



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD DE MEDICINA Y ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIO SANITARIAS
RADIOLOGIA Y MEDICINA FISICA

TESIS DOCTORAL

TRASTORNO DELIRANTE:
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UN REGISTRO DE CASOS

Francisco Rafael Mármol Bernal

Córdoba 2015

ISBN: 978-84-942236-3-1

TITULO: "TRASTORNO DELIRANTE: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UN
REGISTRO DE CASOS"

AUTOR: *Francisco Mármol Bernal*

© Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. 2016
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

www.uco.es/publicaciones
publicaciones@uco.es



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD DE MEDICINA Y ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIO SANITARIAS
RADIOLOGIA Y MEDICINA FISICA

TESIS DOCTORAL

TRASTORNO DELIRANTE:
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UN REGISTRO DE CASOS

DIRECTORES:

Prof. Dr: RAFAEL FERNANDEZ-CREHUET NAVAJAS

Prof. Dr: ROGELIO LUQUE LUQUE

Francisco Rafael Mármol Bernal

Córdoba 2015



**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIO SANITARIAS
Y RADIOLOGIA Y MEDICINA FISICA
FACULTAD DE MEDICINA Y ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA**

**RAFAEL FERNANDEZ-CREHUET NAVAJAS, CATEDRÁTICO DE MEDICINA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA**

CERTIFICA:

**Que la Tesis Doctoral que presenta al superior juicio del Tribunal D Francisco Mármo
Bernal, titulada “Trastorno Delirante: Estudio Descriptivo de un Registro de Casos” ha
sido realizada bajo mi dirección, siendo expresión de la capacidad técnica e
interpretativa de su autor, en condiciones tan aventajadas que le hacen acreedor del
título de Doctor, siempre que así lo considere el Tribunal designado a tal efecto por la
Universidad de Córdoba.**

Córdoba 29 de Septiembre de 2015



DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIO SANITARIAS
Y RADIOLOGIA Y MEDICINA FISICA
FACULTAD DE MEDICINA Y ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

**ROGELIO LUQUE LUQUE, PROFESOR TITULAR DE PSIQUIATRÍA DE LA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA**

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral que presenta al superior juicio del Tribunal D Francisco Mármol Bernal, titulada "Trastorno Delirante: Estudio Descriptivo de un Registro de Casos" ha sido realizada bajo mi dirección, siendo expresión de la capacidad técnica e interpretativa de su autor, en condiciones tan aventajadas que le hacen acreedor del título de Doctor, siempre que así lo considere el Tribunal designado a tal efecto por la Universidad de Córdoba.

Córdoba 29 de Septiembre de 2015

Dedicada a:

Mi esposa María José y a mi hija Julia

Mis padres, Paco y Matilde, a los que todo debo

AGRADECIMIENTOS

En todo proyecto, alcanzar el objetivo va asociado con lograr la colaboración de personas que han sumado esfuerzos conformando un equipo para el logro de una aportación científica. Agradecer su colaboración en estas líneas supone reconocer su contribución a este proyecto. Con ellos mantengo una deuda de gratitud.

El primer estímulo llegó del Prof. Dr. Carlos Castilla del Pino quién concretó el tema y facilitó la primera bibliografía que espolearía mi curiosidad sobre el trastorno delirante. Emilia Ruiz Herrera logró la recopilación del material de trabajo y gracias al apoyo decidido y la dirección técnica del Prof. Dr. Rafael Fernández-Crehuet Navajas y de la dirección clínica del Prof. Dr. Rogelio Luque Luque, el objetivo se ha logrado. El saber estadístico y estratégico del Prof. Dr. Mohamed Farouk Allam permitieron organizar y explotar los numerosos datos de los que consta. La labor de corrección y sugerencias del manuscrito ha sido realizada por Dr. Aurelio Rodríguez Galán, farmacéutico y apasionado amante de la literatura.

Las colaboraciones de la Dra. Rafaela Gálvez Espejo y del Prof. D. Alfonso Serrano Ruz en la traducción del material bibliográfico y la organización y edición del mismo por mi hermano Miguel Ángel, han servido como acicates constantes para lograrlo. Mi agradecimiento al Prof. de Filología arabo-islámica, Dr. Ildefonso Garijo Galán, de la Universidad de Sevilla, por sus análisis y aportes bibliográficos sobre el conocimiento actual de la historia de la medicina árabe en al-Ándalus.

Frente a esos fallos informáticos que te dejan estupefacto y cardiaco frente a la pantalla, pensando en que la pérdida de datos o la incompatibilidad de programas, podría hacer desaparecer todo tu trabajo, la presencia y el socorro del Dr. Ángel Gil Amores ha supuesto un bálsamo tranquilizador para neófitos como yo.

Agradecer las contribuciones técnicas de los doctores Manuel Campo Martín, Cristina de Castro Gómez, José M^a Grajales Ruíz, Fernando Mayordomo Riera, José Luis Más Sapena, Francisco Marzo Martínez, José Luis Sújar Romero, Felipe Toledo Ortiz.

Sin el apoyo de mi esposa María José, convertida en redactora, informática, secretaria, dadora de cálidos y continuados ánimos ante las flaquezas con el “pronto lo

conseguirás”, coreado con apoyo de mi hija Julia este trabajo, que ha formado parte de la rutina diaria en los últimos años en nuestra vida familiar, no se hubiera alcanzado.

A mis hermanos, primos, sobrinos, cuñados, especialmente a Juan Jurado, y al resto de familia, a mis compañeros y compañeras médicos y de estudio y de trabajo, por su interés y estímulo. A todos: !!!Gracias por vuestro tiempo y apoyo!!!

ABREVIATURAS

ABREVIATURAS

APA: por sus siglas en inglés “American Psychiatric Association” (Asociación Psiquiátrica Americana)

CIE-9: Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª edición.

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.

DE: Desviación Estándar

DSM-IV-TR: por sus siglas en inglés “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition TR” (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición Texto Revisado)

DSM 5: por sus siglas en inglés “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition” (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición).

DPHM: Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental.

EEAG: por sus siglas en inglés “Global Assessment of Functioning, GAF” (Escala de la Actividad Global o EEAG).

HC: Historia Clínica.

Hbtes: Habitantes.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

RLM: Análisis Multivariante de Regresión Logística.

SCID-I VC: por sus siglas en inglés “Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders CV” (Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV Versión Clínica).

SD: por sus siglas en inglés Estándar Desviation

SDI: por sus siglas en inglés “Sheehan Disability Inventory” (Escala de Discapacidad de Sheehan).

TD: Trastorno Delirante. Por sus siglas en inglés “DD” (“Delusional Disorders”).

INDICE DE CUADROS, TABLAS, FIGURAS Y ANEXOS

INTRODUCCIÓN.

	Página
Cuadro 1. - Resumen histórico de la terminología de la Paranoia periodo 1809-1931. (Modificado de Herrero).	28
Cuadro 2. - Clasificación de los tipos de paranoia (según Heinroth).	29
Cuadro 3 .- La paranoia en Kraepelin (modificado de Bercherie, 1986).	31
Cuadro 4. - Diferencias entre Delirio de los Degenerados y el Delirio Crónico a evolución sistemática (Modificado de Herrero).	34
Cuadro 5. - Delirio de Interpretación (modificado de Bercherie).	35
Cuadro 6. - Delirios según Serieux y Capgras (1921) versus Kraepelin (1913). Modificado de Pichon-Riviére.	36
Cuadro 7 .- Tipología de los Delirios de Clérambault (1921).	37
Cuadro 8. - Clasificación Escuela Francesa de los Delirios.	37
Cuadro 9. - Terminología relacionada con la paranoia.	43
Cuadro 10. - Trastorno Delirante y Literatura.	46
Cuadro 11. - Las 7 situaciones que predisponen al desarrollo del TD. (Norman Cameron, 1967).	50
Cuadro 12. - Factores de Riesgo asociados al Trastorno Delirante.	51

ESTUDIO DEL TRASTORNO DELIRANTE

	Página
Cuadro 13. - Criterios Diagnósticos del Trastorno Delirante de la CIE-9.	73
Cuadro 14. - Criterios Diagnósticos del Trastorno Delirante DSM-IV-TR.	74
Cuadro 15. - Diagnóstico Multiaxial en el DSM-IV-TR.	74
Cuadro 16. - Diagnóstico Multiaxial en el DSM 5.	75
Cuadro 17. - Identificación y Descripción de los Síntomas psicóticos y asociados.	82
Cuadro 18. - Variables de síntomas clínicos psicóticos recogidos en nuestra casuística por el SCID-I CV.	83

**Apartado I: RESULTADOS ANÁLISIS BIVARIANTE DE LOS PACIENTES
CON TRASTORNO DELIRANTE POR SUBTIPOS CLÍNICOS.**

	Página
TABLA 1. - Distribución de frecuencias y/o media de las variables especificadas en la población estudiada.	95
TABLA 2. - Distribución de frecuencias y/o media de los “posibles factores de riesgo” del trastorno delirante por subtipo de trastorno delirante.	98
TABLA 3. - Distribución de frecuencias y/o media de las variables especificadas en la población estudiada.	100
TABLA 4. - Distribución de frecuencias y/o media de los tipos de ideas delirantes y alucinaciones por subtipo clínico del trastorno delirante.	101
TABLA 5. - Distribución de frecuencias y/o media de la funcionalidad y de la discapacidad (eje v) del paciente por subtipo de trastorno delirante.	102
TABLA 6. - Distribución de frecuencias y/o media de los recursos sanitarios * subtipo de trastorno delirante.	102
TABLA 7. - Distribución de frecuencias y/o media de la adhesión al tratamiento antipsicótico y tratamiento antidepresivo por subtipo de trastorno delirante.	103
TABLA 8. - Distribución de frecuencias y/o media de la existencia de problemas psicosociales y ambientales de las variables especificadas por subtipo de trastorno delirante.	104
TABLA 9. - Distribución de frecuencias y/o media de las variables de evolución y pronóstico por subtipo de trastorno delirante.	109

Apartado II. RESULTADOS ANÁLISIS BIVARIANTE DEL SUBTIPO PERSECUTORIO VS RESTO DE SUBTIPOS.

	Página
TABLA 10. - Análisis bivalente de sexo, edad y distrito sanitario de residencia de los pacientes trastorno delirante por grupo versus persecutorio.	111
TABLA 11. - Análisis bivalente de antecedentes familiares psiquiátricos y personales médicos (eje III) y psiquiátricos agrupados de los pacientes con trastorno delirante por grupo versus persecutorio.	112
TABLA 12. - Análisis bivalente de las variables antecedentes personales recogidas en los grupos versus persecutorio.	113
TABLA 13. - Análisis bivalente de edad, forma de inicio, iniciativa de solicitud de atención psiquiátrica, edad a la 1ª consulta y tiempo transcurrido desde inicio del trastorno delirante por grupo versus persecutorio.	113
TABLA 14. - Análisis bivalente de tipos de ideas delirantes y alucinaciones en pacientes trastorno delirante por grupo versus persecutorio.	114
TABLA 15. - Análisis bivalente de escala de funcionalidad EEAG y de discapacidad SDI (eje V) por grupo versus persecutorio.	114
TABLA 16. - Análisis bivalente de informes sociales, total consultas médicas, visitas de urgencia, ingresos hospitalarios y de días de baja laboral por grupo versus persecutorio.	115
TABLA 17. - Análisis bivalente de adhesión al tratamiento Antipsicótico y prescripción de antidepresivos por Grupo versus persecutorio.	115
TABLA 18. - Análisis bivalente de las variables especificadas de presencia de problemas psicosociales y ambientales por grupo versus persecutorio.	116
TABLA 19. - Análisis bivalente de la evolución temática del delirio y tipo de curso del trastorno delirante por grupo versus persecutorio.	118
TABLA 20. - Resultados procedentes de la RLM del subtipo persecutorio.	119

Apartado III: RESULTADOS ANÁLISIS BIVARIANTE DEL INTENTO DE SUICIDIO EN EL TRASTORNO DELIRANTE

	Página
TABLA 21 .- Análisis bivalente de sexo, edad, distrito sanitario de residencia, nivel de formación y actividad profesional de pacientes con trastorno delirante por grupo versus intento suicidio.	121
TABLA 22 .- Análisis bivalente de las variables antecedentes psiquiátricos agrupados de pacientes con trastorno delirante por grupo versus intento suicidio	122
TABLA 23. - Análisis bivalente de las variables antecedentes personales recogidas por grupo versus intento suicidio.	123
TABLA 24. - Análisis bivalente de las variables de la presentación del cuadro clínico por grupo versus intento suicidio.	123
TABLA 25. - Análisis bivalente de los tipos de ideas delirantes y alucinaciones en pacientes con trastorno delirante por grupo versus intento suicidio.	124
TABLA 26. - Análisis bivalente de la distribución por subtipos clínicos de trastorno delirante de los pacientes por grupo versus intento suicidio.	124
TABLA 27. - Análisis bivalente de la escala de funcionalidad EEAG y de discapacidad SDI por grupo versus intento suicidio.	125
TABLA 28. - Análisis bivalente del total consultas médicas, visitas de urgencia, ingresos hospitalarios, y días baja laboral por grupo versus intento suicidio.	125
TABLA 29. - Análisis bivalente de adhesión al tratamiento antipsicótico y prescripción de antidepresivos por grupo versus intento suicidio.	126
TABLA 30. - Análisis bivalente de las variables especificadas de la Presencia de problemas psicosociales y ambientales por grupo versus intento de suicidio.	127
TABLA 31. - Análisis bivalente de la evolución temática del delirio, tipo de curso y evolución crónica vs fásica del trastorno delirante por grupo versus intento de suicidio.	129
TABLA 32. - Resultados procedentes de la RLM del intento de suicidio.	130

DISCUSIÓN

	Página
TABLA 33. - Estudios con criterios DSM sobre el Trastorno Delirante con más de 50 casos.	131

INDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. - Esquema ilustrativo de selección de la Población del estudio Epidemiológico descriptivo retrospectivo de Registro de Casos y estudios derivados de la muestra seleccionada sobre pacientes diagnosticados de Trastorno Delirante (TD) asistidos durante el periodo 11/03/1982- 06/01/1988, en el DPHM, proveedor de servicios de salud mental a una población de 748.141 Hbtes.	68
Figura 2. -Distribución de casos de trastorno Delirante (TD) según el Mapa Sanitario de Córdoba (748.141 Habitantes) durante el periodo 11/03/1982- 06/01/1988.	72

INDICE DE ANEXOS

	Página
ANEXO I: Cuestionario de Datos sociodemográficos y generales.	164
ANEXO II: Mármol Bernal, F., Luque Luque, R., Farouk Allam, M., Fernandez Crehuet-Navajas, R. (2015) Estudio Descriptivo de Series de Casos de Trastorno Delirante. Revista Chilena de Neuro - Psiquiatría. Dic. N° 4. Versión aceptada.	167

INDICE

INTRODUCCIÓN

	Página
1.- Introducción al Trastorno Delirante.	24
2.- Evolución histórica del concepto de Trastorno Delirante.	26
3.- Problemas de sinonimia y denominación psiquiátrica de la paranoia	43
4.- Trastorno Delirante y literatura.	45
5.- Epidemiología.	47
6.- Etiología del trastorno paranoide.	48
7.- Características clínicas y criterios diagnósticos para el Trastorno Delirante.	53
8.- Subtipos clínicos de Trastorno Delirante incluidos y no incluidos en el DSM 5.	57
9- Diagnóstico diferencial.	61
10.- Desarrollo, Curso y Pronóstico.	62
11.- Tratamiento.	63

	Página
JUSTIFICACIÓN.	64
OBJETIVOS.	66
POBLACIÓN Y METODOLOGÍA.	69
1.-Diseño del Estudio.	70
2.-Marco de Referencia.	70
2.1.- La red asistencial en salud mental.	
2.2.- El Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental de Córdoba.	
2.3.- La Población.	
2.3.1.- La Población de referencia.	
2.3.2.- La Población del estudio.	
2.3.3.- Criterios de inclusión y exclusión.	
2.3.4.- Selección de casos.	
2.3.5.- Privacidad de los pacientes	
2.3.6.- Selección de controles.	
2.3.7.- Tamaño de la muestra	
3.- Recogida de Datos.	76
3.1.-Variables del estudio:	77
3.1.1.- I.- Variables de los datos sociodemográficos y generales.	
3.1.2.-II.- Variables de los Factores de Riesgo del TD (familiares y personales).	
3.1.3.- III.-Variables del Cuadro Clínico y el Diagnóstico del TD (Presentación, Sintomatología delirante, Funcionalidad y Discapacidad, utilización de los Recursos, tratamiento, problemas psicosociales, Evolución y Pronóstico).	
4.- Análisis de los datos.	89
5.-Soporte informático.	89
RESULTADOS.	91
1.-Descripción de la muestra.	92
2.-Tablas de Resultados.	93
	19

	Página
1.- Resultados análisis bivariante de los pacientes con Trastorno Delirante por subtipos clínicos.	94
2.- Resultados análisis bivariante del subtipo persecutorio vs resto de subtipos.	110
3.- Resultados análisis bivariante del intento de suicidio en el trastorno delirante	120
 DISCUSIÓN	 133
1.- Características de los pacientes con trastorno delirante por subtipos clínicos.	133
2.- Factores asociados al subtipo persecutorio frente al resto de subtipos clínicos.	139
3.- El intento de suicidio y sus factores de riesgo en el trastorno delirante	144
 CONCLUSIONES	 149
 BIBLIOGRAFIA	 151
 ANEXOS	 163

“No es la duda, es la certeza lo que vuelve loco”.

(F. Nietzsche. Ecce Homo Cap. II)

“Aleja de mi la idea de que todo lo sepa y
todo lo pueda.”

Maimónides

“Plegaria del Médico”. (S.XII)

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN AL TRASTORNO DELIRANTE.

1.-INTRODUCCIÓN.

Un fenómeno conocido en la actualidad como Trastorno Delirante ha sido estudiado desde la antigüedad ya que se ha presentado constantemente en el hombre. Es lo que también ha sido llamado *paranoia*, término acuñado por Hipócrates aunque el significado dado entonces era bien distinto al que la psiquiatría alemana redefinió dándole un sentido muy concreto y restringido para designar un trastorno que Kraepelin, conceptuó como un cuadro delirante crónico que cursa sin deterioro ni alucinaciones (excepto las asociadas al tema delirante). Este contraste entre la probada realidad deficiente de un área de la vida mental y la evidente normalidad en muchas otras del paciente, se refleja en el criterio C del DSM 5 y comentado por las personas que cuidan de estos pacientes, cómo a pesar de estar evidentemente confundidos, parece que en todo lo demás son básicamente normales (Kendler K. , 2012)

Este fenómeno, al que ha acompañado una diversa sinonimia a lo largo de su historia, tal como paranoia vera, estado paranoide, delirio monosintomático, enfermedad delirante, monomanía, locura delirante crónica, parafrenia, entre otras, (Winokur & Crowe, 1982) también ha sufrido los avatares clasificatorios de las distintas escuelas psiquiátricas, si bien “a las palabras y al concepto que denotaban se les dieron tantos matices de significado que (...) la aplicación diagnóstica varió en gran medida” (Lewis, 1970) lo que propiciaba “un general descontento” en la comunidad psiquiátrica, hasta la llegada de los consensuados sistemas de Clasificación de Enfermedades, tales como la Clasificación Internacional de Enfermedades y la familia DSM, Clasificación de Enfermedades Mentales en sus siglas inglesas. Ambas han permitido un sistema de nosografía que es revisable periódicamente a la luz de las nuevas evidencias científicas, a la vez que abren nuevas líneas de investigación por donde continuar avanzando.

En la actualidad el fenómeno *paranoia* es una entidad clínica conocida como Trastorno Delirante (en adelante TD). Existen escasos estudios epidemiológicos

sistematizados en la literatura especializada del TD, quizás sea debido a su baja prevalencia a lo largo de la vida, que está alrededor del 0,2% (APA, DSM 5, 2014).

La controversia siempre ha acompañado al TD a lo largo de su historia, en ocasiones asimilado en el grupo de las esquizofrenias o de las demencias. La llegada del DSM-III (1987) con la denominación de *paranoia*, incluyéndolo en los trastornos paranoides no debidos a enfermedad orgánica, le otorgó nuevamente una entidad clínica perfilada (Dowbiggin, 2012) (Berrios G, 2009).

En este estudio conoceremos la evolución histórica del término, los síntomas que lo constituyen y ahondaremos en los distintos subtipos clínicos que le caracterizan. Nuestra revisión se complementa con los resultados de un estudio de casos procedentes de un Registro de Casos, que sin duda contribuirá al conocimiento de este Trastorno.

2. -EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE TRASTORNO DELIRANTE.

2.1- DEL CONCEPTO DE “PARANOIA” AL DE TRASTORNO DELIRANTE.

Las palabras *paranoia* y *paranoico* forman parte del habla común en la actualidad. Pero como otros términos que han pasado de la psiquiatría al discurso común, tal como *histérico*, *sádico*, etc., su sentido técnico ha oscilado y en correspondencia, su sentido coloquial también.

Etimológicamente, el término *paranoia* proviene del griego "*par-a-noy'a*", *para* – que expresa la idea de ajeno, fuera de, externo o próximo a la vez: al lado, paralelo a-, y *nous*, - mente, espíritu, pensamiento. Pero también adquiriría los significados de inteligencia en general, preocupación inmediata e intuición, por tanto su uso en la antigua Grecia adoptaba distintos significados. Algunos quedaron reflejados en la literatura griega en los vocablos: *paranoia* y en el verbo *paranoeo*. Estos fueron utilizados tan coloquialmente como nosotros acostumbramos a usar *loco* o *estar fuera de sus cabales*. Encontramos el término *paranoia* en las obras de los escritores trágicos griegos, Esquilo (525-456 a.C.), Eurípides (485-407 a.C.) y Aristófanes (450-388 a.C.) y durante el mismo período también fue utilizado por los filósofos, Platón (428-348 a.C.) y Aristóteles (343-322 a.C.) y siempre para referirse coloquialmente al *loco* o a alguien que *esta fuera de sus cabales* (Lewis, 1970) (Ban, 2014).

Los oradores griegos utilizaban el término *paranoia* para significar la negación de una diversidad de estados psicológicos y metafísicos y no simplemente para significar “más allá de la propia mente” o “locura”. Otros utilizaron el término en un contexto de deterioro mental, tal como Hipócrates (450-355 a.C.) (De Portugal & Cervilla, 2004). También podría ser traducido como *yerro en el pensar, perder el rumbo, disparatar o pensamiento paralelo o espíritu no centrado* (Bulbuena, 1980) (Hampsey, 2004), o también por *una mente que sobrepasaba sus límites* (Zola, 2013).

Berrios cita un concepto legal para poner en marcha un proceso para despojar a una persona –considerada estar en “*paranoia*”- de su derecho a administrar sus bienes, lo llamado “*dike paranoias*” (Berrios G, 2009).

A pesar de la indudable influencia de la medicina griega en la árabe, en los escasos textos de literatura traducidos del Islam medieval (s. X al s. XIII) puestos a disposición

de la comunidad científica (Kuhne Brabant, 1979) y de que Avicena mencione en su “Canon de medicina” diversas enfermedades mentales y de que Rhazes se atreviera con una clasificación de las enfermedades mentales y con propuestas de psicoterapia y que en los “lugares acordados para el tratamiento y asistencia de los enfermos”, llamados maristanes (Vernet, 1992) (Castilla Brazales, 1999) o nosocomios para enfermos mentales, se emplearan técnicas novedosas como la musicoterapia (Ribera y Tarrago, 2000) y la terapia ocupacional y los enfermos, si no eran peligrosos, gozaran de libertad al imperar la idea de que el enajenado debía sus síntomas al hecho de haber sido escogido por Dios para hablar por su boca (Said-Farah, 2008) (Franco Sanchez, 1999), los textos no recogen el uso de un término equivalente al de la *paranoia*, aunque describan un cuadro clínico semejante al TD persecutorio (Bulbuena, 1980).

Solo Maimónides, judío “arabilizado” (sic) en el entorno cultural islámico de la Córdoba califal, consciente de la inestabilidad que conllevan las ideas de grandiosidad en el discernir del ser humano, recoge el ruego de alejarlas en el razonar en su Plegaria del Médico: “Aleja de mi la idea de que todo lo sepa y todo lo pueda”, aunque esto también puede ser compatible con una interpretación religiosa, pues esta ideas solo son atribuibles al profeta. (Franco Sanchez, 1999)

Paracelso (1493-1541) inaugura el esfuerzo clasificador, nosologista, de las enfermedades mentales el cual se prolongará durante los siglos siguientes en un afán de "reducir todas las enfermedades a especies precisas con el mismo cuidado y la misma exactitud que los botánicos han hecho en el "Tratado de las plantas" (Foulcault, 1993).

2.2.- RENACIMIENTO DEL TÉRMINO *PARANOIA* (SIGLO XVIII).

Después de estar inactivo durante cerca de dos milenios, el término *paranoia* renace durante la segunda parte del siglo XVIII para emplearse como sinónimo de locura (Berrios G, 2009), en los textos de los “nosologistas”: Sauvages en Francia (1763), Vogel (1772) en Alemania (Lewis, 1970).y Cullen en Escocia (1776) (Ban, 2014).

2.3.-DESARROLLO DEL CONCEPTO DIAGNÓSTICO DE *PARANOIA*.

Durante el siglo XIX, el término *locura* (folie, pazzia, insanity o wahnsinn) fue reemplazado por *psicosis*. Fue algo más que un cambio terminológico, reflejando un cambio en la concepción de los trastornos mentales, el abandono de anteriores

concepciones de la locura como un estado de irracionalidad total, lo que influirá notablemente en la concepción de la *paranoia* (Kendler S. 1988) (Berrios & Beer, 2012).

El cuadro 1 contiene el recorrido histórico de las aportaciones más relevantes de los psiquiatras alemanes, franceses, italianos y anglosajones así como resume la terminología de la *paranoia* utilizada durante el periodo 1809-1931 (Herrero, 1995).

Cuadro 1.-Resumen histórico de la terminología de la Paranoia periodo 1809-1931 (Modificado de Herrero).

ALEMANIA	FRANCIA	ITALIA	ANGLOSAJONES
-Heinroth (1818) "Paranoia" 1ª "locura parcial"	-Ph. Pinel (1809) "Locura razonante o manía razonante"	-Tanzi y Riva (1894) "Constitución Paranoica"	-William Cullen (1776) Escocia. En las primeras líneas de su Práctica de Physik, acepta el término Paranoia como equivalente a Vesania (1783-8).
-Griesinger (1862) Verrücktheit (secundaria)	-Esquirol (1820) "Monomanías"		-Adolf Meyer (1931) EEUU. "Estado paranoide y Personalidad paranoide"
-Kahlbaum (1863)	-Lasègue (1852) "Delirio de las persecuciones"		Otros: "Involuntal paranoid state".
-Snell (1865) "Primäre Wahnsinn"	-Morel (1860) "Segunda clase de las locuras hereditarias"		"Persecutory paranoid Development" "Psychotic Paranoid reactions"
-Griesinger (1867) "Primäre Verrücktheit"	-Jules P. Falret (1872) "delirio de los perseguidos-perseguidores"		
-Sander (1868) "Originäre Verrücktheit"	-Delasiauve (1877) "Delirio sistematizado perceptivo"(pseudomonomania)		
-Westphal (1876) "Verrücktheit" (primaria, aguda y abortiva)	-Magnan (1890) "Delirio crónico de evolución sistematica" (locura hereditaria de los degenerados)		
-Krafft-Ebbing (1879) "Paranoia y Wahnsinn"	-Seglás (1895) "Delirio de persecución con interpretaciones delirantes"		
-Cramer (1893/94) "Verrücktheit + Wahnsinn + Amentia"	-Serieux y Capgras (1909) "Delirio Crónico" ("Delirio de interpretación")		
-Kraepelin (1899) "Paranoia"			
-Kretschmer (1918) "Delirio de relación de los sensitivos" "Paranoia de deseo"			

2.3.1.- ESCUELA DE PSIQUIATRÍA ALEMANA

Con **Johann Christian Heinroth** (1818) en su “*Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens*”, apareció por primera vez en Alemania, el uso de "paranoia" y de *Verrücktheit* como sinónimos intercambiables que designaban un grupo de trastornos en los que “el delirio afecta de forma parcial al psiquismo”, cursando con exaltación de un grupo de ideas fijas “manteniendo el paciente la capacidad para razonar con lógica y acierto en otros asuntos” (De Portugal E M. C., 2011).

Cuadro 2.- Clasificación de los tipos de paranoia (según Heinroth)			
<i>ECNOIA</i>	<i>PARAPHROSRNE</i>	<i>MORIA</i>	<i>PARANOIA CATÓLICA</i>
Una sola idea falsa es responsable de la deformación de la relación del sujeto con el mundo exterior.	Presencia de delirio sobrenatural.	Presencia de megalomanía.	Presencia de aberraciones emocionales, cognitivas y volitivas.

Su conceptualización como una "locura parcial" ("delire parcial"), representa el primer paso en la historia del desarrollo del concepto nosológico de diagnóstico de "paranoia" y señala la “primera característica esencial de la enfermedad” (Schifferdecker & Peters, 1995).

Karl Kahlbaum (1863), introduce la "entidad nosológica" de la "paranoia" en su tesis en la Universidad de Königsberg en 1863 (Schifferdecker & Peters, 1995). La paranoia es distinta de las locuras, de las "vesanias", es decir, "locuras totales (o generales)" en el que la expresión sindrómica de los cambios de la locura a través de diferentes etapas de desarrollo evoluciona hasta alcanzar la "demencia" (Ban, 2014). Paranoia, se convirtió en una "enfermedad primaria", con los "requisitos" necesarios ("características descriptivas") para el uso clínico (Lewis, 1970).

Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) aportó una definición que enumera los comportamientos y rasgos de carácter que constituyen el diagnóstico de *paranoia*, recoge las nociones que preocupaban a la cultura del siglo XIX tales como la sospecha, la cautela, el cuidado, en su definición sobre la *paranoia* : “enfermedad mental crónica

que se produce exclusivamente en sujetos mancillados – alude al componente genético-, con frecuencia se desarrolla sobre neurosis constitutivas, siendo los síntomas principales los delirios (...) carentes de toda base emocional, son creaciones primarias de un cerebro anormal, y (...) son sistematizadas, metódicas y combinadas por el proceso del juicio, constituyendo una estructura delirante formal”. Señala “la relativa ausencia de daño del intelecto”, “hasta el punto que (...) uno está sorprendido por la claridad y lógica de estos pacientes” (Krafft-Ebing, 1893) (Berrios G, 2009).

Kraepelin, sostuvo que el término *paranoia* “debía restringirse y designar a un sistema delirante crónico, persistente e incurable” (Kraepelin, 1999). Propuso un sistema de clasificación basado en los fenómenos clínicos, la patología, la causalidad, el curso y el resultado de la enfermedad. Definió la paranoia como «un delirio sin deterioro del afecto o de la función intelectual», y afirmó que se trataba de una forma de «locura parcial» en la que los síntomas (o expresión sindrómica) de la enfermedad permanecía esencialmente sin cambios y limitados a una de las facultades mentales ("intelecto") durante toda la vida del paciente (Kendler S, 1988).

La sintomatología clínica se apoya en el delirio y en los trastornos elementales y dentro de estos se halla el síntoma de “interpretación” que se manifiesta en forma de "delirio de referencia" o "delirio de relación" o "delirio de significación personal", versiones múltiples aportadas por el paciente de la significación de los hechos de la vida cotidiana. Aunque no acepta la paranoia somática o hipocondríaca. Otro trastorno elemental son las alucinaciones o "experiencias visionarias" de carácter episódico, análogas a las ideas de influencia e intuiciones delirantes, que junto con las "ilusiones de la memoria" (confabulaciones), son importantes en la construcción del delirio. El delirio se elabora siguiendo "dos direcciones opuestas que a menudo se combinan una con la otra. Una dirección incluye al "delirio de prejuicio" que engloba al de persecución, el de celos y el de hipocondría. Por la otra el "delirio de grandeza", que abarca el de los inventores, los místicos y el de los erotómanos. Entre ambos se encuentran formas mixtas de delirio. Kraepelin añade: "El delirio es elaborado intelectualmente, coherente en una unidad, sin groseras contradicciones internas". En resumen, la caracterización de la paranoia kraepeliniana en el manual de 1899 es: a) Endógena-constitucional b) Sin causa orgánica c) Sin evolución demencial d) No aguda e) Incurable y f) Con delirio coherente (Kraepelin, 1999).

El cuadro 3, modificada de la obra de Paul Bercherie, extracta la evolución de las contribuciones de Kraepelin (Bercherie, 1986).

Cuadro.-3: LA PARANOIA EN KRAEPELIN (MODIFICADO DE BERCHERIE,1986)				
1ª Edición 1883	2ª y 3ª Edición 1887- 1889	4ª y 5ª Edición 1893-1896	6ª y 7ª Edición 1899-1904	8ª Edición 1909-1913
Delirio de Querulancia DELIRIO SISTEMATIZADO PRIMITIVO (Verrücktheit)	DELIRIO SISTEMATIZADO Formas Depresivas Persec. Alucinatorio Persec. Combinatorio Hipocondríaco Querulancia Formas Expansivas Grandeza Grandeza Alucinatoria. Combinatorio Verrücktheit orig.	PARANOIA Formas Combinatorias Incluye el Delirio de Querulancia) Formas Fantásticas Incluye el Delirio de (incluye el Crónico a evolución sistemática)	PARANOIA	Delirio de Querulancia PARANOIA
			DEMENCIA PRECOZ Formas Paranoides de la Demencia Precoz Delirios sistematizados fantásticos Demencia Paranoide Hebefrenia Demencia Simple	PARAFRENIA Expansiva Confabulante Sistemática Fantástica
	W A H N S I N N (formas agudas)			DEMENCIA PRECOZ (TODAS SUS FORMAS)
ESTADOS DE DEBILIDAD PSÍQUICA SECUNDARIA (Verrücktheit y Blödsinn secundarias)		Demencia Paranoide Catatonía Demencia Precoz		

A finales de la década de 1860 el concepto fue aceptado y comenzó el debate sobre la denominada “cuestión paranoica”: sobre si la *paranoia* es una enfermedad "aguda" o era una "enfermedad hereditaria, en la que se mantiene intacta la inteligencia, en la que hay delirios de persecución y de auto-engrandecimiento, indicando juicio anormal sobre la relación entre el yo y el mundo exterior " (Lewis, 1970), continuó en el siglo XX con Bleuler y Ricksher, entre otros (Kendler K, 2012).

Eugen Bleuler (1857-1939), comentó en su monografía *Afectividad, Sugestibilidad, Paranoia*, el desarrollo psicológico de la paranoia. La describió como “la construcción a partir de premisas falsas de un sistema de ideas delirantes, lógicamente desarrolladas, con partes lógicamente interrelacionadas e incommovibles sin ninguna perturbación demostrable que afecte a las otras funciones mentales y por tanto sin síntomas de deterioro, si se pasa por alto la completa carencia de discernimiento por parte del paranoico con respecto al propio sistema delirante” (Bleuler E, 2008).

Kurt Schneider (1887-1967). Distinguió entre la “ocurrencia delirante” y la “percepción delirante”. La *ocurrencia* es “una pura opinión”, aunque “puede estar *conectada* con una percepción sin que a esta se le adjudique un significado anormal”. Es importante su distinción entre la “interpretación delirante”, que compara con las ilusiones, y la idea delirante, que compara a las alucinaciones. Mientras que “en la idea delirante el concepto arbitrario surge ex nihilo, en la interpretación delirante el enfermo se apoya en la percepción correcta para adjudicarla a un significado erróneo”. Matiza que “en el caso de los celos psicóticos, no se trata de un *sentimiento* de celos,” sino de un “delirio de referencia vestido de celos”. En cuanto a “los sentimientos de rechazo hostil hacia los seres humanos ocurre con frecuencia en no pocas personalidades” y en los “psicóticos paranoides de todas las formas clínicas” (Schneider, 1997).

Ernst Kretschmer (1888-1964) en su obra “El delirio sensitivo de referencia” (1918) concluye que “personas de carácter extremadamente sensible enfrentadas a un conflicto externo grave podrían padecer de un delirio de influencia, formado a partir de ideas sobrevaloradas”. La génesis sería psicológica, con tres noxas fundamentales: carácter, vivencias y ambiente. Kretschmer muestra la gran interrelación que existe entre lo somático y lo psíquico. Relaciona el carácter de las personas con su fenotipo. Destacó la “personalidad paranoide como gran factor predisponente a padecer delirios referenciales o paranoides” (Kretschmer, 2000).

