poco estudiado subtipo del TD.

Metodología

Tipo de estudio. Estudio epidemiológico retrospectivo sobre un Registro de Casos sobre 261 pacientes TD según criterios DSM-IV-TR^[5].

Población de estudio. Un total de 392 historias clínicas de pacientes diagnosticados y registrados de TD según la CIE-9^[10] del Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental de Córdoba (en adelante DPHM) fueron revisadas en el año 2011. El DPHM^[11] según la red asistencial de salud mental era el centro de referencia provincial ambulatoria para la derivación de todos los trastornos mentales, comportándose como un registro de casos, constituyendo nuestro Registro de Casos de TD. Todas ellas recibieron una evaluación sistemática y estructurada conforme a protocolos que incluían criterios diagnósticos DSM-IV-TR, obteniendo finalmente 261 pacientes que fueron incluidos en este estudio y cuyas características sociodemográficas y clínicas han sido descritas en otro artículo^[4].

Criterios de inclusión y exclusión. A los pacientes diagnosticados y registrados de TD en el DPHM, les fueron aplicados los siguientes criterios de inclusión para participar en nuestro estudio: a) Residir en el área de influencia del Dispensario, b) Realizar al menos una visita al DPHM, c) Edad de 18 o más años, d) cumplir los criterios diagnósticos de TD según DSM-IV-TR, e) cumplir el procedimiento de validación diagnóstica del TD del módulo B (síntomas psicóticos y concomitantes) del SCID-I CV, de Psicosis de la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder (SCID -I CV)^[12]. Los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión fueron asignados a uno de los siete tipos de TD del DSM-IV-TR^[5].

La evaluación retrospectiva para comprobar la adecuación de los diagnósticos TD, inicialmente realizados con criterios CIE-9, se realizó dos veces, una por un médico investigador pre-doctoral entrenado y otra por

un psiquiatra clínico. Un tercer psiquiatra clínico senior dirimía las posibles controversias.

Los criterios de exclusión fueron: a) no cumplir los criterios diagnósticos DSM-IV-TR, b) no cumplir el proceso de validación para la confirmación diagnóstica contenidos en el módulo B (síntomas psicóticos y concomitantes) de Psicosis de la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder (SCID-I CV), c) diagnóstico de retraso mental, d) padecer déficit auditivo/visual severo, e) no presentar ingesta de alcohol desde el diagnóstico de TD y f) constancia expresa de no desear participar en estudio clínico.

La presencia de déficit auditivo y visual severos es un factor de riesgo conocido en la aparición de la paranoia^[3,13,14] y a fin de respetar el criterio E del DSM-IV-TR y de obtener una muestra más homogénea, los pacientes con déficit neurológicos severos fueron excluidos de nuestro estudio. Sin embargo aquellos casos que presentaban déficit neurológico leve o recibieron tratamiento médico o quirúrgico corrector que redujeran esta situación deficitaria a la categoría de leve, fueron incluidos en el estudio.

Aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión definidos constituyeron nuestra muestra final de 261 casos. Estos se asignaron según el tema delirante a los subtipos siguientes: Celotípico con 51 casos (19,5%), Grandiosidad con 31 casos (11,9%), Mixto con 19 casos (7,3%), Somático con 18 casos (6,9%) y Erótomaniaco con 13 casos (5,0 %) y con 129 casos (49,4%) al subtipo Persecutorio, objeto de nuestro estudio de series de casos. El Comité Provincial de Ética de la Investigación de Córdoba aprobó el contenido de este trabajo.

Variables del estudio. Las variables sobre las que se recogió información en base a protocolos, fueron agrupadas con el orden siguiente: I. Variables de los datos sociodemográficos y generales, II. Variables de los

Factores de riesgo del TD (familiares y personales), III. Variables del cuadro clínico y el diagnóstico del TD (presentación, sintomatología delirante, funcionalidad y discapacidad, utilización de los recursos sanitarios, tratamiento, problemas psicosociales, evolución y curso).

