

Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile

Chile

Mármol B., Francisco; Luque L., Rogelio; Farouk A., Mohamed; Fernández-Crehuet N.,
Rafael

Estudio descriptivo de series de casos de trastorno delirante

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 53, núm. 4, octubre-diciembre, 2015, pp. 241-
250

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331543358004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Estudio descriptivo de series de casos de trastorno delirante

Descriptive study of case series with delusional disorder

Francisco Mármol B.¹, Rogelio Luque L.²,
Mohamed Farouk A.³ y Rafael Fernández-Crehuet N.³

Objective: The objective of this study is to investigate the demographic, environmental, psychosocial and clinical characteristics 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/V criteria was conducted. We obtained a sample of 261 DD patients who met the inclusion criteria. 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 was of 1.12. Only 16.5% of patients could not read or write. At the first visit of the psychiatry clinic, 56.3% of the patients were married and about half of them shared home. About 16.9% of patients had a past history of alcohol consumption, and 2.3% consumed other drugs. The most frequent subtype with the persecutory with 129 cases (49.4%). The mean delay in psychiatric attention was 43.21 months; the minimum value with 27 months was observed in the somatic subtype and the maximum value with 70 months was observed in jealous subtype. Ideas of reference and of persecution were found in 83.9% and 82.0% respectively. **Conclusions:** It is necessary to conduct future prospective studies to investigate the risk factors associated with the DD.

Key words: Delusional disorder, paranoia, retrospective study, case series, psychosis.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2015; 53 (4): 241-250

Introducción

El trastorno delirante (TD) se caracteriza por la presencia de ideas delirantes sistematizadas, con diferentes contenidos, sin alucinaciones prominentes, alteraciones del lenguaje o el pensamiento ni deterioro grave de la personalidad¹.

Aunque se han logrado ciertos avances en la nosología del TD, aún no se ha alcanzado un consenso sobre su etiología. La razón principal es la escasez de estudios, ya que es una patología infrecuente, los pacientes no suelen consultar por la ausencia de conciencia de enfermedad y, en muchos casos, no provoca graves alteraciones de la conducta². Se

Recibido: 27/08/2015

Aceptado: 13/10/2015

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Delegación Territorial de Salud, Córdoba, España.

² Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba, Córdoba, España.

³ Área de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Córdoba, Córdoba, España.

estima que la prevalencia del TD a lo largo de la vida está en alrededor del 0,2% y que el subtipo más frecuente es el persecutorio³.

En una revisión reciente de los delirios persecutorios, Freeman y Garety (2014) han identificado seis factores causales principales en la comprensión de las ideas delirantes: un estilo de pensamiento de preocupación, creencias negativas sobre uno mismo, sensibilidad interpersonal, trastornos del sueño, experiencia interna anómala, y sesgos de razonamiento (salto a conclusiones). Cada uno tiene vínculos mecanistas plausibles en la ocurrencia de la paranoia⁴. Estos factores pueden estar influidos por una serie de circunstancias sociales, incluidos los eventos adversos, el uso de drogas ilegales, y los entornos urbanos⁵⁻⁷. Sin embargo, son escasos los estudios empíricos de series de casos sistematizados sobre el TD y los existentes no han seguido criterios homogéneos de forma que dificultan su comparación². El objetivo de este estudio es presentar los resultados de series de 261 casos diagnosticados de TD procedentes de un Registro de Casos con criterios DSM que sin duda ampliará el conocimiento de esta patología tan escasamente estudiada.

Metodología

Tipo de estudio

Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo de Registro de Casos sobre 261 pacientes TD según criterios DSM-IV-TR⁸ y DSM-V³.

Población de estudio

Un total de 392 historias clínicas de pacientes diagnosticados y registrados de TD según la CIE-9⁹ en el Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental de Córdoba (en adelante DPHM)¹⁰ durante un período de siete años, constituyeron nuestro Registro de Casos de TD. Todas ellas recibieron una evaluación sistemática y estructurada conforme a protocolos que incluían criterios diagnósticos DSM-IV y V, obteniendo finalmente 261 pacientes que fueron incluidos en este estudio.