Karl Jasper (1883-1969) señaló la dificultad para diferenciar síntomas como los delirios, cuando son resultado de un “proceso psíquico”. Para él “los síntomas paranoides podrían ser comprendidos como una respuesta al estrés ambiental en un sujeto con personalidad vulnerable”. Diferenció la paranoia de la Esquizofrenia introduciendo el concepto fundamental de la personalidad premórbida. Diferenció entre *proceso* y *desarrollo de personalidad*, lo cual tuvo una importancia obvia en el estado nosológico de la paranoia, como la *enfermedad* y el *complejo de síntomas* la había tenido para la generación anterior (Munro, 1999).

2.3.2.- ESCUELA DE PSIQUIATRÍA ITALIANA

Italia fue más receptiva al término paranoia y a partir de 1882 fue extensamente usado tras el ejemplo de **Morselli**, **Tanzi**, y **Lugaro** (Postel & Quetel, 2000).

Vincenzo Chiarugi (1759-1820), autor de la obra *Della pazzia* (De la locura, 1793) la *paranoia* es: “un juicio erróneo consistente en la discrepancia con la opinión correcta expresada por el sentido común del hombre, pudiendo surgir percepciones falsas sin existir defecto alguno en el sensorio” (Chiarugi, 1793).

2.3.3.- ESCUELA DE PSIQUIATRÍA FRANCESA.

Siguiendo a Henri Ey, la historia de la paranoia en Francia se inscribe en el gran capítulo de los Delirios y en la patología del carácter, pero conviene aclarar que entre los obstáculos a cualquier conversión fiel del término *paranoia* al francés, la palabra *délire* (delirio) ocupa una plaza de privilegio. Ella es la clave en toda la discusión del “estado ilusorio sistematizado crónico”, y de todas las discusiones sobre principios de clasificación. Ey explica la discrepancia francesa en este punto. *Para nosotros, psiquiatras de lengua francesa,... es fácil captar la continuidad de los diversos grados de los estados “delirantes” porque no tenemos más que una palabra (délire) para designar la idea delirante, el tema delirante, el delirio agudo o el delirio alcohólico. Por el contrario, en Alemania (Wahn y Delirium) o con los ingleses (Delusion y Delirium) la tradición (más que la ciencia) ha introducido una suerte de separación “contra natura” que ha sesgado (falseado) completamente el problema.* (Ey H. , 1998)

El término *paranoia* no fue aceptado para uso médico, pues los psiquiatras franceses escribirían con más frecuencia *paranoico* (adjetivación) que *paranoia* (sustantivación).

Phillipe Pinel (1809), director del asilo parisino de Bicêtrê en 1792, acuñó el concepto de “*folie raissonante*” o “Locura razonante”, “Manía razonante” o “Manía sin delirio”, para la *paranoia*. Se conservarían las facultades intelectuales, residiendo el problema únicamente en las facultades emocionales. El trastorno será afectivo (Pinel, 1810).

Jean Étienne Dominique Esquirol, en su obra *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal* (1838), reconoce a la paranoia como una “locura con sintomatología restringida” separándola de “la locura total» o “Manía”. Con la descripción de la formación de los “sistemas delirantes”, a través de “razonamiento lógico”, de una “falsa idea única”, señaló la segunda característica esencial de la enfermedad. Mediante el reconocimiento de que los pacientes con

"monomanía intelectual", al margen de las áreas en conexión con sus "sistemas delirantes", podían "pensar, razonar y actuar, como los demás hombres", identificó la tercera característica esencial de la "paranoia" (Ban, 2014).

Ernest Charles Lasègue, en 1852 describió cómo una duda, más o menos razonada, se convierte en una idea fija e inmutable (y falsa, por supuesto) a través de razonamientos diversos. Es necesaria una noxa externa para la formación de un delirio de contenido paranoide, que podría provenir de una interpretación sensorial errónea de la realidad. Definió los delirios de persecución en su obra "Delirio de las persecuciones", como la única forma estable y homogénea de *délire*, negando que las alucinaciones pudieran ser la causa o el efecto de los delirios (Lasègue, 1852).

Valentin Magnan (1835-1916). El que fuera jefe del Bureau de Admisión del Asilo de Santa Ana María (Huertas, 2012), y autor de la descripción del "delirio de infestación" o "parasitosis", señalará la oposición entre los delirios crónicos de evolución sistemática y los delirios de los degenerados.

Cuadro 4.- Diferencias entre Delirio de los Degenerados y el Delirio Crónico a evolución sistemática (Modificado de Herrero)	
DELIRIO CRÓNICO A EVOLUCIÓN SISTEMÁTICA	DELIRIO DE LOS DEGENERADOS
Sujetos normales sin carga hereditaria (es "accidental")	Fuerte herencia psicopática
Edad adulta	Cualquier edad
Evolución lenta, progresiva, regular	Evolución rápida o lenta
Cuatro fases: a) Inquietud e interpretación b) Persecución y alucinación c) Megalomanía o ambición d) Demencia	Sin períodos regulares, polimorfos o sistemáticos, no alucinatorios.
	Individuos con: a) Signos de desequilibrio (degenerados superiores). b) Signos de debilidad (degenerados inferiores).

El cuadro 4 sintetiza sus contribuciones sobre el desarrollo sucesivo en etapas del cuadro clínico (Magnan & Sèrieux, 1892). Correlacionó su propio esquema con el de Schiile (1894) y con el de Krafft-Ebing (1888). Reconoció las dificultades que surgían al asumir dicha equivalencia en términos diagnósticos, por lo que evitó adoptar el término paranoia a costa de su *délire chronique*. Solo las excepciones de Séglas, Génil-Perrin y Jacques Lacan lo utilizarían (Herrero, 1995).

Jules Séglas (1856-1939): El autor de *“Lesiones clínicas sobre las enfermedades mentales y nerviosas”* (Séglas, 1895) en siete lecciones sobre la paranoia señaló la falta absoluta de crítica que el sujeto delirante hace de sus ideas, “pudiendo llegar a transformarse toda la personalidad”. Denotó que “la cuestión de delimitación de la enfermedad, ya difícil desde el punto de vista clínico, está singularmente confusa por el empleo de numerosas denominaciones con sentidos diferentes” (Séglas, 1903).

P. Serieux y J. Capgras publican en 1902 un artículo sobre las "Psicosis basadas en interpretaciones delirantes" que sería el núcleo de su libro titulado "Locuras razonantes, el Delirio de Interpretación" (Sérieux, 1910), describen, utilizando el término *Paranoia* o Delirio Crónico, un cuadro que ataca a los predispuestos, pero al que excluyen de una evolución demencial.

Cuadro 5.- DELIRIO DE INTERPRETACIÓN (modificado de Bercherie)	
SÍNTOMAS	I Interpretaciones delirantes, fabulaciones, paramnesias, falsos reconocimientos. II Verosimilitud relativa y sistematización de ideas delirantes diversas (persecución, grandeza, celos, erotismo, misticismo, hipocondría o autoacusación). III Conservación de la actividad mental -propensión al razonamiento silogístico o a las deducciones-. Reacciones volitivas variables relacionadas con el carácter y proporcionadas a su móvil.
EVOLUCIÓN	Inicio insidioso a menudo confundido con manifestaciones de un carácter paranoico. Fijeza de ideas directrices. Organización del delirio retrospectiva. Extensión progresiva.
PATOGENIA	Constitucional. Exageración de un carácter anormal.

Dentro de este delirio, está el “Delirio de Interpretación”, de evolución lenta con una organización muy prolongada de interpretaciones congruentes, no alterando grandes porciones de la inteligencia; se sistematiza poco a poco agregando unas interpretaciones a otras, para eliminar toda contingencia frente a él (Lacan, 2005). El cuadro 5, extracta sus aportaciones (Bercherie, 1986).

El cuadro 6 recoge su clasificación de 1921 sobre los delirios sistematizados crónicos, en la que se oponen a la demencia precoz y compara con la nosología de Kraepelin (Pichon-Rivière, 1983).

Cuadro 6.- Delirios según Serieux y Capgras (1921) versus Kraepelin (1913). Modificado de Pichon-Riviére.

SERIEUX Y CAPGRAS (1921)		KRAEPELIN (1913)	
Delirios sistematizados.	D. de Reivindicación.	Delirio de los Querulantes (psicogenético)	
CRÓNICOS NO ALUCINATORIOS (Constitucionales)	DELIRIO DE INTERPRETACIÓN.	PARANOIA (constitucional-psicogenética)	
	D. de Imaginación (Dupré y Logre)	Parafrenia Confabulatoria	PARAFRENIA
Delirios sistematizados. CRÓNICOS ALUCINATORIOS. (accidentales en predispuestos)	D. Crónico de evolución sistemática de Magnan	Parafrenia Sistemática	
	Forma Fantástica de la Psicosis Alucinatoria Crónica	Parafrenia Fantástica	
Sin equivalente		Parafrenia Expansiva	
Demencia Precoz	Demencia Precoz kraepeliniana	Benigna	Demencia Paranoide
		Grave	
		- Catatónica	DEMENCIA PRECOZ
		-Hebefrénica	
		-Simple	

Gaëtan Gatian De Clérambault (1872-1934), en su *Obra psiquiátrica* (1942) incluyó el delirio de persecución, la erotomanía, el delirio de grandeza y describió el delirio de celos (o De Clérambault), estudió el mecanismo generador de las psicosis y acuñó las nociones de:

-“Automatismo mental”, expresión de los mecanismos inferiores del pensamiento, a partir de él se constituiría el núcleo base del delirio (De Clérambault, 2004) (Berrios G, 2008) y de los:

-“postulados ideo-afectivos de Clerambault”, base afectiva que permite comprender el desarrollo del delirio, las ideas se tornan verosímiles y se pueden penetrar intuitivamente (Lemperiére & Féline, 1979).

En 1921 señala dos tipos de delirios "con base interpretativa". Primero los delirios de “génesis afectiva y determinismo psicológico”, que agrupa a los delirios pasionales en los que la base afectiva permite comprender el desarrollo del delirio. Y segundo, los delirios interpretativos donde, si bien la estructura del delirio responde al tipo silogístico, el delirio nace de un estado de duda y perplejidad que posteriormente se sistematiza. Por esto sostenía que “cuando el delirio existe la psicosis es antigua” (Berrios G., 2008). El cuadro 7 recoge la tipología de sus delirios (De Clérambault G., 1942).

Cuadro 7.- Tipología de los Delirios de Clérambault (1921)		
Delirios de "génesis afectiva y determinismo psicológico";	delirios pasionales ("postulado ideo-afectivo")	Delirio de reivindicación (de Serieux y Capgras),
		Delirio de erotomanía
		Delirio de celos
Delirios interpretativos		

Henry Ey (1900-1977): Su concepción órgano-dinámica del delirio implica un modelo de alteración de conciencia. Para Ey el delirio no consiste sólo en la idea delirante ni es susceptible de ser reducido a su contenido: *“El tema desarrollado no es sino un reflejo, en la superficie de la conciencia, de la ósmosis de valores subjetivos y objetivos, de la desorganización de las relaciones entre el Yo y el Mundo, que el movimiento evolutivo de las psicosis engendra en el interior del ser. El fruto de ese trabajo es el delirio”*. "Los Delirios Crónicos son una forma de alienación de la persona en su totalidad, cuyo desquiciamiento se expresa por los temas delirantes que las fuerzas represivas del Yo aún logran contener (por una especie de pseudoracionalización) en un sistema relativamente coherente." En este sentido son "enfermedades de la personalidad", pero también "abarca modalidades estructurales de especies diferentes" (Ey, 1958).

Cuadro 8.- CLASIFICACIÓN ESCUELA FRANCESA DE LOS DELIRIOS (Ey, Bernard, & Brisset, 1969)				
SIN EVOLUCIÓN DEFICITARIA	PSICOSIS DELIRANTES	PASIONALES	CELOTIPICO	
			EROTOMANIACO	
			-QUERULANTES	
	SISTEMATIZADAS (Paranoia)	REVINDICACIÓN		-INVENTORES EXCENTRICOS
				-IDEALISTA APASIONADO/ EXTREMISTAS IDEOLOGOS (DIDE Y GIRAUD)
			DELIRIO SENSITIVO DE RELACIÓN (DE KRECHTNER)	
	DELIRIO DE INTERPRETACIÓN (DE SERIEUX Y CAPGRAS)			
	PSICOSIS ALUCINATORIA CRONICA			
	DELIRIOS FANTASTICOS (PARAFRENIA)			
	CON EVOLUCIÓN DEFICITARIA	ESQUIZOFRENIA (Formas "paranoides de la Esquizofrenia")		

El cuadro 8 recoge la clasificación de los delirios que ha imperado en Francia hasta la llegada de las clasificaciones internacionales según H. Ey y col. (1969).

2.3.4.- ESCUELA DE PSIQUIATRÍA ANGLOSAJONA

Los psiquiatras británicos, evitan el término *paranoia*, rara vez usan el término *paraphrenia* y aplican el adjetivo evasivo *paranoide* a estados delirantes en los cuales las falsas creencias incluyen ideas autorreferenciales que no pueden derivarse de un predominante humor mórbido (como el delirio de castigo inminente puede derivarse, por ejemplo, de una depresión autoreprobadora). En un extremo del espectro mantienen que los estados paranoides no son desórdenes del mismo rango nosológico que la esquizofrenia, sino que han de ser clasificados según los síntomas y características de un desorden principal que suele acompañarlos (Swanson, 1974).

William Cullen (1776) en su “Práctica de Physik”, en Escocia, aceptó el uso del término *paranoia* como equivalente a "vesania". Los rasgos típicos eran la falta de juicio y un discurso febril; excluyó las alucinaciones (Cullen, 1827)

En América, la nomenclatura incluía las siguientes designaciones: esquizofrenia tipo *paranoide*; estados paranoides: *paranoia*, estado *paranoide involutivo* y otros estados *paranoides*; y personalidad *paranoide* (Swanson, 1974)

Adolf Meyer (1931), autor de la teoría psicobiológica, postuló que “el trastorno mental tiene sus orígenes en un desequilibrio de la personalidad causado a su vez por una desorganización de las costumbres”. “Son reacciones (las enfermedades mentales) del organismo humano a la tensión ambiental” (Mora, 1982). Describió los estados *paranoides*: 1) Una estructura rígida, con tendencia a la rumiación de motivaciones y conductas ajenas. Tal rigidez se caracteriza por una incapacidad para comprometerse. 2) La aparición de ideas autóctonas que parecen iluminar al paciente. Sería algo parecido a una revelación. Se observan ideas celotípicas, necesidad de reivindicación, rigidez, ideas hipocondriacas y constantes sospechas. 3) Una constante elaboración y manipulación de todos estos materiales, distorsionados en parte por errores de interpretación. 4) Sistematización provista de una lógica aparentemente correcta que puede invadir todas las áreas y actividades del sujeto. 5) Una revisión y reelaboración del pasado, interpretado retrospectivamente en función de las ideas presentes. A partir del momento que un sujeto está en el apartado 3, puede decirse que está en un estado *paranoide*. Antes, tan solo presentaba una “personalidad *paranoide*”. Ambas entidades

podían evolucionar hacia la *paranoia* o hacia la esquizofrenia. (Winokur & Crowe, 1982).

Norman Cameron (1967) opina de que “los estados paranoides son estáticas formas suaves de la paranoia. A menudo comienzan como reacciones paranoides activas, pierden su vigor y progresión, y dejan a la persona crónicamente paranoide”, sostiene que “la herencia biológica no parece jugar ninguna papel en el desarrollo de reacciones paranoides, (Cameron, 1959).

2.3 5. OTRAS APORTACIONES AL CONCEPTO DE *PARANOIA*

Sigmund Freud (1856-1939): El paradigma psicoanalítico de interpretación de las psicosis paranoides es el denominado “*caso del magistrado Schreber*” (Schereber, 1999). Fue el único paciente afecto de psicosis psicoanalizado por Freud. Postuló que la paranoia, a la que denominaba “parafrenia”, era una “neuropsicosis de defensa” y que los síntomas paranoides simbolizan las defensas contra las pulsiones homosexuales. Después de sus aportaciones, la paranoia se extiende a una forma general de reaccionar, a un mecanismo de defensa frente a circunstancias diversas, posibilitando su interpretación bajo una nueva perspectiva (Polatin, 1982), (Kaplan & Sadock, 2009).

Carlos Castilla del Pino (1922-2009). Centra sus teorías sobre el delirio en el lenguaje como conducta, y en el componente judicativo (Diez, Luque, Sanchez, & Valls, 2006) (Baca, 2007). La *paranoia* o psicosis paranoide crónica, incluye una numerosa serie de cuadros delirantes de inicio frecuente solapado que o son sistematizados y limitados a un solo tema o lo son a muy pocos de ellos y que dejados a su libre evolución son incurables la mayor parte de las veces (Castilla del Pino, 1978).

Es decir, la idea delirante se formaría cuando se aplica mal el juicio de realidad sobre un objeto. Para construir el delirio es necesario que se produzcan errores en la *denotación* de un objeto (si existe en la realidad interna o externa del sujeto) o en la *connotación* –interpretación- del mismo (sus características). La herramienta para analizar el lenguaje es la “hermenéutica del lenguaje” la cual permite precisar los loguemas (actos verbales que expresan el juicio de realidad del sujeto):

-Predeliremas tipo I: Son las ideas deliroides de Jaspers. La suspicacia sería un ejemplo, pues el sujeto duda entre el juicio correcto y el anómalo.

-Predeliremas tipo II: Sobre una pseudoalucinación se construye una connotación neoformada criticada.

-Deliremas tipo I o percepción delirante: A un denotado externo, por lo general, se le confiere una significación cierta. Son las “ideas delirantes primarias” de Jaspers o la “percepción delirante” de Kurt Schneider. Hay una pérdida total del sentido de realidad.

-Deliremas tipo II: Construidos sobre un denotado alucinatorio. Equiparables a las representaciones y cogniciones delirantes de Jaspers o a las “ocurrencias delirantes” de Kurt Schneider. Supone la pérdida total del sentido de realidad. La disgregación de estas estructuras delirantes, postdeliremas (Castilla del Pino, 1998), guarda relación con la capacidad del sujeto de efectuar la crítica sobre sus propios deliremas, lo cual es poco usual en la *paranoia* (Castilla del Pino, 1984).

-Delirema tipo I M (mnestico): Degradación del Delirema I. Las experiencias delirantes no se actualizan, pero siguen teniendo el mismo carácter verdadero para el sujeto.

-Delirema tipo II M (mnestico): Proviene de un delirema II parcialmente criticado. Las experiencias delirantes no se actualizan y son criticadas por el sujeto.

El sujeto logra la curación cuando desaparecen los deliremas M y la crítica es perfecta (Castilla del Pino, 1978) (Villagran & Luque, 1988).

2.3.6.- SINOPSIS EVOLUTIVA DE LOS SIGLOS XVII- XX

M. Foulcault en su “*Histoire de la folie à l'âge classique*”, resume el afán de los nosologistas de los siglos XVII y XVIII, que según él, “no conocen ese paciente trabajo de observación” que el método científico requiere: “Puede verse que el cuadro nosológico (de la *paranoia*) ha conservado estabilidad a través de las tentativas que por modificarlo haya podido hacer el siglo XVIII. “Los rostros ya esbozados y reconocidos de la locura no han sido modificados por las construcciones nosológicas. A otro siglo corresponderá descubrir la parálisis general, separar las neurosis y las psicosis, edificar la *paranoia* y la demencia precoz; a otro más, cernir la esquizofrenia” (Foulcault, 1993).

Berrios y colaboradores, esbozan la situación evolutiva de la ciencia, la cual hasta final del siglo XVIII y aún en el XIX, considera la locura como un estado monolítico, “como

un todo o nada, un estado metafísico que se refería al cuerpo de una manera abstracta. La mente estaba totalmente alienada y había poco interés médico en el loco “parcial”. Por lo tanto, los locos eran considerados por tener “totalmente perdida la razón” y cuando muestran mejoría no existían herramientas conceptuales para diferenciar entre “mejora”, “remisión” y “locura” (Berrios, Luque, & Villagrán, 2003).

Dos autores resumen el siglo XIX: Alfred Erich Hoche (1999), que refiere “el caos de cuanto se considera paranoide es del todo inabarcable”; y Kraepelin (1999), al reconocer que “la nosología basada en síntomas clínicos que ha caracterizado al siglo XIX es insuficiente para delimitar con fiabilidad los cuadros clínicos” y que es necesario buscar nuevas sendas- curso evolutivo, terminación, examen de la personalidad, relaciones causales- para aclarar los casos más complejos”, que pudieran conducir a “investigar factores hereditarios”.

2.3.7.- EL NACIMIENTO DEL TRASTORNO DELIRANTE

La posición que ha tenido la “paranoia”, como diagnóstico dentro de las psicosis se ha modificado desde los siglos XVII hasta finales del siglo XIX (Berrios G, 2009). La realidad era que la ciencia no estaba madura para conseguir diagnósticos validados y era incapaz de proporcionar validadores científicos, sistemáticos, sólidos y objetivos para las enfermedades mentales. Ante esto, el hecho más significativo fue la primera clasificación Norteamericana de los trastornos mentales, consensuada y aceptada ampliamente, elaborada en 1869 en el encuentro anual de la Asociación Americana Médico-Psicológica, que luego sería la Asociación Americana de Psiquiatría, APA en sus siglas inglesas. Se iniciaba así un intento de resolver una situación plagada de una bibliografía extremadamente dispersa y confusa, con casos recogidos de una gran variedad de fuentes médicas y la posibilidad de retomar el diagnóstico de *paranoia*/trastorno delirante sobre la base de sus propias características.

La primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, el DSM- I fue publicado en 1952 por el Comité de nomenclaturas y estadísticas de la APA. Este manual es revisado y actualizado ante las evidencias científicas. En 1968 apareció el DSM-II; en 1980 el DSM-III, en 1987 se publicó la revisión de la tercera edición

llamada DSM-III-R, el DSM-IV editado en 1994 (APA, 1994) y en la actualidad, el DSM 5 editado en el año 2014.

En 1975 la OMS publica su novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9). A la que seguiría la CIE-10 (1993) (OMS, 2008). Se ha trabajado en colaboración para intentar compatibilizar ambos sistemas si bien todas las categorías que se encuentran en el DSM 5 tienen su equivalente en la CIE-10, en esta última existen varias categorías que no tienen su equivalente en el DSM 5.

En general, las clasificaciones actuales de la *paranoia* se basan en el modelo de Kraepelin, evitan distinciones nosológicas basadas en criterios temáticos o funcionales de los mecanismos delirantes, con lo que se consigue una mayor claridad a expensas de un mayor empobrecimiento psicopatológico (De Portugal & Cervilla, 2004). Así, el DSM-III (1980) integraba todos los delirios crónicos en una entidad que denomina “*paranoia*” y DSM-III-TR (APA, 1987) incorporó el término de “***trastorno delirante (paranoide)***”, al igual que en el DSM-IV (APA, 1994), cuadro caracterizado por la presencia de ideas delirantes no extrañas y que no cumple criterios diagnósticos de esquizofrenia. El DSM 5 eliminará el término de ideas delirantes “no extrañas”.

3. PROBLEMAS DE SINONIMIA Y DENOMINACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LA PARANOIA.

Los psiquiatras francófonos realizaron distinciones nosológicas basadas en criterios temáticos, el producto final ha sido una abundante y profusa sinonimia (Ban, 2014).

Cuadro 9.- TERMINOLOGÍA RELACIONADA CON LA PARANOIA	
Término	Descripción
Trastorno delirante	El DSM destaca que la manifestación cardinal delirante es el delirio; los criterios del DSM 5 incluyen uno o más delirios de más de 1 mes de evolución.
Paranoia	Término antiguo para referirse a un cuadro insidioso en el cual el paciente presenta un delirio inamovible, pero sin compromiso del pensamiento; también se denomina paranoia vera, trastorno delirante simple, monomanía delirante
Paranoico	Adjetivo antiguo para calificar a las personas con paranoia.
Paranoide	Término amplio que significa receloso. En psiquiatría es un recurso clínico que se emplea para describir diversas manifestaciones objetivas y subjetivas que se juzgan psicopatológicas. No implica ningún cuadro en particular (por ejemplo no denota esquizofrenia).
Paranoidismo	Término amplio que pretende señalar los rasgos clínicos que caracterizan el termino <i>paranoia</i>
Delirio paranoide	Término para referirse a los delirios de persecución y de grandeza, por su ocurrencia en la esquizofrenia paranoide; el DSM- III R aconsejó su abandono.
Trastorno paranoide	Grupo idiopático del DSM-III que incluía a la paranoia y al trastorno paranoide agudo, compartido y atípico; Actualmente no está en uso.
Personalidad paranoide	Rasgos perturbables no debidos a esquizofrenia u otras enfermedades mentales; en general no se registran delirios ni otras manifestaciones de psicosis.
Síndrome paranoide	Término que se aplica a la constelación de manifestaciones paranoides que aparecen juntas y derivan de fuentes múltiples, incluyendo depresión, enfermedades médicas generales, trastornos inducidos por sustancias y esquizofrenia.
Parafrenia	Término antiguo para referirse a cuadros intermedios entre la esquizofrenia y la paranoia, con características de ambos (alucinaciones, pero sin deterioro). Es controvertido y no debería emplearse hasta que se confirme su significado.

El término paranoia ha primado en las clasificaciones psiquiátricas a lo largo de los siglos XVII al XX. El término trastorno delirante (TD) se introduce para evitar la ambigüedad del vocablo “paranoide” que se presta a equívocos en el entorno americano (Lewis, 1970).

Los psiquiatras angloparlantes (y público en general) utilizan el término “paranoide” con significado de “persecutorio”, su significado estricto es “delirante”. Su uso por los autores debe clarificarse si es o no de naturaleza delirante (Fish, Casey, & B., 2008). En el cuadro 9 se recoge la terminología no exhaustiva relacionada con la paranoia.

4.-TRASTORNO DELIRANTE Y LITERATURA

El Dr. Gordon W. (Allport, 1972) en su estudio epistolar de un caso de *paranoia*, señala que “existen dos métodos para estudiar la personalidad humana: uno es la literatura, otro es la ciencia psicológica”. Así encontramos descripciones literarias de personajes que cumplen los criterios de DSM sobre TD en la actualidad. Esta *psicología literaria* tiene su origen en el conocimiento de la naturaleza humana por parte del autor que, no solo ha realizado un ejercicio de introspección, sino también un contacto escudriñador de la humanidad (Swanson, 1974). En el cuadro 10 se relacionan obras que pregonan de la interculturalidad del TD y de su estabilidad durante la historia.

Es el caso de “Mi hija Hildegart”, parricidio real, objeto de descripciones literarias (Martínez Sada, 1991), y estudio de interesantes patobiografías (Rendueles Olmedo, 1989) (Vallejo- Nájera, 1987). La obra titulada “Él”, caso real de celotipia, inspiró la película del mismo título al director Luis Buñuel en 1952. Fue utilizada por Lacan en la Escuela de Psicopatía de París, Hospital Sainte Anne-Marie, para ilustrar el cuadro clínico. Otro ejemplo de celotipia lo ejemplificara Claude Chabrol en su película L’Infern (El Infierno, 1994), adaptación del relato “The Chocolat Cobweb” de la americana Charlotte Amstrong.

De todos ellos, la narración autobiográfica de un cuadro alucinatorio persecutorio, titulada “Memorias de un neurópata” (Schereber, 1999), es la obra que más estudios científicos ha sugerido (Freud, 1972) (Lacan, 2005).

Las descripciones cuya patobiografía evidencia un TD incluyen a personajes como Mozart, quien compuso su Réquiem convencido de un complot para asesinarle, o Schumann y Rousseau que desarrollaron en la segunda parte de sus vidas ideas paranoides. Otros personajes más recientes en la Historia son: Hitler, Stalin, Mosley, Wilhelm Reich, Duvalier, (De Portugal & Cervilla, 2004) (Swanson, 1974) (Polatin, 1982)

Cabría preguntarse si estos autores no han observado el fenómeno de la *paranoia* con demasiada frecuencia a su alrededor para que este lograra acaparar su atención y concretar esta en una narración, lo que podría indicar que quizás sea un fenómeno social demasiado común (Allport, 1972).

Cuadro 10.- TRASTORNO DELIRANTE Y LITERATURA

Título	Año Edición	País	Autor	Subtipo Clínico
Áyax	Aprox.450 a.C.	Grecia	Sófocles	Grandiosidad
Otelo: el moro de Venecia	1604	Inglaterra	William Shakespeare	Celotipia
El Quijote	1605	España	Miguel de Cervantes	Grandiosidad
El Licenciado Vidriera	1613	España	Miguel de Cervantes	Somático
Diario de un Loco	1850	Rusia	Nikolai Gogol	Grandiosidad
El Pabellón nº 6	1892	Rusia	Antón P. Chejov	Erotomanía
Juan Gabriel Borkman	1896	Noruega	Henrik Ibsen	Grandiosidad
Memorias de un neurópata	1903	Alemania	Daniel Paul Schereber	Autobiográfico Persecutorio
Diario de un médico loco	1919	Rusia	Leónidas Andreiev	Grandiosidad
El	1926	Montevideo	Mercedes Pinto	Celotipia
“A mí no me doblega nadie”: Aurora Rodríguez, su vida y su obra (Hildegart).	1991	España	Rosa Cal Martínez Sada	Grandiosidad
Los renglones torcidos de Dios	1979	España	Torcuato Luca de Tena	Grandiosidad
El diario de Edith	1993	Inglaterra	Patricia Highsmith	Persecutorio
Aurora de sangre	1997	España	Eduardo de Guzmán	Grandiosidad

5.-EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que la proporción de personas de una población que presenta la condición de padecer TD durante un tiempo (De Irala, 2008), esto es la prevalencia del TD a lo largo de la vida, está en alrededor del 0,2% y que el subtipo más frecuente es el persecutorio. El tipo celotípico probablemente sea más común en los hombres que en las mujeres, pero no hay descrito importantes diferencias entre géneros en cuanto a la frecuencia global del TD (APA, DSM.V, 2014).

En los EE.UU constituye el 1-4-% de todos los ingresos psiquiátricos, y entre el 2-7 % de las psicosis funcionales, la incidencia anual es de 1-3 por cada 100.000 habitantes. (Sadock & Sadock, 2009). Y la prevalencia es de 24-30 por cada 100.000 habitantes. (Salavert, Berrospi, & Miralles, 2003). El TD aparece en la edad media de la vida con un pico máximo entre los 35-45 años de edad, aunque puede presentarse entre los 18 y 90 años. El persecutorio es más frecuente en hombres y en las mujeres lo es el erotomaniaco y el hipocondriaco. El trastorno parece afectar más a los estratos sociales con menos nivel de educación y desfavorecidos económicamente. Es frecuente en inmigrantes (Hitch & Rack, 1980).

Kendler (1982) y Morris (1987) encontraron que la situación ambiental ejerce influencia al identificar más presencia de delirios en personas institucionalizadas.

6.- ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO PARANOIDE.

El concepto esencial de la causa del TD es su diferenciación con la esquizofrenia y con los trastornos del estado de ánimo. Sin embargo se desconoce con precisión la causa del TD: “La investigación no sistemática sobre la *paranoia* ha durado más de medio siglo y las modernas investigaciones están empezando a aparecer. Por tanto, es prematuro proponer hipótesis etiológicas específicas...” Sean cuales sean las bases primarias del TD, parece cierto que la influencia de desencadenantes tales como lesión craneal, abuso de alcohol y efectos secundarios de drogas pueden evocar la expresión de la enfermedad. Factores hereditarios y la asociación con factores heredables de la personalidad pueden desempeñar un papel pero las teorías basadas en un mal desarrollo psicológico sugieren que esto es, en la mayoría de casos, una influencia secundaria (De Portugal & Cervilla, 2004).

6.1.- ESTUDIOS FAMILIARES

Kendler (1982) y Watt JAG (1980) informaron de una significativa proporción de familiares de pacientes con TD presentaron mayor tasa de celos, suspicacia, sentimientos de inferioridad, personalidad paranoide y TD en comparación con los sujetos control.

6.2.- FACTORES BIOLÓGICOS Y GENÉTICOS

Un amplio espectro de enfermedades orgánicas no psiquiátricas y de sustancias, incluidos factores biológicos, pueden provocar ideas delirantes (Fearing MA, 2010).

Los pacientes con ideas delirantes causadas por enfermedades neurológicas pero sin deterioro intelectual tienden a presentar “ideas delirantes complejas” similares a las observadas en pacientes con TD. Por el contrario los pacientes con enfermedades neurológicas y deterioro intelectual con frecuencia presentan “ideas delirantes simples” diferentes a las observadas en pacientes con TD. Por consiguiente, el TD puede implicar al sistema límbico o a los ganglios basales en pacientes con una función cortical intacta (Jürgen Kunert, 2007).

El TD puede surgir como respuesta normal a experiencias anormales en el entorno, el sistema nervioso o el SNC. Es frecuente en la deprivación sensorial como la ceguera o la sordera. En consecuencia, si los pacientes tienen experiencias sensitivas erróneas de

ser perseguidos (p.ej., escuchar ruidos de pasos) pueden llegar a creer que están siendo perseguidos en realidad. Esta hipótesis se fundamenta en la presencia de experiencias de tipo alucinatorio que requieren una explicación. La presencia de estas experiencias no se ha demostrado en el TD (Kaplan, 2009).

El TD puede surgir también como expresión de genes anormales que provocan endofenotipos anormales que conllevan “fenotipos” estables y reconocibles, esto es perfiles clínicos. Los factores ambientales y culturales intervendrían por sí mismos aumentando o disminuyendo el riesgo de desarrollar la enfermedad (Berrios G, 2009).

Se ha señalado la importancia experimental de las hormonas en la formación de las psicosis y el papel modulador de la oxitocina para el reconocimiento de las emociones, la memoria social, conductas pro-sociales, los comportamientos y conductas de colaboración que requieren la generosidad y el altruismo y en la que estaría involucrada la vía oxitocinérgica. La desregulación del sistema oxitocinérgico podría afectar a la atribución errónea del significado de la información emocional del ambiente. Esto puede manifestarse en forma de disfunción cognición social y da lugar a un comportamiento social anormal como la retirada del contacto social, el aislamiento y la formulación de los delirios paranoides (Holka-Pokorska & Jarema, 2014).

6.3.- FACTORES PSICODINÁMICOS

Muchos pacientes con TD presentan una autoestima baja (Tiernan, Tracey, & Shannon, 2014) o creencias negativas sobre uno mismo (Freeman, 2014) lo que les lleva a tendencias de aislamiento social y a plantearse unos logros sociales inferiores a los esperados. Las teorías psicodinámicas sobre la causa del TD y la evolución de los síntomas delirantes implican suposiciones referentes a personas hipersensibles y a mecanismos específicos del yo: formación de reacción, proyección y negación.

Los pacientes paranoides experimentan una falta de confianza en las relaciones. Una hipótesis relaciona esta desconfianza con un entorno familiar hostil, con frecuencia con madre controladora y padre distante o sádico. Erik Ericsson (autor teoría psicosocial) presenta el modelo de la “confianza frente a la desconfianza en las fases evolutivas iniciales”, (0-18 meses). Este explicaría la desconfianza (susplicacia) general del paranoide hacia su entorno, porque nunca ha vivido la sana experiencia de ver sus

necesidades satisfechas por los “proveedores externos” (padres) de confianza. Recientemente Freeman (2014) ha señalado que el valor de la reanudación de los estudios sobre la desconfianza en los niños, cuya importancia sobre la naturaleza del prejuicio y el entorno social, ya fue también indicada por autores de la denominada “escuela de psicología social”: Gordon W. Allport (1962), R. Girod, (Girod, 1956) y Salomon E. Asch (1968). La importancia de los fenómenos de socioculturales que condicionan la evolución psicoafectiva también fue tratada por Laplantine (1986), por Otto Klineberg, (1975) y por J.M. Salazar y col. (1980).