Recogida de datos. La recogida de datos se realizó sistemáticamente sobre una estructura de cuestionarios. Un protocolo fue diseñado para el registro de los datos sociodemográficos y generales, sobre la base de Factores de Riesgo sugeridos por investigaciones anteriores^[3,15,16,17].

La información se obtuvo de las historias clínicas, notas de enfermería, test diagnósticos, informes de hospitalización, informes de los servicios de urgencias, de partes judiciales y de los elaborados por el Trabajador Social.

En resumen, obtuvimos datos del TD en base a la evaluación multiaxial contenida en los cinco Ejes del DSM-IV-TR. En el Eje I, que incluye los trastornos clínicos y otros problemas objeto de atención clínica, el diagnóstico de TD se validó con el módulo B (síntomas psicóticos y concomitantes) de Psicosis de la SCID-I CV for DSM-IV Axis I^[12]; el Eje II, recogió información relacionada con los trastornos de la personalidad recabada en base al protocolo de información de antecedentes familiares, personales y datos de allegados próximos al paciente; el Eje III, referido a las enfermedades médicas del paciente, obtenidos de las historias clínicas y agrupados según su frecuencia de presentación; el Eje IV identifica la presencia de problemas psicosociales y ambientales; y el Eje V que, conforme a escalas estandarizadas, evaluó la actividad global (EEAG)^[5] y la discapacidad con la Sheehan Disability Inventory (SDI)^[19] que pueden afectar el curso evolutivo de los Trastornos Mentales Graves.

Análisis de datos. Se ha realizado una estadística

ca descriptiva, con el cálculo de medidas de tendencia central y de dispersión, y cálculos de frecuencias. Los cálculos se realizaron con el paquete estadístico EPIDAT versión 3.1

Resultados

De los 261 pacientes diagnosticados de TD según criterios DSM-IV-TR, el subtipo más numeroso fue el persecutorio con 129 casos (49,4%), frente a los cinco restantes subtipos clínicos: el celotípico con 51 casos (19,5%), el de grandiosidad con 31 casos (11,9%), mixto con 19 casos (7,3%), somático con 18 casos (6,9%) y erótomaniaco con 13 casos (5%).

La proporción hombres versus mujeres en el subtipo persecutorio fue de 1,04 (relación hombre/mujer 1,04:1). La edad de inicio del TD fue de 42,87 (DE=15,43) años y la solicitud de consulta de atención médica especializada fue realizada con una edad media de la vida 48,44 (DE=15,56) años. Solo el 5,4% de los pacientes con el subtipo persecutorio tenía estudios primarios. El estado civil al realizar la primera consulta psiquiátrica fue de casados en un 46,5%, un 49,6% convivía con la familia propia y el 50,4% convivían en pareja. El 10,1% vivía solo. Los problemas conyugales representaron un 17,1%. La Tabla 1 recoge las características demográficas, ambientales, y psicosociales en los pacientes con TD persecutorio.

Tabla 1. Características demográficas, ambientales, y psicosociales del subtipo persecutorio en los pacientes con Trastorno Delirante

Variable	Subtipo persecutorio *
Hombres	66 (51,2%)
Edad	48,44 (DE=15,56)
Escolarización <7 años	44 (34,1%)
Desempleado/a	52 (40,3%)
Convivencia en pareja	65 (50,4%)
Número de hijos	1,65 (DE=2,21)
Vive solo	13 (10,1%)
Antecedentes familiares psiquiátricos	31 (24,0%)
Antecedentes personales médicos	21 (16,3%)
Sordera ceguera premórbida	12 (9,3%)
Inmigración/Emigración	23 (17,8%)
Antecedentes Consumo de sustancias	1 (,8%)
Antecedentes Consumo de alcohol	19 (14,7%)
Problemas legales	15 (11,6%)
Encarcelamiento	3 (2,3%)
Estresante <3 meses	31 (24,0%)
Heteroagresividad	19 (14,7%)

*Media y desviación típica para variables cuantitativas y frecuencia para variables cualitativas.