Criterios de inclusión y exclusión

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 14 o más años; d) cumplir los criterios diagnósticos de TD según DSM-IV y V; y e) cumplir el procedimiento de validación diagnóstica del TD del módulo de Psicosis de la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder (SCID-I CV)*¹¹; los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión fueron asignados a uno de los siete tipos de TD del DSM-IV-TR⁸ y DSM-V³.

La evaluación retrospectiva para comprobar la adecuación de los diagnósticos TD 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 y V; b) no cumplir el proceso de validación para la confirmación diagnóstica contenidos en el módulo de Psicosis de la *SCID-I CV for DSM-IV Axis I*; c) diagnóstico de retraso mental; d) padecer déficit auditivo/visual severo; e) constancia expresa de no desear participar en estudio clínico.

Aquellas que cumplieron con los criterios de inclusión definidos constituyeron nuestra muestra final de 261 casos. Este estudio fue aprobado por el Comité Provincial de Ética de la Investigación de Córdoba.

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. Se diseñó un protocolo para el registro de los datos sociodemográficos y generales, sobre la base de factores de riesgo sugeridos por investigaciones anteriores^{2,12-14}.

La información se obtuvo de las historias clínicas, notas de enfermería, pruebas diagnósticas, informes de hospitalización, informes de los servicios de urgencias, de partes judiciales y 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. 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 de Psicosis de la *SCID-I CV for DSM-IV Axis I*¹¹; 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)¹⁵ que pueden afectar el curso evolutivo de los trastornos mentales graves.

Análisis de datos

Se realizó una estadística 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

Sociodemográficos y generales

La prevalencia del TD en nuestro estudio ha sido de 33,34/100.000 habitantes. La relación hombre/mujer fue 1,12:1. La edad de consulta en el DPHM fue realizada con una edad media de la

vida 47,55% (DE = 15,51) años. La edad de inicio del TD fue a los 41,59 (DE = 13,78) años. Sólo el 36,4% de los pacientes cursó estudios secundarios y el 30% era analfabeto. El 56,3% se encontraba casado. El 58,2% convivía con la familia, el 59,0% convivía en pareja y el 6,9% vivía solo en el momento de realizar la primera consulta psiquiátrica. Los problemas conyugales representaron un 30,3%. La Tabla 1 recoge las características demográficas, ambientales, y psicosociales en los pacientes con TD. Aunque la media de hijos fue de 1,74, el subtipo erotomaníaco fue el que menos tenía (0,77) y el celotípico el que más (2,59).

Los resultados del Eje IV identificaron que los principales problemas descritos por la familia o grupo primario de apoyo fueron el fallecimiento de un miembro familiar (11,9%), problemas de salud en la familia (9,6%) y el cambio de hogar (8,4%). Los problemas laborales estaban presentes en 44,4% y el desempleo en 27,2%. Los problemas económicos presentes en un tercio (29,1%) de casos y el 58,6% tenía problemas psicosociales y ambientales.

Antecedentes familiares y personales

Sólo el 12,6% presentó antecedentes familiares psiquiátricos hasta un segundo grado. Un 23% tenía antecedentes personales psiquiátricos, de ellos los episodios psicóticos (12,6%) presentes en todos los subtipos clínicos. Un 17,6% presentó antecedentes de patología orgánica. El déficit sensorial, como la sordera o ceguera premórbida estaban presentes en el 6,5%. Sólo un 16,9% consumió previamente alcohol y sólo un 2,3% otras sustancias. El intento de suicidio alcanzó el 10%. Los episodios estresantes tres meses antes del inicio del TD fueron encontrados en el 26,4%.

Cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento

La iniciativa de solicitud de tratamiento para el paciente partió de derivación médica en 50,6%, y de la familia de origen y propia en un 28,7%, y en un 12,6% se registró consulta espontánea. El número total de consultas efectuadas por los pacientes fue de 8,25 (DE = 9,82). La Tabla 2 presenta las características clínicas de los pacientes con TD.