6.4.- PSEUDOCOMUNIDAD PARANOIDE

Norman Cameron (1967) describió siete situaciones (cuadro 11) que favorecerían la aparición del TD. Cuando la frustración, por combinación de estas condiciones supera el límite de lo tolerable, las personas se muestran retraídas y ansiosas, se dan cuenta de que algo está mal, buscan una explicación al problema y cristalizan un sistema delirante como solución, en la que incluye a las personas o grupos que considera sus perseguidores; les atribuye motivos, intenciones y estrategias de conspiración, como dándole organización y vida propia. En realidad le sirve para reunir en un grupo concreto sus temores y deseos, justificando sus actitudes hostiles hacia un objetivo que culmina en la organización de la pseudocomunidad (una comunidad percibida de conspiradores). Esta entidad delirante reúne los temores proyectados y los deseos de justificación de la agresividad del paciente y confiere un objetivo tangible para las hostilidades del paciente (Cameron, 1943).

Cuadro 11.-Las 7 situaciones que predisponen al desarrollo del TD. (Norman Cameron,1967)

1. Una elevada expectativa de recibir tratos sádicos.
2. Situaciones que aumentan la desconfianza y la suspicacia.
3. Aislamiento social.
4. Situaciones que aumentan la envidia y los celos.
5. Situaciones que disminuyen la autoestima
6. Situaciones que causan que una persona vea sus propios defectos en los otros.
7. Situaciones que aumentan la cavilación sobre probables significados y motivaciones.

6.5.- OTROS FACTORES DE RIESGO RELEVANTES

El TD se ha asociado a factores de riesgo detallados en el cuadro 12 (OMS, 2004).

Cuadro 12.- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL TRASTORNO DELIRANTE	
Edad avanzada.	Aislamiento social.
Alteración o privación sensitiva.	Características de la personalidad (hipersensibilidad personal).
Antecedentes familiares.	Inmigración.

6.6.- LA PERSONALIDAD PREVIA AL TRASTORNO PARANOIDE: EL TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD.

Los rasgos paranoides pueden ser adaptativos, especialmente en los entornos amenazantes. Esto puede ir relacionado con la capacidad del hombre de anticiparse a la hostilidad derivada de los demás. El trastorno de la personalidad paranoide debe ser diagnosticado sólo cuando estos rasgos son inflexibles, desadaptativos y persistentes, y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo. Los estudios realizados sobre excombatientes muestran la coocurrencia entre los síntomas post-traumáticos (estrés post-traumático) y síntomas psicóticos, descritos estos en los momentos inmediatos a un trauma bélico (Auxéméry & Fidelle, 2011).

Sims (2008), señala que la aparición de síntomas paranoides se produce en un espectro amplio de situaciones que comprende: una personalidad predispuesta (personalidad paranoide); desintegraciones sociales (p.ej., inmigrantes) y desintegraciones de la personalidad (trastornos orgánico-cerebrales), ya que en estos casos no se registra frecuentemente una personalidad predispuesta paranoica.

Numerosos autores (Krafft-Ebing, 1893) (Munro A, 1995) (Krestchmer, 2000) (Berrios E, 2008) (Freeman, 2014) han señalado la existencia de un carácter o personalidad previa sobre la que se desarrollaría el TD. Esta personalidad premórbida, puede presentar un trastorno de la personalidad paranoide y esquizoide -ya que comparten rasgos de suspicacia, el distanciamiento interpretativo y la ideación paranoide-, de forma que ese “trastorno de la personalidad” constituiría un insidioso y prolongado pródromo del TD. Existe cierta evidencia de un aumento de la prevalencia del trastorno de la personalidad paranoide en los familiares de los diagnosticados con esquizofrenia,

sobre todo en aquellos con relación familiar con el TD de tipo persecutorio (APA, DSM.V, 2014).

El DSM 5 define como trastorno de la personalidad (GRUPO A) a un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro.

7.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO DELIRANTE EN EL DSM -IV-TR y DSM –V.

Los pacientes con TD creen que están tratando con un fenómeno real (la creencia delirante) en sus vidas, y que no hay nada anormal en su pensamiento o conducta. Por lo tanto, la negación de toda psicopatología y el rechazo franco a la idea de que a ellos les sea aplicada una intervención psiquiátrica constituyen importantes obstáculos para prestarles la debida atención psiquiátrica. Así, no sólo es infrecuente que busquen tratamiento psiquiátrico, sino que además lo rechazan. Estos pacientes pueden ser capaces de describir el hecho de que otras personas consideran sus creencias irracionales, pero ellos mismos son incapaces de aceptarlo, presentan “introspección fáctica” (falsa), limitada o nula sobre la naturaleza de su enfermedad y niegan estar psiquiátricamente enfermos porque no tienen introspección verdadera.

Las características delirantes del TD derivan en problemas sociales, conyugales o laborales. El individuo puede presentar comportamientos litigantes o antagónicos (p.ej., enviar cientos de cartas protesta al gobierno). Pueden presentarse problemas legales, en especial en los tipos celotípicos y erotomaníaco.

La característica central del TD es la presencia de una ideación delirante bien sistematizada y no extraña:

-El término sistematizada se usa para indicar que la idea delirante y sus ramificaciones se ajustan a un esquema estructurado y complejo que tiene sentido para el paciente.

-El término “no-extraño”, aunque utilizado en el DSM-IV-TR y desaparecido en el DSM 5, nos permite explicar que la idea delirante simula situaciones que pueden producirse en la vida real, como ser perseguido, y no situaciones improbables e imposibles, como haber sufrido un trasplante de órganos sin presentar cicatrices postquirúrgicas. La consideración de que las ideas delirantes sean o no extrañas es importante para diferenciar al TD de la esquizofrenia. Debe tenerse en cuenta el entorno cultural y religioso del individuo al evaluar la posible presencia de un TD. El contenido de los delirios también varía a través de los contextos culturales, y la determinación de la “rareza” puede ser difícil entre culturas.

La actividad psicosocial, es variable. Algunos sujetos parecen estar bien conservados en sus papeles interpersonal y laboral. En otros el deterioro es importante e incluye una actividad laboral escasa o nula, aislamiento social y problemas conyugales, son los llamados “factores contextuales de la enfermedad” (Mezzich, Honda, & Kastrup, 1994). Cuando esta actividad psicosocial es pobre, esta deriva de las mismas creencias delirantes. P.ej., un sujeto convencido de que va a ser asesinado por “un mafioso” puede dejar su trabajo y negarse a salir de casa salvo por la noche, y solo si va disfrazado. Es un comportamiento comprensible para evitar ser identificado y ejecutado por sus presuntos asesinos.

Una característica habitual de los sujetos con TD, es la aparente normalidad de su comportamiento y apariencia cuando no se habla acerca de sus ideas delirantes o se actúa en base a ellas. Esto es señal del encapsulamiento del delirio y de la capacidad de comportamiento social que pueden mantener estos pacientes (Villagran & Luque, 1988).

7. 1.- CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES.

Muchos individuos desarrollan un afecto irritable o disfórico que puede entenderse como una reacción a sus creencias delirantes. El enfado y el comportamiento violento pueden aparecer en el subtipo persecutorio, celotípico y erotomaniaco (APA, 2014).

En coherencia con el tema delirante, algunos pacientes afectados de TD muestran comportamientos de aislamiento social o una conducta desinhibida y abiertamente agresiva, más frecuente entre varones, que conlleva la interacción con el sistema legal. Esto ha contribuido a que la *paranoia* se asocie con pacientes agresivos, desconfiados, acusadores y potencialmente violentos (Jara, 2013). Esto último ha sido objeto de estudios en la psiquiatría forense (Weygandt, 1928) (Ruiz-Maya, 1999) y constituye una línea de investigación que combina técnicas de neuroimagen y de evaluación del riesgo de violencia, en aquellos casos diagnosticados de psicosis delirante que han cometido episodios de heteroagresividad (Palijan, Radeljak, Kovac, & Kovacevi, 2010).

La mayoría mantienen en secreto sus creencias o las expresan a través de quejas físicas o procesos legales, algunos de ellos las utiliza dentro del contexto de una secta religiosa o convirtiéndose en un agitador insistente en algún problema social. Los

delirios o ideas del paciente interfieren en la vida de los demás e impidiéndole desarrollar su rol, en el sentido de nicho social, en las redes sociales de las que formaba parte de forma constructiva y satisfactoria al no interactuar con su entorno (Goffman, 2006) (Caplan, 1985) (Laplantine, 1986).

7. 2.- CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS EN EL DSM -IV-TR:

El TD se encuentra clasificado bajo el epígrafe de “Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”. Las características diagnósticas generales recogidas en el DSM-IV-TR son:

- La característica esencial del TD es la presencia de una o más ideas delirantes que persisten al menos un mes (Criterio A). Se requiere un mes de evolución para establecer el diagnóstico.

-No debe realizarse el diagnóstico de TD si el sujeto ha presentado alguna vez el Criterio A para la esquizofrenia (Criterio B). Esto es si ha presentado 1: ideas delirantes, 2: alucinaciones, 3: lenguaje desorganizado, 4: comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, 5: síntomas negativos, p.ej., aplanamiento afectivo, alogia, abulia. Si hay alucinaciones visuales o auditivas, no son importantes, y puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias (y ser importantes) en relación con el tema delirante (p.ej., la sensación de estar infectado por insectos asociada a delirios de infestación o la percepción de que uno emite un olor insoportable por algún orificio corporal asociada a ideas de auto referencia.

-Excepto por la consecuencia directa de las ideas delirantes, la actividad psicosocial no está significativamente deteriorada y el comportamiento no es ni raro ni extraño (Criterio C).

-Si se presentan episodios afectivos simultáneamente con las ideas delirantes, la duración total de estos episodios es relativamente breve en comparación con la duración total de los periodos delirantes (Criterio D).

-Las ideas delirantes no son debidas a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p.ej., cocaína) o a enfermedad médica, p.ej., enfermedad de Alzheimer, lupus eritematoso sistemático (Criterio E).

7.3.- CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DEL TRASTORNO DELIRANTE EN EL DSM -V:

El TD se encuentra dentro del epígrafe “**Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**”. La diferencia inicial con el DSM-IV-TR consiste en la inclusión de la expresión de la palabra “**espectro**”. Desde Kraepelin se ha teorizado que la paranoia/TD y la esquizofrenia paranoide correspondían a los polos opuestos de un continuum, o espectro, de trastornos psicóticos donde los delirios son la característica relevante, el DSM-V (Villagran & Luque, 1988) ha incluido estas consideraciones (Munro A, 2004) (Tan & Van Os, 2014). Sin embargo se aprecia la desaparición de los subtipos de esquizofrenia presentes en el DSM-IV-TR: paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual (Echeburúa, Salaberría, & Cruz-Sáez, 2014).

Coinciden DSM-IV-TR y DSM 5 en que los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.

La valoración que realiza el clínico del nivel general de “funcionamiento dentro del hipotético continuo de salud-enfermedad” se propugna en desuso la Escala de Evaluación de Funcionamiento Global (*Global Assessment of Functioning*, GAF), y en su lugar se recomienda la versión 2.0 del WHODAS (*WHO Disability Assessment Schedule*, WHODAS), basado en la clasificación internacional de funcionamiento, la discapacidad y la salud (*International Classification of Functioning, Disability and Health*, ICF), que permite un estudio más extenso y se ha concebido para usarse en los ámbitos sanitarios

El DSM 5 recoge la idoneidad de “*Especificar la gravedad actual*” según una evaluación de los síntomas primarios de las psicosis (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos), mediante la “Escala clínica de Gravedad de los síntomas de las dimensiones de las psicosis” que va de 0 (ausente) a 4 (presente y grave), aunque significa, mediante notación, que en “el TD se puede hacer sin utilizar este especificador de gravedad.

Los subtipos clínicos continúan siendo iguales- erotomaniaco, de grandeza, celotípico, persecutorio, somático, mixto y no especificado-, aunque se simplifica su definición.

8.- SUBTIPOS CLÍNICOS DE TRASTORNO DELIRANTE.

8.1- SUBTIPOS CLÍNICOS INCLUIDOS EN EL DSM 5.

El tipo de TD puede especificarse dependiendo del tema delirante que predomine:

-Tipo erotomaníaco: Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante es que otra persona está enamorada del sujeto. La idea delirante suele referirse a un amor romántico idealizado y a una unión espiritual, más que a la atracción sexual: La persona, con frecuencia, ocupa un *status* más elevado (p.ej., una persona famosa o un superior en el trabajo), pero puede ser un completo extraño.

Son habituales los intentos por contactar con el objeto de la idea delirante (mediante llamadas telefónicas, cartas, regalos, visitas e incluso vigilándole y acechándole), aunque, a veces la idea delirante se mantiene en secreto.

La mayoría son mujeres y la mayoría de los sujetos en la población forense son hombres. Algunos sujetos, especialmente hombres, se ven envueltos en problemas legales a causa de sus intentos por conseguir el objeto de su idea delirante o de sus intentos por “rescatarle” de algún peligro imaginario.

Clérambault señalaba tres estadios del delirio erotomaníaco, el de esperanza, el de despecho y el de rencor, y dos postulados: I) caracterizado por la pasividad y II) caracterizado por los sentimientos generadores del postulado I): orgullo, deseo y esperanza. Es en el estadio de rencor donde se dan los episodios de agresividad y violencia que los puede llevar a interaccionar con el sistema legal. La conducta gravemente agresiva puede llevar al asalto, secuestro e incluso a veces, asesinato del objeto amoroso o quizás de alguien que es visto como un rival (Ey, Bernard, & Brisset, 1969).

-Tipo de grandiosidad. Se aplica cuando el tema central de la idea delirante es la convicción de tener algún extraordinario (aunque no reconocido) talento o intuición, o de haber hecho un descubrimiento importante.

Con menos frecuencia la idea delirante consiste en mantener una relación especial con alguien importante (p.ej., un consejero del Presidente) o de ser una persona importante

(en cuyo caso la persona real puede ser vista como un impostor). Las ideas delirantes grandiosas pueden tener un contenido religioso (p.ej., la persona que ha recibido un mensaje especial de una divinidad).

-Tipo celotípico. Se aplica cuando el tema central de la idea delirante es que el cónyuge o amante es infiel. Aparece sin ningún motivo y se basa en inferencias erróneas que se apoyan en pequeñas “pruebas” (p.ej., ropas desarregladas o manchas en las sábanas), que son guardadas y utilizadas para justificar la idea delirante.

El sujeto suele discutir con el cónyuge o amante e intenta intervenir en la infidelidad imaginada (p.ej., coartando la libertad de movimientos del cónyuge, siguiéndole en secreto, investigando al supuesto amante o agrediendo al cónyuge).

Goldstein (1995) indica que el celotípico concreta a la esfera familiar su agresividad y reduce su trato social. En casos de episodios de heteroagresividad en una relación de pareja, la existencia de un TD celotípico es una posibilidad que debe ser contemplada. La agresividad reviste todos los grados, desde la verbal hasta el asesinato. Los servicios de atención urgente y el médico de familia, deben proteger a la víctima si esos peligros parecen reales y el diagnóstico de TD celotípico se confirmó. La interacción con el sistema legal parece un camino obligado para el celotípico que a veces también presenta episodios de agresividad sobre el rival con el que supone que le engañan.

El paciente agresor suele presentar el caso de una forma convincente, mejor que la aterrorizada víctima. Si el ingreso involuntario es necesario, puede ser muy difícil de sostener, en parte por la habilidad del individuo de mantener una apariencia medianamente normal y en parte porque amenaza con pleitos. Ocasionalmente, casos de asedio, usualmente de mujeres por hombres delirantes, están relacionados con celos y la víctima casi siempre conoce la identidad del asediador. A pesar de esto, la condición puede ser compatible con el matrimonio y con el mantenimiento de un empleo (Goldstein, 1995).

-Tipo persecutorio. Se aplica cuando el tema central de la idea delirante se refiere a la creencia del sujeto de que está siendo objeto de una conspiración, es engañado, espiado, seguido, envenenado o drogado, calumniado maliciosamente, perseguido u obstruido en la consecución de sus metas a largo plazo.

Frecuentemente, el núcleo de la idea delirante es alguna injusticia que debe ser remediada mediante una acción legal (“paranoia querulante”), y la persona afectada puede enzarzarse en repetidos intentos por obtener una satisfacción apelando a los tribunales u otras instituciones gubernamentales. Esta variedad “querulante” o “litigante”, traslada la búsqueda de su visión sobre la injusticia a los medios de difusión. En los servicios de atención al cliente encargados de la ley de quejas y reclamaciones a los que hostiga se localizan los informes de estos casos, en detrimento de las visitas a los abogados y los tribunales de justicia, llamados en psiquiatría forense “denunciadores”, querellantes, (Mullen & Lester, 2006), (Bentall & Taylor, 2006). Suelen asolar el tejido social y financiero de sus vidas, consumen tiempo y recursos de los organismos a los que se dirigen. Inglaterra, Alemania y Escandinavia han editado medidas legales, para detener el uso irrazonable de los recursos públicos declarando al individuo “querulous litigant” (Mullen & Lester, 2006).

Recientemente Freeman y Garety (2014) han identificado seis factores causales en la comprensión de las ideas delirantes de persecución: un estilo de pensamiento de preocupación, creencias negativas sobre uno mismo, también señalado por Kesting (2013), sensibilidad interpersonal, trastornos del sueño, experiencia interna anómala, y sesgos de razonamiento (salto a las conclusiones). Cada uno tiene vínculos mecanicistas plausibles en la ocurrencia de la paranoia. Estas causas pueden estar influidas por circunstancias sociales, incluidos los eventos adversos, uso de drogas ilícitas, y los ambientes urbanos (Freeman D. G., 2005) (Freeman D. G. P, 2002) (Paget A, 2014).

-Tipo somático. Se aplica cuando el tema central de la idea delirante se refiere a funciones o sensaciones corporales.

Las ideas delirantes somáticas pueden presentarse de diversas formas. Las más habituales son la convicción de que el sujeto emite un olor insoportable por la piel, la boca, el recto o la vagina; que tiene una infestación por insectos en o dentro de la piel; que tiene un parásito interno; que algunas partes del cuerpo tienen evidentes malformaciones o son feas (en contra de lo observable), o que hay partes del cuerpo (p.ej., el intestino), que no funcionan.

Según De Portugal (2004) presentan un elevado uso de los recursos sanitarios y no obtienen satisfacción a sus demandas médicas, las cuales son compartidas en su entorno

familiar y social cercano. En la actualidad el procedimiento del consentimiento informado previo a la intervención quirúrgica evita las complicaciones legales a los cirujanos por parte de estos pacientes TD.

-Tipo mixto. Este subtipo se aplica cuando no hay ningún tema delirante que predomine. El sistema de delirios pueda combinar distintos temas como, por ejemplo, persecutorios e hipocondríacos, persecutorios y de grandiosidad, erotomanía y celos, etc.

-Tipo no especificado. Se aplica cuando la creencia delirante dominante no puede ser determinada con claridad o cuando no está descrita en los tipos específicos (p.ej., ideas auto referenciadas sin un componente importante de persecución o grandeza).

8.2.- SUBTIPOS CLÍNICOS NO INCLUIDOS EN EL DSM 5 (CIE-10).

El sistema de clasificación de la CIE-10 tiene una categoría para “otros trastornos delirantes persistentes” (F22.8) que no posee el actual DSM 5. Es “una categoría residual para trastornos de ideas delirantes persistentes que no cumplen criterios de trastorno de ideas delirantes (F22.0). Los trastornos de ideas delirantes que se acompañan de voces alucinatorias persistentes o de síntomas esquizofrénicos que son insuficientes para cumplir criterios de esquizofrenia (F20) deben codificarse aquí” (OMS, 2008).

8.3.- OTROS TRASTORNOS CON DELIRIOS PERSISTENTES

Bajo el nombre de “otros trastornos con delirios persistentes” citamos los síndromes de falsas identificaciones delirantes, caracterizados por una percepción aberrante de sí mismo y de los demás y pertenecientes al espectro de la paranoia: síndrome de Capgras, síndrome de Frégoli, síndrome de la intermetamorfosis, síndrome de los dobles subjetivos, síndrome de la paramnesia reduplicativa, Paraprosopia, síndromes de MacCallum y Foley. Estos síndromes no han sido incluidos en el DSM 5 o en la CIE-10 (Enoch, 2007).

9.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de TD solo se establece cuando la idea delirante no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o a una enfermedad médica (First, Frances, & Pincus, 2002) (Rendueles Olmedo, 1989). El diagnóstico diferencial se establecerá con los siguientes cuadros clínicos descritos en el DSM 5:

-Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) y trastornos relacionados.

-Delirium, trastorno neurocognitivo (TNC) mayor (demencia), trastorno psicótico debido a otra afección médica (endocrino, metabólico y neurológico) y trastorno psicótico inducido por sustancias /medicamentos.

-Esquizofrenia y trastorno esquizofreniforme.

-Trastornos depresivos y bipolares y trastorno esquizoafectivo.

Se ha documentado la aparición de enfermedad delirante inducida por efectos cerebrales de la infección por SIDA (Reilly & Batchelor, 1991). Gorman y Cumming (1990) han propuesto que el TD de origen orgánico tiene características comunes subyacentes, en concreto con alteraciones en el lóbulo temporal (área límbica) asociadas a un exceso de actividad dopaminérgica en algunas áreas del cerebro

10. DESARROLLO, CURSO Y PRONÓSTICO

El trastorno suele ser crónico y autorreforzante, especialmente en el tipo persecutorio, aunque a menudo se producen oscilaciones en cuanto a la intensidad de las creencias delirantes. En otros casos puede haber largos periodos de remisión, seguidos de recaídas (APA, 2008). El TD tiene una relación familiar importante tanto con la esquizofrenia como con el trastorno de la personalidad paranoide y esquizotípica. Aunque puede aparecer en grupos etarios más jóvenes, este trastorno podría ser más prevalente en los individuos mayores (APA, 2014).

La estabilidad del diagnóstico de TD está en torno al 60%, en la esquizofrenia se sitúa entre un 75-99%. El cambio más frecuente de diagnóstico es a esquizofrenia, con un 20%. En la mayoría con TD estable, las ilusiones tienden a debilitarse en el largo plazo, pero un pequeño grupo tienen la misma intensidad durante años (Opjordsmoen, 2014). Estos datos indicarían que el TD no es una etapa inicial de la evolución de estas enfermedades (Appelbaum, 2004) (Kaplan, 2009).

Reterson (Retterstol, 1992) informa que en las formas crónicas, el 53% de los casos presentan remisión, el 10% se atenúan y el 31% no se modifican. Los estudios de Jorgensen (1994) señalan que las remisiones se dan entre un tercio y la mitad de los casos, y en cuanto al pronóstico, cuanto más abrupto y temprano es el comienzo del TD, más favorable es el pronóstico. Sí los factores precipitantes han estado presentes, hay buen nivel de adaptación socio-laboral, ser mujer y el estar casado, existe mayor probabilidad de reversión. El funcionamiento global medio es mejor que el observado en la esquizofrenia (De Portugal & Cervilla, 2004).

11. TRATAMIENTO.

El terapeuta debe lograr la alianza de la familia del paciente en el proceso de tratamiento. La confidencialidad médico paciente se ha de mantener y la información a la familia será comentada con el paciente. Los antipsicóticos son el tratamiento de elección en el TD. Una vez obtenida la estabilidad clínica del paciente, puede plantearse la aplicación de otras técnicas terapéuticas como la cognitivo-conductual y atención social (Waller H, 2015), pero el uso de neurolépticos es casi siempre indispensable, empleando dosis bajas o moderadas a muy largo plazo. Actualmente el pimozide y el haloperidol son los antipsicóticos de primera elección (Munro A., 1995). El pimozide a dosis de 4-8 mg/día puede ser particularmente efectivo en el TD somático (Munro A., 1982). Los antipsicóticos de última generación (quetiapina, amisulpride, ziprasidona, aripiprazol, risperidona, olanzapina), presentan menos efectos secundarios y una mejor tolerancia que facilita el cumplimiento, optándose por uno u otro en función del riesgo extrapiramidal y de la necesidad de mayor o menor sedación. El objetivo del tratamiento es aliviar la intensidad de la ilusión para mejorar el funcionamiento global y prevenir incidentes violentos o intento de suicidio (Garnier & PM., 2015).

La intención actual es diagnosticar los trastornos psicóticos lo antes posible, a veces, incluso antes de que los delirios se hagan evidentes, se iniciará el tratamiento (Vazquez-Barquero, 2007). Los neurolépticos interfieren rápidamente en muchos procesos psicopatológicos y ciertamente impiden la floración de los delirios, aunque no de forma permanente (Silva, 2010). Parece esencial reconocer los delirios cuando ocurran y diferenciarlos de otras presentaciones psicopatológicas anormales (Manschreck, 2006).

JUSTIFICACIÓN

El Trastorno Delirante (en adelante TD) o *paranoia*, es un cuadro clínico que adquiere consistencia como tal desde la publicación del DSM III en 1987. Nuestra revisión introductoria sobre la paranoia basada en una estrategia de búsqueda en bases de datos electrónicas como Pubmed, Medline, Scopus, ISI Web of Knowledge, con términos de búsqueda delusions, delusional disorder, paranoia, paranoid, persecutory, case series study, suicide, suicidal behavior combinados y por separado, escogiendo inicialmente para la revisión artículos sin fecha de publicación y para los estudios de casos los compatibles con criterios DSM, preferentemente. Los seleccionados con estos criterios son los 168 registros que constan en nuestras referencias.

Existen pocos estudios epidemiológicos sistematizados de registro de casos que hayan seguido criterios DSM estandarizados, por lo que la posibilidad de comparación de nuestros datos con los procedentes de otros estudios aún están limitados al estar realizados con muestras reducidas (ver la Tabla 33 que extracta los estudios con criterios DSM sobre el TD con $n > 50$ casos) y utilizar diferentes metodologías y criterios, de forma que es necesario contribuir a la ampliación del conocimiento de este cuadro clínico que aún está en proceso de evolución. Quizás esto sea debido a su baja prevalencia a lo largo de la vida, que está alrededor del 0,2% (DSM.V, 2014). Esta baja prevalencia no propicia la realización de abundantes estudios científicos. Presentamos los resultados de un estudio de pacientes TD procedentes de un Registro de Casos, que sin duda contribuirá al conocimiento de este poco estudiado Trastorno Delirante.

OBJETIVOS

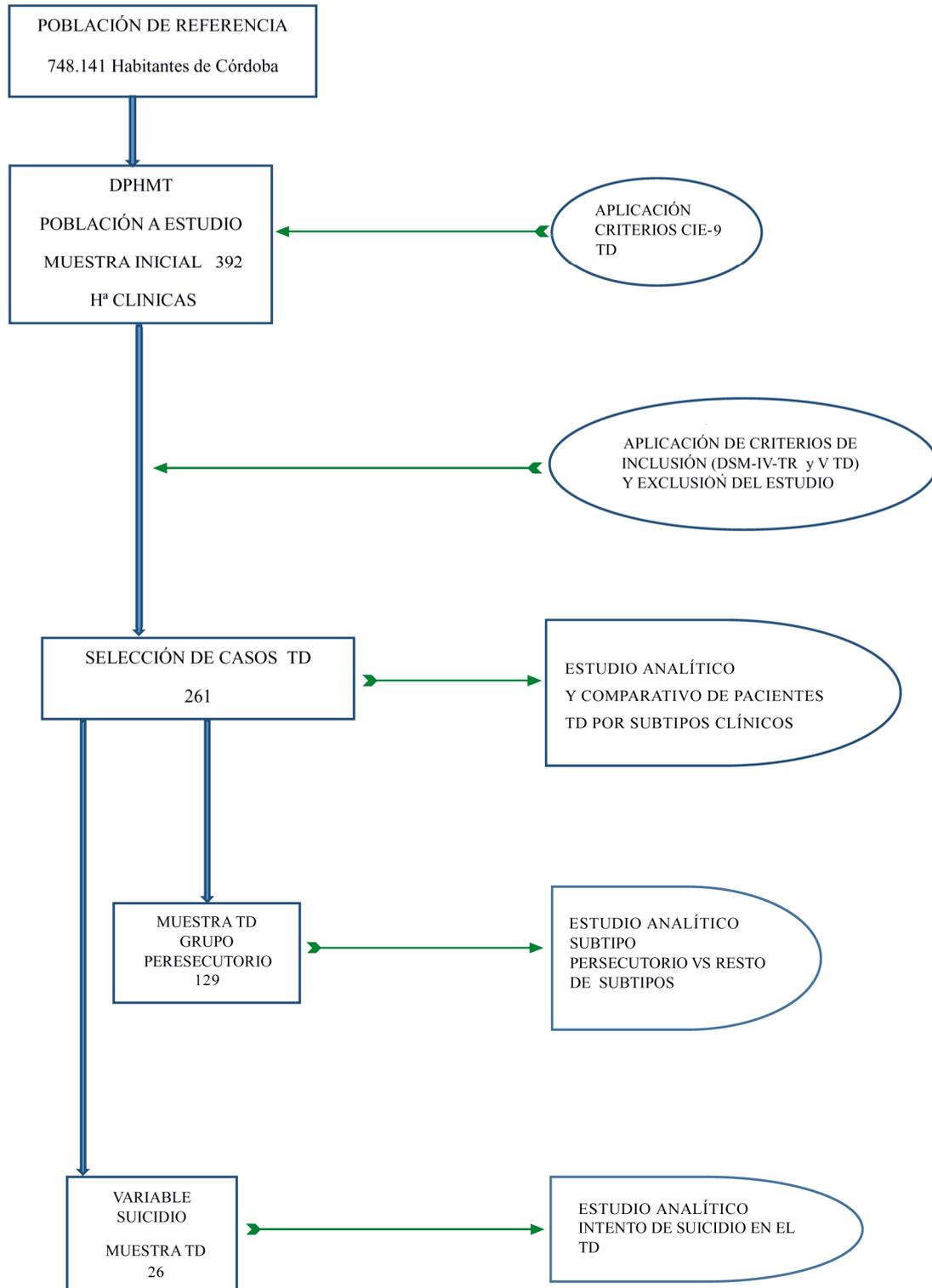
La presente Tesis Doctoral tiene como objetivo general el estudio epidemiológico y clínico del Trastorno Delirante en un Registro de Casos. Este objetivo genérico se completa en la formulación de los siguientes objetivos específicos (ver Figura 1).

1.-Lograr una detallada descripción estandarizada de una población de pacientes diagnosticados de Trastorno Delirante (en adelante TD) basados en criterios y estándares DSM.

2.- Realizar un estudio comparativo del comportamiento entre los diferentes subtipos clínicos del TD.

3.- Identificar la existencia de factores asociados al intento de suicidio.

Figura 1.- Esquema ilustrativo de selección de la Población del estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo de Registro de Casos y estudios derivados de la muestra seleccionada sobre pacientes diagnosticados de Trastorno Delirante (TD) asistidos durante el periodo 11/03/1982- 06/01/1988, en el Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental de Córdoba (DPHM).



POBLACIÓN Y METODOLOGÍA

1.-Diseño de estudio. Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo de Registro de Casos sobre pacientes diagnosticados de TD asistidos durante el periodo 11/03/1982-06/01/1988, en el Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental de Córdoba, proveedor de servicios de salud mental a una población de 748.141 habitantes.

2.- Marco de Referencia.

2.1. La red asistencial en salud mental. El Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental de Córdoba.

La red asistencial en salud mental existente durante el periodo de nuestro estudio 11/03/1982-06/01/1988 estaba constituida por los siguientes elementos:

El Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental de Córdoba (en adelante DPHM) y la atención hospitalaria era ofrecida por el Hospital Psiquiátrico Provincial (550 camas), no existiendo ningún hospital psiquiátrico privado. La provisión de atención psiquiátrica para pacientes externos dentro de esta zona geográfica se complementaba con un Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica, siete Consultorios de Neuropsiquiatría de la Seguridad Social, una consulta externa del Hospital Psiquiátrico y un Centro Municipal para toxicómanos y alcohólicos (Romero Crespo, Prieto Ballesteros, & Roig Moliner, 1992).

La tasa de psiquiatras en 1985 era de 3.86% por 100.000 habitantes (Calvo & Noriega, 2011). El número de psiquiatras colegiados en Córdoba, según datos facilitados por el Colegio de Médicos, ascendía a 55 profesionales en el año 1982 y alcanzó los 70 profesionales en 1988.

Estos recursos atendían una población de referencia de 748.141 Habitantes y satisfacían una demanda que alcanzó en 1986 las 26.452 consultas anuales. La cobertura a estos era gratuita y universal. Por tanto, los casos detectados por el Médico de Familia eran remitidos para una mayor evaluación y tratamiento al DPHM, lo que permitió establecer un Registro de Casos de los pacientes atendidos por TD, diagnosticados según criterios de CIE-9.

2.2. El Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental de Córdoba.

El Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental de Córdoba fue un proveedor de servicios de salud mental pública que atendía a toda la población ubicada en la provincia de Córdoba.

Su actividad incluía servicios como Unidad Docente de Psiquiatría y desarrollaba una importante labor investigadora y docente en colaboración con la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Córdoba y la Escuela de Asistencia Social, hasta su cierre en 1988 coincidiendo con la creación de la red asistencial en salud mental. Fue declarado Centro de Salud Mental por Consejo de Ministros de Julio de 1971.

En el año 1982 se realizaron 1174 nuevas consultas y 4556 revisiones de pacientes. Durante el periodo de selección de este estudio, de 1982 al año 1988, el número de pacientes historiados pasó de 24.446 y concluyó en 38.535, lo que supone un total de 14.089 nuevas historias clínicas. Las revisiones no fueron contabilizadas.

2.3. La Población del estudio.

2.3.1. Población de referencia.

Constituida por todos los habitantes residentes en Córdoba y provincia con derecho a asistencia psiquiátrica. La cobertura para este servicio era gratuita y universal para una población de referencia de 748.141 Habitantes (Consejería de Salud, 1985)

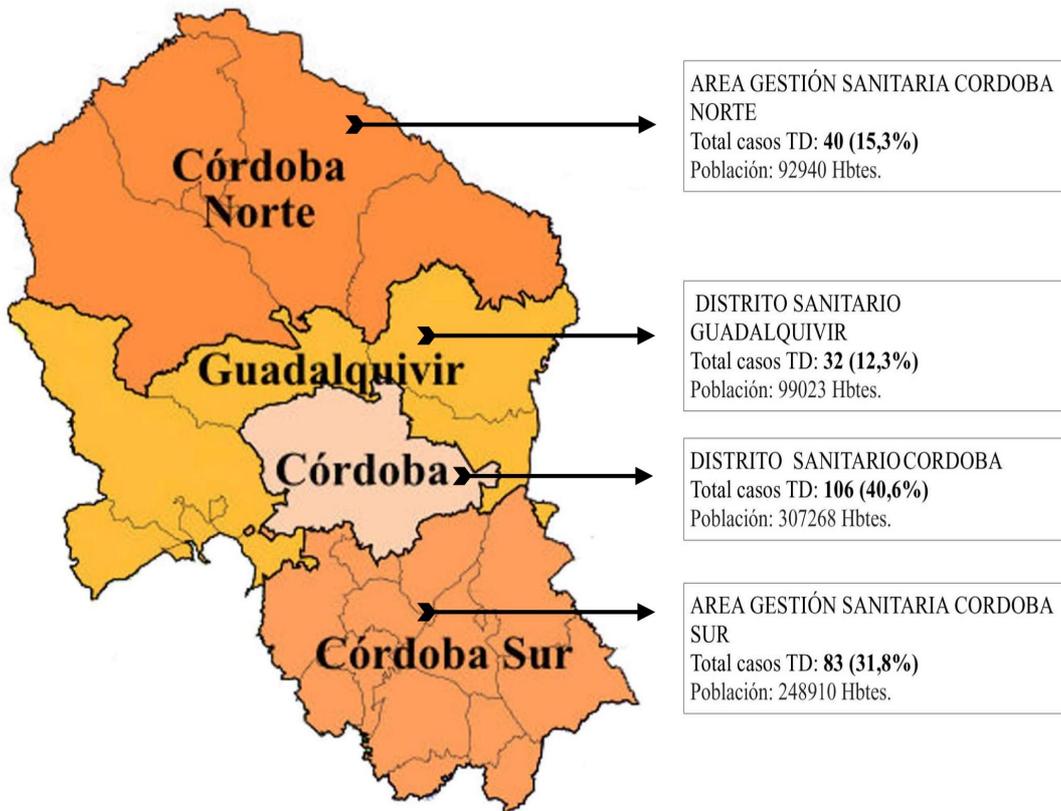
2.3.2. Población a estudio.