Los resultados del Eje IV identificaron que los problemas en el grupo 1ª de apoyo fueron los divorcios (10,9%) y el cambio de hogar (11,6%). Los problemas laborales presentes en el 51,9% y el desempleo en 31,0%. Los problemas económicos en el subtipo persecutorio estaban presentes en más de un tercio (35,7%) de casos y solo el 6,2% tenía problemas psicosociales y ambientales.

Los antecedentes de personalidad suspicaz no se describieron en el subtipo persecutorio y los de déficit sensorial leve, como la sordera o ceguera premórbida en el 9,3%; un 14,7% consumió previamente al inicio del TD alcohol y un 0,8% otras sustancias. El intento de suicidio alcanzó el 6,2%. Los eventos estresantes tres meses antes del inicio del TD fueron encontrados en el 24%.

La iniciativa de solicitud de tratamiento para el paciente partió en un 43,4% de derivación médica y de la familia propia en un 19,4%, frente a un 12,6% de iniciativas espontáneas de los propios pacientes (Chi-cuadrado, $p=0,039$) lo que corrobora el hecho recogido en estudios anteriores por De Portugal (2008) y González-Rodríguez (2014) de que estos pacientes mayoritariamente no buscan ayuda psiquiátrica prontamente por ellos mismos. El tiempo de demora desde el inicio de la sintomatología hasta el momento de recibir asistencia psiquiátrica fue de 42,40 (DE=99,11) meses. El número total de consultas efectuadas por los pacientes fue de 6,97 (DE=8,60). La Tabla 2 presenta las características clínicas del subtipo persecutorio en los pacientes con TD.

Las ideas de referencia y de persecución en el subtipo persecutorio se presentaron el 98,4% y en el 99,2% de los casos respectivamente, sin embargo las ideas de grandiosidad (4,7%) y somáticas (5,4%), fueron menos frecuentes. Las alucinaciones auditivas no prominentes, acordes con el tema delirante, estaban presentes en 39,5%. El subtipo persecutorio mostró escasa presencia de delirios politemáticos o mixtos (0,8%).

La funcionalidad de los TD persecutorios era baja, con valores de la escala EEAG (GAF) de 28,57 (DE=4,47) y el SDI total mostró elevada discapacidad, con valores altos de 68,91 (DE=21,11).

La conducta suicida se constató en un 6,20% de los casos con TD persecutorios. Las características del estudio de series de casos sobre la conducta suicida en los restantes subtipos de TD, de entre los cuales el subtipo clínico persecutorio presentó con más frecuencia esta conducta, se encuentran detallados en otro artículo^[20].

Discusión

El objetivo de nuestro estudio fue presentar las características sociodemográficas, personales, familiares y clínicas de series de 129 casos diagnosticados de TD Persecutorio procedentes de un Registro de Casos con criterios DSM. Nuestro objetivo fue profundizar en el conocimiento del subtipo clínico persecutorio en este poco estudiado TD.

Nuestro estudio^[4] avala que dentro de la variedad de subtipos clínicos del TD, el persecutorio es el que se presenta con más frecuencia en la población, 49,4% sobre 261 casos, y concuerdan estos datos con estudios realizados con criterios DSM por Yamada y colaboradores (1998) 51% sobre 54 casos^[21], Hsiao y colaboradores (1999) 70,9%, sobre 86 casos^[22], Maina y colaboradores (2001) 54,4%, sobre 64 casos^[23], De Portugal y colaboradores (2008) 70,9%, sobre 370 casos^[24], y González-Rodríguez y colaboradores (2014) 74,2%, sobre 97 casos^[25].