Tabla 1. Características sociodemográficas del trastorno delirante (TD) y sus tipos

| Variable | Global 261 (100%) | Erotomaníaco 13 (4,9%) | Grandiosidad 31 (11,8%) | Celotípico 51 (19,5%) | Persecutorio 129 (49,4%) | Somático 18 (6,9%) | Mixto 19 (7,2%) | Valor de p** |
|---------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------|
| Sexo | 138 (52,9%) | 4 (1,5%) | 21 (8,0%) | 31 (11,9%) | 66 (25,3%) | 6 (2,3%) | 10 (3,8%) | 0,091 |
| Hombre | 123 (47,1%) | 9 (3,4%) | 10 (3,8%) | 20 (7,7%) | 63 (24,1%) | 12 (4,6%) | 9 (3,4%) | |
| Mujer | 47,55 | 44,31 | 42,71 | 50,47 | 48,44 | 46,89 | 44,42 | 0,250 |
| Edad | (DE = 15,51) | (DE = 18,87) | (DE = 14,11) | (DE = 14,54) | (DE = 15,56) | (DE = 19,18) | (DE = 12,67) | |
| Distrito Sanitario | | | | | | | | |
| Área Gestión Sanitaria Norte | 40 (15,3%) | 1 (0,4%) | 3 (1,1%) | 7 (2,7%) | 23 (8,8%) | 2 (0,8%) | 4 (1,5%) | |
| Distrito Sanitario Guadalquivir | 32 (12,3%) | 3 (1,1%) | 4 (1,5%) | 6 (2,3%) | 14 (5,4%) | 2 (0,8%) | 3 (1,1%) | |
| Distrito Sanitario Córdoba | 106 (40,6%) | 2 (0,8%) | 16 (6,1%) | 13 (5,0%) | 59 (22,6%) | 7 (2,7%) | 9 (3,4%) | 0,124 |
| Distrito Sanitario Córdoba Sur | 83 (31,8%) | 7 (2,7%) | 8 (3,1%) | 25 (9,6%) | 33 (12,6%) | 7 (2,7%) | 3 (1,1%) | |
| Nivel de formación | | | | | | | | |
| Estudios univ. superiores | 4 (1,5%) | 0 (0,0%) | 1 (0,4%) | 0 (0,0%) | 3 (1,1%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | |
| Est técnicos/diplomados | 10 (3,8%) | 1 (0,4%) | 3 (1,1%) | 0 (0,0%) | 6 (2,3%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | |
| Est superiores incompletos | 30 (11,5%) | 2 (0,8%) | 2 (0,8%) | 4 (1,5%) | 22 (8,4%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | |
| Secundarios | 95 (36,4%) | 2 (0,8%) | 13 (5,0%) | 18 (6,9%) | 54 (20,7%) | 4 (1,5%) | 4 (1,5%) | 0,000* |
| Primarios | 43 (16,5%) | 4 (1,5%) | 5 (1,9%) | 6 (2,3%) | 7 (2,7%) | 12 (4,6%) | 9 (3,4%) | |
| Analfabeto/a | 79 (30,3%) | 4 (1,5%) | 7 (2,7%) | 23 (8,8%) | 37 (14,2%) | 2 (0,8%) | 6 (2,3%) | |
| Actividad profesional | | | | | | | | |
| Desempleado/a | 108 (41,4%) | 6 (2,3%) | 11 (4,2%) | 20 (7,7%) | 52 (19,9%) | 10 (3,8%) | 9 (3,4%) | |
| Empleado/a | 91 (34,9%) | 3 (1,1%) | 17 (6,5%) | 18 (6,9%) | 40 (15,3%) | 6 (2,3%) | 7 (2,7%) | 0,280 |
| Pensionista | 62 (23,8%) | 4 (1,5%) | 3 (1,1%) | 13 (5,0%) | 37 (14,2%) | 2 (0,8%) | 3 (1,1%) | |
| Estado civil | | | | | | | | |
| Soltero/a | 78 (29,9%) | 10 (3,8%) | 13 (5,0%) | 3 (1,1%) | 42 (16,1%) | 8 (3,1%) | 2 (0,8%) | |
| Casado/a | 147 (56,3%) | 3 (1,1%) | 13 (5,0%) | 45 (17,2%) | 60 (23,0%) | 9 (3,4%) | 17 (6,5%) | |
| Viudo/a | 15 (5,7%) | 0 (0,0%) | 3 (1,1%) | 0 (0,0%) | 12 (4,6%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0,000* |
| Separado/a | 14 (5,4%) | 0 (0,0%) | 2 (0,8%) | 1 (0,4%) | 10 (3,8%) | 1 (0,4%) | 0 (0,0%) | |
| Unión libre | 7 (2,7%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 2 (0,8%) | 5 (1,9%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | |
| Convivencia en pareja sí | 154 (59,0%) | 3 (1,1%) | 13 (5,0%) | 47 (18,0%) | 65 (24,9%) | 9 (3,4%) | 17 (6,5%) | 0,000* |
| Número hijos | 1,74 | 0,77 | 1,00 | 2,59 | 1,65 | 1,44 | 2,16 | 0,005* |
| | (DE = 2,08) | (DE = 1,48) | (DE = 1,69) | (DE = 2,07) | (DE = 2,21) | (DE = 2,03) | (DE = 1,38) | |
| Convivencia en el hogar | | | | | | | | |
| Familia origen | 50 (19,2%) | 4 (1,5%) | 7 (2,7%) | 3 (1,1%) | 27 (10,3%) | 7 (2,7%) | 2 (0,8%) | |
| Familia propia | 152 (58,2%) | 4 (1,5%) | 14 (5,4%) | 45 (17,2%) | 64 (24,5%) | 9 (3,4%) | 16 (6,1%) | 0,000 * |
| Familia acogida | 32 (12,3%) | 2 (0,8%) | 8 (3,1%) | 0 (0,0%) | 20 (7,7%) | 1 (0,4%) | 1 (0,4%) | |
| Residencia hogar | 9 (3,4%) | 1 (0,4%) | 0 (0,0%) | 3 (1,1%) | 5 (1,9%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | |
| Solo | 18 (6,9%) | 2 (0,8%) | 2 (0,8%) | 0 (0,0%) | 13 (5,0%) | 1 (0,4%) | 0 (0,0%) | |