Constituida por los casos clínicos historiados registrados que recibieron diagnóstico inicial de Trastorno Delirante en el DPHM entre el periodo 11/03/1982- 06/01/1988 (ver distribución geográfica en Figura 2), según los criterios de la CIE-9 (Ministerio de Sanidad, 2012) que se especifican en el cuadro 13.

Los casos registrados que cumplieron con los criterios de inclusión con este diagnóstico ascendieron a un total de 392 Historias Clínicas. Estas fueron objeto de una nueva clasificación diagnóstica según los criterios de inclusión y exclusión que figuran en el siguiente apartado. Aquellas que cumplieron con los criterios definidos constituyeron nuestra muestra de casos que seguidamente se especifican.

Figura 2. Distribución de casos de Trastorno Delirante (TD) según el Mapa Sanitario de Córdoba (748.141 Habitantes). Durante el periodo 11/03/1982-06/01/1988.

MAPA SANITARIO DE CÓRDOBA



— **Distritos de Atención Primaria**

— Zonas básicas de Salud

Cuadro 13.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DELIRANTE DE LA CIE-9	
CRITERIO	CONTENIDO CRITERIO DIAGNÓSTICO CIE-9
A	Presencia de una idea delirante o una serie de ideas delirantes relacionadas entre sí, diferentes a las enumeradas como típicas de la esquizofrenia, es decir que no son completamente imposibles o culturalmente inapropiadas.
B	La (s) idea(s) delirante del criterio A, deben estar presentes durante al menos tres meses
C	No se cumplen los criterios generales de esquizofrenia.
D	No debe haber alucinaciones persistentes de ningún tipo (pero puede haber alucinaciones auditivas ocasionales y transitorias que no sean en tercera persona o comenten la propia actividad).
E	Puede haber síntomas depresivos de forma intermitente (o incluso un episodio depresivo), siempre que las ideas delirantes persistan durante los periodos que no hay alteraciones de ánimo.
F	Criterio de exclusión usado con más frecuencia. No debe haber pruebas de ningún trastorno mental orgánico primario o secundario, ni de trastorno psicótico debido al consumo de sustancias psicoactivas.

2.3.3. Criterios de inclusión y exclusión

A los paciente con diagnóstico registrado de TD según la CIE-9, les fueron aplicados los siguientes criterios de inclusión para 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-TR y DSM 5, los cuales se detallan en los cuadros 14 y 15, y e) cumplir el procedimiento de validación diagnóstica del TD del módulo B de Psicosis de *la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder (SCID -I CV)* (25).

Los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión fueron asignados a uno de los siete tipos de TD del DSM-IV. Las evaluaciones retrospectivas 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.

Cuadro 14.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DELIRANTE DSM-IV-TR	
CRITERIO	CONTENIDO CRITERIO DIAGNÓSTICO
A	Ideas delirantes no extrañas (p.ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser perseguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.
B	Nunca ha cumplido el Criterio A (1: ideas delirantes, 2: alucinaciones, 3: lenguaje desorganizado, 4: comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, 5: síntomas negativos, p.ej. aplanamiento afectivo, alogia, abulia) para la esquizofrenia.
C	Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.
D	Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los episodios delirantes.
E	La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p.ej., una droga o un medicamento) o a una enfermedad médica.

Cuadro 15.- DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL EN EL DSM-IV-TR.
Concepto: descripción del funcionamiento del paciente a través de 5 «ejes»*, con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento del individuo:
Eje I: Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, fobia social, fobias específicas, hipocondrías, etc.).
Eje II: Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo o retraso mental (por ejemplo, trastorno de personalidad limítrofe, retraso mental moderado, etc.).
Eje III: Se especifican otras afecciones médicas que puede presentar el paciente.
Eje IV: Se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.).
Eje V: Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la EEAG (escala de funcionamiento global).

*Aunque también puede evaluarse utilizando los Ejes I, II y III sin designaciones axiales.

Los criterios de exclusión: a) no cumplir los criterios DSM-IV-TR y DSM 5, b) no cumplir el proceso de validación para la confirmación diagnóstica contenidos en el módulo B de Psicosis de la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder

(SCID-I), versión clínica, c) diagnóstico de retraso mental, d) padecer déficit auditivo/visual severo, e) constancia expresa de no desear participar en estudio clínico.

Este estudio se inició con los criterios diagnósticos y multiaxiales del DSM-IV-TR y antes de su finalización se editó el DSM 5, por lo que los diagnósticos también fueron validados con él, lo que explica la utilización de ambos.

Cuadro 16.- DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL EN EL DSM 5	
CRITERIO	CONTENIDO CRITERIO DIAGNÓSTICO DSM 5
A	Presencia de uno (o más) delirios de 1 mes o más de duración.
B	Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia. Nota: Las alucinaciones, si existen, no son importantes y están relacionadas con el tema delirante (p.ej., la sensación de estar infectado por insectos asociada a delirios de infestación).
C	Aparte del impacto directo del delirio(s) o sus ramificaciones, el funcionamiento no está muy alterado y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño.
D	Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, han sido breves en comparación con la duración de los periodos delirantes.
E	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.

2.3.4. Selección de casos.

Tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión y tras una evaluación médica retrospectiva sistemática y estructurada conforme a protocolos, se encontraron 261 pacientes que cumplían los criterios DSM-IV-TR y DSM 5 para TD.

Los 131 casos que no cumplieron criterios de inclusión, inicialmente diagnosticados de TD según CIE-9 (Ministerio de Sanidad, 2012), fueron excluidos al presentar criterios diagnósticos de Esquizofrenia en 58 casos, Alcoholismo en 14, otras psicosis en 14 casos, Demencia en 12 casos, Oligofrenia en 10, Retraso mental en 7, Trastorno Bipolar en 6, Depresión en 5 y Epilepsia en 3, Neurosis Hipocondriaca en 1 y 1 caso por datos incompletos.

2.3.5. Privacidad de los pacientes

La identidad de los pacientes ha sido preservada. Estos recibieron información de que el contenido de su Historia Clínica podría ser objeto de estudios clínicos por la Unidad Docente de Psiquiatría del Dispensario, no existiendo evidencia escrita en la misma a esta posición. El Comité de Ética de la Investigación de Córdoba autorizó el diseño del estudio (Anexo).

2.3.6. Selección de controles.

Atendiendo al número total de casos que incluían los subtipos clínicos del TD que integraban la muestra se optó por seleccionar como grupo de casos al grupo subtipo más numeroso, constituido por el subtipo clínico persecutorio y la agrupación del resto de subtipos conformaron el grupo control.

2.3.7. Tamaño de la muestra.

Tras una evaluación médica retrospectiva sistemática y estructurada del Registro de Casos conforme a protocolos, se encontraron 261 pacientes que cumplían los criterios DSM-IV-TR y DSM 5 para TD.

3.-Recogida de Datos

La recogida de datos se realizó sistemáticamente sobre una estructura de cuestionarios (ver Anexo I), sobre la base de Factores de Riesgo sugeridos por investigaciones anteriores (Ministerio Sanidad, 2006) (Stilo y otros, 2013) (OMS, 2004).

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.

Se utilizó un protocolo diseñado para el registro de los datos que incluyó información sobre variables demográficas y generales (Anexo). La situación del estado civil del paciente fue recogida al inicio del estudio, por tanto las variaciones sobre el mismo, separación, viudez, etc., reflejadas posteriormente en la Historia clínica no han sido procesadas como variable. Antecedentes familiares psiquiátricos, antecedentes personales premórbidos, datos del curso del Trastorno Delirante, iniciativa de solicitud de tratamiento psiquiátrico, existencia de tratamiento antidepresivo y adhesión al

tratamiento farmacológico, datos de uso y frecuentación de recursos psiquiátricos.

Un formato sistematizado según el Eje-IV del DSM-IV-TR permitió recoger los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el curso evolutivo los Trastornos Mentales Graves.

La *Escala de la Actividad Global (EEAG)* se utilizó para el registro del nivel de actividad (funcionalidad) general del individuo (Eje V DSM-IV). El *Sheehan Disability Inventory (SDI)* permitió estimar la discapacidad del individuo.

La información obtenida de estos protocolos se transcribió para su análisis al programa estadístico SPSS versión 15.0

3.1.- Variables del estudio.

Las variables sobre las que se recogió información han sido agrupadas siguiendo el orden siguiente:

I.- Variables de los datos sociodemográficos y generales.

II.- Variables relacionadas con antecedentes sociales, psiquiátricos familiares y personales.

III.- Variables del Cuadro Clínico y el Diagnóstico del TD (Presentación, Sintomatología delirante, Funcionalidad y Discapacidad, utilización de los Recursos, tratamiento, problemas psicosociales, Evolución y Pronóstico).

3.1.1.- I.- Variables de los datos sociodemográfico y generales.

Estos incluyeron el número de orden otorgado a cada Historia clínica y diagnóstico inicial. El inventario específico y sistematizado para la obtención de las variables demográficas y generales incluyó: **Número de Historia Clínica, número de orden asignado a la misma, diagnóstico inicial** codificado según CIE-9, **diagnóstico definitivo** codificado según DSM-IV-TR y V, **Fecha de primera consulta y fecha de última consulta.**

-**Edad** expresada en años, **sexo** categorizada en hombre y mujer, datos de ubicación del paciente que incluyeron la **localidad de residencia y Zona Básica de Salud y Distrito**

Sanitario o Área Sanitaria de pertenencia. La localidad fue codificada según el mapa sanitario de Andalucía.

-Nivel de formación: esta variable cualitativa, registra las categorías siguientes: 1) estudios universitarios, 2) estudios técnicos/diplomado, 3) estudios superiores incompletos, 4) secundarios, 5) primarios, 6) analfabeto y 7) desconocido. Se encuentra relacionada con el Eje IV del DSM que trata sobre los problemas relacionados con la enseñanza (3.0).

Esta variable para la realización del análisis de Regresión Logística Multivariante (en adelante RLM) fue recodificada en dos categorías 0= analfabeto, 1= con estudios.

-Actividad profesional, variable cualitativa, registra las categorías de: 1) desempleado/a, 2) empleado/a, 3) pensionista y 4) subempleado/a. Está relacionada con el Eje IV del DSM que trata sobre los problemas relacionados con la situación laboral (4.0) y económica (6.0).

Esta variable para la realización del análisis de RLM fue recodificada en tres categorías 0= desempleado y 1= empleado y 2= pensionista.

-Estado Civil, variable cualitativa, registra las categorías de: 1) Soltero/a, 2) casado/a, 3) viudo/a, 4) separado/a y 5) unión libre. Se encuentra relacionada con el Eje IV del DSM que trata sobre los problemas relativos al grupo primario, la familia (1.0).

La variable Estado Civil, fue recodificada para la realización del Análisis de RLM, quedando reducida a la situación dicotómica de 0=Convivencia en pareja sí, que incluyó a los casados o en pareja como las uniones libres, y 1= Convivencia en pareja no, que incluyó a los viudos/as y separados/as.

Esta variable fue recodificada con el título de **convivencia en pareja si/no**, quedando reducida a los que conviven juntos tanto casados como en unión libre (sí) frente a los que viven solteros, viudos o separados (no).

-Hijos, variable numérica que recoge el número total de hijos del paciente.

Esta variable para la realización del análisis estadístico fue recodificada en dos categorías 0= sin hijos y 1= con hijos.

-Convivencia, variable cualitativa, registra las categorías de: 1) con familia de origen (padres), 2) con familia propia (esposo/a), 3) con familia de acogida (excluye padres y esposo/a), 4) en Residencia u Hogar de Acogida, 5) solo, con nadie. Está relacionada con el Eje IV del DSM que trata sobre los problemas relativos al ambiente social (2.0) y de los derivados de la vivienda (5.0).

Esta variable fue recodificada con el título de **convivencia en ambiente familiar**, para la realización del análisis estadístico, quedando reducida a la situación de 0= Ambiente familiar, que incluye la convivencia en los tipo de familias descritas en la variable inicial. El valor 1= recoge la convivencia en Residencia u Hogar de acogida, asilado; y 2= solo, sin nadie.

3.1.2.- II. Variables relacionadas con los Factores de Riesgo del TD: antecedentes familiares y personales (psiquiátricos, médicos y legales).

Las siguientes variables registran la presencia o ausencia de antecedentes familiares psiquiátricos y personales sobre la base de Factores de Riesgo sugeridos por investigaciones anteriores (De Portugal, Vilaplana, Haro, Usall, & Cervilla, 2009) (Bentall & Fernyhough, 2008).

II. A) Variable de los antecedentes familiares psiquiátricos.

-Antecedentes familiares psiquiátricos: variable cualitativa relacionada con la existencia de antecedentes familiares psiquiátricos de primer grado, padres y hermanos; y segundo grado, abuelos y tíos, tanto por vía paterna como materna.

II. B) Variables de los antecedentes personales médicos y psiquiátricos.

-Antecedentes personales médicos y psiquiátricos. Esta variable cualitativa policotómica que informa de la existencia o no, de antecedentes personales de patología orgánica y psiquiátrica, recogió la presencia de todas las incidencias de patología médica y psiquiátrica así como la ausencia de patología de ambos tipos.

Tras el estudio estadístico descriptivo los cuadros clínicos fueron agrupados y quedó recodificada con el mismo título, para la realización del análisis Bivariante, en ocho ítems: 1) no existencia de patología; 2) existencia de patología orgánica; 3) existencia

de episodio celotípico; 4) de abuso sexual en la infancia; 5) de episodio psicótico; 6) de diagnóstico de neurosis hipocondriaca; 7) de trastorno del estado de ánimo y 8) descripción por parte de familiares y allegados del paciente de presentar una personalidad suspicaz previa a la aparición del cuadro clínico.

Esta variable fue nuevamente recodificada con el título de **Antecedentes psiquiátricos/médicos** para la realización del análisis estadístico, quedando reducida a la situación de 0= no existencia de patología; 1= con patología orgánica y 2 = con antecedentes psiquiátricos.

Esta variable fue recodificada con el título de **Antecedentes personales médicos Sí/No** para la realización del Análisis estadístico, quedando reducida a la situación dicotómica de 0= no antecedentes personales médicos y 1= antecedentes personales médicos.

-Sordera/ceguera, variable dicotómica registrada con las categorías de presencia vs ausencia.

-Inmigración, variable dicotómica registrada con las categorías de presencia vs ausencia.

-Traumatismo craneoencefálico, variable dicotómica registrada con las categorías de presencia vs ausencia.

-Con o sin pérdida de conocimiento, variable dicotómica registrada con las categorías de presencia vs ausencia.

-Consumo de sustancias, variable dicotómica registrada con las categorías de presencia vs ausencia.

-Consumo de alcohol, variable dicotómica registrada con las categorías de presencia vs ausencia.

Intento de suicidio, variable dicotómica registrada con las categorías de la presencia vs ausencia.

-Problemas legales, variable dicotómica registrada con las categorías de presencia vs ausencia. Está relacionada con el Eje IV del DSM-IV que trata sobre los problemas relativos con la interacción con el Sistema legal o el crimen (8.0).

-Encarcelamiento, variable dicotómica registrada con las categorías de presencia vs ausencia. Está relacionada con el Eje IV del DSM-IV que trata sobre los problemas relativos con la interacción con el Sistema legal o el crimen (8.0).

-Problemas conyugales, variable dicotómica registrada con las categorías de presencia vs ausencia.

-Episodios heteroagresivos, variable dicotómica registrada con las categorías de presencia vs ausencia.

-Trastornos de conducta alimentaria, variable dicotómica registrada con las categorías de presencia vs ausencia.

-Existencia de situaciones estresantes en la vida del paciente, hasta tres meses antes del inicio del TD, variable dicotómica registrada con las categorías de presencia vs ausencia.

3.1.3.- III. Variables relacionadas con el Cuadro Clínico, Diagnóstico y Tratamiento del TD.

III. A) Variables de presentación del Cuadro Clínico.

Variable de **iniciativa de solicitud de atención psiquiátrica**. Incluye las ocho categorías siguientes: 1) por iniciativa propia, 2) de familia de origen (padres), 3) por familia propia (esposo/a), 4) por familia de acogida (excluye padres y esposo/a), 5) de Residencia u Hogar de acogida, 6) iniciativa Legal, 7) por derivación médica, y por último, 8) amigos y/o vecinos.

Esta variable fue recodificada para la realización del análisis estadístico, quedando reducida a la situación dicotómica de 0= por iniciativa no-familiar que incluye las categorías 5) de Residencia u Hogar de acogida, 6) iniciativa Legal, 7) por derivación médica, y 8) amigos y/o vecinos y 1= por iniciativa familiar, que incluye las demás categorías relacionadas con el ámbito familiar.

-Forma de inicio, variable dicotómica registrada con las categorías de aguda, si es inferior a tres meses [<3 meses] o insidiosa si es superior a tres meses [>3 meses].

-Edad al inicio del TD, variable expresada en años y calculada según referencias narradas de familiares próximos y allegados y otros datos registrados.

-Edad a la primera consulta psiquiátrica, expresada en años, hace referencia a la primera atención recibida por un psiquiatra o en un centro psiquiátrico de índole privada o pública.

-Tiempo transcurrido desde el inicio del TD hasta la atención psiquiátrica expresada en meses, recoge el periodo temporal sin asistencia psiquiátrica del paciente una vez que ha sido estimada su edad al inicio.

III. B) Variables de la sintomatología delirante psicótica (SCID).

El diagnóstico de TD, que constituye nuestra principal variable dependiente, se validó con el módulo B de *Psicosis de la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder (SCID-I)*, versión clínica (First, Spitzer, Gibbon, & JB., 1999).

La *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV* es una entrevista semiestructurada desarrollada para mejorar la fiabilidad de los diagnósticos mediante la estandarización del proceso de evaluación, así como facilitando la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR y la indagación sistemática de síntomas que de otra forma podrían pasar desapercibidos.

Cuadro 17.- IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS Y ASOCIADOS (SCID).	
B1: Ideas delirantes de referencia	B9: Otras alucinaciones
B2: Ideas delirantes de persecución	B10: Comportamiento catatónico
B3: Ideas delirantes de grandiosidad	B11: Comportamiento gravemente desorganizado
B4: Ideas delirantes somáticas	B12: Afecto gravemente inapropiado
B5: Otras ideas delirantes	B13: Lenguaje desorganizado
B6: Alucinaciones auditivas	B14: Síntomas negativos
B7: Alucinaciones visuales	B15: Cronología de los síntomas psicóticos
B8: Alucinaciones táctiles	C21-26: Criterios para el Trastorno delirante

El módulo B incluye la identificación y descripción de los síntomas psicóticos tales como ideas delirantes, alucinaciones, conducta y lenguaje desorganizado, conducta

catatónica y síntomas negativos. La relación detallada con los códigos alfanuméricos de estos, se encuentran en el cuadro 17.

La variable recoge tres categorías 1) la presencia, 2) ausencia ó 3) el carácter dudoso de estos, derivada de la descripción de los síntomas. La posición en una de estas tres situaciones debe quedar anotada para proceder a la verificación del diagnóstico. El apartado B15 recoge una cronología de los síntomas para verificar forma de inicio y su duración temporal. Los criterios para el diagnóstico del TD se recogen en los ítems C21 al C26. En el ítem el C26 se procede a verificar que se cumplen los criterios A, B, C, D, y E del DSM.

Los pacientes que cumplieron estos criterios y en función del predominio del tema delirante, fueron asignados a uno de los siete tipos específicos de TD del DSM-IV/DSM 5: Erotomaniaco, de Grandeza, Celotípico, Persecutorio, Somático, Mixto y No-especificado.

La variable **distribución diagnóstica de los subtipos de clínicos de Trastorno Delirante** recogió nuestra casuística que incluyó los subtipos erotomaniaco, grandiosidad, celotípico, persecutorio, somático y mixto que adquirieron valores correlativos. No fueron identificados casos de los subtipos no especificado del DSM-IV-TR ni del extravagante citado en el DSM 5.

Las variables que han recogido los síntomas clínicos psicóticos en nuestra casuística del SCID-I, han sido detalladas en el cuadro 18.

Cuadro 18.- VARIABLES SÍNTOMAS CLÍNICOS PSICÓTICOS RECOGIDOS EN NUESTRA CASUÍSTICA POR EL SCID-I CV.	
IDEACIÓN	ALUCINACIONES
-Ideas de referencia.	-Alucinaciones auditivas.
-Ideas de persecución.	-Alucinaciones visuales.
-Ideas de grandiosidad.	-Alucinaciones táctiles.
-Ideas somáticas.	- Otras Alucinaciones.
-Otras ideas delirantes.	

Para la realización del análisis de RLM, los subtipos clínicos fueron recodificados. Así

el grupo persecutorio, más numeroso, se tomó como variable dependiente frente a los otros subtipos. Posteriormente fue recodificado para la realización del análisis con cada variedad subclínica.

Las variables derivadas de la descripción de los síntomas, que recoge tres categorías 1) la presencia, 2) ausencia o 3) el carácter dudoso de estos, fueron recodificadas en dos categorías 0 = presencia, que incluyó a las categorías 1) y 3) y 1= ausencia.

III. C) Variables procedentes de la valoración de la Funcionalidad y Discapacidad del paciente.

-Variable procedente del instrumento de valoración de la funcionalidad. El registro de la actividad general del paciente, representada por la valoración que realiza el clínico del nivel general de “funcionamiento dentro del hipotético continuo de salud-enfermedad” (Eje V DSM-IV-TR), se utilizó la *Escala de la Actividad Global (EEAG o Global Assessment of Functioning, GAF)* que presenta dos componentes, uno referido a la gravedad de los síntomas y el otro a la actividad. Dividida en diez niveles de actividad, implica la selección de un único valor de uno (actividad insatisfactoria) a cien (actividad satisfactoria) que refleje del mejor modo posible la situación el nivel de actividad del individuo. A mayor puntuación, mejor nivel de actividad (DSM-IV-TR, 2008).

-Variables procedentes del instrumento de valoración de la discapacidad. Según la OMS “Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano. La discapacidad debida a enfermedad psiquiátrica se evaluó con el *Sheehan Disability Inventory (SDI)*. Este cuestionario que evalúa de forma subjetiva la disfunción producida en pacientes con trastorno mental, junto con el grado de preocupación y el apoyo social percibido, puede ser administrado en forma de autoevaluación o heteroevaluado (Sheehan, Harnett-Sheehan, & Raj, 1996). Constituido por cinco ítems que se agrupan en tres escalas:

-1) **Discapacidad**, incluye los tres primeros ítems y evalúa el grado en que los síntomas interfieren en los tres dominios de la vida del paciente (trabajo, vida social, y

vida familiar).

-2) **Estrés percibido**, que evalúa el grado en que los episodios estresantes y los problemas personales que han deteriorado la vida de relación del paciente.

-3) **Apoyo social**, que evalúa el apoyo que obtiene el paciente en relación con el que necesita.

Los primeros cuatro ítems se puntúan mediante escala de Likert que va de cero (ninguna en absoluto) a diez (extrema). Los valores de uno a tres se consideran “leves”, de cuatro a seis “moderados” y de siete a nueve “intensos”. El valor diez se considera “máxima discapacidad”. El quinto ítems se puntúa con una escala porcentual, 0 a 100%, en la que 100% significa que los pacientes reciben todo el apoyo de familiares y amigos que necesitan. Se obtienen tres puntuaciones, una para cada escala, que, sumadas, constituyen la variable recodificada **SDI total**. A más puntuación total más discapacidad (Badia, 1999).

III. D).-Variables de utilización de los recursos psiquiátricos:

-**Informe de asistencia social**, variable numérica dicotómica registrada con las categorías de presencia/ ausencia.

Esta variable para la realización del análisis estadístico fue recodificada como **Informes de asistencia social Si/No** en dos categorías 0=No Informes de asistencia social, 1= Si Informes de asistencia social.

-**Número total de consultas**. Variable numérica que recoge: Número total de consultas realizadas por los diferentes profesionales, que implican todas las actividades realizadas directa o indirectamente con el paciente y/o su entorno cercano. Recogería todos los conceptos del punto anterior más las actividades de: Interconsulta, Trabajo de enfermería, Actividad comunitaria, Informes, Desintoxicación, etc. En resumen las consultas totales (suma de las primeras y de las sucesivas) realizadas por todos los profesionales del DSHMT en relación con un paciente.

-**Número de visitas de urgencia**, variable numérica que recoge los totales de visitas realizados en centros hospitalarios y relacionados con la presencia del TD.

Esta variable para la realización del análisis estadístico fue recodificada como **visitas de urgencia Si/No** en dos categorías 0= ninguna visita de urgencia, 1= visita de urgencia.

-Número de ingresos hospitalarios, variable numérica que recoge los ingresos totales relacionados con la presencia del TD realizados en centros hospitalarios.

Esta variable para la realización del análisis estadístico fue recodificada como **ingresos hospitalarios Si/No**, en dos categorías 0= ningún ingreso hospitalario, 1= existencia ingreso hospitalario.

-Número de días de baja laboral, variable numérica que recoge los días totales de baja laboral motivada por el cuadro clínico.

Esta variable para la realización del análisis estadístico fue recodificada como **días de baja laboral Si/No** en dos categorías 0=No baja laboral, 1= Si baja laboral.

III. E).-Variables derivadas del tratamiento farmacológico.

-Datos de adhesión al tratamiento antipsicótico, mediante la aplicación del *Test de Morisky-Green*, que incluye las categorías siguientes: 1) Olvida alguna vez de tomar los medicamentos, 2) Toma los medicamentos a las horas indicadas,3) Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?, 4) Si le sienta mal deja de tomar la medicación (29).

Esta variable fue recodificada para la realización del análisis estadístico, en dos categorías 0= no sigue tratamiento y 1= sigue tratamiento, que incluyo las categorías restantes.

-Existencia de tratamiento antidepresivo, variable dicotómica registrada con las categorías de si recibe tratamiento o no recibe tratamiento antidepresivo, con la finalidad de identificar la existencia de un trastorno del estado de ánimo.

III. F).-Variables procedentes de la existencia de problemas psicosociales y ambientales.

El siguiente grupo de variables está relacionado con los datos procedentes de la

existencia de problemas psicosociales y ambientales, que pueden afectar al diagnóstico, al tratamiento y al pronóstico de los Trastornos Mentales Graves (TMG). Estos problemas han seguido la sistematización del Eje IV del DSM-IV-TR y sus valores fueron recogidos de las Historias Clínicas de forma dicotómica (presencia versus ausencia).

1) Problemas relativos al grupo primario de apoyo, 0) No presenta/no-existe información. 1) Fallecimiento miembro familiar, 2) Problemas de Salud en la familia, 3) Perturbación familiar por separación, 4) Divorcio o abandono, 5) Cambio de hogar, 6) Nuevo matrimonio de uno de los padres, 7) Abandono del niño, 8) Disciplina inadecuada, 9) Conflicto con los hermanos, 10) Nacimiento de un hermano, 11) Otros problemas no descritos.

Estas categorías fueron recodificada para la realización del análisis estadístico en dos categorías 0= ausencia y 1= presencia, que incluyó las categorías restantes.

2) Problemas relativos al ambiente social, 0) No presenta/no-existe información, 1) Fallecimiento o pérdida de un amigo, 2) Apoyo social inadecuado, 3) Vivir solo, 4) Dificultades para adaptarse a otra cultura, 5) Adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación), 6) Otros problemas no descritos.

Estas categorías fueron recodificada para la realización del análisis de RLM en dos categorías 0= ausencia y 1= presencia, que incluyó las categorías restantes.

3) Problemas relativos a la enseñanza, 0) No-presenta/no-existe información, 1) Analfabetismo, 2) Problemas Académicos, 3) Problemas con el profesor 4) Conflictos con el profesor, 5) Conflictos con compañeros de clase, 6) Ambiente escolar inadecuado, 7) Otros problemas no descritos.

Estas categorías fueron recodificada para la realización del análisis de RLM en dos categorías 0= ausencia y 1= presencia, que incluyó las categorías restantes.

4) Problemas laborales, 0) No presenta /no-existe información, 1) Desempleo, 2) Amenaza de pérdida de empleo, 3) Trabajo estresante, 4) condiciones laborales difíciles, 5) Insatisfacción laboral, 6) Cambio de trabajo, 7) Conflictos con el jefe o los compañeros de trabajo y 8) Otros problemas no descritos.

Estas categorías fueron recodificada para la realización del análisis de RLM en dos categorías 0= ausencia y 1= presencia, que incluyó las categorías restantes.

5) **Problemas de vivienda**, 0) No presenta/no-existe información, 1) Falta de hogar, 2) Vivienda inadecuada, 3) Vecindad insaludable, 4) Conflictos con vecinos o propietarios, 5) Otros problemas no descritos.

Estas categorías fueron recodificada para la realización del análisis de RLM en dos categorías 0= ausencia y 1= presencia, que incluyó las categorías restantes.

6) **Problemas económicos**, 0) No presenta/no-existe información, 1) Pobreza extrema, 2) Economía insuficiente, 3) Ayudas socio económicas insuficientes, 4) Otros problemas no descritos.

Estas categorías fueron recodificada para la realización del análisis de RLM en dos categorías 0= ausencia y 1= presencia, que incluyó las categorías restantes.

7) **Problemas relativos de acceso a los servicios de asistencia sanitaria**, 0) No presenta/no-existe información, 1) Servicios médicos inadecuados, 2) Falta de transporte hasta los servicios asistenciales, 3) Seguro médico inadecuado, 4) Otros problemas no descritos.

Estas categorías fueron recodificada para la realización del análisis de RLM en dos categorías 0= ausencia y 1= presencia, que incluyó las categorías restantes.

8) **Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen**, 0) No presenta /no-existe información, 1) Arrestos, 2) Encarcelamiento, 3) Juicios, 4) Víctima de acto criminal, 5) Otros problemas no descritos.

Estas categorías fueron recodificada para la realización del análisis de RLM en dos categorías 0= ausencia y 1= presencia, que incluyó las categorías restantes.

9) **Otros problemas psicosociales y ambientales**, 0) No presenta/no-existe información 1) Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades, 2) Conflictos con cuidadores no familiares (asistentes sociales, consejeros, médicos,...), 3) Ausencia de servicios sociales, 4) Otros problemas no descritos.

Estas categorías fueron recodificada para la realización del análisis de RLM en dos categorías 0= ausencia y 1= presencia, que incluyó las categorías restantes.

III. G).-Variables de Evolución y Pronóstico del Trastorno Delirante.

-Evolución del contenido temático del delirio, variable dicotómica registrada con las categorías de mono o politemático (mixto).

-Tipo de curso del TD, variable cualitativa que registra tres categorías: 1) crónico ininterrumpido, esto es cuando los síntomas que cumplen los criterios diagnósticos del TD están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad; 2) fásico con remisión parcial, periodo durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen al trastorno solo se cumplen parcialmente y 3) fásico con remisión total, periodo después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del TD no están presentes.

Estas categorías fueron recodificada bajo el título **curso del TD** Crónico vs Fásico de para la realización del análisis estadístico en dos categorías 0= crónico ininterrumpido y 1= fásico con remisión, que incluyó ambas categorías restantes.

4.- Análisis de datos.

Se ha confeccionado una base de datos a través de Microsoft Excel 2007, donde se han introducido los 261 casos de estudio caracterizados por 84 variables cualitativas (escalas nominal u ordinal) dicotómicas o policotómicas, y cuantitativas discretas y continuas.

El estudio estadístico (Harris M, 2014) descriptivo resumió las variables cuantitativas en media, desviación estándar y rangos; y las cualitativas en frecuencias y porcentajes.

El análisis estadístico inferencial estimó la media con un intervalo de confianza al 95%. La asociación entre variables categóricas propuestas en tablas de contingencia 2x2 o NxM, se realizó a través de pruebas de chi-cuadrado y test exacto de Fisher cuando la presencia de frecuencias inferiores a 5 era superior al 20% de las casillas.

La comparación de dos medias aritméticas se efectuó con la prueba T de Student, o la U de Mann Whitney, según se tratara de test paramétrico o no paramétrico respectivamente. De igual forma, en la comparación de tres o más medias aritméticas, se han utilizado los *test de Análisis de la Varianza* (ANOVA) o Kruskal-Wallis, según se tratara de pruebas paramétricas o no paramétricas respectivamente. Se usó el *test de Saphiro-Wilks* para comprobar si los datos seguían una distribución normal.

El nivel de significación estadística usado para el contraste de hipótesis fue de $p < 0,05$. Las comparaciones iniciales entre los pacientes pertenecientes al subtipo clínico persecutorio del Trastorno Delirante y los restantes subtipos clínicos integrados en el grupo “otros subtipos” se llevaron a cabo mediante la prueba T de Student para las variables continuas y la prueba chi-cuadrado de Pearson para las variables categóricas. Para valorar si las posibles variables que se asocian con la pertenencia al subtipo clínico persecutorio, independientemente de las demás variables descritas como factores asociados, se realizó un análisis Multivariante de Regresión Logística (RLM). La variable dependiente considerada fue la pertenencia al subtipo clínico persecutorio (si o no). Para la construcción del modelo se efectuó primero con una selección de las variables descritas como posibles factores asociados y posteriormente una selección manual de tipo metódica (purposful selection) para todas estas variables, con criterios conservadores de selección (p alrededor de 0.25) para aumentar la inferencia de causalidad. Con las variables que alcanzaron este nivel de significación se ajustó el modelo multivariante final, que fue depurado eliminando variables con valor de $p \geq 0.10$. Antes de aceptar el modelo final, se evaluaron las interacciones y las variables de confusión. Se calibró el modelo final aplicando la prueba Hosmer-Lemeshow de bondad de ajuste (Hosmer DW, 1989).

Las comparaciones iniciales entre los pacientes con conducta suicida y aquellos sin esta conducta se llevaron a cabo mediante la prueba t de Student para las variables continuas y la prueba chi-cuadrado de Pearson para las variables categóricas.

Para valorar si las posibles variables que se asocian con la conducta suicida, independientemente de las demás variables descritas como factores de riesgo, se realizó un análisis multivariante de regresión logística (RLM). Siguiendo el mismo procedimiento y criterio que el descrito más arriba para la búsqueda de factores asociados a la pertenencia al grupo persecutorio.

5.- Soporte informático.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico “Epidat” versión 3.1 y “SPSS” versión 15.0 (SPSS Inc. Sede, Chicago, Illinois, EEUU).

RESULTADOS

Nuestros resultados han de interpretarse con precaución debido al tamaño de la muestra y al tipo de estudio. Se trata de un estudio de Registro de Casos basado en la exploración retrospectiva de los registros obtenidos de distintos médicos-psiquiatras. Nosotros registramos los datos de una exploración retrospectiva de forma sistemática y estructurada.

La exactitud puede oscilar entre diferentes profesionales, constituyendo así potenciales sesgos. Sin embargo, los profesionales disponían de un modelo protocolizado de Historia Clínica que permitía obtener los datos de forma que se redujera la variabilidad.

Se utilizaron las Historias Clínicas protocolizadas registradas en el Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental que atendía a 748.141 Habitantes, correspondientes a la zona geográfica de Córdoba y provincia.

Basado en la red pública de Servicios de Salud Mental, era el centro final de derivación para todos los que vivían en la zona. Por tanto, los médicos de familia transferían a este centro a los pacientes con Trastornos Mentales Graves como el TD. Así podemos estar razonablemente seguros de que la mayoría de los casos con TD se habrían remitido e incluido en este Registro de Casos. No obstante, nos aseguramos de la validez de los casos diagnosticados de TD tras la realización de una evaluación retrospectiva completa, mediante la aplicación de protocolos con criterios DSM-IV-TR y DSM 5.

1.-Descripción de la muestra.

Un total de 261 HC de pacientes diagnosticados de TD durante el periodo comprendido entre el 11/03/1982-06/01/1988, constituyeron nuestro Registro de Casos de TD. Ciento treinta y ocho pacientes eran hombres (52,9%) y 123 mujeres (47,1%). La edad media fue de 47, 55 (DE=15,51), la edad al inicio del Trastorno fue de 41,59 (DE=13,78) y la edad en la primera consulta psiquiátrica de 44,94% (DE=15,75). La situación laboral más frecuente fue desempleado (41,4%), seguido de empleado (34,9%). El 69,7% tenía diferentes grados de escolarización y un 30,3% analfabeto. El 56,3% estaba casado. El promedio de hijos fue 1,74% (DE=2,08).

En solo un 12,6% identificaron antecedentes familiares psiquiátricos en un 1º y 2º

grado y un 23% presentó antecedentes personales psiquiátricos. Un 13,4% tuvo episodios de heteroagresividad y 11,5% problemas legales. Un 10% había intentado suicidarse alguna vez.