Antes de obtener conclusiones de los resultados de este estudio, debemos evaluar los posibles sesgos y/o limitaciones en la metodología empleada. Nuestros resultados han de interpretarse con precaución debido al tamaño de la muestra y al tipo de estudio. Se trata de un estudio de diseño retrospectivo sobre un Registro de Casos basado en la exploración retrospectiva de los registros ob-

Tabla 2. Características clínicas del subtipo persecutorio en los pacientes con Trastorno Delirante.

Variable	Subtipo persecutorio *
Ideas de referencia	127 (98,4%)
Ideas de persecución	128 (99,2%)
Ideas de grandiosidad	6 (4,7%)
Ideas de somáticas	7 (5,4%)
Otras ideas delirantes	7 (5,4%)
Alucinaciones auditivas	51 (39,5%)
Alucinaciones visuales	18 (14,0%)
Otras alucinaciones	4 (3,1%)
EEAG	28,57 (DE=4,47)
SDI 1 individual	26,40 (DE=5,59)
SDI 2 estrés	9,17 (DE=1,75)
SDI 3 apoyo social	33,33 (DE=20,40)
SDI total	68,91 (DE=21,11)
Número total de consultas	6,97 (DE=8,60)
Número de visitas de urgencias	10 (7,8%)
Número total de ingresos hospitalarios	1,23 (DE=2,15)
Total días de baja laboral	82,28 (DE=,320,12)
Adhesión tratamiento antipsicótico	79 (61,2%)
Tratamiento antidepresivo	57 (44,2%)
Evolución monotemática del delirio	128 (99,2%)
Curso crónico ininterrumpido del trastorno delirante	80 (62,0%)

*Media y desviación típica para variables cuantitativas y frecuencia para variables cualitativas

tenidos de distintos médicos-psiquiatras, por tanto, los pacientes y sus familiares no fueron entrevistados por nosotros. En su lugar reunimos los datos de una exploración retrospectiva, realizada sistemática y estructuralmente, de los registros médicos conforme a protocolos con criterios DSM-IV-TR^[5] los cuales se utilizaron para una evaluación médica completa retrospectiva de los registros y verificamos el diagnóstico, basado en criterios CIE-9, usando SCDI-I. La exactitud puede oscilar entre diferentes profesionales, constituyendo así potenciales sesgos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los profesionales disponían de un modelo pro-

tolizado de Historia Clínica que permitía obtener los datos de forma que se redujera la variabilidad. La principal fortaleza de este estudio radica en proporcionar una descripción clínica del subtipo persecutorio del TD en base al modelo multiaxial del DSM-IV-TR^[5], el cual proporciona una descripción biopsicosocial de la condición clínica del paciente, abarcando la patología mental y la no mental junto con los factores ambientales psicosociales. La OMS^[16] ya señaló la importancia de los denominados “determinantes sociales de la enfermedad” y las consecuencias de esta sobre el funcionamiento del individuo y su calidad de vida. Articular o

estructurar los componentes fundamentales de la enfermedad mental es el propósito del diagnóstico multiaxial junto con el de describir no solo la enfermedad, sino la condición total del paciente. Esto último incluye el contexto de la enfermedad y su impacto sobre el funcionamiento del individuo.

Los Ejes I, IV y V fueron evaluados conforme a protocolos estandarizados. El tipo de estudio no facilitó la obtención de información sobre la existencia de trastornos de la personalidad previos en base a protocolos estandarizados (Eje II), no obstante la información de familiares y allegados al paciente permitió obtener información relacionada con estas cuestiones. Los datos del Eje III, referidos a las enfermedades médicas del paciente, aunque no codificados según la CIE-9, fueron obtenidos de las historias clínicas y agrupados según su frecuencia.

En el nivel de formación, más de un tercio de los pacientes (34,1%) presentaron una escolarización inferior a 7 años y el estado civil al realizar la primera consulta psiquiátrica fue de casados en un 46,5% en el grupo persecutorio, ambos resultados son coincidentes con los de De Portugal y colaboradores (2008)^[24]. La mitad (50,4%) de los pacientes registrados convivían en pareja. La presencia en los pacientes estudiados de 17,1% de problemas conyugales y del 14,7%, de episodios de heteroagresividad, puede aproximarnos al conocimiento del impacto de la enfermedad en la vida de la pareja y en el entorno familiar.