* Estadísticamente significativo. ** Prueba ANOVA para variables cuantitativas y χ^2 para variables cualitativas.

Tabla 2. Sintomatología delirante psicótica (SCID-I)

| Variable | Global | Erotomaniaco | Grandiosidad | Celotípico | Persecutorio | Somático | Mixto | Valor de p** |
|-------------------------|-------------------|------------------|------------------|-------------------|--------------------|------------------|------------------|--------------|
| | 261 (100%) | 13 (4,9%) | 31 (11,8) | 51 (19,5%) | 129 (49,4%) | 18 (6,9%) | 19 (7,2%) | |
| Ideas de referencia | 219 (83,9%) | 13 (5,0%) | 14 (5,4%) | 38 (14,6%) | 127 (48,7%) | 9 (3,4%) | 18 (6,9%) | 0,000* |
| Ideas de persecución | 214 (82,0%) | 11 (4,2%) | 13 (5,0%) | 34 (13,0%) | 128 (49,0%) | 9 (3,4%) | 19 (7,3%) | 0,000* |
| Ideas grandiosidad | 44 (16,9%) | 2 (0,8%) | 29 (11,1%) | 0 (0,0%) | 6 (2,3%) | 1 (0,4%) | 6 (2,3%) | 0,000* |
| Ideas somáticas | 34 (13,0%) | 1 (0,4%) | 4 (1,5%) | 2 (0,8%) | 7 (2,7%) | 18 (6,9%) | 2 (0,8%) | 0,000* |
| Otras ideas delirantes | 100 (38,3%) | 10 (3,8%) | 8 (3,1%) | 46 (17,6%) | 7 (2,7%) | 10 (3,8%) | 19 (7,3%) | 0,000* |
| Alucinaciones auditivas | 93 (35,6%) | 9 (3,4%) | 13 (5,0%) | 8 (3,1%) | 51 (19,5%) | 1 (0,4%) | 11 (4,2%) | 0,000* |
| Alucinaciones visual | 33 (12,6%) | 2 (0,8%) | 2 (0,8%) | 1 (0,4%) | 18 (6,9%) | 5 (1,9%) | 5 (1,9%) | 0,018* |
| Alucinaciones táctiles | 2 (0,8%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 2 (0,8%) | 0 (0,0%) | 0,000* |
| Otras alucinaciones | 9 (3,4%) | 1 (0,4%) | 0 (0,0%) | 1 (0,4%) | 4 (1,5%) | 3 (1,1%) | 0 (0,0%) | 0,031* |

*Estadísticamente significativo. **Prueba χ^2 para variables cualitativas.