La derivación médica, (procedente de los servicios de urgencia, interconsultas, hospitalizaciones), solicitando asistencia especializada (50,6%) y por la familia propia (19,9%) fueron las rutas más frecuentes para recibir atención psiquiátrica. En un 26,4% se identificaron factores estresantes previos al Trastorno Delirante.

El subtipo persecutorio (49,9%) y celotípico (19,5%) fueron los más comunes y de las alucinaciones no-prominentes, las auditivas (35,6%) seguidas de las visuales (12,6%).

2.-Tablas de Resultados.

Nuestros resultados se presentan en tablas, que siguen el proceso evolutivo del cuadro clínico, y se han conformado en tres apartados:

- i) el primero de ellos, Tablas 1 al 9, recoge los resultados del análisis estadístico univariante y bivariante (Descriptiva Bivariante).

-ii) El segundo apartado, Tablas 9 al 20, recoge los resultados del grupo control/casos, el subtipo persecutorio, frente a los restantes subtipos clínicos, junto con los resultados de la RLM.

iii) El tercer apartado, Tablas 21 al 31, presenta los resultados del análisis del grupo con “intento de suicidio-sí versus “intento de suicidio-no”, junto con los resultados de la RLM.

Para facilitar el seguimiento y relación de los resultados acompañamos un esquema de la presentación de los mismos.

Apartado I: ANÁLISIS BIVARIANTE DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DELIRANTE POR SUBTIPOS CLÍNICOS.

I.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS Y SOCIALES Y DE SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA.

A.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS. Tabla 1.

II.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DEL TRASTORNO DELIRANTE.

1.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LOS ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS Y SOCIALES (EJE III). Tabla 2.

2.- CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DELIRANTE POR SUBTIPOS CLÍNICOS.

2. A.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES DE SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA. Tabla 3.

2. B.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES DE SINTOMATOLOGÍA DELIRANTE PSICÓTICA (SCDD) (EJE D). Tabla 4.

2. C.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES DE LA VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA DISCAPACIDAD DEL PACIENTE (EJE V). Tabla 5.

3.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES DE UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS EN EL TRASTORNO DELIRANTE. Tabla 6.

4.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES DEL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DELIRANTE. Tabla 7.

5.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES PROCEDENTES DE LAS EXISTENCIAS DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES (EJE-IV). Tabla 8.

6.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES DE EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DEL TRASTORNO DELIRANTE. Tabla 9.

I.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS Y SOCIALES Y DE SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA.

A.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

En nuestro estudio hemos incluido 261 pacientes diagnosticados con Trastorno Delirante según criterios DSM-IV y V, de ellos 123 mujeres y 138 hombres. La edad media de los pacientes fue de 47,55 (DE 15,51) años, con un rango de edad de 14-88 años. La edad media de las mujeres fue de 50,03 (DE 16,47) años con un rango de edad de 16 a 88 años. La edad media de los hombres fue de 45,34 (DE 14,31) años, con un rango de edad de 14-83 años. El análisis univariante entre las edades de las mujeres y los hombres mostró una diferencia significativa (t de student: -2,64 y valor de p 0,014)

TABLA 1.- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y/O MEDIA DE LAS VARIABLES ESPECIFICADAS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

VARIABLE	GLOBAL 261 (100%)	EROTOMANIACO 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 Hombre	138 (52,9%)	4 (1,5%)	21 (8,0%)	31 (11,9%)	66 (25,3%)	6 (2,3%)	10 (3,8%)	0,091
Mujer	123 (47,1%)	9 (3,4%)	10 (3,8%)	20 (7,7%)	63 (24,1%)	12 (4,6%)	9 (3,4%)	
EDAD	47,55 (DE=15,51)	44,31 (DE=18,87)	42,71 (DE=14,11)	50,47 (DE=14,54)	48,44 (DE=15,56)	46,89(DE=19,18)	44,42(DE=12,67)	0,250
DISTRITO SANITARIO								
ÁREA GESTIÓN SANITARIA NORTE	40 (15,3%)	1 (,4%)	3 (1,1%)	7 (2,7%)	23 (8,8%)	2 (,8%)	4 (1,5%)	0,124
DISTRITO SANITARIO GUADALQUIVIR	32 (12,3%)	3 (1,1%)	4 (1,5%)	6 (2,3%)	14 (5,4%)	2 (,8%)	3 (1,1%)	
DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA	106 (40,6%)	2 (,8%)	16 (6,1%)	13 (5,0%)	59 (22,6%)	7 (2,7%)	9 (3,4%)	
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%)	

* Estadísticamente significativo. **Prueba Chi al Cuadrado para variables cualitativas.

TABLA 1.- (Cont.) DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y/O MEDIA DE LAS VARIABLES ESPECIFICADAS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

NIVEL de FORMACION	GLOBAL 261 (100%)	EROTOMANIACO 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 **
ESTUDIOS UNIV SUPERIORES	4 (1,5%)	0 (,0%)	1 (,4%)	0 (,0%)	3 (1,1%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0,000*
EST TÉCNICOS /DIPLOMADOS	10 (3,8%)	1 (,4%)	3 (1,1%)	0 (,0%)	6 (2,3%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
EST SUPERIORES INCOMPLETOS	30 (11,5%)	2 (,8%)	2 (,8%)	4 (1,5%)	22 (8,4%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
SECUNDARIOS	95 (36,4%)	2 (,8%)	13 (5,0%)	18 (6,9%)	54 (20,7%)	4 (1,5%)	4 (1,5%)	
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 (,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%)	0,280
EMPLEADO/A	91 (34,9%)	3 (1,1%)	17 (6,5%)	18 (6,9%)	40 (15,3%)	6 (2,3%)	7 (2,7%)	
PENSIONISTA	62 (23,8%)	4 (1,5%)	3 (1,1%)	13 (5,0%)	37 (14,2%)	2 (,8%)	3 (1,1%)	

* Estadísticamente significativo. **Prueba Chi al Cuadrado para variables cualitativas.

TABLA 1.- (Cont.) DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y/O MEDIA DE LAS VARIABLES ESPECIFICADAS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

ESTADO CIVIL	GLOBAL 261 (100%)	EROTOMANIACO 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 ** 0,000 *
SOLTERO/A	78 (29,9%)	10 (3,8%)	13 (5,0%)	3 (1,1%)	42 (16,1%)	8 (3,1%)	2 (,8%)	0,000 *
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%)	3 (1,1%)	0 (,0%)	12 (4,6%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
SEPARADO/A	14 (5,4%)	0 (,0%)	2 (,8%)	1 (,4%)	10 (3,8%)	1 (,4%)	0 (,0%)	
UNIÓN LIBRE	7 (2,7%)	0 (,0%)	0 (,0%)	2 (,8%)	5 (1,9%)	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 (DE=2,08)	,77 (DE=1,48)	1,00 (DE=1,69)	2,59 (DE=2,07)	1,65 (DE=2,21)	1,44 (DE=2,03)	2,16 (DE=1,38)	0,005 *
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 (,8%)	0,000 *
FAMILIA PROPIA	152 (58,2%)	4 (1,5%)	14 (5,4%)	45 (17,2%)	64 (24,5%)	9 (3,4%)	16 (6,1%)	
FAMILIA ACOGIDA	32 (12,3%)	2 (,8%)	8 (3,1%)	0 (,0%)	20 (7,7%)	1 (,4%)	1 (,4%)	
RESIDENCIA/HOGAR	9 (3,4%)	1 (,4%)	0 (,0%)	3 (1,1%)	5 (1,9%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
SOLO	18 (6,9%)	2 (,8%)	2 (,8%)	0 (,0%)	13 (5,0%)	1 (,4%)	0 (,0%)	

*Estadísticamente significativo **Prueba ANOVA para variables cuantitativas y Chi al Cuadrado para variables cualitativas.

II.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DEL TRASTORNO DELIRANTE.
 1.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LOS ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS Y SOCIALES (EJE III).

TABLA 2.- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y/O MEDIA DE LOS “POSIBLES FACTORES DE RIESGO” DEL TRASTORNO DELIRANTE POR SUBTIPO DE TRASTORNO DELIRANTE.

VARIABLE	GLOBAL 261(100%)	EROTOMANIACO 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* *
ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS SÍ	33 (12,6%)	1 (4%)	5 (1,9%)	4 (1,5%)	12 (4,6%)	4 (1,5%)	7 (2,7%)	0,012 *
ANTECEDENTES PERSONALES MÉDICOS SÍ	5 (1,9%)	5 (1,9%)	21 (8,0%)	31 (11,9%)	31 (11,9%)	8 (3,1%)	10 (3,8%)	0,000 *
PERSONALES MÉDICOS DE PATOLOGÍA ORGÁNICA SÍ	46 (17,6%)	2 (8%)	6 (2,3%)	9 (3,4%)	21 (8,0%)	5 (1,9%)	3 (1,1%)	0,000 *
ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIÁTRICOS SÍ	60 (23,0%)	3 (1,1%)	15 (5,7%)	22 (8,4%)	10 (3,8%)	3 (1,1%)	7 (2,7%)	
EPISODIO CELOTÍPICO	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	0,000 *
ABUSO SEXUAL INFANCIA	1 (4%)	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
EPISODIO PSICÓTICO	33 (12,6%)	3 (1,1%)	12 (4,6%)	6 (2,3%)	5 (1,9%)	1 (4%)	6 (2,3%)	
NEUROSIS HIPOCONDRIACA	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	1 (4%)	0 (0%)	
TRASTORNO ESTADO ÁNIMO	6 (2,3%)	0 (0%)	1 (4%)	1 (4%)	4 (1,5%)	0 (0%)	0 (0%)	
PERSONALIDAD. SUSPICAZ	17 (6,5%)	0 (0%)	1 (4%)	15 (5,7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	

* Estadísticamente significativo. **Prueba Chi al Cuadrado para variables cualitativas.

TABLA 2 (Cont).- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y/O MEDIA DE LOS “POSIBLES FACTORES DE RIESGO” DEL TRASTORNO DELIRANTE POR SUBTIPO DE TRASTORNO DELIRANTE.

VARIABLE	GLOBAL 261 (100%)	EROTOMANIACO 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 * *
SORDERA CEGUERA PREMÓRBIDA	17 (6,5%)	0 (0%)	1 (4%)	4 (1,5%)	12 (4,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0,323
INMIGRACIÓN/ EMIGRACIÓN	55 (21,1%)	3 (1,1%)	7 (2,7%)	12 (4,6%)	23 (8,8%)	1 (4%)	9 (3,4%)	0,041*
TRAUMATISMO (1) CRANEO-ENCEFÁLICO	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0,903
CONSUMO DE SUSTANCIAS	6 (2,3%)	2 (8%)	3 (1,1%)	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0,001 *
CONSUMO DE ALCOHOL	44 (16,9%)	1 (4%)	5 (1,9%)	11 (4,2%)	19 (7,3%)	1 (4%)	7 (2,7%)	0,106
INTENTO SUICIDIO	26 (10,0%)	2 (8%)	6 (2,3%)	6 (2,3%)	8 (3,1%)	1 (4%)	3 (1,1%)	0,236
PROBLEMA LEGALES SÍ	30 (11,5%)	1 (4%)	5 (1,9%)	6 (2,3%)	15 (5,7%)	1 (4%)	2 (8%)	0,915
ENCARCELAMIENTO	4 (1,5%)	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	3 (1,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0,746
PROBLEMAS CONYUGALES	79 (30,3%)	2 (8%)	7 (2,7%)	37 (14,2%)	22 (8,4%)	1 (4%)	10 (3,8%)	0,000*
HETERO AGRESIVIDAD	35 (13,4%)	1 (4%)	1 (4%)	12 (4,6%)	19 (7,3%)	0 (0%)	2 (8%)	0,057
TRASTOR. CONDUCTA ALIMENTICIA	2 (8%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	0,009*
ESTRESANTE <3M	69 (26,4%)	2 (8%)	12 (4,6%)	11 (4,2%)	31 (11,9%)	7 (2,7%)	6 (2,3%)	0,314

* Estadísticamente significativo. **Prueba Chi al Cuadrado para variables cualitativas.

(1) En todos los casos confirmados de Traumatismo Cráneo-Encefálico, no se registró pérdida de conciencia.

2.- CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DELIRANTE.

2. A.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES DE SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA.

TABLA 3.- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y/O MEDIA DE LAS VARIABLES ESPECIFICADAS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA.

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 **
EDAD INICIO DEL TRASTORNO DELIRT.	41,59 (DE=13,78)	38,92 (DE=19,11)	37,03 (DE=12,97)	42,27 (DE=13,78)	42,87 (DE=15,43)	43,94 (DE=18,21)	38,11 (DE=11,34)	0,330
FORMA DE INICIO								
INICIO AGUDO<3MESES	52 (19,9%)	7 (2,7%)	9 (3,4%)	4 (1,5%)	24 (9,2%)	3 (1,1%)	5 (1,9%)	0,006*
INIC INSIDIOSO>3MESES	209 (80,1%)	6 (2,3%)	22 (8,4%)	47 (18,0%)	105 (40,2%)	15 (5,7%)	14 (5,4%)	
INICIATIVA SOLICITUD ATENCIÓN PSQUIATR.								
INICIATIVA PROPIA	33 (12,6%)	2 (,8%)	7 (2,7%)	6 (2,3%)	17 (6,5%)	1 (,4%)	0 (,0%)	0,039*
FAMIL ORIGEN(PADRES)	23 (8,8%)	1 (,4%)	1 (,4%)	3 (1,1%)	15 (5,7%)	3 (1,1%)	0 (,0%)	
FAMILIA PROPIA	52 (19,9%)	0 (,0%)	7 (2,7%)	17 (6,5%)	25 (9,6%)	3 (1,1%)	0 (,0%)	
FAMILIA ACOGIDA	10 (3,8%)	1 (,4%)	0 (,0%)	0 (,0%)	8 (3,1%)	1 (,4%)	0 (,0%)	
RESIDENCIA/HOGAR	5 (1,9%)	1 (,4%)	0 (,0%)	2 (,8%)	2 (,8%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
LEGAL	5 (1,9%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	5 (1,9%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
DERIVACIÓN MEDICA	132 (50,6%)	8 (3,1%3,1%)	16 (6,1%)	23 (8,8%)	56 (21,5%)	10 (3,8%)	19 (7,3%)	
AMISTADES	1 (,4%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	1 (,4%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
EDAD 1ªCONSULTA PSQUIATR/AÑOS	44,94 (DE=15,75)	41,38 (DE=19,61)	38,77 (DE=12,34)	47,84 (DE=14,65)	46,10 (DE=16,06)	46,17 (DE=19,08)	40,63 (DE=13,05)	0,094
TIEMPO DESEDE INICIO/MESES	43,21 (DE=91,52)	28,62 (DE=62,22)	25,77 (DE=41,45)	69,61 (DE=114,35)	42,40 (DE=99,11)	26,11 (DE=49,82)	32,53 (DE=62,86)	0,253

* Estadísticamente significativo. **Prueba ANOVA para variables cuantitativas y Chi al Cuadrado para variables cualitativas.

2. B.-FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES DE SINTOMATOLOGÍA DELIRANTE PSICÓTICA (EJE D).

TABLA 4.- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y/O MEDIA DE LOS TIPOS DE IDEAS DELIRANTES Y ALUCINACIONES POR SUBTIPO CLÍNICO DEL TRASTORNO DELIRANTE.

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 **
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 (,8%)	29 (11,1%)	0 (,0%)	6 (2,3%)	1 (,4%)	6 (2,3%)	0,000 *
IDEAS SOMÁTICAS	34 (13,0%)	1 (,4%)	4 (1,5%)	2 (,8%)	7 (2,7%)	18 (6,9%)	2 (,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 (,4%)	11 (4,2%)	0,000 *
ALUCINACIONES VISUAL	33 (12,6%)	2 (,8%)	2 (,8%)	1 (,4%)	18 (6,9%)	5 (1,9%)	5 (1,9%)	0,018 *
ALUCINACIONES TÁCTILES	2 (,8%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	2 (,8%)	0 (,0%)	0,000 *
OTRAS ALUCINACIONES	9 (3,4%)	1 (,4%)	0 (,0%)	1 (,4%)	4 (1,5%)	3 (1,1%)	0 (,0%)	0,031 *

* Estadísticamente significativo. **Prueba Chi al Cuadrado para variables cualitativas.

2. C.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES DE LA VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA DISCAPACIDAD DEL PACIENTE (EJE V).

TABLA 5- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y/O MEDIA DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA DISCAPACIDAD (EJE V) DEL PACIENTE POR SUBTIPO DE TRASTORNO DELIRANTE.

VARIABLE	GLOBAL 261 (100%)	EROTOMANIACO 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 **
EEAG (1)	29,49 (DE=5,90)	30,15 (DE=6,81)	31,16 (DE=4,07)	29,51 (DE=4,18)	28,57 (DE=4,47)	34,17 (DE=14,84)	28,11 (DE=3,32)	0,002 *
SDI 1 INDIVIDUAL	26,28 (DE=5,51)	28,77 (DE=2,55)	24,39 (DE=7,83)	26,18 (DE=4,16)	26,40 (DE=5,59)	24,89 (DE=5,65)	28,42 (DE=3,81)	0,063 *
SDI 2 ESTRÉS	8,87 (DE=1,84)	9,85 (DE=,38)	8,16 (DE=2,67)	8,45 (DE=1,51)	9,17 (DE=1,75)	8,22 (DE=1,89)	9,00 (DE=1,49)	0,005 *
SDI 3 APOYO SOCIAL	35,83 (DE=26,99)	60,00 (DE=18,26)	45,87 (DE=28,44)	17,45 (DE=23,14)	33,33 (DE=20,40)	80,56 (DE=8,03)	26,84 (DE=27,69)	0,000 *
SDI TOTAL (2)	70,97 (DE=28,05)	98,62 (DE=18,98)	78,42 (DE=34,27)	52,08 (DE=23,55)	68,91 (DE=21,12)	113,67 (DE=13,06)	64,26 (DE=27,09)	0,000 *

* Estadísticamente significativo. **Prueba ANOVA para variables cuantitativas. (1) EEAG: Valoración de Funcionamiento Global. (2) SDI: Escala Sheehan de Discapacidad.

3.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES DE UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS EN EL TRASTORNO DELIRANTE.

TABLA 6.- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y/O MEDIA DE LOS RECURSOS SANITARIOS * SUBTIPO DE TRASTORNO DELIRANTE.

VARIABLE	GLOBAL 261 (100%)	EROTOMANIACO 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 **
INFORMES DE ASISTENCIA SOCIAL SI	23 (8,8%)	3 (1,1%)	2 (,8%)	4 (1,5%)	9 (3,4%)	5 (1,9%)	0 (,0%)	0,016
Nº 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 *
Nº VISITAS TOTAL URGENCIA	,13 (DE=,45)	,00 (DE=,00)	,10 (DE=,30)	,14 (DE=,40)	,12 (DE=,52)	,11 (DE=,32)	,26 (DE=,56)	0,710
VISITA URGENCIAS SI	25 (9,6%)	0 (,0%)	3 (1,1%)	6 (2,3%)	10 (3,8%)	2 (,8%)	4 (1,5%)	0,405
Nº TOTAL INGRESOS HOSP	1,20 (DE=1,96)	1,15 (DE=1,41)	1,55 (DE=2,45)	,84 (DE=1,63)	1,23 (DE=2,15)	,89 (DE=1,18)	1,74 (DE=1,19)	0,469
INGRESO SI 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 SI	56 (21,5%)	3 (1,1%)	9 (3,4%)	9 (3,4%)	26 (10,0%)	2 (,8%)	7 (2,7%)	0,363

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

4.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES DEL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DELIRANTE.

Todos los pacientes incluidos en el estudio recibieron como medicación antipsicótica Clozapina (Leponex) y Flufenazina decanoato (Modecate) exceptuando un paciente de 88 años de edad.

TABLA 7.- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y/O MEDIA DE LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO Y TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO POR SUBTIPO DE TRASTORNO DELIRANTE.

ADHESIÓN TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO(I)	GLOBAL 261 (100%)	EROTOMANIACO 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**
OLVIDA ALGUNA VEZ TOMAR MEDICAMENTOS	20 (7,7%)	2 (,8%)	1 (,4%)	6 (2,3%)	7 (2,7%)	3 (1,1%)	1 (,4%)	0,040 *
TOMA A LAS HORAS INDICADAS	154 (59,0%)	10 (3,8%)	11 (4,2%)	32 (12,3%)	79 (30,3%)	11 (4,2%)	11 (4,2%)	
SÍ BIEN; DEJA DE TOMAR MEDICACIÓN	34 (13,0%)	0 (,0%)	9 (3,4%)	5 (1,9%)	13 (5,0%)	2 (,8%)	5 (1,9%)	
SÍ MAL; DEJA DE TOMAR MEDICACIÓN	25 (9,6%)	0 (,0%)	3 (1,1%)	5 (1,9%)	15 (5,7%)	0 (,0%)	2 (,8%)	
NO EXISTEN DATOS	28 (10,7%)	1 (,4%)	7 (2,7%)	3 (1,1%)	15 (5,7%)	2 (,8%)	0 (,0%)	
TRATAMIENTO SI ANTIDEPRESIVO	107 (41,0%)	7 (2,7%)	9 (3,4%)	20 (7,7%)	57 (21,8%)	7 (2,7%)	7 (2,7%)	0,623

* Estadísticamente significativo. **Prueba Chi al Cuadrado para variables cualitativas. (I)Test de Morisky-Green: Escala de Adherencia al Tratamiento

5.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES PROCEDENTES DE LAS EXISTENCIAS DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES (EJE-IV).

Tabla 8.- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y/O MEDIA DE LA EXISTENCIA DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES DE LAS VARIABLES ESPECIFICADAS POR SUBTIPO DE TRASTORNO DELIRANTE.

PROBLEMASGRUPO 1° DE APOYO	GLOBAL 261 (100%)	EROTOMANIACO 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 **
NO DETECTADO	119 (45,6%)	7 (2,7%)	14 (5,4%)	26 (10,0%)	57 (21,8%)	6 (2,3%)	9 (3,4%)	0,019 *
FALLECIMIENTO MIEMBRO FAMIL.	31 (11,9%)	2 (8%)	8 (3,1%)	4 (1,5%)	15 (5,7%)	2 (8%)	0 (0,0%)	
PROBL SALUD FAMILIA	25 (9,6%)	1 (4%)	5 (1,9%)	6 (2,3%)	8 (3,1%)	4 (1,5%)	1 (4%)	
PERTURBACIÓN POR SEPARACION	12 (4,6%)	0 (0%)	1 (4%)	3 (1,1%)	6 (2,3%)	0 (0%)	2 (8%)	
DIVORCIO/ ABANDONO	17 (6,5%)	0 (0%)	1 (4%)	1 (4%)	14 (5,4%)	1 (4%)	0 (0,0%)	
CAMBIO HOGAR	22 (8,4%)	1 (4%)	1 (4%)	4 (1,5%)	15 (5,7%)	0 (0,0%)	1 (4%)	
MATRIMONIO NUEVO DE UNO DE LOS PADRES	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0,0%)	
ABANDONO NIÑO	1 (4%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0,0%)	
DISCIPLINA INADECUADA	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (8%)	0 (0%)	0 (0,0%)	
CONFLICTO HERMANOS	6 (2,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (1,1%)	2 (8%)	1 (4%)	
OTROS PROBLNO DESCRITOS	25 (9,6%)	1 (4%)	1 (4%)	7 (2,7%)	8 (3,1%)	3 (1,1%)	5 (1,9%)	
PROBL GRUPO 1° SÍ	142 (54,4%)	6 (2,3%)	17 (6,5%)	25 (9,6%)	72 (27,6%)	12 (4,6%)	10 (3,8%)	0,825

* Estadísticamente significativo. **Prueba Chi al Cuadrado para variables cualitativas.

TABLA 8- (Cont.) DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y/O MEDIA DE LA EXISTENCIA DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES DE LAS VARIABLES ESPECIFICADAS POR SUBTIPO DE TRASTORNO DELIRANTE. .

PROBLEMAS ÁMBITO SOCIAL	GLOBAL 261 (100%)	EROTOMANIACO 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 ** 0,000 *
NO DETECTADO	108 (41,4%)	6 (2,3%)	13 (5,0%)	21 (8,0%)	49 (18,8%)	14 (5,4%)	5 (1,9%)	0,000 *
FALLECIMIENTO O PÉRDIDA DE UN AMIGO	9 (3,4%)	3 (1,1%)	3 (1,1%)	0 (,0%)	2 (,8%)	1 (,4%)	0 (,0%)	
APOYO SOCIAL INADECUADO	113 (43,3%)	2 (,8%)	12 (4,6%)	27 (10,3%)	58 (22,2%)	2 (,8%)	12 (4,6%)	
VIVIR SOLO	19 (7,3%)	2 (,8%)	0 (,0%)	2 (,8%)	14 (5,4%)	0 (,0%)	1 (,4%)	
DIFICULTADES ADAPTARSE A OTRA CULTURA.	8 (3,1%)	0 (,0%)	3 (1,1%)	0 (,0%)	5 (1,9%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
ADAPTACION CICLOS VITALES	4 (1,5%)	0 (,0%)	0 (,0%)	1 (,4%)	1 (,4%)	1 (,4%)	1 (,4%)	
SI PROBLEMAS ÁMBITO SOCIAL	153 (58,6%)	7 (2,7%)	18 (6,9%)	30 (11,5%)	80 (30,7%)	4 (1,5%)	14 (5,4%)	0,030 *
PROBLEMAS RELATIVOS A LA ENSEÑANZA								
NO DETECTADO	235 (90,0%)	11 (4,2%)	27 (10,3%)	49 (18,8%)	119 (45,6%)	17 (6,5%)	12 (4,6%)	0,006 *
ANALFABETISMO	18 (6,9%)	1 (,4%)	3 (1,1%)	2 (,8%)	6 (2,3%)	0 (,0%)	6 (2,3%)	
PROBLEMAS ACADÉMICOS	4 (1,5%)	1 (,4%)	1 (,4%)	0 (,0%)	2 (,8%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
CONFLICTOS CON COMPAÑEROS DE CLASE	2 (,8%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	1 (,4%)	1 (,4%)	0 (,0%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	2 (,8%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	1 (,4%)	0 (,0%)	1 (,4%)	
PROBLEMAS RELATIVOS A LA ENSEÑANZA SI	26 (10,0%)	2 (,8%)	4 (1,5%)	2 (,8%)	10 (3,8%)	1 (,4%)	7 (2,7%)	0,002 *

* Estadísticamente significativo. **Prueba Chi al Cuadrado para variables cualitativas.

TABLA 8 (Cont.)- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y/O MEDIA DE LA EXISTENCIA DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES DE LAS VARIABLES ESPECIFICADAS POR SUBTIPO DE TRASTORNO DELIRANTE.

PROBLEMAS LABORALES	GLOBAL 261 (100%)	EROTOMANIACO 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 ** 0,155
NO DETECTADO	145 (55,6%)	10 (3,8%)	15 (5,7%)	34 (13,0%)	62 (23,8%)	12 (4,6%)	12 (4,6%)	
DESEMPLEO	71 (27,2%)	0 (0,0%)	7 (2,7%)	13 (5,0%)	40 (15,3%)	5 (1,9%)	6 (2,3%)	
AMENAZA PERDIDA EMPLEO	7 (2,7%)	0 (0,0%)	1 (4%)	2 (8%)	4 (1,5%)	0 (0%)	0 (0%)	
TRABAJO ESTRESANTE	4 (1,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (4%)	3 (1,1%)	0 (0%)	0 (0%)	
CONDICIONES LABOR. DIFÍCILES	13 (5,0%)	2 (8%)	4 (1,5%)	0 (0%)	6 (2,3%)	1 (4%)	0 (0%)	
INSATISFACCIÓN LABORAL	3 (1,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (4%)	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	
CAMBIO TRABAJO	7 (2,7%)	0 (0,0%)	2 (8%)	0 (0%)	5 (1,9%)	0 (0%)	0 (0%)	
CONFLICTOS JEFE/COMPAÑEROSTRABJ	8 (3,1%)	1 (4%)	0 (0,0%)	0 (0%)	7 (2,7%)	0 (0%)	0 (0%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	3 (1,1%)	0 (0,0%)	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	
PROBLEMAS LABORALES SI	116 (44,4%)	3 (1,1%)	16 (6,1%)	17 (6,5%)	67 (25,7%)	6 (2,3%)	7 (2,7%)	0,079
PROBLEMAS VIVIENDA								
NO DETECTADO	219 (83,9%)	11 (4,2%)	26 (10,0%)	47 (18,0%)	105 (40,2%)	14 (5,4%)	16 (6,1%)	0,164
FALTA DE HOGAR	8 (3,1%)	0 (0,0%)	2 (8%)	1 (4%)	5 (1,9%)	0 (0%)	0 (0%)	
VIVIENDA INADECUADA	13 (5,0%)	0 (0,0%)	1 (4%)	2 (8%)	9 (3,4%)	1 (4%)	0 (0%)	
VECINDAD INSALUDABLE	1 (4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	
CONFLICTOS CON VECINOS/PROPIETARIOS	17 (6,5%)	2 (8%)	1 (4%)	1 (4%)	9 (3,4%)	1 (4%)	3 (1,1%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	3 (1,1%)	0 (0,0%)	1 (4%)	0 (0%)	1 (4%)	1 (4%)	0 (0%)	
PROBLEMAS VIVIENDA SI	42 (16,1%)	2 (8%)	5 (4 (1,5%))	4 (1,5%)	24 (9,2%)	4 (1,5%)	3 (1,1%)	0,596

**Prueba Chi al Cuadrado para variables cualitativas.

TABLA 8 (Cont.).- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y/O MEDIA DE LAS VARIABLES PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES, ECONÓMICOS Y DE ACCESO AL SISTEMA ASISTENCIA SANITARIA POR SUBTIPO DE TRASTORNO DELIRANTE.

PROBLEMAS ECONÓMICOS	GLOBAL 261 (100%)	EROTOMANIACO 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 ** *
NO DETECTADO	185 (70,9%)	11 (4,2%)	22 (8,4%)	45 (17,2%)	83 (31,8%)	12 (4,6%)	12 (4,6%)	0,401
POBREZA EXTREMA	5 (1,9%)	0 (,0%)	1 (,4%)	1 (,4%)	3 (1,1%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
ECONOMÍA INSUFICIENTE	64 (24,5%)	2 (,8%)	7 (2,7%)	4 (1,5%)	39 (14,9%)	5 (1,9%)	7 (2,7%)	
AYUDAS SOCIOECONÓMICAS INSUFICIENTES	7 (2,7%)	0 (,0%)	1 (,4%)	1 (,4%)	4 (1,5%)	1 (,4%)	0 (,0%)	
PROBL ECONÓMICOS SÍ	76 (29,1%)	2 (,8%)	9 (3,4%)	6 (2,3%)	46 (17,6%)	6 (2,3%)	7 (2,7%)	0,035 *
PROBLEMAS DE ACCESO AL SISTEMA ASISTENCIA SANITARIA								
NO DETECTADO	246 (94,3%)	13 (5,0%)	30 (11,5%)	50 (19,2%)	118 (45,2%)	16 (6,1%)	19 (7,3%)	0,974
SERVICIOS MÉDICOS INADECUADOS	10 (3,8%)	0 (,0%)	1 (,4%)	1 (,4%)	7 (2,7%)	1 (,4%)	0 (,0%)	
FALTA DE TRANSPORTE	3 (1,1%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	2 (,8%)	1 (,4%)	0 (,0%)	
SEGURO MÉDICO INADECUADO	1 (,4%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	1 (,4%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	1 (,4%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	1 (,4%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
PROBLEMAS ACCESO SIST SANIT. SÍ	15 (5,7%)	0 (,0%)	1 (,4%)	1 (,4%)	11 (4,2%)	2 (,8%)	0 (,0%)	0,264

* Estadísticamente significativo **Prueba Chi al Cuadrado para variables cualitativas.

TABLA 8 (Cont.).- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y/O MEDIA DE LAS VARIABLES PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES (EJE-IV): INTERACCIÓN CON EL SISTEMA LEGAL Y EL CRIMEN, DE LOS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES POR SUBTIPO DE TRASTORNO DELIRANTE.

PROBLEMAS DE INTERACCIÓN CON EL SISTEMA LEGAL Y EL CRIMEN	GLOBAL 261 (100%)	EROTOMANIACO 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 **
NO DETECTADO	224 (85,8%)	12 (4,6%)	26 (10,0%)	44 (16,9%)	107 (41,0%)	17 (6,5%)	18 (6,9%)	0,992
ARRESTOS	6 (2,3%)	0 (,0%)	1 (,4%)	1 (,4%)	4 (1,5%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
ENCARCELAMIENTO	3 (1,1%)	0 (,0%)	1 (,4%)	1 (,4%)	1 (,4%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
JUICIOS	15 (5,7%)	1 (,4%)	1 (,4%)	4 (1,5%)	8 (3,1%)	1 (,4%)	0 (,0%)	
VÍCTIMA ACTO CRIMINAL	4 (1,5%)	0 (,0%)	1 (,4%)	0 (,0%)	3 (1,1%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	9 (3,4%)	0 (,0%)	1 (,4%)	1 (,4%)	6 (2,3%)	0 (,0%)	1 (,4%)	
PROBLEMAS DE INTERAC.SISTEM LEGAL/CRIMEN. SÍ	37 (14,2%)	1 (,4%)	5 (1,9%)	7 (2,7%)	22 (8,4%)	1 (,4%)	1 (,4%)	0,583
PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES								
NO DETECTADO	253 (96,9%)	13 (5,0%)	31 (11,9%)	51 (19,5%)	121 (46,4%)	18 (6,9%)	19 (7,3%)	0,905
CONFLICTOS CUIDADORES NO-FAMILIARES	2 (,8%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	2 (,8%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
AUSENCIA DE SERVICIOS SOCIALES	5 (1,9%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	5 (1,9%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	1 (,4%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	1 (,4%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
SI PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES	8 (3,1%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	8 (3,1%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0,133

**Prueba Chi al Cuadrado para variables cualitativas.

6.- FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE LAS VARIABLES DE EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO DEL TRASTORNO DELIRANTE.

TABLA 9.- DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y/O MEDIA DE LAS VARIABLES DE EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO POR SUBTIPO DE TRASTORNO DELIRANTE.

VARIABLE	GLOBAL 261 (100%)	EROTOMANIACO 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 **
EVOLUCIÓN MONOTEMÁTICA DEL DELIRIO	242 (92,7%)	13 (5,0%)	31 (11,9%)	51 (19,5%)	128 (49,0%)	18 (6,9%)	1 (4%)	0,000*
POLITEMÁTICO (MIXTO)	19 (7,3%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	1 (,4%)	0 (,0%)	18 (6,9%)	
TIPO DE CURSO DEL TRASTORNO DELIRANTE								
CURSO CRÓNICO ININTERRUMPIDO	160 (61,3%)	6 (2,3%)	16 (6,1%)	37 (14,2%)	80 (30,7%)	13 (5,0%)	8 (3,1%)	0,237
FÁSICO REMISIÓN	101 (38,7%)	7 (2,7%)	15 (5,7%)	14 (5,4%)	49 (18,8%)	5 (1,9%)	11 (4,2%)	

* Estadísticamente significativo. **Prueba Chi al Cuadrado para variables cualitativas.

Apartado II. ANÁLISIS BIVARIANTE DEL SUBTIPO PERSECUTORIO VS RESTO DE SUBTIPOS.

I.- RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

I.A.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS. Tabla 10.

II.- RESULTADOS DEL TRASTORNO DELIRANTE.

1.- RESULTADOS DEL ANÁLISIS BIVARIANTE DE ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS Y PERSONALES MÉDICOS (EJE III) EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.. Tablas 11 y 12.

2.- CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DELIRANTE EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

2. A.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE LA PRESENTACIÓN DEL CUADRO CLÍNICO EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS. Tabla 13.

2. B.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE LA SINTOMATOLOGÍA DELIRANTE PSICÓTICA (SCDI) (EJE-I) EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS. Tabla 14.

2. C.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE LA VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA DISCAPACIDAD DEL PACIENTE (EJE V) EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS. Tabla 15.

3.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS EN EL TRASTORNO DELIRANTE EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS. Tabla 16.

4- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DEL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DELIRANTE EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS. Tabla 17.

5.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES PROCEDENTES DE LAS EXISTENCIA DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS (EJE-IV). Tabla 18.

6- RESULTADOS PROCEDENTES DE LAS VARIABLES DE EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS. Tabla 19.

7- RESULTADOS PROCEDENTES DE LA RLM. Tabla 20.

Análisis Bivariante del Subtipo Persecutorio

DISTRIBUCIÓN DIAGNÓSTICA DE SUBTIPOS CLÍNICOS DE TRASTORNO DELIRANTE. Los 261 pacientes diagnosticados de Trastorno Delirante según criterios DSM-IV-TR y V, fueron agrupados según el tema delirante en subtipos clínicos: El subtipo más numeroso fue el Persecutorio con 129 casos (49,4%), que constituyó el “GRUPO PERSECUTORIO” de referencia en este Análisis Bivariante del Trastorno Delirante, frente al integrado por el resto de los cinco 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 (5,0 %) que fueron asimilados en el Grupo “RESTO SUBTIPOS”.

I.- RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

I.A.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

TABLA 10.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

VARIABLE* PERSECUTORIO vs RESTO SUBTIPOS	RESTO SUBTIPOS	GRUPO PERSECUTORIO	VALOR DE P **
SEXO Hombres	72 (54,5%)	66 (51,2%)	0,584
Mujeres	60 (45,5%)	63 (48,8%)	
EDAD	46,68 (DE=15,47)	48,44 (DE=15,56)	0,678
DISTRITO SANITARIO			
ÁREA GESTIÓN SANIT.NORTE	17 (12,9%)	23 (17,8%)	0,102
DISTº SANIT. GUADALQUIVIR	18 (13,6%)	14 (10,9%)	
DISTº SANIT. CÓRDOBA	47 (35,6%)	59 (45,7%)	
DISTº SANIT. CÓRDOBA SUR	50 (37,9%)	33 (25,6%)	
NIVEL de FORMACIÓN			
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS SUPERIORES	1 (0,8%)	3 (2,3%)	0,000*
ESTUDIOS TÉCNICOS /DIPLOMADOS	4 (3,0%)	6 (4,7%)	
EST SUPERIORES INCOMPLETOS	8 (6,1%)	22 (17,1%)	
SECUNDARIOS	41 (31,1%)	54 (41,9%)	
PRIMARIOS	36 (27,3%)	7 (5,4%)	
ANALFABETO/A	42 (31,8%)	37 (28,7%)	
ACTIVIDAD PROFESIONAL			
DESEMPLEADO/A	56 (42,4%)	52 (40,3%)	0,152
EMPLEADO/A	51 (38,6%)	40 (31,0%)	
PENSIONISTA	25 (18,9%)	37 (28,7%)	

**Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

* Estadísticamente significativo.

TABLA 10 (Cont.)- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

VARIABLE* PERSECUTORIO vs RESTO SUBTIPOS	RESTO SUBTIPOS	GRUPO PERSECUTORIO	VALOR DE P **
ESTADO CIVIL			
SOLTERO/A	36 (27,3%)	42 (32,6%)	0,005*
CASADO/A	87 (65,9%)	60 (46,5%)	
VIUDO/A	3 (2,3%)	12 (9,3%)	
SEPARADO/A	4 (3,0%)	10 (7,8%)	
UNIÓN LIBRE	2 (1,5%)	5 (3,9%)	
CONVIVENCIA EN PAREJA SÍ	89 (67,4%)	65 (50,4%)	0,005*
NÚMERO DE HIJOS	1,82 (DE=1,96)	1,65 (DE=2,21)	0,975
CONVIVENCIA EN EL HOGAR			
FAMILIA ORIGEN	23 (17,4%)	27 (20,9%)	0,045*
FAMILIA PROPIA	88 (66,7%)	64 (49,6%)	
FAMILIA ACOGIDA	12 (9,1%)	20 (15,5%)	
RESIDENCIA/HOGAR	4 (3,0%)	5 (3,9%)	
SOLO	5 (3,8%)	13 (10,1%)	

**Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

* Estadísticamente significativo.

II.- RESULTADOS DEL TRASTORNO DELIRANTE.

1.- RESULTADOS DEL ANÁLISIS BIVARIANTE DE ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES MÉDICOS (EJE III) EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

TABLA 11.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS Y PERSONALES MÉDICOS (EJE III) Y PSIQUIÁTRICOS AGRUPADOS DE LOS PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

VARIABLE* PERSECUTORIO vs RESTO SUBTIPOS	RESTO SUBTIPOS	GRUPO PERSECUTORIO	VALOR DE P **
ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS SÍ	21 (15,9%)	12 (9,3%)	0,108
ANTECEDENTES PERSONALES MÉDICOS SÍ	75 (56,8%)	31 (24,0%)	0,000*
ANTECEDENTES PERSONALES MÉDICOS PATOL ORGÁNICA SÍ	25 (18,9%)	21 (16,3%)	
ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIÁTRICOS AGRUPADOS	50 (37,9%)	10 (7,8%)	0,000*
EPISODIO CELOTÍPICO	1 (,8%)	0 (0,0%)	
ABUSO SEXUAL INFANCIA	1 (,8%)	0 (0,0%)	
EPISODIO PSICÓTICO	28 (21,2%)	5 (3,9%)	
NEUROSIS HIPOCONDRIACA	1 (,8%)	1 (0,8%)	
TRASTORNO ESTADO ÁNIMO	2 (1,5%)	4 (3,1)	
PERSONALIDAD SUSPICAZ	17 (12,9%)	0 (0,0%)	

**Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

* Estadísticamente significativo.

TABLA 12.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LAS VARIABLES ANTECEDENTES PERSONALES EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

VARIABLE* PERSECUTORIO vs RESTO SUBTIPOS	RESTO SUBTIPOS	GRUPO PERSECUTORIO	VALOR DE P **
SORDERA CEGUERA PREMÓRBIDA	5 (3,8%)	12 (9,3%)	0,071
INMIGRACIÓN/EMIGRACIÓN	32 (24,2%)	23 (17,8%)	0,204
TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFÁLICO (1)	1 (,8%)	1 (,8%)	0,987
CONSUMO DE SUSTANCIAS	5 (3,8%)	1 (,8%)	0,104
CONSUMO DE ALCOHOL	25 (18,9%)	19 (14,7%)	0,364
INTENTO SUICIDIO	18 (13,6%)	8 (6,2%)	0,045*
PROBLEMAS LEGALES	15 (11,4%)	15 (11,6%)	0,947
ENCARCELAMIENTO	1 (,8%)	3 (2,3%)	0,303
PROBLEMAS CONYUGALES	57 (43,2%)	22 (17,1%)	0,000*
HETEROAGRESIVIDAD	16 (12,1%)	19 (14,7%)	0,537
TRASTORNOS CONDUCTA ALIMENTARIA	2 (1,5%)	0 (,0%)	0,160
ESTRESANTE <3M	38 (28,8%)	31 (24,0%)	0,384

**Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

* Estadísticamente significativo. (1) En todos los casos confirmados de Traumatismo Cráneo-Encefálico, no se registró pérdida de conciencia.

2.-CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DELIRANTE (EJE I).

2. A.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE LA PRESENTACIÓN DEL CUADRO CLÍNICO EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

TABLA 13.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE EDAD, FORMA DE INICIO, INICIATIVA DE SOLICITUD DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA, EDAD A LA 1ª CONSULTA Y TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE INICIO DEL TRASTORNO DELIRANTE DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

VARIABLE* PERSECUTORIO vs RESTO SUBTIPOS	RESTO SUBTIPOS	GRUPO PERSECUTORIO	VALOR DE P **
EDAD INICIO TRASTORNO DELIRANT.	40,34 (DE=14,56)	42,87 (DE=15,43)	0,442
FORMA DE INICIO			
AGUDA<3MESES	28 (21,2%)	24 (18,6%)	0,598
INSIDIOSA>3MESES	104 (78,8%)	105 (81,4%)	
INICIATIVA SOLICIT ATº PSIQUIATRICA			
INICIATIVA PROPIA	16 (12,1%)	17 (13,2%)	0,036 *
FAMILIAORIGEN(PADRES)	8 (6,1%)	15 (11,6%)	
FAMILIA PROPIA	27 (20,5%)	25 (19,4%)	
FAMILIA ACOGIDA	2 (1,5%)	8 (6,2%)	
RESIDENCIA/HOGAR	3 (2,3%)	2 (1,6%)	
LEGAL	0 (0,0%)	5 (3,9%)	
DERIVACIÓN MÉDICA	76 (57,6%)	56 (43,4%)	
AMISTADES	0 (0,0%)	1 (0,8%)	
EDAD 1ªCONSULTA PSQ/AÑOS	43,81 (DE=15,42)	46,10 (DE=16,06)	0,343
TIEMPO DESDE INICIO/MESES	44,01 (DE=83,81)	42,40 (DE=99,11)	0,591

**Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

* Estadísticamente significativo.

2. B.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE LA SÍNTOMATOLOGÍA DELIRANTE PSICÓTICA (SCDI) (EJE I) EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

TABLA 14.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE TIPOS DE IDEAS DELIRANTES Y ALUCINACIONES EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

VARIABLE* PERSECUTORIO vs RESTO SUBTIPOS	RESTO SUBTIPOS	GRUPO PERSECUTORIO	VALOR DE P **
IDEAS DE REFERENCIA	92 (69,7%)	127 (98,4%)	0,000 *
IDEAS DE PERSECUCIÓN	86 (65,2%)	128 (99,2%)	0,000 *
IDEAS DE GRANDIOSIDAD	38 (28,8%)	6 (4,7%)	0,000 *
IDEAS SOMÁTICAS	27 (20,5%)	7 (5,4%)	0,000 *
OTRAS IDEAS DELIRANTES	93 (70,5%)	7 (5,4%)	0,000 *
ALUCINACIONES AUDITIVAS	42 (31,8%)	51 (39,5%)	0,193
ALUCINACIONES VISUAL	15 (11,4%)	18 (14,0%)	0,529
ALUCINACIONES TÁCTILES	2 (1,5%)	0 (0,0%)	0,160
OTRAS ALUCINACIONES	5 (3,8%)	4 (3,1%)	0,761

**Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

* Estadísticamente significativo.

2. C.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE LA VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA DISCAPACIDAD (EJE V) EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

TABLA 15.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE ESCALA DE FUNCIONALIDAD EEAG Y DE DISCAPACIDAD SDI (EJE V) EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

VARIABLE* PERSECUTORIO vs RESTO SUBTIPOS	RESTO SUBTIPOS	GRUPO PERSECUTORIO	VALOR DE P **
EEAG	30,39 (DE=6,92)	28,57 (DE=4,47)	0,014 *
SDI 1 INDIVIDUAL	26,16 (DE=5,45)	26,40 (DE=5,59)	0,784
SDI 2 ESTRÉS	8,57 (DE=1,89)	9,17 (DE=1,75)	0,036 *
SDI 3 APOYO SOCIAL	38,27 (DE=32,06)	33,33 (DE=20,40)	0,000 *
SDI TOTAL	73,00 (DE=33,43)	68,91 (DE=21,11)	0,000 *

**Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

* Estadísticamente significativo.

3.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

TABLA 16.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE INFORMES SOCIALES, TOTAL CONSULTAS MÉDICAS, VISITAS DE URGENCIA, INGRESOS HOSPITALARIOS Y DE DÍAS DE BAJA LABORAL EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

VARIABLE* PERSECUTORIO vs RESTO SUBTIPOS	RESTO SUBTIPOS	GRUPO PERSECUTORIO	VALOR DE P **
EXISTENCIA INFORMES ASISTENCIA SOCIAL	14 (10,6%)	9 (7,0%)	0,301
Nº TOTAL CONSULTAS	9,50 (DE=10,78)	6,97 (DE=8,60)	0,016 *
Nº TOTAL VISITAS URGENCIA	,13 (DE=,38)	,12 (DE=,52)	0,991
Nº VISITAS URGENCIA SÍ	15 (11,4%)	10 (7,8%)	0,322
Nº TOTAL INGRESOS HOSPITALARIOS	1,17 (DE=1,75)	1,23 (DE=2,15)	0,633
INGRESOS HOSPITALARIOS SÍ	64 (48,5%)	64 (49,6%)	0,855
TOTAL DIAS BAJA LABORAL	70,14 (DE=,229,15)	82,28 (DE=,320,12)	0,396
BAJA LABORAL SÍ	30 (22,7%)	26 (20,2%)	0,613

**Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

* Estadísticamente significativo.

4.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

TABLA 17.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO Y PRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

ADHESIÓN TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO	RESTO SUBTIPOS	GRUPO PERSECUTORIO	VALOR DE P **
OLVIDA ALGUNA VEZ TOMAR MEDICAMENTOS	13 (9,8%)	7 (5,4%)	0,298
TOMA A LAS HORAS INDICADAS	75 (56,8%)	79 (61,2%)	
SÍ BIEN, DEJA DE TOMAR MEDICACIÓN	21 (15,9%)	13 (10,1%)	
SÍ MAL, DEJA DE TOMAR MEDICACIÓN	10 (7,6%)	15 (11,6%)	
NO EXISTEN DATOS	13 (9,8%)	15 (11,6%)	
TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO SÍ	50 (37,9%)	57 (44,2%)	0,300

**Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

* Estadísticamente significativo.

5.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES PROCEDENTES DE LA EXISTENCIA DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES (EJE IV) EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

TABLA 18.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LAS VARIABLES ESPECIFICADAS DE PRESENCIA DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

PROBLEMAS GRUPO 1ª DE APOYO* PERSECUTORIO vs RESTO SUBTIPOS	RESTO SUBTIPOS	GRUPO PERSECUTORIO	VALOR DE P **
NO/DETECTADO	62 (47,0%)	57 (44,2%)	0,023*
FALLECIMIENTO MIEMBRO FAMILIAR	16 (12,1%)	15 (11,6%)	
PROBL SALUD FAMILIA	17 (12,9%)	8 (6,2%)	
PERTURBACIÓN FAMILIAR POR SEPARACIÓN	6 (4,5%)	6 (4,7%)	
DIVORCIO O ABANDONO	3 (2,3%)	14 (10,9%)	
CAMBIO HOGAR	7 (5,3%)	15 (11,6%)	
NUEVO MATRIMONIO DE UNO DE LOS PADRES	0 (0,0%)	1 (0,8%)	
ABANDONO NIÑO	1 (0,8%)	0 (0,0%)	
DISCIPLINA INADECUADA	0 (0,0%)	2 (1,6%)	
CONFLICTO HERMANOS	3 (2,3%)	3 (2,3%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	17 (12,9%)	8 (6,2%)	
PROBLEMAS GRUPO 1ª SÍ	70 (53,0%)	72 (55,8%)	0,652
PROBLEMAS ÁMBITO SOCIAL * PERSECUTORIO vs RESTO SUBTIPOS			
NO/DETECTADO	59 (44,7%)	49 (38,0%)	0,090
FALLECIMIENTO O PÉRDIDA DE UN AMIGO	7 (5,3%)	2 (1,6%)	
APOYO SOCIAL INADECUADO	55 (41,7%)	58 (45,0%)	
VIVIR SOLO	5 (3,8%)	14 (10,9%)	
DIFICULTADES PARA ADAPTARSE A OTRA CULTURA.	3 (2,3%)	5 (3,9%)	
ADAPTACION CICLOS VITALES	3 (2,3%)	1 (0,8%)	
PROBLEMAS ÁMBITO SOCIAL SÍ	73 (55,3%)	80 (62,0%)	0,271
PROBL. RELATIV A LA ENSEÑANZA * PERSECUTORIO vs RESTO SUBTIPOS			
NO/DETECTADO	116 (87,9%)	119 (92,2%)	0,735
ANALFABETISMO	12 (9,1%)	6 (4,7%)	
PROBLEMAS ACADÉMICOS	2 (1,5%)	2 (1,6%)	
CONFLICTOS CON COMPAÑEROS DE CLASE	1 (,8%)	1 (,8%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	1 (,8%)	1 (,8%)	
PROBLEMAS RELATIVOS A LA ENSEÑANZA SÍ	16 (12,1%)	10 (7,8%)	0,239

**Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

* Estadísticamente significativo.

TABLA 18 (Cont.).- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LAS VARIABLES ESPECIFICADAS DE PRESENCIA DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES POR GRUPO VERSUS PERSECUTORIO.

PROBLEMAS LABORALES * PERSECUTORIO vs RESTO SUBTIPOS	RESTO SUBTIPOS	GRUPO PERSECUTORIO	VALOR DE P **
NO/DETECTADO	83 (62,9%)	62 (48,1%)	0,070
DESEMPLEO	31 (23,5%)	40 (31,0%)	
AMENAZA PÉRDIDA EMPLEO	3 (2,3%)	4 (3,1%)	
TRABAJO ESTRESANTE	1 (0,8%)	3 (2,3%)	
CONDICIONES LABOR. DIFÍCILES	7 (5,3%)	6 (4,7%)	
INSATISFACCIÓN LABORAL	1 (0,8%)	2 (1,6%)	
CAMBIO TRABAJO	2 (1,5%)	5 (3,9%)	
CONFLICTOS JEFE/COMPAÑEROSTRABAJO	1 (0,8%)	7 (5,4%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	3 (2,3%)	0 (0,0%)	
PROBLEMAS LABORALES SÍ	49 (37,1%)	67 (51,9%)	
PROBL VIVIENDA * PERSECUTORIO vs RESTO SUBTIPOS			
NO/DETECTADO	114 (86,4%)	105 (81,4%)	0,528
FALTA DE HOGAR	3 (2,3%)	5 (3,9%)	
VIVIENDA INADECUADA	4 (3,0%)	9 (7,0%)	
VECINDAD INSALUDABLE	1 (,8%)	0 (0,0%)	
CONFLICTOS CON VECINOS/PROPIETARIOS	8 (6,1%)	9 (7,0%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	2 (1,5%)	1 (,8%)	
PROBLEMAS VIVIENDA SÍ	18 (13,6%)	24 (18,6%)	0,275
PROBLEMAS ECONÓMICOS * PERSECUTORIO vs RESTO SUBTIPOS			
NO/DETECTADO	102 (77,3%)	83 (64,3%)	0,150
POBREZA EXTREMA	2 (1,5%)	3 (2,3%)	
ECONOMÍA INSUFICIENTE	25 (18,9%)	39 (30,2%)	
AYUDAS SOCIOECONÓMICAS INSUFICIENTES	3 (2,3%)	4 (3,1%)	
PROBLEMAS ECONÓMICOS SÍ	30 (22,7%)	46 (35,7%)	0,021 *

**Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas. * Estadísticamente significativo.

TABLA 18 (Cont.)- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LAS VARIABLES ESPECIFICADAS DE PRESENCIA DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

PROBLEMAS DE ACCESO AL SISTEMA ASISTENCIA SANITARIA * PERSECUTORIO vs RESTO SUBTIPOS	RESTO SUBTIPOS	GRUPO PERSECUTORIO	VALOR DE P **
NO/DETECTADO	128 (97,0%)	118 (91,5%)	0,366
SERVICIOS MÉDICOS INADECUADOS	3 (2,3%)	7 (5,4%)	
FALTA DE TRANSPORTE	1 (,8%)	2 (1,6%)	
SEGURO MÉDICO INADECUADO	0 (,0%)	1 (,8%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	0 (,0%)	1 (,8%)	
PROBL. DE ACCESO AL SIST. ASISTENCIA SANITARIA SÍ	4 (3,0%)	11 (8,5%)	0,056
PROBLEMAS DE INTERACCIÓN CON EL SISTEMA LEGAL Y EL CRIMEN * PERSECUTORIO vs RESTO SUBTIPOS			
NO/DETECTADO	117 (88,6%)	107 (82,9%)	0,627
ARRESTOS	2 (1,5%)	4 (3,1%)	
ENCARCELAMIENTO	2 (1,5%)	1 (,8%)	
JUICIOS	7 (5,3%)	8 (6,2%)	
VICTIMA ACTO CRIMINAL	1 (,8%)	3 (2,3%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	3 (2,3%)	6 (4,7%)	
PROBL. DE INTERACCIÓN SIST. LEGAL Y EL CRIMEN SÍ	15 (11,4%)	22 (17,1%)	0,188
PROBL. PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES * PERSECUTORIO vs RESTO SUBTIPOS			
NO/DETECTADO	132 (100,0%)	121 (93,8%)	0,038*
CONFLICTOS CUIDADORES NO-FAMILIARES	0 (,0%)	2 (1,6%)	
AUSENCIA DE SERVICIOS SOCIALES	0 (,0%)	5 (3,9%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	0 (,0%)	1 (,8%)	
PROBL PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES SÍ	0 (,0%)	8 (6,2%)	0,004*

**Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas. * Estadísticamente significativo.

6.- RESULTADOS PROCEDENTES DE LAS VARIABLES DE EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.

TABLA 19.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LA EVOLUCIÓN TEMÁTICA DEL DELIRIO Y TIPO DE CURSO DEL TRASTORNO DELIRANTE EN PACIENTES DEL GRUPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE PACIENTES AGRUPADOS.

EVOLUCIÓN TEMÁTICA DEL DELIRIO	RESTO SUBTIPOS	GRUPO PERSECUTORIO	VALOR DE P **
MONOTEMÁTICO	114 (86,4%)	128 (99,2%)	0,000*
POLITEMÁTICO (MIXTO)	18 (13,6%)	1 (0,8%)	
TIPO DE CURSO DEL TRASTORNO DELIRANTE CRÓNICO VS FÁSICO			
CRÓNICO ININTERRUMPIDO	80 (60,6%)	80 (62,0%)	0,815
FÁSICO REMISIÓN	52 (39,4%)	49 (38,0%)	

**Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

* Estadísticamente significativo.

7- RESULTADOS PROCEDENTES DE LA RLM.

Para valorar las posibles variables que se asocian con la pertenencia al subtipo clínico persecutorio, independientemente de las variables descritas como Factores Asociados, se realizó un análisis de Regresión Logística Múltiple. La variable dependiente considerada fue la pertenencia al subtipo clínico persecutorio.

TABLA 20.- FACTORES ASOCIADOS AL SUBTIPO PERSECUTORIO EN EL ANALISIS MULTIVARIANTE.

Variables	Odds Ratio	Límite inferior de IC 95%	Límite superior de IC 95%	Valor de p
ANTECEDENTES PERSONALES MÉDICOS	0,147	0,069	0,312	0,000
SORDERA/ CEGUERA	0,112	0,022	0,563	0,008
CONSUMO ALCOHOL	3,260	1,213	8,762	0,019
INTENTO SUICIDIO	0,056	0,014	0,216	0,000
PROBLEMAS CONYUGALES	10,096	4,080	24,983	0,000
PROBLEMAS GRUPO PRIMARIO	2,452	1,167	5,154	0,018
PROBLEMAS VIVIENDA	0,485	0,180	1,308	0,153
PROBLEMAS ECONOMICOS	4,407	1,858	10,452	0,001
PROBLEMAS ACCESO SISTEMA SANITARIO	8,164	1,548	43,045	0,013
HETERO AGRESIVIDAD	0,407	0,143	1,160	0,093
ESTRÉS<3M	2,108	0,966	4,599	0,061
FORMA INICIO	0,465	0,188	1,150	0,097
INGRESO HOSPITAL	1,727	0,759	3,925	0,192
INFORME ASISTENTE SOCIAL	2,986	0,842	10,599	0,090
EEAG (GAF)	0,871	0,815	0,931	0,000
SDI DISCAPACIDAD INIVIDUAL	0,925	0,844	1,014	0,097
SDI ESTRÉS	1,341	1,049	1,715	0,019
SDI APOYO SOCIAL	0,974	0,959	0,989	0,001
EVOLUCIÓN TEMA TD	26,515	4,189	167,849	0,000

Prueba de Hosmer y Lemeshow de bondad de ajuste: 0,803

Apartado III: ANÁLISIS BIVARIANTE DEL INTENTO DE SUICIDIO EN EL TRASTORNO DELIRANTE

I.- RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

I.A.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO. Tabla 21.

II.- RESULTADOS DEL TRASTORNO DELIRANTE

1.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LOS ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES (EJE III) EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO. Tabla 22 y 23.

2.- CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DELIRANTE.

2. A.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE LA PRESENTACIÓN DEL CUADRO CLÍNICO EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO. Tabla 24.

2. B.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE LA SINTOMATOLOGÍA DELIRANTE PSICÓTICA (SCDI) (EJE I) EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO. Tabla 25.

2. C.- RESULTADOS DE LA VARIABLE DIAGNÓSTICO CLÍNICO DSM-IV-TR EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO. Tabla 26.

2. D.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE LA VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO. Tabla 27.

3.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO. Tabla 28.

4.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DEL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DELIRANTE EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO. Tabla 29.

5.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE LAS EXISTENCIA DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES (EJE-IV) EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO. Tabla 30.

6.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO. Tabla 31.

7.- RESULTADOS PROCEDENTES DE LA RLM. Tabla 32.

ANÁLISIS BIVARIANTE DEL INTENTO DE SUICIDIO EN EL TRASTORNO DELIRANTE. De los 261 casos diagnosticados de Trastorno Delirante según criterios DSM-IV y V, el 10% de los pacientes realizaron intento de suicidio. Presentamos el estudio estadístico Análisis Bivariante de estos 26 casos (100%). De ellos, 6 casos intentaron el suicidio mediante la ingesta masiva de psicofármacos; 5 casos se autolesionaron con arma blanca (navaja, cuchillo, bayoneta); 4 casos precipitándose desde sima y edificios; 2 por ahorcamiento; 1 por inhalación de gas y en 8 casos no figuraban datos, pues ni la familia reveló en la consulta el método empleado, ni este figuraba en los informes médicos de los servicios de urgencia. Del total de ellos, 8 casos requirieron hospitalización y en dos se registró más de un intento. Un caso, sin antecedentes previos, consumó el intento de suicidio. Los pacientes pertenecientes al “Grupo intento de suicidio sí” suponían el 10% (26 casos) y el restante 90% (235 casos) constituyeron el “Grupo intento de suicidio no”.

I.- RESULTADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

I.A.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

TABLA 21.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE SEXO, EDAD, DISTRITO SANITARIO DE RESIDENCIA, NIVEL DE FORMACIÓN Y ACTIVIDAD PROFESIONAL EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

VARIABLE* INTENTO de SUICIDIO	INTENTO SUICIDIO NO	INTENTO SUICIDIO SI	VALOR DE P **
SEXO Hombre	122 (51,9%)	16 (61,5%)	0,351
Mujer	113 (48,1%)	10 (38,5%)	
EDAD	47,58 (DE=17,6)	47,55 (DE=15,31)	0,993
DISTRITO SANITARIO			
ÁREA GESTIÓN SANITARIA NORTE	37 (15,7%)	3 (11,5%)	0,365
DISTRITO SANITARIO GUADALQUIVIR	28 (11,9%)	4 (15,4%)	
DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA	92 (39,1%)	14 (53,8%)	
DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA SUR	78 (33,2%)	5 (19,2%)	
NIVEL DE FORMACIÓN			
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS SUPERIORES	4 (1,7%)	0 (0,0%)	0,192
ESTUDIOS TÉCNICOS/DIPLOMADOS	9 (3,8%)	1 (3,8%)	
ESTUDIOS SUPERIORES INCOMPLETOS	29 (12,3%)	1 (3,8%)	
SECUNDARIOS	82 (34,9%)	13 (50,0%)	
PRIMARIOS	36 (15,3%)	7 (26,9%)	
ANALFABETO/A	75 (31,9%)	4 (15,4%)	
ACTIVIDAD PROFESIONAL			
DESEMPLEADO/A	100 (42,6%)	8 (30,8%)	0,505
EMPLEADO/A	80 (34,0%)	11 (42,3%)	
PENSIONISTA	55 (23,4%)	7 (26,9%)	

* Estadísticamente significativo. **Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

TABLA 21 (Cont.).-ANÁLISIS BIVARIANTE DEL ESTADO CIVIL, CONVIVENCIA EN PAREJA NÚMERO DE HIJOS, CONVIVENCIA EN EL HOGAR EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

VARIABLE * INTENTO de SUICIDIO	INTENTO SUICIDIO NO	INTENTO SUICIDIO SI	VALOR DE P **
ESTADO CIVIL			
SOLTERO/A	67 (28,5%)	11 (42,3%)	0,540
CASADO/A	135 (57,4%)	12 (46,2%)	
VIUDO/A	13 (5,5%)	2 (7,7%)	
SEPARADO/A	13 (5,5%)	1(3,8%)	
UNIÓN LIBRE	7 (3,0%)	0 (,0%)	
CONVIVENCIA EN PAREJA SÍ	142 (60,4%)	12 (46,2%)	0,160
NÚMERO DE HIJOS	1,77 (DE=2,096)	1,42 (DE=1,983)	0,421
CONVIVENCIA EN EL HOGAR			
FAMILIA ORIGEN	43 (18,3%)	7 (26,9%)	0,341
FAMILIA PROPIA	138 (58,7%)	14 (53,8%)	
FAMILIA ACOGIDA	29 (12,3%)	3 (11,5%)	
RESIDENCIA/HOGAR	7 (3,0%)	2 (7,7%)	
SOLO	18 (7,7%)	0 (,0%)	

**Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

* Estadísticamente significativo.

II.- RESULTADOS DEL TRASTORNO DELIRANTE

1.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE ANTECEDENTES FAMILIARES Y PERSONALES EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

TABLA 22.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LAS VARIABLES ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

VARIABLE * INTENTO de SUICIDIO	INTENTO SUICIDIO	INTENTO SUICIDIO SI	VALOR DE P **
ANTECEDENTES FAMILIARES PSIQUIÁTRICOS SI	29 (12,3%)	4 (15,4%)	0,658
ANTECEDENT PERSONALES MÉDICOS SI	94 (40,0%)	12 (46,2%)	0,544
ANTECEDENT PERS. MÉDICOS DE PATOL ORGÁNICA SI	41 (17,4%)	5(19,2%)	0,824
ANTECEDENTES PERSONALES PSIQUIÁTRICOS AGRUPADOS	53 (22,6%)	7 (26,9%)	
EPISODIO CELOTÍPICO	1 (,4%)	0 (,0%)	0,191
ABUSO SEXUAL INFANCIA	0 (,0%)	1 (3,8%)	
EPISODIO PSICÓTICO	30 (12,8%)	3 (11,5%)	
NEUROSIS HIPOCONDRIACA	2 (,9%)	0 (,0%)	
TRASTORNO ESTADO ÁNIMO	5 (2,1%)	1 (3,8%)	
PERSONALIDAD SUSPICAZ	15 (6,4%)	2 (7,7%)	

* Estadísticamente significativo. **Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

TABLA 23.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LAS VARIABLES ANTECEDENTES PERSONALES RECOGIDAS EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

VARIABLE * INTENTO de SUICIDIO	INTENTO SUICIDIO NO	INTENTO SUICIDIO SI	VALOR DE P **
SORDERA CEGUERA PREMÓRBIDA	12 (5,1%)	5 (19,2%)	0,006 *
INMIGRACIÓN/EMIGRACIÓN	47 (20,0%)	8 (30,8%)	0,201
TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFÁLICO SI	2 (,9%)	0 (,0%)	0,637
CONSUMO DE SUSTANCIAS	4 (1,7%)	2 (7,7%)	0,053
CONSUMO DE ALCOHOL	42 (17,9%)	2 (7,7%)	0,188
PROBLEMAS LEGALES	26 (11,1%)	4 (15,4%)	0,512
ENCARCELAMIENTO	3 (1,3%)	1 (3,8%)	0,312
PROBLEMAS CONYUGALES	74 (31,5%)	5 (19,2%)	0,197
HETEROAGRESIVIDAD	29 (12,3%)	6 (23,1%)	0,127
TRAST. CONDUCTA ALIMENTARIA	1 (,4%)	1 (3,8%)	0,058
ESTRESANTE <3M	60 (25,5%)	9 (34,6%)	0,319

* Estadísticamente significativo. **Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

2.-CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DELIRANTE.

2. A.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE LA PRESENTACIÓN DEL CUADRO CLÍNICO EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

TABLA 24.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LAS VARIABLES DE LA PRESENTACIÓN DEL CUADRO CLÍNICO EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

VARIABLE * INTENTO de SUICIDIO	INTENTO SUICIDIO NO	INTENTO SUICIDIO SI	VALOR DE P **
EDAD INICIO TRASTORNO DELIRANTE	41,47 (DE=14,58)	42,69 (DE=18,82)	0,694
FORMA DE INICIO			
AGUDA<3MESES	47 (20,0%)	5 (19,2)	0,925
INSIDIOSA>3MESES	188 (80,0%)	21 (80,6%)	
INICIAT SOLIC AT° PSQUIATRÍA	4,80 (DE=2,38)	5,15 (DE=2,48)	0,475
EDAD 1ª CONS PSQUIATR/AÑOS	44,86 (DE=15,53)	45,65 (DE=17,97)	0,809
TIEMPO DESDE INICIO/MESES	45,47 (DE=95,26)	22,77 (DE=40,97)	0,231

* Estadísticamente significativo. **Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

2. B.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE LA SINTOMATOLOGÍA DELIRANTE PSICÓTICA (SCDI) EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

TABLA 25.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LOS TIPOS DE IDEAS DELIRANTES Y ALUCINACIONES EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

VARIABLE * INTENTO de SUICIDIO	INTENTO SUICIDIO NO	INTENTO SUICIDIO SI	VALOR DE P **
IDEAS DE REFERENCIA	201 (85,5%)	18 (69,2%)	0,032 *
IDEAS DE PERSECUCIÓN	196 (83,4%)	18 (69,2%)	0,074
IDEAS DE GRANDIOSIDAD	37 (15,7%)	7 (26,9%)	0,149
IDEAS SOMÁTICAS	32 (13,6%)	2 (7,7%)	0,394
OTRAS IDEAS DELIRANTES	88 (37,4%)	12 (46,2%)	0,386
ALUCINACIONES AUDITIVAS	83 (35,3%)	10 (38,5%)	0,751
ALUCINACIONES VISUAL	30 (12,8%)	3 (11,5%)	0,858
ALUCINACIONES TÁCTILES	2 (,9%)	0 (,0%)	0,637
OTRAS ALUCINACIONES	8 (3,4%)	1 (3,8%)	0,907

* Estadísticamente significativo. **Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

2. C.- RESULTADOS DE LA VARIABLE DIAGNOSTICO CLINICO DSM-IV-TR y V POR SUBTIPO DE TRASTORNO DELIRANTE EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

TABLA 26.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LA DISTRIBUCIÓN POR SUBTIPOS CLÍNICOS DE TRASTORNO DELIRANTE EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

VARIABLE * INTENTO de SUICIDIO	INTENTO SUICIDIO NO	INTENTO SUICIDIO SI	VALOR DE P **
EROTOMANÍACO	11 (84,6%)	2 (15,4%)	0.236
GRANDIOSIDAD	25 (80,6%)	6 (19,4%)	
CELOTÍPICO	45 (88,2%)	6 (11,8%)	
SOMÁTICO	17 (94,4%)	1 (5,6%)	
MIXTO	16 (84,2%)	3 (15,8%)	
TOTAL OTROS SUBTIPOS	114 (86,4%)	18 (13,6%)	
GRUPO PERSECUTORIO	121 (93,8%)	8 (6,2%)	0,045 *

* Estadísticamente significativo. **Prueba de Chi Cuadrado.