En nuestro estudio, los antecedentes familiares psiquiátricos fueron encontrados en menos de un cuarto de los pacientes. Tampoco los antecedentes personales médicos y psiquiátricos fueron frecuentes entre los pacientes con subtipo persecutorio (16,3%). Al contrario que De Portugal y colaboradores^[24] que informaron de un 6,4% de historia familiar de esquizofrenia en una muestra de 164 casos persecutorios y de un 13,9% en otro estudio de 51 casos^[26], nosotros no reportamos

ningún caso.

Los posibles factores de riesgo citados en la literatura relacionada con el TD^[3,15,17], incluyen los antecedentes de déficit sensoriales como la sordera o ceguera premórbida que, en nuestro estudio, los valores obtenidos fueron irrelevantes (9,3%). Sí coincidimos en la presencia de antecedentes de inmigración (17,8%) con De Portugal y colaboradores [24] que refieren un 24,4%.

Tampoco, los antecedentes de consumo de alcohol y de sustancias fueron frecuentes entre los pacientes del estudio. Sin embargo, De Portugal y Cervilla (2004) informaron de una mayor comorbilidad de trastornos adictivos en el subtipo persecutorio del TD^[3].

Nuestros resultados sugieren que en nuestro estudio los hechos imprevistos o eventos estresantes ocurridos tres meses antes del inicio del TD no suponen un importante factor de riesgo, teniendo en cuenta que 3 de 4 pacientes no sufrieron ninguna circunstancia estresante tres meses antes de los primeros síntomas. Sin embargo De Portugal y colaboradores (2009) encontraron eventos estresantes en el 32,5% de 51 casos, es decir en casi un tercio de los casos^[26].

La edad de inicio del subtipo persecutorio fue de 42,9 años, una edad muy similar a los 40 años encontrada en el estudio DELIREMP de De Portugal y colaboradores^[26] con 51 casos de persecutorio sobre 86 TD, lo que sugiere que este contenido temático suele aparecer en la edad madura^[27]. Una particularidad del subtipo persecutorio en nuestro estudio fue que la forma de presentación insidiosa, superior a los tres meses, fue más mayoritaria (81,4%) que en el estudio DELIREMP (44,1%)^[26].

La iniciativa de solicitud de tratamiento para el paciente fue significativa (Chi-cuadrado, $p=0,036$), partiendo de la derivación médica en primer lugar, con un 43,4% y de la iniciativa de la familia propia en segundo lugar, con un 19,4%. Tan solo un 13,2% acudió espontáneamente a la consulta. Estos pa-

cientes mayoritariamente no buscan ayuda psiquiátrica prontamente por ellos mismos y esto evidencia un tiempo de demora de 42,40 (DE=99,11) meses desde el inicio de la sintomatología hasta el momento de recibir asistencia psiquiátrica y teniendo en cuenta que el 86.05% del total de casos con TD persecutorio conviven en entorno familiar, esta demora podría sugerir la existencia de un largo periodo de tolerancia hacia la sintomatología delirante del paciente por parte de las familias y su entorno de trato social.

Las ideas de referencia y de persecución, que suelen ir entrelazadas formando parte del dinamismo del discurso psicótico del subtipo persecutorio^[27], fueron encontradas prácticamente en todos los pacientes estudiados (>98%). Mientras que las ideas de grandiosidad, somáticas y de otro tipo fueron menos frecuentes (<6%). Las alucinaciones auditivas no prominentes fueron encontradas en menos de la mitad de los pacientes. Esto sugiere que las ideas de referencia y de persecución son claves en el diagnóstico del subtipo persecutorio del TD. Sin embargo De Portugal y colaboradores^[24] informaron de ideas autoreferenciadas en un 52,6% y de un 9,6% de alucinaciones auditivas no prominentes, lo cual podría ser atribuido a la propia dinámica del discurso psicótico y al diseño del estudio.