Tabla 3. Consumo de recursos sanitarios del TD y sus tipos

| Variable | Global | Erotomaniaco | Grandiosidad | Celotípico | Persecutorio | Somático | Mixto | Valor de p** |
|----------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| | 261 (100%) | 13 (4,9%) | 31 (11,8) | 51 (19,5%) | 129 (49,4%) | 18 (6,9%) | 19 (7,2%) | |
| Informes de asistencia social Sí | 23 (8,8%) | 3 (1,1%) | 2 (0,8%) | 4 (1,5%) | 9 (3,4%) | 5 (1,9%) | 0 (0,0%) | 0,016 |
| n total consultas | 8,25 (DE = 9,82) | 17,08 (DE = 15,93) | 7,39 (DE = 8,59) | 6,80 (DE = 7,70) | 6,97 (DE = 8,59) | 13,50 (DE = 15,51) | 11,21 (DE = 8,52) | 0,001* |
| n visitas total urgencia | 0,13 (DE = ,45) | 0,00 (DE = ,00) | 0,10 (DE = ,30) | 0,14 (DE = ,40) | 0,12 (DE = ,52) | 0,11 (DE = ,32) | 0,26 (DE = ,56) | 0,710 |
| Visita urgencias Sí | 25 (9,6%) | 0 (0,0%) | 3 (1,1%) | 6 (2,3%) | 10 (3,8%) | 2 (0,8%) | 4 (1,5%) | 0,405 |
| n total ingresos hosp | 1,20 (DE = 1,96) | 1,15 (DE = 1,41) | 1,55 (DE = 2,45) | 0,84 (DE = 1,63) | 1,23 (DE = 2,15) | ,89 (DE = 1,18) | 1,74 (DE = 1,19) | 0,469 |
| Ingreso sí hospitalario | 128 (49,0%) | 7 (2,7%) | 16 (6,1%) | 18 (6,9%) | 64 (24,5%) | 8 (3,1%) | 15 (5,7%) | 0,051 |
| Total días baja laboral | 1,15 (DE = 277,39) | 96,69 (DE = 301,59) | 139,19 (DE = 311,71) | 50,57 (DE = 217,94) | 82,28 (DE = 320,12) | 30,56 (DE = 89,53) | 29,32 (DE = 83,36) | 0,673 |
| Baja laboral Sí | 56 (21,5%) | 3 (1,1%) | 9 (3,4%) | 9 (3,4%) | 26 (10,0%) | 2 (0,8%) | 7 (2,7%) | 0,363 |

*Estadísticamente significativo. **Prueba ANOVA para variables cuantitativas.

Las ideas de referencia y de persecución se presentaron en el 83,9% y en el 82,0% de los casos respectivamente. Las ideas de grandiosidad (16,9%) y somáticas (13%), fueron menos frecuentes. Las alucinaciones auditivas no prominentes fueron presentes en 35,6%.

De los 261 pacientes diagnosticados de TD según criterios DSM-IV-TR y V, el subtipo más numeroso fue el persecutorio con 129 casos (49,4%), seguido del 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 erotomaníaco con 13 casos (5,0%). La funcionalidad de los TD era baja, con valores de la escala EEAG (GAF) de 29,49 (DE = 5,90) y el SDI total mostró elevada discapacidad, con valores elevados de 70,97 (DE = 28,05).

Tratamiento

Todos los pacientes incluidos en el estudio recibieron medicación antipsicótica exceptuando un paciente de 88 años de edad. La adhesión al tratamiento antipsicótico y prescripción de antidepresivos fue relativamente alta (59% y 41%, respectivamente).

Discusión

Nuestro estudio presenta las características sociodemográficas, personales, familiares y clínicas de series de casos diagnosticados de TD procedentes de un Registro de Casos con criterios DSM. Nuestro objetivo fue contribuir al conocimiento de este poco estudiado trastorno mental.

Nuestros datos avalan que el subtipo persecutorio es el más frecuente, 129 casos (49,4%; IC 95% 43,4-55,4) y concuerdan con estudios realizados con criterios DSM por Yamada y cols. (1998), sobre 54 casos (51%; IC 95% 38,1-63,8)¹⁶, Hsiao y cols. (1999) sobre 86 casos (70,9%; IC 95% 60,5-79,5)¹⁷, Maina y cols. (2001), sobre 64 casos (54,4%; IC 95% 29,4-52,8)¹⁸, De Portugal y cols. (2008), sobre 370 casos (70,9%; IC 95% 42,3-52,5)¹⁹, De Portugal y cols. (2009), sobre 86 casos (39,3%; IC 95% 29,6-49,9)²⁰, Jadhav y cols. (2014),

sobre 53 casos (22,64%; IC 95% 13,3-35,7)²¹, y González-Rodríguez y cols. (2014), sobre 97 casos (74,2%; IC 95% 64,6-81,9)²².