2. D.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE LA VALORACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD Y DE LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

TABLA 27.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LA ESCALA DE FUNCIONALIDAD EEAG Y DE DISCAPACIDAD SDI EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

VARIABLE * INTENTO de SUICIDIO	INTENTO SUICIDIO NO	INTENTO SUICIDIO SI	VALOR DE P **
EEAG	29,94 (DE=5,43)	25,42 (DE=8,20)	0,000 *
SDI 1 INDIVIDUAL	25,98 (DE=5,68)	28,96 (DE=2,41)	0,009 *
SDI 2 ESTRÉS	8,79 (DE=1,89)	9,54 (DE=1,14)	0,050 *
SDI 3 APOYO SOCIAL	35,02 (DE=26,70)	43,15 (DE=29,03)	0,145
SDI TOTAL	69,80 (DE=27,69)	81,65 (DE=29,58)	0,041 *

3.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS SANITARIOS EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

TABLA 28.- ANÁLISIS BIVARIANTE DEL TOTAL CONSULTAS MÉDICAS, VISITAS DE URGENCIA, INGRESOS HOSPITALARIOS, Y DÍAS BAJA LABORAL EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

VARIABLE * INTENTO de SUICIDIO	INTENTO SUICIDIO NO	INTENTO SUICIDIO SI	VALOR DE P **
EXISTENCIA INFORMES DE ASISTENCIA SOCIAL	18 (7,7%)	5 (19,2%)	0,048 *
Nº TOTAL CONSULTAS	8,01 (DE=9,47)	10,38 (DE=12,60)	0,243
VISITAS DE URGENCIAS SÍ	23 (9,8%)	2 (7,7%)	0,731
Nº TOTAL VISITAS URGENCIA	,13 (DE=,45)	,12 (DE=,43)	0,895
INGRESOS HOSPITALARIOS SÍ	108 (46,0%)	20 (76,9%)	0,003 *
Nº TOTAL INGRESOS HOSPITAL	1,17 (DE=2,02)	1,54 (DE=1,17)	0,358
BAJA LABORAL SÍ	187 (79,6%)	18 (69,2%)	0,223
TOTAL DÍAS BAJA LABORAL	71,59 (DE=277,70)	117,27 (DE=276,44)	0,427

* Estadísticamente significativo. **Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

4.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DEL TRATAMIENTO.

TABLA 29 - ANÁLISIS BIVARIANTE DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO Y PRESCRIPCIÓN DE ANTIDEPRESIVOS EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SÍ VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

VARIABLE * INTENTO de SUICIDIO	INTENTO SUICIDIO NO	INTENTO SUICIDIO SÍ	VALOR DE P **
ADHESIÓN TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO			
OLVIDA ALGUNA VEZ TOMAR MEDICAMENTOS	17 (7,2%)	3 (11,5%)	0,590
TOMA A LAS HORAS INDICADAS	139 (59,1%)	15 (57,7%)	
SÍ BIEN, DEJA DE TOMAR MEDICACIÓN	29 (12,3%)	5 (19,2%)	
SÍ MAL DEJA DE TOMAR MEDICACIÓN	23 (9,8%)	2 (7,7%)	
NO EXISTEN DATOS	27 (11,5%)	1 (3,8%)	
TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO SÍ	99 (42,1%)	8 (30,8%)	0,264

* Estadísticamente significativo. **Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

5.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES PROCEDENTES DE LAS EXISTENCIA DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

TABLA 30.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LA PRESENCIA DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

PROBLEMAS GRUPO 1ª DE APOYO * INTENTO de SUICIDIO	INTENTO SUICIDIO NO	INTENTO SUICIDIO SI	VALOR DE P **
NO/DETECTADO	113 (48,1%)	6 (23,1%)	0,013 *
FALLECIMIENTO MIEMBRO FAMILIAR	26 (11,1%)	5 (19,2%)	
PROBLEMAS SALUD FAMILIA	21 (8,9%)	4 (15,4%)	
PERTURBACIÓN FAMILIAR POR SEPARACIÓN	11 (4,7%)	1 (3,8%)	
DIVORCIO O ABANDONO	16 (6,8%)	1 (3,8%)	
CAMBIO HOGAR	21 (8,9%)	1 (3,8%)	
NUEVO MATRIMONIO DE UNO DE LOS PADRES	1 (,4%)	0 (,0%)	
ABANDONO NIÑO	0 (,0%)	1 (3,8%)	
DISCIPLINA INADECUADA	2 (,9%)	0 (,0%)	
CONFLICTO HERMANOS	4 (1,7%)	2 (7,7%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	20 (8,5%)	5 (19,2%)	
PROBLEMAS GRUPO 1ª SI	122 (51,9%)	20 (76,9%)	0,015 *
PROBLEMAS ÁMBITO SOCIAL * INTENTO de SUICIDIO			
NO/DETECTADO	98 (41,7%)	10 (38,5%)	0,763
FALLECIMIENTO O PERDIDA DE UN AMIGO	7 (3,0%)	2 (7,7%)	
APOYO SOCIAL INADECUADO	101 (43,0%)	12 (46,2%)	
VIVIR SOLO	18 (7,7%)	1 (3,8%)	
DIFICULTADES PARA ADAPTARSE A OTRA CULTURA.	7 (3,0%)	1 (3,8%)	
ADAPTACIÓN CICLOS VITALES	4 (1,7%)	0 (,0%)	
PROBLEMAS ÁMBITO SOCIAL SÍ	137 (58,3%)	16 (61,5%)	0,750
PROBLEMAS RELATIVOS A LA ENSEÑANZA * INTENTO de SUICIDIO			
NO/DETECTADO	211 (89,8%)	24 (92,3%)	0,920
ANALFABETISMO	16 (6,8%)	2 (7,7%)	
PROBLEMAS ACADÉMICOS	4 (1,7%)	0 (,0%)	
CONFLICTOS COMPAÑEROS DE CLASE	2 (,9%)	0 (,0%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	2 (,9%)	0 (,0%)	
PROBL. RELAT A LA ENSEÑANZA SÍ	24 (10,2%)	2 (7,7%)	0,684

* Estadísticamente significativo. ** Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

TABLA 30 (Cont.).- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LAS VARIABLES ESPECIFICADAS DE LA PRESENCIA DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

PROBLEMAS LABORALES INTENTO de SUICIDIO	INTENTO SUICIDIO NO	INTENTO SUICIDIO SI	VALOR DE P **
NO/DETECTADO	130 (55,3%)	15 (57,7%)	0,714
DESEMPLEO	65 (27,7%)	6 (23,1%)	
AMENAZA PÉRDIDA EMPLEO	7 (3,0%)	0 (,0%)	
TRABAJO ESTRESANTE	3 (1,3%)	1 (3,8%)	
CONDICIONES LABOR. DIFÍCILES	11 (4,7%)	2 (7,7%)	
INSATISFACCIÓN LABORAL	3 (1,3%)	0 (,0%)	
CAMBIO TRABAJO	7 (3,0%)	0 (,0%)	
CONFLICTOS JEFE/COMPAÑEROSTRABAJO	7 (3,0%)	1 (3,8%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	2 (,9%)	1 (3,8%)	
PROBLEMAS LABORALES SÍ	105 (44,7%)	11 (42,3%)	
PROBL. VIVIENDA *INTENTO de SUICIDIO			
NO/DETECTADO	196 (83,4%)	23 (88,5%)	0,656
FALTA DE HOGAR	8 (3,4%)	0 (,0%)	
VIVIENDA INADECUADA	12 (5,1%)	1 (3,8%)	
VECINDAD INSALUDABLE	1 (,4%)	0 (,0%)	
CONFLICTOS CON VECINOS/PROPIETARIOS	16 (6,8%)	1 (3,8%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	2 (,9%)	1 (3,8%)	
PROBLEMAS VIVIENDA SÍ	39 (16,6%)	3 (11,5%)	0,505
PROBLEMAS ECONÓMICOS * INTENTO de SUICIDIO			
NO/DETECTADO	169 (71,9%)	16 (61,5%)	0,521
POBREZA EXTREMA	5 (2,1%)	0 (,0%)	
ECONOMÍA INSUFICIENTE	55 (23,4%)	9 (34,6%)	
AYUDAS SOCIOECONÓMICAS INSUFICIENTES	6 (2,6%)	1 (3,8%)	
PROBLEMAS ECONÓMICOS SÍ	66 (28,1%)	10 (38,5%)	0,269
PROBL. ACCESO AL SISTEMA ASISTENCIA SANITARIA * INTENTO de SUICIDIO			
NO/DETECTADO	221 (94,0%)	25 (96,2%)	0,967
SERVICIOS MÉDICOS INADECUADOS	9 (3,8%)	1 (3,8%)	
FALTA DE TRANSPORTE	3 (1,3%)	0 (,0%)	
SEGURO MÉDICO INADECUADO	1 (,4%)	0 (,0%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	1 (,4%)	0 (,0%)	
PROBLEMAS DE ACCESO SIST. ASISTENCIA SANITARIA. SÍ	14 (6,0%)	1 (3,8%)	0,661

* Estadísticamente significativo. ** Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

TABLA 30 (Cont.)- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LAS VARIABLES ESPECIFICADAS DE LA PRESENCIA DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

VARIABLE * INTENTO de SUICIDIO	INTENTO SUICIDIO NO	INTENTO SUICIDIO SI	VALOR DE P **
PROBLEMAS DE INTERACCIÓN CON EL SISTEMA LEGAL Y EL CRIMEN			
NO/DETECTADO	204 (86,8%)	20 (76,9%)	0,057
ARRESTOS	5 (2,1%)	1 (3,8%)	
ENCARCELAMIENTO	2 (,9%)	1 (3,8%)	
JUICIOS	13 (5,5%)	2 (7,7%)	
VÍCTIMA ACTO CRIMINAL	2 (,9%)	2 (7,7%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	9 (3,8%)	0 (,0%)	
PROBLEMAS DE INTERACCIÓN CON EL SISTEMA LEGAL Y EL CRIMEN. SI	31 (13,2%)	6 (23,1%)	0,170
PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES * INTENTO de SUICIDIO			
NO/DETECTADO	227 (96,6%)	26 (100,0%)	0,822
CONFLICTOS CUIDADORES NO-FAMILIARES	2 (,9%)	0 (,0%)	
AUSENCIA DE SERVICIOS SOCIALES	5 (2,1%)	0 (,0%)	
OTROS PROBLEMAS NO DESCRITOS	1 (,4%)	0 (,0%)	
PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES. SÍ	8 (3,4%)	0 (,0%)	0,339

* Estadísticamente significativo. **Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

6.- RESULTADOS DE LAS VARIABLES DE EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

TABLA 31.- ANÁLISIS BIVARIANTE DE LA EVOLUCIÓN TEMÁTICA DEL DELIRIO, TIPO DE CURSO Y EVOLUCIÓN CRÓNICA VS FÁSICA EN PACIENTES DEL GRUPO CON INTENTO DE SUICIDIO SI VERSUS GRUPO INTENTO DE SUICIDIO NO.

VARIABLE * INTENTO de SUICIDIO	INTENTO SUICIDIO NO	INTENTO SUICIDIO SI	VALOR DE P **
EVOLUCIÓN TEMÁTICA DEL DELIRIO			
MONOTEMÁTICO	219 (93,2%)	23 (88,5%)	0,378
POLITEMÁTICO (MIXTO)	16 (6,8%)	3 (11,5%)	
TIPO DE CURSO DEL TRASTORNO DELIRANTE CRÓNICO VS FÁSICO			
CRÓNICO ININTERRUMPIDO	147 (62,6%)	13 (50,0%)	0,212
FÁSICO REMISIÓN	88 (37,4%)	13 (50,0%)	

* Estadísticamente significativo. **Prueba t de Student para variables cuantitativas y Chi Cuadrado para variables cualitativas.

7.- RESULTADOS PROCEDENTES DE LA RLM.

Para valorar las posibles variables que se asocian con la conducta suicida, independientemente de las variables descritas como Factores de Riesgo, se realizó un análisis de Regresión Logística Múltiple. La variable dependiente considerada fue la conducta suicida.

TABLA 32.- FACTORES ASOCIADOS AL INTENTO DE SUICIDIO EN EL ANALISIS MULTIVARIANTE

VARIABLES	ODDS RATIO	LÍMITE INFERIOR DE IC95%	LÍMITE SUPERIOR DE IC95%	VALOR DE P
SEXO MASCULINO	0,423	0,153	0,153	0,096
CONSUMO DE SUSTANCIAS	0,088	0,011	0,011	0,023
CONSUMO DE ALCOHOL	13,446	2,037	2,037	0,007
PROBL. CONYUGALES	2,788	0,834	0,834	0,096
PROBL. ECONOMICOS	2,262	0,788	0,788	0,129
IDEAS REFERENCIA	0,072	,018	0,018	0,000
IDEAS SOMATICAS	0,015	0,001	0,001	0,007
EEAG (GAF)	0,822	0,749	0,749	0,000
SDI INV DISCAPACIDAD	1,282	1,118	1,118	0,000
EVOLUCIÓN TEMA TD	0,262	0,056	0,056	0,088

Prueba de Hosmer y Lemeshow de bondad de ajuste del test: p 0,994

DISCUSIÓN

Tabla 33.- Estudios con criterios DSM sobre el Trastorno Delirante con n>50 casos.

	DPHM* (2015)	Gonzalez-Rodriguez et al. (2014)	Jadhav et al. (2014)	De Portugal et al. (2013)	De Portugal et al. (2009)	Grover et al. (2007)	Maina et al. (2001)	Hsiao et al. (1999)	Yamada et al. (1998)
Nº casos	261	97	53	86	370	88	64	86	54
Subtipo clínico **	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Persecutorio	49,4 (43,4-55,4)	74,2 (64,6 - 81,9)	22,64 (13,3 - 35,7)	59,3 (48,7 - 69,1)	47,4 (42,3 - 52,5)	54,5 (44,1 - 64,5)	40,6 (29,4 - 52,8)	70,9 (60,5 - 79,5)	51 (38,1 - 63,8)
Celofípico	19,5 (15,1 -24,8)	5,2 (2,0 - 11,9)	20,75 (11,8 - 33,6)	22,1 (14,6 - 32,0)	10,0 (7,3 - 13,5)	28,4 (20,0 - 38,6)	10,9 (5,1 - 21,2)	8,1 (3,7 - 16,1)	13,7 (6,6 - 25,6)
Somático	6,9 (4,3 - 10,7)	7,2 (3,3 - 14,4)	56,60 (43,3 - 69,1)	3,5 (0,8 - 10,2)	4,9 (3,1 - 7,7)	30,7 (22,0 - 41,0)	14,2 (7,5 - 25,0)	2,3 (0,1 - 8,6)	27,5 (17,3 - 40,7)
Erotomaniaco	4,9 (2,8 - 8,3)	8,2 (4,0 - 15,6)		4,7 (1,5 - 11,8)	1,2 (0,4 - 3,0)			1,2 (-0,4 - 7,0)	2,0 (-0,5 - 10,9)
Grandioso	11,8 (8,4 - 16,3)	2,1 (0,1 - 7,7)		4,7 (1,5 - 11,8)	2,0 (0,9 - 4,1)			1,2 (-0,4 - 7,0)	
Mixto	7,2 (4,6 - 11,1)	3,1 (0,7 - 9,1)		5,0 (1,7 - 12,2)	11,5 (8,6 - 15,2)		29,7 (19,9 - 41,8)	14 (8,0 - 23,0)	
No Especificado					23,1 (19,1 - 27,7)		4,7 (1,1 - 13,4)	2,1 (0,0 - 8,3)	5,9 (1,5 - 16,2)
Edad de inicio (Media)	41,59	49,13	42,4	39,6	55	37,9	37,9	42,4	
Ratio mujer/hombre	0,89	3,2	1,20	1,6	1,29	1,2	1,9	0,86	3
Estado civil (casado)	56,3 (50,2-62,2)	28,9 (20,8-38,6)	86,8 (74,8-93,8)	52,3 (41,8-62,4)	48,8 (43,7-53,9)	70,4 (60,1-78,9)	43,8 (32,3-55,9)		
Intento suicidio	10%	12,4%		20,9%				8,13%	

*DPHM: Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental.

** Se indican los Intervalo de confianza (IC) para 95%

Realizada la revisión bibliográfica sobre el Trastorno Delirante, detectamos la escasez de estudios sistematizados con criterios DSM y los existentes aún presentan criterios no homogéneos que dificultan la comparación y son raros los estudios con muestras superiores a los cien casos (ver Tabla 33). Esto nos conduce a nuestro primer objetivo, el lograr una detallada descripción estandarizada de una población de pacientes diagnosticados de TD.

1.-CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO DELIRANTE.

1. 1.- Resultados sociodemográficos.

Inicialmente debemos evaluar los posibles sesgos y/o limitaciones en la metodología empleada que dificultan la generalización de nuestros resultados al igual que sus fortalezas. Los 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 elaborados por distintos médicos-psiquiatras, por tanto, los pacientes no fueron entrevistados por nosotros. En su lugar, reunimos en nuestro estudio datos de una exploración retrospectiva sistemática y estructurada de los registros médicos conforme a protocolos con criterios DSM-IV-TR/5 que se utilizaron para una evaluación médica completa retrospectiva de los registros y verificamos meticulosamente 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 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 facilitada por 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. Aun cuando estas limitaciones existen, la escasez de estudios hace que nuestros hallazgos aporten información clínica y epidemiológica sobre el TD que pueden contribuir a su conocimiento. Por tanto los resultados obtenidos deben interpretarse con precaución.

Basada en pacientes ambulatorios, nuestra muestra presentó la solicitud de consulta psiquiátrica con una edad media de 47,55%(DE=15,51). El TD fue más frecuente en hombres (relación hombre/mujer 1.12:1), en desacuerdo con estudios de muestras más reducidas en los que existe un predominio de la mujer, como los de Román y col. (2015), Gonzalez-Rodriguez y col. (2014), Jadhav y col. (2014), Grover y col., con criterios CIE-10 (2007), Hsiao y col. (1999), Serretti y col. (1999), Yamada (1998), sin embargo Wustmann (2011), en una serie de 43 casos no observa ninguna diferencia entre sexos. La Tabla 33 recoge los resultados de la ratio mujer/hombre de los estudios superiores a 50 casos.

El nivel de Formación fue significativo (Chi-cuadrado, $p=0,000$). El nivel de estudios de tipo superior representó solo 1,5% y los abandonos de estudios superiores un 11,5%. El analfabetismo alcanzó un 30,3%. Un 52,9% realizó estudios primarios y secundarios lo que equivale a 8 años y 11 años de escolarización. Estos bajos niveles de escolarización también son señalados en estudios que recogen los antecedentes sociodemográficos como los de Gonzalez-Rodriguez (2014) y De Portugal (2013), que informó de una media de 7,3(SD=5,1) años de educación y Badá y col. (2000) de 3,9(SD=11,0), lo que sugiere que el TD encuentra en este bajo nivel de formación un terreno adecuado para manifestarse.

El 56,3% de los pacientes TD se encontraba casado, en coincidencia con los estudios de Gonzalez-Rodriguez (2014) y De Portugal (2013). Los solteros eran un 29.9 % (Chi-cuadrado, $p= 0,000$). Se ha sugerido (De Portugal & Cervilla, 2004) que la soltería sería atribuible a que los pacientes TD tienen más dificultades ya sea para iniciar o mantener relaciones estables. Las Tablas 1 al 9 presentan los datos descriptivos de la población.

1. 2.- Datos del TD. Factores de riesgo.

La presencia de antecedentes psiquiátricos en padres y abuelos hasta un segundo grado, con un 12,6% (Chi-cuadrado, $p= 0,012$), fue muy inferior al de otros estudios como los De Portugal y col. (2009) (2008), de Badá y col. (2000) o de Wustmann y col. (2012), lo que podría ser debido al tamaño de las muestras de estos estudios. Los antecedentes personales psiquiátricos estaban presentes en un 23,0%, de ellos el 12,6% presentó antecedentes de episodios psicóticos, siendo el subtipo de grandiosidad el que con más frecuencia los tuvo (4,6%). La personalidad previa suspicaz, descrita por familiares de los pacientes, se encontró en el 6,5% (Chi-cuadrado, $p= 0,000$).

En nuestro estudio el 59,4% no presentó antecedentes de ningún tipo de patología, coincidiendo con De Portugal (2011) que ha informado de un 53,5% de pacientes TD ($n=86$) que nunca había sufrido otro trastorno mental.

Solo el 0,8%, sin significación estadística, presentó antecedentes de Traumatismo Craneoencefálico (TCE) y sin pérdida de conciencia. De Portugal y Munro, que si encontraron antecedentes de TCE, asociaron estos a la existencia de TD. Nuestros datos sugieren lo contrario, aunque quizás deba atribuirse a las características de las muestras.

La inmigración, presente en un 21,1% fue significativa (Chi-cuadrado, $p=0,041$), en consistencia con estudios anteriores que la han identificado como un Factor de Riesgo asociado al TD (Hitch & Rack, 1980) (Stilo, y otros, 2013). Los antecedentes de consumo de sustancias presentes en un 2,3%, fueron significativos (Chi-cuadrado, $p=0,001$), hallazgo reconocido como Factor de Riesgo por autores como Munro (1991) y De Portugal (2009).

Los problemas conyugales, presentes en el 30,3% de los casos, en el subtipo celotípico representaron el 14,2% del total. Los episodios de Heteroagresividad (13,4%) y de intento de suicidio (10,0%) representaron un 23,4% de la muestra. En un 26,4% pudo identificarse la existencia de un factor estresante anterior a tres meses del inicio del TD, sin significación estadística. Se ha señalado que la existencia de un factor estresante que precipite la aparición del TD va asociado con un mejor pronóstico (De Portugal & Cervilla, 2004).

1. 3.- Presentación del cuadro clínico y diagnóstico del TD.

La edad media de inicio del TD, se situó en 41,59 (DE=13,78) y la edad a la primera consulta 44,94 (DE=15,75). Estos datos sitúan al Trastorno Delirante como una psicosis de aparición en la edad media de la vida y coinciden los estudios de Gonzalez-Rodriguez y col. (2014), De Portugal y col. (2009 y 2010), (2013), Badá y col. (2000) y Serretti y col. (1999), pero no encontramos significación con la edad de inicio y el tema delirante o subtipo clínico, como sugiere el estudio de Yamada (1998) y anteriormente el de Musalek (1989), este de 558 casos sin criterios DSM.

El subtipo que presentó la máxima demora para recibir asistencia psiquiátrica desde la edad del inicio del cuadro fue el celotípico, 69,61(DE=114,35) meses, lo que sugiere la existencia de una elevada tolerancia cultural hacia los rasgos clínicos que caracterizan a este subtipo clínico en el ámbito social y familiar de nuestro estudio. El somático presentó el valor mínimo con 26,11(DE=49,82) meses y los valores medios fueron de 43,21(DE=91,52) meses. De Portugal (2009) informa la máxima demora para el de grandiosidad y la mínima para el subtipo mixto, lo cual también podría atribuirse a los niveles de tolerancia existentes en el entorno sociocultural y familiar de su estudio hacia la sintomatología de estos subtipos clínicos.

El inicio insidioso fue la forma más común de presentación del cuadro clínico en nuestro estudio con el 80,1%. De este porcentaje el subtipo persecutorio representó el 40,2%. (Chi-cuadrado, $p=0,006$). Estos resultados van en consonancia con los estudios de Gonzalez-Rodriguez y col. (2014), De Portugal (2009) y (2013) y Badá y col. (2000).

La derivación médica (50,6%), seguida por la motivada en la familia propia (19,9%), fueron las dos fuentes principales de iniciativa de solicitud de tratamiento psiquiátrico para el paciente, frente a un 12,6% de iniciativas espontaneas de los propios pacientes (Chi-cuadrado, $p=0,039$) lo que corrobora el hecho recogido en estudios anteriores por De Portugal (2008) y Gonzalez-Rodriguez (2014) de que estos pacientes mayoritariamente no buscan ayuda psiquiátrica prontamente por ellos mismos.

En nuestro trabajo el subtipo TD más frecuente fue el persecutorio, con 129 (49.4%) en concordancia con los estudios realizados con criterios DSM (ver tabla 33) de Yamada et al (1998) 51% sobre 54 casos, Hsiao et al (1999) 70,9%, sobre 86 casos, Badá y col. (2000) 51,4% sobre 35 casos, Maina (2001) 54,4%, sobre 64 casos, De Portugal (2008) 70,9%, sobre 370 casos, Gonzalez-Rodriguez y col. (2014) 74,2%,

sobre 97 casos. El segundo subtipo más frecuente fue el celotípico (19.5%), coincidiendo este resultado con los hallazgos De Portugal y col. (2013). No existen coincidencias con los restantes estudios citados en los que se presentan los somático, mixto y erotomaniaco, como los segundos tipos más frecuentes, quizás debido a la disparidad en el tamaño de las muestras o a factores culturales como refiere Badá y col. (2000).

Dentro de la sintomatología delirante las ideas de referencia se constataron en 83,9% de los casos, seguidas de las de persecución (82,0%). El subtipo persecutorio presentó un (48,7%) y un (49,0%) respectivamente de ellas (Chi-cuadrado, $p=0,000$). Las alucinaciones auditivas presentes en el 35,6% de los casos fueron las más numerosas y el subtipo persecutorio presentó el 19,5% de todas ellas. (Chi-cuadrado, $p=0,000$). Las visuales estuvieron en el 12,6% de los casos y en el subtipo persecutorio estuvieron presentes en el (6,9%) (Chi-cuadrado, $p=0,018$).

Las alucinaciones táctiles solo se presentaron en el subtipo somático en 2 casos (0,8%) (Chi-Cuadrado, $p=0,000$). Esta significación es coincidente con Hsiao et al (1999), De Portugal (2008) y González-Rodríguez et al (2014).

1. 4.- Valoración de la funcionalidad y de la discapacidad del paciente.

La EEAG mostró un nivel de funcionalidad con valores bajos 29,49 (DE=5,90) significativos (Anova, $p=0,002$). La SDI TOTAL, mostró valores altos, de 70,97 (DE=28,05) (Anova, $p=0,000$), que evidencian una discapacidad intensa. Aunque nuestros resultados son algo más elevados que los obtenidos en los estudios de De Portugal, (2008) (2013), quizás debido a la situación clínica de los pacientes agravada por las dificultades de accesibilidad al único recurso sanitario en salud mental que en el momento del estudio existía, pues para muchos pacientes, conllevaba un forzoso desplazamiento por unas deficientes vías de comunicación.

En el uso de los recursos sanitarios, encontramos significación (8,25%DE=9,82, Anova, $p=0,001$) en el número de consultas totales (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) realizadas por el subtipo erotomaniaco con 17,08 (DE=15,93), seguido del somático con 13,50 (DE=15,51) y del mixto 11,21 (DE=8,52). La comparación con otros estudios del uso de los recursos sanitarios que no utilizan conceptos estándares impide una adecuada comparación. El subtipo que más concitó

informes de Asistencia Social fue el persecutorio con un 3,4% y el que menos, el mixto (,0%) (Chi-cuadrado, $p=0,016$).

1. 5.- Adhesión al tratamiento antipsicótico y prescripción de antidepresivos.

Encontramos diferencias significativas (Chi-cuadrado, $p=0,040$) en la variable adhesión al tratamiento antipsicótico, con un (59,0%) de pacientes que tomaron la medicación a las horas indicadas y un 30.3% que olvidaba o dejaba de tomar la medicación.

La existencia de prescripción de medicación antidepresiva, se detectó en un 41,0% de los pacientes TD, en consonancia con el 40,70% de De Portugal (2010) y el 39,5% de Wustmann y col. (2012). El subtipo persecutorio con un 21,8%, fue el más prevalente. González-Rodríguez (2014) informa de valores inferiores y De Portugal (2009) de hallazgos similares utilizando la *Escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)*, aunque estas diferencias también pudieran ser atribuibles al tamaño de las muestras.

1. 6.- Existencia de problemas psicosociales y ambientales (EJE-IV)

El *Protocolo estandarizado de problemas del Eje-IV del DSM-IV-TR* (1994) no ha sido utilizado en los estudios revisados (ver Tabla 33), bien por no estar editado o bien por optar el investigador a otra opción, motivo por el que no podemos contrastar nuestros resultados. La presencia de problemas entorno a la familia como grupo primario de apoyo se constató en el 54,4% de los casos (Chi-cuadrado, $p=0,000$).

Los problemas en el ámbito social, con una significación Chi-cuadrado de $p=0,030$, representaron el 58,6%, siendo el subtipo persecutorio el que acumuló el mayor porcentaje (30,7%).

Los problemas relacionados con la enseñanza se detectaron en el 10% de los casos (Chi-cuadrado, $p=0,002$), siendo el subtipo persecutorio el que más presentó (3,8%).

Los problemas económicos, con una significación de $p= 0,035$ para el de test Chi-cuadrado, estuvieron presentes en el 29,1% de los casos.

Los problemas de interacción con el sistema legal y el crimen no fueron significativos en nuestro estudio, el subtipo persecutorio con un 8,4%, fue el más prevalente.

1. 7.- Evolución y pronóstico.

En el 92,7% de los casos la evolución del tema del delirio fue monotemático (Chi-cuadrado, $p=0,000$), el restante 7,3% presentó diversos temas delirantes, lo que permitió su clasificación en el subtipo mixto. En consonancia con estudios anteriores Schanda (1991), Badá y col. (2000) y De Portugal (2009), el delirio mantuvo una evolución crónica mayoritariamente, en el 61,3% de los casos, y el resto presentó fases de remisión.

Sin embargo estos estudios, incluido el nuestro, al no disponer de criterios estandarizados sobre los aspectos evolutivos del cuadro clínico, han utilizado distintos criterios conceptuales que dificultan la comparación estadística, tales como “remisión duradera”, “remisiones parciales”, “recaída”, “atenuación”, etc, que muestran la necesidad de contar con especificaciones consensuadas para la realización de estudios de seguimiento, p.ej. para Reterson la cronicidad se alcanza con una evolución de 6 meses. Los autores consultados consensuan la expresión de que el Trastorno Delirante presenta “una evolución muy variable” hacia formas crónicas y/o que presentan periodos de remisión. El DSM 5 (APA, 2014), para superar esta situación, ha introducido “las especificaciones de evolución”, que sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno.

2.-FACTORES ASOCIADOS AL SUBTIPO PERSECUTORIO VERSUS RESTO DE SUBTIPOS CLÍNICOS.

Nuestro segundo objetivo consistía en identificar la existencia de asociación entre los subtipos clínicos más homogéneos y de cómo se diferencian estos del resto de los subtipos clínicos de TD, para ello los 261 pacientes diagnosticados de TD según criterios DSM-IV-TR y V, fueron agrupados según el tema delirante en subtipos clínicos: El subtipo más numeroso fue el persecutorio con 129 casos (49,4%), que constituyó el “Grupo Persecutorio”, la población de referencia en este análisis bivalente del TD, frente a “Otros Grupos” integrado por 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 (5,0 %), con un total de 132 casos (Freeman, 2014).

Antes de obtener conclusiones de los resultados de nuestro estudio, debemos recordar los posibles sesgos y/o limitaciones en la metodología empleada que dificultan su generalización, los cuales, en general, han sido tratados más arriba en las características de los pacientes con TD.

Nuestros datos avalan que el subtipo persecutorio es el más frecuente, 129 (49.4%), y concuerdan con los estudios realizados con criterios DSM de Yamada et al (1998) 51% sobre 54 casos, Hsiao et al (1999) 70,9%, sobre 86 casos, Maina (2001) 54,4%, sobre 64 casos, De Portugal (2008) 70,9%, sobre 370 casos, Gonzalez-Rodriguez (2014) 74,2%, sobre 97 casos.

2. 1.- Datos sociodemográficos.

La distribución por sexo en el grupo de los Persecutorios y el grupo otros grupos, no fue significativa, siendo la proporción hombres vs mujeres en el primer grupo de 1,04 (relación hombre/mujer 1.04:1), y en el otro grupo de 1,12 (relación hombre/mujer 1.12:1),

La solicitud de consulta del TD fue realizada con una edad media de la vida 48,44 (DE=15,56) años para el grupo Persecutorio y de 46,68 (DE=15,47) años para el otro grupo. No se apreciaron diferencias significativas atribuibles al lugar de residencia para ambos grupos.

En el nivel de formación, (Chi-cuadrado, $p=0,000$), la presencia de pacientes con Estudios primarios fue menor (5,4%) en el grupo Persecutorio que en el otro grupo (27,3%), igual que De Portugal (2004) que también encontró significación en el nivel de formación y presencia de un menor nivel de estudios universitarios.

El estado civil al realizar la primera consulta psiquiátrica fue de casados en un 46,5% en el grupo Persecutorio, frente al 65,9% en el otro grupo, siendo significativo el valor de esta variable (Chi-cuadrado, $p=0,005$). De Portugal (2004) informa de una asociación significativa del persecutorio con el estado civil soltero o viudo.

En el grupo Persecutorio los que conviven en pareja representan un menor porcentaje de casos (50,4%) frente al 67,4% que presenta el otro grupo. Esta variable presenta un valor significativo (Chi-cuadrado, $p=0,005$). Las Tablas 10 al 20 presentan los datos descriptivos y los resultados de la RLM de este estudio.

2. 2.- Antecedentes familiares y personales

En nuestro estudio, los antecedentes familiares psiquiátricos no han obtenido un valor significativo. Sin embargo los antecedentes personales médicos y psiquiátricos, si presentaron significación estadística (Chi-cuadrado, $p=0,000$). La personalidad suspicaz no se describe en el grupo Persecutorio y sí en el otro grupo (12,9%).

Los posibles factores de riesgo citados en la literatura relacionada con el TD, incluyen los antecedentes de déficit sensoriales como la sordera o ceguera premórbida que en nuestro estudio los valores obtenidos no han sido significativos, aunque se han encontrado más casos en el grupo persecutorio (9,3%) que en el otro grupo (3,8%).

Los antecedentes de consumo de alcohol y de sustancias no han sido significativos. Para las sustancias los casos son escasos en el grupo persecutorio, (0,8%) frente al otro grupo (3,8%). Para el alcohol, en el grupo persecutorio encontramos un 14,7% y en el grupo no-persecutorio 18,9%. Sin embargo De Portugal (2004) encontró mayor comorbilidad de trastornos adictivos con significación en el grupo persecutorio.

El intento de suicidio fue significativo (Chi-cuadrado, $p=0,045$), presentando en el grupo persecutorio un 6,2%, frente al 13,6% del otro grupo.

Los problemas conyugales (Chi-cuadrado, $p=0,000$), representaron un 17,1% en el grupo persecutorio y un 43,2% y en el otro grupo.

Los episodios estresantes tres meses antes del inicio del TD, no fueron significativos en nuestro estudio, presentando 24,0% el grupo persecutorio y un 28,8% el otro grupo.

2. 3.- Presentación del cuadro clínico

La edad de inicio del TD, sin significación estadística, para el grupo persecutorio fue mayor, con 42,87 (DE=15,43), que para el otro grupo que fue de 40,34 (DE=14,56). De Portugal (2009) informa de una edad de inicio de 40(DE=14,6) años en su estudio de 86 casos.

La forma de presentación insidiosa, superior a los tres meses fue, en ambos grupos, la mayoritaria frente a la aguda, aunque sin significación estadística.

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% para el grupo persecutorio y un 57,6% para el otro grupo, y de la iniciativa de la familia propia en segundo lugar, con un 19,4% y 20,5%, para cada grupo, respectivamente.

2. 4.- Sintomatología delirante psicótica (SCDI-I)

Las ideas de referencia, con significación estadística (Chi-cuadrado, $p=0,000$), en el grupo Persecutorio se presentaron el 98,4% de los casos, mientras que en el otro grupo solo se identificaron en un 69,7%.

Las ideas de persecución, con significación estadística (Chi-cuadrado, $p=0,000$), en el grupo persecutorio se presentaron el 99,2% de los casos, mientras que en el otro grupo en un 65,2%.

Las ideas de grandiosidad, somáticas y de otro tipo, también con significación estadística (Chi-cuadrado, $p=0,000$), fueron menos frecuentes en el grupo Persecutorio, (4,7%), (5,4%) y (5,4%) respectivamente, que en el otro grupo, que presentaron 28,8%, 20,5% y 70,5%.

Las alucinaciones auditivas no prominentes en consonancia con el tema delirante fueron más frecuentes en el grupo persecutorio (39,5%) que en el otro grupo (31,8%), aunque no tuvieron significación.

Las alucinaciones visuales no prominentes, en consonancia con el tema delirante, fueron las siguientes en frecuencia en ambos grupos. Las táctiles, en consonancia con el tema delirante, solo se presentaron en el otro grupo (1,5%).

2. 5.- Funcionalidad y discapacidad del paciente TD

La escala EEAG de funcionalidad, con una significación de $p=0,014$, presentó valores bajos de 28,57 (DE=4,47) para el grupo persecutorio y de 30,39 (DE=6,92) para el otro grupo. Estos datos son coincidentes con los encontrados por De Portugal (2004) (2008).

El SDI total, fue significativo ($p=0,000$), para el grupo persecutorio presentó valores de 68,91 (DE=21,11) y para el otro grupo 73,00 (DE=33,43). Son valores altos que indican una discapacidad intensa. Otros estudios (De Portugal, Gonzalez, Haro, Autonell, &

Cervilla, 2008) informan de discapacidad pero con valores SDI más bajos lo que pudiera ser atribuido al tamaño y características de las muestras.