El comportamiento suicida en el subtipo persecutorio se presentó en un 6.20% de los casos. Nosotros informamos en nuestras series de casos^[20], que frente al resto de los subtipos clínicos del TD el subtipo persecutorio fue el que presentó este comportamiento con más frecuencia y también de la presencia en el discurso psicótico de ideas de referencia y de persecución en prácticamente el 70% de los pacientes de la población suicida objeto de ese estudio. Así pues, la presencia de ideas de referencia y de persecución podrían suponer un riesgo muy importante para el intento de suicidio y sugieren la necesidad de identificar sistemáticamente la ideación suicida

y esmerar la vigilancia de los pacientes TD, particularmente a los del subtipo persecutorio.

La escala EEAG presentó valores bajos de 28,57, lo que revela una funcionalidad baja. De Portugal y colaboradores informaron de valores más altos de 63,8^[26] y de 50,35^[24]. Al contrario, el SDI total presentó valores altos de 68,91 que indican una discapacidad intensa y estos autores informaron de valores SDI más bajos, lo que también pudiera ser atribuido al tamaño y características de las muestras^[24].

La variable número total de consultas efectuadas por los pacientes presentó valores de 6,97. De Portugal y Cervilla^[3] sin embargo, encontraron un uso mucho más elevado de los recursos hospitalarios en el subtipo persecutorio, aunque esto podría ser debido a los distintos sistemas de organización de la atención de salud mental que regían para cada estudio y a los estándares utilizados.

La adhesión al tratamiento antipsicótico y prescripción de antidepresivos fue relativamente alta (61,2% y 44,2%, respectivamente) en estos pacientes. De Portugal y col. encuentran cifras de antidepresivos inferiores, 27%^[24]. Según Vorontsova y colaboradores, la mejora del cuadro depresivo aminora la sintomatología persecutoria^[28].

Aunque ciertos avances han sido dados en el conocimiento y caracterización del delirio del subtipo persecutorio que han facilitado la ampliación que de la definición que del mismo recoge el DSM-V que propugna que este subtipo se aplica cuanto el tema central del delirio implica la 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^[2], frente a la escueta definición contenida en el DSM-IV-TR^[5] - ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella) está siendo perjudicada de alguna forma- o la interesante línea de trabajo y análisis que supuso la aportación

de Trower y Chadwick^[29], distinguiendo en este tipo de delirios en el grado en que los sujetos con delirios paranoides creen ser merecedores de la persecución, del daño o del perjuicio, dando lugar a las llamadas paranoia «poor me» - "pobre de mí" -, donde la persecución es injusta, y a la paranoia «bad me» - "por mi culpa" -, donde la persecución es producida por un comportamiento culpable. Aunque esta distinción de la paranoia en «poor me» y «bad me» podría representar fases separadas de un fenómeno inestable como señalan Melo et al.^[30], sin embargo ha facilitado propiciar un tratamiento clínico para este problema psiquiátrico principal mediante un enfoque terapéutico cognitivo, pues los delirios persecutorios son vistos como creencias de amenaza, desarrolladas en el contexto de riesgo genético y ambiental y mantenidas por varios procesos psicológi-

cos, que incluyen preocupación excesiva, autoconfianza baja, intolerancia, afecto ansioso, sesgos de razonamiento y otras experiencias internas anómalas, así el uso terapéutico de búsqueda de seguridad permite elaborar una estrategia clínica basada en que esta seguridad debe ser re-aprendida, entrando en situaciones temidas después de la reducción de la influencia de los factores de mantenimiento que hemos citado^[31].