Limitaciones y fortalezas

Antes de obtener conclusiones de los resultados de nuestro estudio, debemos evaluar los posibles sesgos y/o limitaciones en la metodología empleada que dificultan su generalización. Nuestros resultados han de interpretarse con precaución debido al tamaño de la muestra y al tipo de estudio. Se trata de un estudio retrospectivo de Registro de Casos del que se han obtenido los datos de forma sistemática y estructurada basados en la revisión de los registros clínicos obtenidos de distintos médicos-psiquiatras. 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 protocolizado 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 TD en base a criterios contenidos en el DSM-IV-TR. 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 en base a protocolos estandarizados del Eje II del DSM-IV-TR, lo que no facilita la comparación estandarizada, 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 criterios de la CIE-9, lo que tampoco facilita la comparación estandarizada de la patología orgánica, fueron obtenidos de las historias clínicas basados en informes clínicos interdepartamentales o referidas por el paciente o familia en la historia clínica y clasificados según su frecuencia. Por tanto, los resultados obtenidos deben interpretarse con precaución.

Datos sociodemográficos y generales

En el nivel de formación, un tercio de los pacientes (30,3%) eran analfabetos. El estado civil

al realizar la primera consulta psiquiátrica fue de casados en un 56,3%. Ambos resultados son coincidentes con los de De Portugal y cols. (2008)¹⁹. Más de la mitad (59%) de los pacientes registrados convivían en pareja. Previamente, se ha señalado la tendencia al aislacionismo de estos pacientes², sin embargo, en nuestro estudio tan sólo el 6,9% vivía solo, lo que pudiera atribuirse a las características socioculturales y demográficas de la muestra.

La presencia en los pacientes estudiados de 30,3% de problemas conyugales y del 13,4%, de episodios de heteroagresividad, puede aproximarnos al conocimiento del impacto de la enfermedad en la vida de la pareja y en el entorno familiar y laboral.

En nuestro estudio, los antecedentes familiares psiquiátricos encontrados fueron muy escasos (12,6%) y menos de la cuarta parte de los pacientes tenía antecedentes personales médicos (17,6%) y psiquiátricos (23%). De Portugal y cols. (2008) informaron de un 8,7% de historia familiar de esquizofrenia sobre 174 casos¹⁹ y de un 20,9% en otro estudio de 86 casos²⁰, sin embargo, nosotros no encontramos ningún caso, lo que pudiera deberse a las características socioculturales y demográficas de las muestras.

Factores de riesgo del TD

Los considerados factores de riesgo citados en la literatura relacionada con el TD^{2,9-11}, incluyen los antecedentes de déficit sensoriales como la sordera o ceguera premórbida que en nuestro estudio obtuvieron valores irrelevantes (6,5%). Sí coincidimos en la presencia de antecedentes de inmigración (21,1%) con De Portugal y cols. (2008) que refieren un 24,4%¹⁹.

Los antecedentes de consumo de sustancias (2,3%) no fueron frecuentes en el estudio. Sin embargo, un sexto de los pacientes los tenía de alcohol, dato que coincide con otros estudios^{2,12-14,19,20,22}. El subtipo persecutorio fue el máximo consumidor.

Nuestros resultados sugieren que los episodios estresantes tres meses antes del inicio del TD no suponen un importante factor de riesgo, teniendo en cuenta que 3 de 4 pacientes no sufrieron ningún episodio estresante tres meses antes de los primeros

síntomas. Sin embargo, De Portugal y cols. (2009) encontraron episodios estresantes en el 32,5% de 51 casos, es decir en casi un tercio de los casos²⁰.

Cuadro clínico y el diagnóstico del TD

La edad media de inicio fue de 41,59 años, en una franja de edad coincidente con los 39 años encontrada por De Portugal y cols. en su estudio DELIREMP sobre 86 casos de TD²⁰. En nuestro estudio la forma de presentación insidiosa, superior a los tres meses, fue la más mayoritaria en el subtipo persecutorio (40,2%) al igual que en el estudio DELIREMP (44,1%)²⁰.

Las ideas de referencia y de persecución, fueron encontradas en casi todos los pacientes estudiados (> 82%); mientras las ideas de grandiosidad, somáticas y de otro tipo fueron menos frecuentes (< 38,3%). Las ideas de referencia y de persecución presentes en más del 98% del subtipo persecutorio sugieren que son claves en su diagnóstico. Las alucinaciones auditivas no prominentes fueron encontradas en menos de la mitad de los pacientes. De Portugal y cols. (2008) informaron de ideas autoreferenciadas en un 48,6% y de un 7,8% de alucinaciones auditivas no prominentes¹⁹. Estas diferencias pudieran ser atribuidas al tiempo de demora en recibir atención psiquiátrica, lo que pudiera facilitar la manifestación de la sintomatología clínica. En nuestro estudio la máxima demora para recibir asistencia psiquiátrica desde la edad del inicio del cuadro fue el celotípico, con casi 70 meses, lo que también sugiere la existencia de una elevada tolerancia cultural en el ámbito social y familiar hacia los patrones clínicos característicos de este subtipo. El somático presentó el valor mínimo con 27 meses de demora y los valores medios fueron de 43,21 meses. De Portugal y cols. (2009) informaron el máximo tiempo para el de grandiosidad y el mínimo para el subtipo mixto²⁰, lo cual también podría atribuirse a los niveles de tolerancia existentes en el entorno sociofamiliar de su estudio hacia la sintomatología de estos subtipos clínicos.

La escala EEAG presentó valores bajos, de 29,49, lo que revela una baja funcionalidad y el SDI total presentó valores altos, de 70,97, que indican una discapacidad intensa. De Portugal y

cols. informaron de valores EEAG más altos de 63,8²⁰ y de 50,35¹⁹ y de valores SDI más bajos²⁰, lo que también pudiera ser atribuido a la disparidad en el tamaño de las muestras o a factores culturales como refiere Badá y cols. (2000)²³.

Consumo de recursos sanitarios

La variable número total de consultas efectuadas por los pacientes (suma de las primeras y de las sucesivas, realizadas por todos los profesionales del centro en relación con un paciente referidas a la duración del estudio), presentó valores de 8,25 y casi la mitad de los pacientes (49%) estuvieron hospitalizados. La Tabla 3 recoge el consumo de estos recursos. De Portugal y cols. (2009) encontraron cifras de hospitalización similares (48%), coincidiendo también en el subtipo persecutorio en el número de ingresos, 24,5% frente a 25,5%²⁰, 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 existencia de prescripción de medicación antidepresiva, se detectó en un 41,0% de los pacientes TD, y el subtipo persecutorio con un 21,8%, fue el más prevalente. De Portugal y cols.²⁰, utilizando la escala *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS), informaron de un 45% de pacientes con depresión, sin embargo, en otro estudio¹⁹ informaron de un 27%. González-Rodríguez y cols.²², informaron de un 37,1%, Wustmann y cols., de un 39,5%²⁴ y Román Avezuela y cols. encuentran un 44,8% previo y un 59,4% al inicio del cuadro²⁵. Estas diferencias pudieran ser atribuibles al tamaño de las muestras y al tipo de estudio, pero pare-

cen sugerir la presencia de un cuadro depresivo comórbido. Según Vorontsova y cols., la mejora del cuadro depresivo aminora la sintomatología persecutoria²⁶.

Evolución y pronóstico

En el 92,7% de los casos la evolución del tema del delirio fue monotemático, En consonancia con estudios anteriores, Badá y cols.²³ y De Portugal y cols.²⁰, el delirio mantuvo una evolución crónica en el 61,3% de los casos, y el resto presentó fases de remisión. Sin embargo, hasta la publicación del DSM-V que ha facilitado “las especificaciones de evolución” como criterio estandarizado, los estudios existentes han utilizado expresiones tales como “remisión duradera”, “remisiones parciales”, “recaída”, “atenuación” asociadas estas a períodos temporales definidos o no por cada autor, lo que dificulta la comparación estadística. Los autores consultados consensuan las expresiones de que el Trastorno Delirante presenta “una evolución muy variable” hacia formas crónicas y/o que “presentan períodos de remisión”¹⁹⁻²⁴.