A pesar de estos discretos avances, aún se hace necesario evaluar las líneas de tratamiento de re-educación del razonamiento emprendidas y profundizar aún más en el conocimiento de este subtipo clínico realizando futuros estudios prospectivos que integren criterios homogéneos para investigar los factores de riesgo que conducen a la aparición del subtipo persecutorio del TD.

Resumen

Objetivo. El objetivo de este estudio es conocer las características demográficas, factores ambientales, factores de riesgo psicosociales, y clínicas del subtipo persecutorio en un grupo de pacientes con trastorno delirante (TD). *Metodología.* Estudio epidemiológico retrospectivo sobre un Registro de Casos en el Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental de Córdoba sobre pacientes con TD según criterios DSM-IV-TR. Aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión definidos constituyeron nuestra muestra final de 261 casos, de ellos 129 casos presentaban el subtipo persecutorio. Las variables sobre las que se recogió información en base a protocolos, fueron agrupadas con el orden siguiente: I. Variables de los datos sociodemográficos y generales. II. Variables de los Factores de riesgo del TD (familiares y personales). III. Variables del Cuadro Clínico y el Diagnostico del TD (Presentación, sintomatología delirante, funcionalidad y discapacidad, utilización de los recursos sanitarios, tratamiento, problemas psicosociales, evolución y curso). *Resultados.* La proporción hombres versus mujeres en el subtipo persecutorio fue de 1,04. Solo el 5,4% de estos pacientes tenía estudios primarios. Un 65,9%, al realizar la primera consulta psiquiátrica, se encontraba casado y el 50,4% convivían en el hogar. Un 14,7% consumió previamente alcohol y un 0,8% otras sustancias. Las ideas de referencia y de persecución se presentaron el 98,4% y en el 99,2% de los casos respectivamente. *Conclusiones.* Son necesarios futuros estudios prospectivos para investigar los factores de riesgo del subtipo persecutorio del TD.

Palabras clave: Trastorno delirante, paranoia, subtipo persecutorio, estudio retrospectivo, series de casos.

Referencias Bibliográficas

1. González Gutiérrez PJ, Puyó Rodríguez N, Ochoa Prieto J ¿Tiene mi paciente un trastorno delirante? SEMERGEN 2006;32(10):506-8
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5°). 5ª ed. Arlington, VA. Ed. Pánamericana. Asociación Americana de Psiquiatría. 2014.
3. De Portugal E, Cervilla J. Trastorno delirante. 1ª Ed: Aula médica .2004: 51-8.
4. Mármol Bernal F, Luque Luque R, Farouk Allam M, Fernández-Crehuet Navarro R. Estudio descriptivo de series de casos de trastorno delirante. Rev Chi Neuro-Psiquiat 2015;53(4):241-50.
5. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-4°-TR). 4ª ed. Washington, DC. Ed. Asociación Americana de Psiquiatría. 1994.
6. Freeman D, Garety PA. Advances in understanding and treating persecutory delusions: a review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014;49(8):1179-89.
7. Freeman D, Dunn G, Garety PA, Bebbington PE, Slater M, Kuipers E. The psychology of persecutory ideation I: a questionnaire survey. J Nerv Ment Dis 2005;193:302-8.
8. Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE. A cognitive model of persecutory delusions. Br J Clin Psychol 2002;41(4):331-47.
9. Paget A, Ellett L. Relationships among self, others, and persecutors in individuals with persecutory delusions: a repertory grid analysis. Behav Ther 2014;45(2):273-82.
10. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica (CIE-9). Ed. Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2012.
11. Romero H, Prieto A, Roig A. La asistencia Psiquiátrica en la provincial de Córdoba (1960-1983). Ed. Servicio de Publicaciones Excm. Diputación Provincial de Córdoba. 1992.
12. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams JB. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV SCID-I. Versión Clínica. Ed. Masson. Barcelona 1999.
13. Carrión-Expósito L, Bancalero-Romero C, Hans-Chacón A, González-Moreno JM, Baena Balamero A, Ruiz-Doblado S. Delirio paranoide de los ciegos (síndrome de Sanchís-Banús). Psiq Biol 2012;19(3):95-8.
14. Barcia Salorio D. Trastornos Delirantes Crónicos. En: Barcia Salorio D, Editor. Tratado de Psiquiatría. Madrid: Aran; 1999. p. 315-32.
15. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe Compendiado Ed. OMS Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2004.
16. Ministerio de Sanidad y Consumo. Los determinantes sociales de la Salud: Los hechos probados. Traducción de la 2ª edición de la OMS. Ed. Secretaría General Técnica. 2006.
17. Hitch P, Rack P. Mental illness among Polish and Russian refugees in Bradford. Br J. Psychiatry 1982;137:206-11.
18. Stilo SA, Di Forti M, Mondelli V, Falcone AM, Russo M, O'Connor J, Palmer E, Paparelli A, Kolliakou A, Sirianni M, Taylor H, Handley R, Da-