Nuestro estudio sugiere la existencia de una tolerancia cultural, de duración variable en el tiempo, en el ámbito social y familiar hacia los patrones de la sintomatología clínica que caracterizan a los subtipos del TD, que demora la prestación psiquiátrica en ellos. Son necesarios futuros estudios prospectivos que integren criterios homogéneos para investigar los factores de riesgo del TD. Nuestros resultados presentan limitaciones que dificultan su generalización, por lo que recomendamos que los hallazgos presentados se interpreten con cautela.

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio es conocer las características demográficas, ambientales, psicosociales y clínicas de un grupo de pacientes con trastorno delirante (TD). **Metodología:** Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo de Registro de Casos en el Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental de Córdoba sobre pacientes con TD según criterios DSM-IV-TR y DSM-V. Aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión definidos constituyeron nuestra muestra final de 261 casos. Las variables recogidas 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). **Resultados:** La proporción hombres versus mujeres fue de 1,12. El 30% era analfabeto; el 56,3% se encontraba casado y el 58,2% convivían con la familia en el momento de realizar la primera consulta psiquiátrica. Un 16,9% consumió previamente alcohol y un 2,3% otras sustancias. El subtipo más numeroso fue el persecutorio con 129 casos (49,4%). Los valores medios de demora en la atención psiquiátrica fueron de 43,21 meses, el valor mínimo con 27 meses lo presentó el somático y el máximo el celotípico con 70 meses. Las ideas de referencia y de persecución se presentaron en el 83,9% y en el 82,0% de los casos respectivamente. **Conclusiones:** Son necesarios futuros estudios prospectivos para investigar los factores de riesgo del TD.

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

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. De Portugal E, Cervilla J. Trastorno delirante. 1^a Ed: Aula médica 2004; 51-8.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). 5^a ed. Arlington, VA. Ed. Panamericana. Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
4. Freeman D, Garety PA. Advances in understanding and treating persecutory delusions: a review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2014; 49 (8): 1179-89.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR). 4^a ed. Washington, DC. Ed. Asociación Americana de Psiquiatría, 1994.
9. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedades 9^a Revisión Modificación Clínica (CIE-9). Ed. Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012.
10. Romero H, Prieto A, Roig A. La asistencia Psiquiátrica en la provincial de Córdoba (1960-1983). Ed. Servicio de Publicaciones Excmo. Diputación Provincial de Córdoba, 1992.
11. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams JB. En-

trevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV SCID-I. Versión Clínica. Ed. Masson. Barcelona, 1999.

12. 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.
13. Hitch P, Rack P. Mental illness among Polish and Russian refugees in Bradford. *Br J Psychiatry* 1982; 137: 206-11.
14. Stilo SA, Di Forti M, Mondelli V, Falcone AM, Russo M, O'Connor J, *et al.* Social disadvantage: cause or consequence of impending psychosis? *Schizophr Bull* 2013; 39 (6): 1288-95.
15. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 3 (supl 3): 89-95.
16. 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.
17. Hsiao MC, Liu CY, Yang YY, Yeh EK. Delusional disorder: retrospective analysis of 86 Chinese outpatients. *Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 53 (6): 673-6.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. Jadhav BS, Shah BR, Dhavale HS, Sharma P. Delusional disorders: prevalence, clinical correlates and comorbidity. *AP J Psychol Med* 2014; 15 (1): 99-102.
22. 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.
23. Badá A, Albert U, Maina G, Bogetto F. Gender effects on clinical features in delusional disorder. *Ital J Psychopathol* 2000; 6: 4.
24. Wustmann T, Pillmann F, Friedemann J, Piro J, Schmeil A, Marneros A. The clinical and sociodemographic profile of persistent delusional disorder. *Psychopathology* 2012; 45 (3): 200-2.
25. Román N, Esteve N, Domarco L, Domínguez A, Miguelez C, De Portugal E. Diferencias de género en el trastorno delirante. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2015; 35 (125): 37-51.
26. 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.

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.

Teléfono + (34) 957 218 278

Fax + (34) 957 218 573

E-mail: fm2faahm@uco.es