- zzan P, Pariente C, Marques TR, Zoccali R, David A, Murray RM, Morgan C. Social disadvantage: cause or consequence of impending psychosis? *Schizophr Bull* 2013;39(6):1288-95.
19. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;3(supl 3):89-95.
 20. Mármol Bernal F, Luque Luque R, Farouk Allam M, Fernández-Crehuet Navarro R. Trastorno delirante y conducta suicida: estudio descriptivo de 26 casos. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2018; 56 (4): 228-240.
 21. Yamada N, Nakajima S, Noguchi T. Age at onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97(2):122-4.
 22. Hsiao MC, Liu CY, Yang YY, Yeh EK. Delusional disorder: retrospective analysis of 86 Chinese outpatients. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999;53(6):673-6.
 23. Maina G, Albert U, Badà A, Bogetto F. Occurrence and clinical correlates of psychiatric co-morbidity in delusional disorder. *Eur Psychiatry* 2001;16(4):222-8.
 24. De Portugal E, González N, Haro JM, Autonell J, Cervilla JA. A descriptive case-register study of delusional disorder. *Eur Psychiatry* 2008;23(2):125-33.
 25. González-Rodríguez A, Molina-Andreu O, Navarro V, Gastó C, Penadés R, Catalán R. Delusional disorder: no gender differences in age at onset, suicidal ideation, or suicidal behavior. *Rev Bras Psiquiatr* 2014;36(2):119-24.
 26. De Portugal E, González N, Vilaplana M, Haro JM, Usall J, Cervilla JA. Un estudio empírico de los correlatos psicosociales y clínicos del trastorno delirante: el estudio DELIREMP. *Rev Psiquiatr Salud Mental (Barc.)* 2009;2(2):72-82.
 27. Castilla del Pino, C. (1978). Introducción a la psiquiatría II (Vol. 2º Problemas Generales Psico(pato)logía.). Madrid: Alianza Editorial. 179-225.
 28. Vorontsova N, Garety P, Freeman D. Cognitive factors maintaining persecutory delusions in psychosis: the contribution of depression. *J Abnorm Psychol* 2013;122(4):1121-31.
 29. Trower, P, Chadwick P. Pathways to Defense of the Self: A Theory of Two Types of Paranoia. *Clinical Psychology Science and Practice* 1995;2(3):263-78.
 30. Melo SS, Bentall RP. 'Poor me' versus 'Bad me' paranoia: the association between self-beliefs and the instability of persecutory ideation. *Psychol Psychother* 2013;86(2):146-63.
 31. Freeman D. Persecutory delusions: a cognitive perspective on understanding and treatment. *Lancet Psychiatry* 2016;3:685-92.

Correspondencia:

Mohamed Farouk Allam

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de Córdoba. Avda. Menéndez Pidal, s/n Córdoba 14004, España

Tel. + (34) 957 218 278

Fax + (34) 957 218 573

E-mail: fm2faahm@gmail.com