2. 6.- Utilización de los recursos sanitarios

La variable número total de consultas efectuadas por los pacientes, presentó significación estadística (Prueba t de Student, $p=0,016$); el grupo persecutorio presentó valores de 6,97(DE=8,60) frente al grupo no persecutorio 30,39 (DE=6,92), que realizó más consultas. De Portugal (2004), sin embargo, encontró significación en el uso de recursos hospitalarios en el grupo persecutorio.

2. 7.- Adhesión al tratamiento antipsicótico y prescripción de antidepresivos.

La mejora del cuadro depresivo aminora la sintomatología persecutoria (Vorontsova, 2013). A un 44,2% del grupo persecutorio se le prescribió tratamiento antidepresivo. De Portugal y col. (2009) informa de presencia de trastornos depresivos en un 27,8% sobre una muestra de 51 casos del subtipo persecutorio. Estas diferencias pueden ser debidas al tamaño de las muestras.

2. 8.- Existencia de problemas psicosociales y ambientales (EJE IV)

La presencia de problemas en la familia o grupo 1ª de apoyo ($p=0,023$) mostró que en el grupo persecutorio los divorcios (10,9%) y el cambio de hogar (11,6%) presentaron valores más elevados que el otro grupo, (2,3%) y (5,3%), respectivamente.

La presencia de problemas laborales ($p=0,016$) fue mayor en el grupo persecutorio (51,9%) que en el otro grupo (37,1%). También el nivel de desempleo fue mayor en el grupo persecutorio (31,0%) que en el otro grupo (23,5%).

La presencia de problemas económicos ($p=0,021$) también fue mayor en el grupo persecutorio (35,7%) que en el otro grupo (22,7%).

La presencia de problemas psicosociales y ambientales ($p=0,004$) estuvo presente únicamente en el grupo persecutorio (6,2%).

2. 9.- Evolución y pronóstico.

El grupo Persecutorio ($p=0,000$), mostró escasa presencia de delirios politemáticos o mixtos (0,8%) frente al otro grupo (13,6%).

3.- EL INTENTO DE SUICIDIO Y SUS FACTORES DE RIESGO EN EL TRASTORNO DELIRANTE.

Nuestro tercer objetivo planteó la identificación de la existencia de factores de riesgo entre el grupo con intento de suicidio-si frente al grupo que no lo presento. Los trastornos psiquiátricos y la depresión juegan un papel importante en las cifras de suicidio en los países occidentales (Värnik, 2012). La Fundación Estadounidense para la Prevención del Suicidio (American Foundation for Suicide Prevention o AFSP, por sus siglas en inglés) afirma que al menos 90% de las personas que se quitan la vida tienen una enfermedad psiquiátrica diagnosticable y tratable, como depresión clínica, trastorno bipolar o TD (Prevention, 2015). Los estudios sobre el suicidio en pacientes con psicosis están referidos a las psicosis esquizofrénicas, por consumo de sustancias o producidos por enfermedad orgánica. Los estudios existentes sobre el intento de suicidio en el TD están referidos al espectro de la esquizofrenia, lo que dificulta los estudios comparativos (González-Rodríguez y col. 2014). Hasta donde nosotros conocemos en los últimos cinco años los estudios sobre pacientes TD con criterios DSM que han tratado el suicidio son muy escasos: solo dos lo han tratado (González-Rodríguez y col., 2014) (De Portugal y col., 2009).

La instauración del TD implica cambios emocionales o de personalidad, como ira, agitación, irritabilidad, euforia, y depresión (APA, 2014) (Rudden y col. 1983). Los síntomas depresivos del TD que se acompañan de síntomas vegetativos aparecen característicamente en las fases iniciales del trastorno (Rudden y col. 1983). La adopción de una actitud empática y el ofrecimiento de ayuda facilitan la reducción de la ansiedad y de los síntomas depresivos que a menudo acompañan al delirio, así como la sensación de frustración que pueda tener el paciente (Harv Ment Health Lett, 1999) (Lallart, 2012).

Antes de obtener conclusiones de los resultados de nuestro estudio, debemos recordar los posibles sesgos y/o limitaciones en la metodología empleada que dificultan su generalización, los cuales, en general, han sido tratados más arriba en las características de los pacientes con TD.

Los datos sociodemográficos muestran que los pacientes con intento de suicidio residían en núcleos rurales (46,2%), tenían estudios en un 84,6%, un 42,3% trabajaba y un 26,9% recibía una pensión por enfermedad o jubilación laboral. Un 26,9% presentó

antecedentes de enfermedad psiquiátrica, sin episodios celotípicos previos. Los episodios de heteroagresividad fueron del 23,1% y en el 34,6% se identificaron factores estresantes 3 meses previos al Inicio del TD.

El tiempo transcurrido desde la edad del inicio del TD hasta la edad de 1ª consulta psiquiátrica fue de 22,77(DE=40,97) meses.

De 261 pacientes con TD procedentes de nuestro Registro de Casos, en 26 casos (10%) se identificó intento de suicidio. De Portugal y colaboradores (2009) en el estudio DELIREMP sobre 86 casos TD con criterios DSM, informó de un 20.9% e Hsiao y col. (1999) sobre 86 casos TD encontró un 8,13%. González y colaboradores (2014), en un estudio de 97 casos TD con criterios DSM, informó que el 12,4% había intentado suicidarse al menos una vez, sin embargo en su revisión retrospectiva sobre diez casuísticas reporta una frecuencia de comportamiento suicida de casi 21.8% en pacientes TD.

3. 1.- Datos sociodemográficos.

El 61,5% eran hombres y un 38,5% mujeres en el grupo con intento de suicidio-si. En la población general, el sexo es uno de los predictores más importantes del suicidio entre las personas de edad. Los varones tienen mayor predisposición al suicidio, que cometen en proporción tres veces superior a las mujeres, que apenas incrementan sus tasas en el período final de la vida (Abellan, 2005). Nuestros resultados no demuestran que el sexo ($p=0,351$) podría ser un factor asociado con el suicidio en los pacientes del TD, con frecuencia entre los hombres del 61%.

También en la población general las tasas de suicidio crecen con la edad y fuertemente a partir de los 65 años, hasta superar los 20 fallecidos por cien mil habitantes a partir de los 80 años (Abellan, 2005). En nuestro estudio, la edad media de los pacientes de TD con intento de suicidio fue de 47,55 (DE=15,31) años, una edad muy inferior a la de la población general y muy parecida a la de un estudio reciente sobre impacto de la conducta suicida en el TD (González-Rodríguez y col. 2014)

Las Tablas 20 al 30 presentan los datos descriptivos de estos grupos.

El nivel de formación, sin significación estadística, mostró en el grupo de intento de suicidio-sí ausencia de titulados universitarios, mayor porcentaje de estudios primarios y secundarios frente al grupo de intento de suicidio- no.

En el grupo intento de suicidio-sí, el 42,3% se encontraba empleado, frente a un 34,0% del grupo-no.

Más de la mitad de los pacientes de TD con intento de suicidio, el 7,7%, no conviva en pareja (sin significación estadística), lo que refleja que la soledad de estos pacientes podría ser un factor de riesgo para el suicido. Otra posible explicación es que los síntomas del TD, entre ellos las ideas de referencia y de persecución, y los trastornos depresivos asociados, impiden la convivencia en pareja, y por lo tanto el sesgo de causa efecto no se puede descartar.

El estado civil soltero en el grupo intento de suicidio-sí, supuso 42,3% frente al grupo-no con 28,5%. En grupo intento de suicidio-sí no presentó uniones libres.

3. 2.- Antecedentes familiares y personales

Los antecedentes de sordera/ceguera ($p=0,006$), en el grupo intento de suicidio-sí fueron más frecuentes (19,2%) que en grupo-no (5,1%).

Los antecedentes de consumo de sustancias obtuvieron una significación de 0,053, en el grupo intento de suicidio-sí (7,7%), frente al grupo-no que tuvo (1,7%).

3. 3.- Sintomatología delirante psicótica (SCDI-I)

Lo más destacado en nuestras series de casos es la presencia de ideas de referencia ($p=0,032$), y de persecución ($p=0,074$) en casi 70% (69,2%). Nuestros resultados demuestran claramente que el TD con presencia de ideas de referencia y de persecución, presentes en casi un 70%, supone un riesgo muy importante para el intento de suicidio y es necesario identificar sistemáticamente la ideación suicida y esmerar la vigilancia de los pacientes TD.

Ambos grupos estaban constituidos por los diferentes subtipos clínicos del estudio en distintas proporciones. El grupo intento de suicidio-sí contaba con 6,2% del subtipo clínico persecutorio y de un 13,6% del resto de subtipos clínicos ($p=0,045$).

3. 4.- Funcionalidad y discapacidad del paciente TD

La escala EEAG ($p=0,000$) muy significativa, presentó valores bajos de funcionalidad tanto para el grupo intento de suicidio-sí 25,42 (DE=8,20), como para el grupo-no 29,94 (DE=5,43).

El SDI Total, con una significación de $p=0,041$, mostró valores altos que indican una discapacidad intensa en ambos grupos: para el grupo intento de suicidio-si de 81,65 (DE=29,58) y para el grupo-no de 69,80 (DE=27,69).

3. 5.- Utilización de los recursos sanitarios

La existencia de informes sociales ($p=0,048$), fue más frecuente en el grupo intento de suicidio-si, con 5 (19,2%) que en el grupo-no 18 (7,7%).

Los ingresos hospitalarios ($p=0,003$), fueron más frecuentes en el grupo intento de suicidio-si, 20 (76,9%) casos, o sea: 3 de cada 4 pacientes tuvieron más de un ingreso hospitalario previo al intento de suicidio, que en el grupo-no, con 108 (46,0%) casos.

3. 6.- Tratamiento

Observamos que menos de un tercio de los pacientes no tomaban ningún tratamiento antidepressivo. Esto podría sugerir que el intento de suicidio fue producido como consecuencia del contenido temático del delirio que afectaba al paciente, dado que, a pesar de que los síntomas depresivos suelen ser referidos por el propio paciente o por los allegados, es difícil que estos no fueran identificados.

3. 7.- Existencia de problemas psicosociales y ambientales (EJE IV)

La presencia de problemas en la familia o grupo 1ª de apoyo ($p=0,013$) mostró que en el grupo intento de suicidio-si los “problemas salud familia” y “otros problemas no descritos en los ítems anteriores”, presentaron valores superiores, 4 (15,4%) y de 5 (19,2%), que en el grupo suicidio-no, que presentó 21(8,9%) y 20 (8,5%) respectivamente.

La presencia de problemas relacionados con la vivienda ($p=0,656$), mostró que en el grupo intento de suicidio-si, no hubo problemas de falta de hogar ni de vecindad insalubre.

Los problemas de interacción con el sistema legal y el crimen ($p=0,057$) con significación, en el grupo intento de suicidio-no, presentó problemas legales aunque “no

descritos en los ítems anteriores” en un 3,8%, a diferencia del grupo suicidio-sí que no los presentó (0%).

3. 8.- Evolución y pronóstico

El grupo suicidio-sí presentó más fases de remisión (50%). que el grupo intento de suicidio-no (37,4%).

CONCLUSIONES

Planificada nuestra investigación adaptándola a los objetivos planteados, elegida la población de estudio y seleccionada la metodología adecuada, una vez valorados los resultados obtenidos recogidos en la discusión, concluimos:

1º - La solicitud de atención psiquiátrica de los pacientes con TD, realizada principalmente por familiares y personal sanitario, presenta un periodo de tiempo de demora variable según el subtipo clínico y sugiere la existencia de una tolerancia hacia la sintomatología clínica de este trastorno en el entorno social y familiar.

2º - Los pacientes afectados por el subtipo delirante persecutorio presentan como factores asociados la existencia de antecedentes personales médicos entre los que se incluyen déficit sensorial, consumo de alcohol e intento de suicidio.

3º - Los pacientes afectados por el subtipo delirante persecutorio suelen presentar la edad de inicio del trastorno más temprana de todos los subtipos clínicos y su inicio insidioso tras un factor estresante previo. Su delirio no suele presentar variaciones temáticas.

4º - Los pacientes afectados por el subtipo delirante persecutorio presentan problemas conyugales, familiares, de tipo económico, de vivienda y de accesibilidad al sistema sanitario, resultando elevado el consumo de los recursos que este ofrece, pues su funcionalidad y discapacidad están disminuidas.

5º - Los pacientes afectados por TD conllevan un riesgo de suicidio que el terapeuta debe asumir y tomar medidas de vigilancia de su conducta con independencia del tema delirante que caracterice el cuadro clínico.

6º - Los pacientes con intento de suicidio presentan como factores asociados el sexo masculino, el consumo de alcohol y de sustancias, presencia de problemas conyugales y económicos, ideas de referencia y somáticas y una funcionalidad y discapacidad disminuidas.

7º - Son necesarios futuros estudios prospectivos que integren criterios homogéneos para investigar los factores de riesgo del TD.

BIBLIOGRAFÍA.

- Abellan, A. (2005). El suicidio entre las personas de edad. *Rev Mult Gerontol*, 15(1), 65-7.
- Allport, G. (1962). Prejuicio paranoide. En G. W. Allport, *La Naturaleza del Prejuicio* (R. Malfé, Trad., 2ª ed., págs. 454-457). Buenos Aires: EUDEBA.
- Allport, G. (1972). Interpretaciones. En G. W. Allport, *Cartas de Jenny* (1ª ed., págs. 179-201). Argentina: Granica.
- APA. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders* (revised 3rd ed.). Washington, DC: America Psychiatry Association.
- APA. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. 4th edn). Washington, DC.: American Psychiatry Association.
- APA. (1994). Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados. En A. A. Psiquiatría, & A. A. Psiquiatría (Ed.), *Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos Mentales* (C. A. López, Trad., págs. 309-328). Arlington, VA: Panamericana.
- APA. (2008). *Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos Mentales*. (A. P. Association, Ed.) Washington: Elsevier Masson.
- APA. (2014). *Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos Mentales (DSM-5)* (5ª ed.). (A. A. Psiquiatría, Ed., & C. A. López, Trad.) Arlington, VA: Panamericana.
- Appelbaum PS, Clark Robbins P, Vesselinov, R. (2004). Persistencia y estabilidad del Trastorno Delirante en el tiempo. (Elsevier, Ed.) *Psiquiatria integral*, 45(5), 317-324.
- Asch, S. (1968). Invariabilidad y cambios psicológicos. En S. Asch, *Psicología Social* (4ª ed., págs. 83-126). Buenos Aires: EUDEBA.
- Auxéméry, Y., & Fidelle, G. (Dec de 2011). Psychosis and trauma. Theoretical links between post-traumatic and psychotic symptoms. *Encephale.* , 37(6), 433-438.
- Baca, E. (2007). *Teoría del síntoma mental* (1ª ed.). Madrid: Triacastela. 98-113.
- Badá A, Albert U, Maina G, Bogetto F. (Diciembre de 2000). Gender effects on clinical features in delusional disorder. *Journal of Psychopathology*, 6(4), 4.
- Badia X, Salamero M, Alonso J (1999). Medidas de Bienestar Psicológico y Salud Mental. En S. M. Badia X, *La Medida de la Salud* (2ª ed., págs. 45-70). Barcelona: Edimac.
- Ban, T. (Abril de 2014). *Paranoia: Historical development of the diagnostic concept*. (U. T. Universidad de Aarhus, Ed.). Obtenido de International Network for the

History of Neuropsychofarmacology.: <http://inhn.org/archives/ban-collection/paranoia.html>

- Bentall, R., & Fernyhough, C. (Nov de 2008). Social predictors of psychotic experiences: specificity and psychological mechanisms. *Schizophr Bull.*, 34(6), 1012-1020.
- Bentall, R., & Taylor, J. (2006). Psychological processes and paranoia: implications for forensic behavioral science. *Behavioral Sciences and the Law*, 24(3), 277-294.
- Bercherie, P. (1986). *Fundamentos de la clinica. Historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial SRL. 116-123.
- Berrios G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. México: Fondo de Cultura Económica. 168-183.
- Berrios, E. (2008). La personalidad y sus trastornos. En E. Berrios, *Historia de los síntomas de los Trastornos Mentales* (págs. 509-535). México: Fondo de Cultura Económica.
- Berrios, G. (2009). Anhelos de una historia adecuada sobre la paranoia. En E. J.-P. Gutierrez M., *En el mundo paranoide* (1ª ed., págs. 1-19). Madrid: Aula Medica.
- Berrios, G. L. (2003). Schizophrenia: A Conceptual History. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 111-140.
- Berrios, G., & Beer, M. (2012). Concepto de psicosis única. En G. Berrios, & R. Porter, *Una Historia de la Psiquiatría Clínica* (págs. 365-390). Madrid: Triacastela.
- Bleuler, E. (2008). *Afectividad, sugestibilidad, paranoia* (1ª ed.). (F. E. Mental, Ed., & B. Llopis, Trad.) Madrid, España: Triacastela. 186-212.
- Bulbuena, A. (2006). Paranoia y Psicosis Paranoide Crónica. En J. Vallejo Ruiloba, *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. (pág. 469:485). Barcelona: Elsevier Masson.
- Calvo, J., & Noriega, F. d. (Septiembre-Diciembre de 2011). Análisis histórico de la Reforma Psiquiátrica andaluza: los inicios y el proyecto. *Estudios de Psicología*, 16, 329-339.
- Cameron, N. (1943). The paranoid pseudo-community. *Am. J. Sociol.*, 49:32.
- Cameron, N. (1959). *Paranoid conditions and paranoia*. (B. Book, Ed.) New York: American Handbook of Psychiatry Basic Book.
- Caplan, G. (1985). *Principios de Psiquiatría Preventiva* (1ª ed.). Barcelona: Paidós Iberica, S.A. 129-131.
- Castilla Brazales, J. (1999). Noticias médicas en fuentes árabes sobre Al-Andaluz. En C. Álvarez de Morales, *La Medicina en Al-Andaluz* (1ª ed., págs. 29-69). Granada: Fundación Legado Andalusí. 129-131.
- Castilla del Pino, C. (1978). *Introducción a la psiquiatría I* (Vol. 1º Problemas Generales Psico(pato)logía). Madrid: Alianza Editorial. 341-371.

- Castilla del Pino, C. (1978). *Introducción a la psiquiatría II* (Vol. 2º Problemas Generales Psico(pato)logia.). Madrid: Alianza Editorial. 179-225.
- Castilla del Pino, C. (1984). *Teoría de la alucinación*. Madrid: Alianza Editorial. 136-212.
- Castilla del Pino, C. (1998). *El delirio, un error necesario*. Barcelona, España: Ediciones Nobel, S.A. 155-163.
- Chiarugi, V. (1793). Della pazzia in genere, e in specie. En L. Carlieri, *Trattato Medico-Analitico con una centuria di osservazioni* (Vol. 1, págs. 3-33). Firenze.
- Consejería de Salud. (1985). *Mapa de Atención Primaria de Salud de Andalucía*. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. 129-159.
- Cullen, W. (1827). *The works of William Cullen*. Edinburgh: William Blackwood .
- De Clérambault, G. (1942). Les psychoses passionelles. En *Euvre Psychiatrique* (págs. 315-322.). París: Press Universitaires Francaise.
- De Clérambault, G. (2004). *Automatismo Mental - Paranoia* (1ª ed.). Buenos Aires: Polemos. 173-176.
- De Irala, J. &. (2008). *Epidemiología aplicada* (2ª ed.). Barcelona.: Ariel. 110-140.
- De Portugal E, G. N. (May 15 de 2010). Gender differences in delusional disorder: Evidence from an outpatient sample. *Psychiatry Res.*, 177(1-2), 235-239.
- De Portugal E, M. C. (May de 2011). Clinical and Cognitive Correlates of Psychiatric Comorbidity in Delusional Disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 45(5), 416-425.
- De Portugal, E. G., Vilaplana, M., Haro, J., Usall, J., & Cervilla, J. (2009). Un estudio empírico de los correlatos psicosociales y clínicos del trastorno delirante: el estudio DELIREMP. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(2), 72-82.
- De Portugal, E., & Cervilla, J. (2004). *Trastorno Delirante*. Madrid: Aula Medica.
- De Portugal, E., Gonzalez, N., Del Amo, V., Haro, J., Diaz-Caneja, C., Luna del Castillo, J., & Cervilla, J. (2013). Empirical redefinition of delusional disorder and its phenomenology: the DELIREMP study. (A. P. Association, Ed.) *Comprehensive Psychiatry*(54), 243-255.
- De Portugal, E., González, N., Haro, J., Autonell, J., & Cervilla, J. (2008). A descriptive case-register study of delusional disorder. *European Psychiatry*(23), 125-133.
- Diez Patricio, A., Luque Luque, R., Sánchez Vázquez, V., & Valls Blanco, J. V. (2006). *Análisis del discurso psicótico*. (A. E. Neuropsiquiatría., Ed.) Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 117-135
- Dowbiggin, I. (2012). Trastorno Delirante. En G. R. Berríos, *Una Historia de la Psiquiatría Clínica* (1ª ed., págs. 432-444). Madrid: Triacastela.

- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (abril de 2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5. *Terapia psicológica*, vol.32(no.1). Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Enoch, D. B. (2007). *Síndromes raros en psicopatología*. Madrid: Triacastela.
- Ey, H. (1998). *Estudio sobre los delirios* (1ª ed.). (F. A. Neurobiología., Ed.) Madrid: España: Triacastela. 103-121.
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1969). *Manual de Psiquiatría* (2ª ed.). Barcelona, España: Toray-Masson, S.A. 502-513.
- Fearing MA, I. S. (2010). Delirio. En S. D. Blazer DG, & E. E. S.L. (Ed.), *Tratado de Psiquiatría Geriátrica* (4ª ed., pág. 229:243). Barcelona, España: Masson.
- First MB, S. R., M, G., & JB., W. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV SCID-I. Versión Clínica*. Barcelona: Ed. Masson.
- First MB., F. A. (2002). *Manual de Diagnóstico Diferencial DSM-IV-TR*. (J. B. Andreu, Trad.) Barcelona, España: Elsevier Masson. 83-86.
- Fish, F., Casey, P., & B., K. (2008). *Clinical psychopatology* (3ª ed). Glasgow: John Wright & Sons Ltd. 14-31.
- Foulcault, M. (1993). *Histoire de la folie à l'âge classique* (1993 ed., Vol. II). (J. J. Utrilla, Trad.) Santafé de Bogotá, D.C, Colombia, Santafé de Bogotá, D.C: Fondo de Cultura Económica. 24-36.
- Franco Sanchez, F. (1999). La asistencia al enfermo en Al-Andaluz. En C. Álvarez de Morales, *La Medicina en Al-Andaluz* (1ª ed., págs. 135-172). Granada: Fundación Legado Andalusi.
- Franco, J. e. (Septiembre de 2007). Regresión logística en la literatura psiquiátrica: evaluación de los artículos publicados entre 2002 y 2005 en una prominente revista. (A. B.-G. Colectiva-ABRASCO, Ed.) *Revista Brasileira de Epidemiología*, 10(3), 370-379.
- Freeman D, D. G. (2005). The psychology of persecutory ideation I: a questionnaire survey. *Journal of Nervous and Mental Disease*,(193), 302-308.
- Freeman D, G. P. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *Br J Clin Psychol*, 41(4), 331-347.
- Freeman, D. (Aug de 2014). Advances in understanding and treating persecutory delusions: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 49(8), 1179-1189.
- Freud, S. (1972). *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia*. (L. L.-B. Torres, Trad.) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Garnier, M., & PM., L. (Feb; de 2015). Delusional disorders. *Rev Prat*, 65(2), 244-247.
- Girod, R. (1956). Lo innato y la sociedad. En R. Girod, *Actitudes colectivas et relaciones humanas* (págs. 31-36). Barcelona: Hispano-Europea.

- Goffman, E. (2006). El marco Teatral. En E. Goffman, *Frame Analysis* (2ª ed., págs. 134-138). Madrid, España: CIS- Siglo XXI Editores.
- Goldstein, R. (1995). Paranooids in the legal system: the litigious paranoid and the paranoid criminal. *Psychiatric Clinics of North America* (18), 303-315.
- Gonzalez-Rodriguez, A., Molina-Andreu, O., Navarro, V., Gastó, C., Penadés, R., & Catalán, R. (Apr-Jun de 2014). Delusional disorder: no gender differences in age at onset, suicidal ideation, or suicidal behavior. *Rev Bras Psiquiatr*, 36(2), 119-124.
- González-Rodríguez, A., Molina-Andreu, O., Penadés Rubio, R., Catalán Campos, R., & Bernardo Arroyo, M. (2014). Impacto de la conducta suicida en el trastorno delirante: descripción de una serie de 44 casos. *Med Clin*, 142(7), 299-302.
- Gorman, D., & Cummings, J. (Sep de 1990). Organic delusional syndrome. *Seminars in Neurology*, 10(3), 229-38.
- Grover, S., Biswas, P., & Avasthi, A. (October de 2007). Delusional disorder: Study from North India. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(5), 462-470.
- Hampsey, J. (2004). *Paranoia and Containment*. Londres: University of Virginia Press.
- Harris M, Taylor G. *Medical Statistics Made Easy*, Third Edition. London: Scion Publishing Limited, 2014.
- Harv Ment Health Lett. (1999). *Delusions and Delusional Disorders* (Vol. 15(8)).1-3.
- Herrero, G. (Diciembre de 1995). *De la "locura razonante" al "trastorno delirante"*. (M. Sauval, Ed.) Obtenido de www.acheronta.org: <http://www.acheronta.org/>
- Hitch, P., & Rack, P. (1980). Mental illness among Polish and Russian refugees in Bradford. *Br J Psychiatry* (137), 206-211.
- Hoche, A. (1999). El significado de los complejos sintomaticos en psiquiatria. En A. Hoche, E. Kraepelin, O. Bumke, & Fundación Archivos de Neurobiología (Ed.), *Los sintomas de la locura* (págs. 19-36). Madrid: Triacastela.
- Holka-Pokorska, J., & Jarema, M. (Jan-Feb de 2014). Oxytocin model of formation of psychotic symptoms and its implications for research on oxytocinergic pathway in schizophrenia. *Psychiatr Pol.*(48(1)), 19-33.
- Hsiao, M., Liu, C., Yang, Y., & Yeh, E. (Dec; de 1999). Delusional disorder: retrospective analysis of 86 Chinese outpatients. *Psychiatry Clin Neurosci.*, 53(6), 673-676.
- Hosmer DW, Lemeshow SA. *Applied Logistic Regression*. New York: John Wiley, 1989.
- Huertas, R. (2012). Conocer, organizar, persuadir. En R. Huertas, *Historia cultural de la psiquiatría* (págs. 69-101). Madrid: Los libros de la Catarata.
- Jadhav BS, Shah BR, Dhavale HS, Sharma P (2014). Delusional disorders: prevalence, clinical correlates and comorbidity. *AP J Psychol Med*, 15(1), 99-102.

- Jara, M. (2013). Violencia y Trastornos de personalidad. (S. E. Psicoterapia, Ed.) *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, Vol. 3(n.º 4), 1-11.
- Jorgensen, P. (1994). Course and outcome in dimensional disorders. *Psychopathology* (27), 79-88.
- Jürgen Kunert, H., Norra, C., Hoff, P. (2007). Theories of delusional Disorders. *Psychopathology*, 40, 191-202.
- Kaplan & Sadock. (2009). Trastorno delirante y trastorno psicótico compartido. En B. J. Sadock, & V. A. Sadock, *Sinopsis de Psiquiatría* (1ª ed., págs. 504-514). USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kendler, K. (Aug de 1982). Demography of paranoid psychosis (delusional disorder). (The JAMA Network Reader, Ed.) *Arch General Psychiatry*, 39(8), 890-902.
- Kendler, K. (2012). Trastorno delirante. En G. Berrios, & R. Porter, *Una Historia de la Psiquiatría Clínica* (págs. 419-31). Madrid: Triacastela.
- Kendler, S. (January/February de 1988). Kraepelin and the Diagnostic Concept of Paranoia. *Comprehensive Psychiatry*, 29(1), 4-11.
- Kesting, M. L. (Oct de 2013). The relevance of self-esteem and self-schemas to persecutory delusions: a systematic review. *Compr Psychiatry*, 54(7), 766-789.
- Klineberg, O. (1975). Factores sociales de la anormalidad. En O. Klineberg, *Psicología Social* (5ª ed., págs. 372-390). México: Fondo de Cultura Económica.
- Kraepelin, E. (1999). Las manifestaciones de la locura. En A. Hoche, E. Kraepelin, O. Bumke, & F. A. Neurobiología (Ed.), *Los síntomas de la locura* (1ª ed., págs. 53-88). Madrid: Triacastela.
- Krafft-Ebing, R. (1893). *Lehrbuch der Psychiatrie*. (Fifth ed.). Stuttgart.: Enke. 400-403.
- Krestchmer, E. (2000). *El delirio sensitivo de referencia* (4ª ed.). (F. A. Neurobiología, Ed., & J. S. Sagarra, Trad.) Madrid, España: Triacastela. 376-377.
- Kuhne Brabant, R. (1979). La Medicina árabe y Occidente. (I. H.-A. Cultura, Ed.) *AWRAQ* (nº 2), 7-21.
- Lacan, J. (2005). Concepciones de la Psicosis Paranoica como desarrollo de la Personalidad. En J. Lacan, *De la Psicosis Paranoica en sus relaciones con la Personalidad* (Trad. A. Alatorre; págs. 50-93.). Argentina: Siglo XXI.
- Lallart, X. (Jan-Feb de 2012). Paranoia and persecution. *Soins Psychiatr.* (278), 14-22.
- Laplantine, F. (1986). Los cuadros clínicos de la psiquiatría metacultural. En F. Laplantine, *La Etnopsiquiatría* (págs. 77-82). Barcelona: Gedisa S.A.
- Lasègue, E. (1852). Du délire de persécutions. *Archives Générales de Médecine*, 28, 129-50.

- Lemperière, T., & Féline, A. (1979). *Psychiatrie de L`adulte* (1ª ed.). Paris: Masson. 255-269.
- Lewis, A. (Noviembre de 1970). Paranoia and paranoid: a historical perspective. (M. Psychological, Ed.) *Psychological Medicine*, 1, 2-11.
- Magnan, V., & Sèrieux, P. (1892). *Le délire chronique à evolution systematique*. París: Masson.
- Maina, G., Albert, U., Bada, A., & Bogetto, F. (2001). Occurrence and clinical correlates of psychiatric co-morbidity in delusional disorder. *Eur Psychiatry* (16), 222-228.
- Manschreck, C. (2006). Trastorno delirante y resistencia al tratamiento. En Sánchez Planell & Col., *Patologías resistentes en psiquiatría*. (1ª ed., págs. 63-76). México: Ars Medica.
- Martínez Sada, R. (1991). "A mí no me doblega nadie": Aurora Rodríguez, su vida y su obra (Hildegart). Ediciós do Castro, D.L.
- Mezrich, JE; Honda, Y; Kastrup, MC (1994). *Psychiatric diagnosis: A word pesrpective*. New York: Springer-Verlag.
- Ministerio de Sanidad. (2006). *Estrategias en Salud Mental del SNS*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 39-61.
- Ministerio de Sanidad, P. S. (2012). *Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª (CIE-9) Revisión Modificación Clínica*. (S. G. Técnica., Ed.) Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Mora, G. (1982). Teorías de la personalidad y la psicopatología. En A. Freedman, H. Kaplan, & B. Sadock, *Tratado de Psiquiatría* (2ª ed., Vol. 1º, págs. 704-711). Barcelona: Salvat.
- Morris, M., & Jolley, D. (1987). Delusional infestation on later life. *Br J Psychiatr*, 152:272.
- Mullen, P., & Lester, G. (2006). Vexatious and unusually persistent complainants and petitioners: from querulous paranoia to querulous behavior. *Behavioral Sciences and the Law*, 24(33), 333-349.
- Munro, A. (1982). Paranoia revisited. *British Journal of Psychiatry* (158), 593-601.
- Munro, A. (1991). Phenomenologic aspects of monodelusional disorder. *Br J Psychiatry*. (159), 62-64.
- Munro, A. (June de 1995). The clasificación of delusional disorders. *The psychiatric clinics of North America.*, 18(2), 199-212.
- Munro, A. (2004). *Delusional disorder: Paranoia and related illnesses*. New York:: Cambridge University Press.
- Musalek, M., Berner, P, & Katschnig, H. (1989). Delusional Theme, Sex and age. *Psychopathology*, 22:(5), 260-267.

- OMS. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 21-25.
- OMS. (2008). *Guía de Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10* (1ª ed.). (OMS, Ed., & D. P. López., Trad.) Madrid: Panamericana.
- Opjordsmoen, S. (2014). Delusional Disorder as a Partial Psychosis. (O. U. Press, Ed.) *Schizophrenia Bulletin*, 40(2), 244-247.
- Paget A, E. L. (2014). Relationships among self, others, and persecutors in individuals with persecutory delusions: a repertory grid analysis. *Behav Ther.* 2014 Mar; 45(2):273-82., 45(2), 273-282.
- Palijan, T., Radeljak, S., Kovac, M., & Kovacević, D. (Jun de 2010). Relationship between comorbidity and violence risk assessment in forensic psychiatry - the implication of neuroimaging studies. *Psychiatr Danub.*, 22(2), 253-256.
- Pichon-Riviére, E. (1983). Desarrollo Histórico y estado actual de la concepción de los delirios crónicos. En E. Pichon-Riviére, *La Psiquiatría, una nueva problemática (Del Psicoanálisis a la Psicología Socia III)* (págs. 202-220). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pinel, P. (1810). Nevroses des Fonctions Générales. En P. Pinel, "Nosographie Philosophique" (Vol. 2, págs. 95-120). París: Chez J.A. Brosson.
- Polatin, P. (1982). Trastornos psicóticos: estados paranoides. En A. H. Freedman, *Tratado de Psiquiatría* (2ª ed., Vol. Tomo I, págs. 1110-1121). Barcelona: Salvat.
- Postel, J., & Quetel, C. (2000). *Nouvell histoire de la psychiatrie* (2ª ed.). (F. G. Aramburo, Trad.) México: Fondo de Cultura Económica. 209-216.
- Prevention, A. F. (21 de Mayo de 2015). <https://www.afsp.org/understanding-suicide/suicide-risk-factors>. Obtenido de <https://www.afsp.org/understanding-suicide/suicide-risk-factors>
- Reilly, T., & Batchelor, D. (1991). Monosymptomatic hypochondriacal psychosis and AIDS (letter). *American Journal of Psychiatry*, 148:81.
- Rendueles, G. (1989). *El manuscrito encontrado en Ciempozuelos*. (R. G., Ed.) Madrid: Endymion.11-48.
- Rendueles, G. (1989). Informe Psiquiátrico. En G. Rendueles, *El Manuscrito encontrado en Ciempozuelos* (1ª ed., págs. 197-229). Madrid: Endymion.
- Retterstol, N. (1992). Paranoic and paranoiac psychoses. En R. G., *The origins of delusions*. (págs. 298-308). Thomas Springfield, IL.
- Ribera y Tarrago, J. (2000). Caracteres artisticos de la música árabe oriental: Armonía, ritmo y expresión. En J. Ribera y Tarrago, *La música árabe y su influencia en la española* (2ª ed., págs. 101-107). Valencia: Pre-Textos.

- Román Avezuela, N., Esteve Díaz, N., Domarco Manrique, L., Domínguez Longás, A., Miguélez Fernández, C., & ., D. P. (2015). Gender differences in delusional disorder. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* (35), 37-51.
- Romero Crespo, H., Prieto Ballesteros, A., & Roig Moliner, A. (1992). *La Asistencia Psiquiátrica en la Provincia de Córdoba (1960-1983)*. (1ª ed.). (I. P. Córdoba, Ed.) Córdoba, España: Excma. Diputación de Córdoba. 95-112.
- Rudden, M., Sweeney, J., Frances, A., & Gilmore, M. (1983). A Comparison of Delusional Disorders in Women and Men. *Am J Psychiatry*, 140(12), 1575-1578.
- Ruiz-Maya, M. (1999). *Psiquiatría Penal y Civil* (2ª Fascimil ed.). Córdoba: Publicaciones Obra Social y Cultural Cajasur. 430-461.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2009). Trastorno Delirante y trastorno psicótico compartido. En K. & Sadock, *Sinopsis de Psiquiatría* (R. A. all, Trad., págs. 504-521). Philadelphia, USA: Wolters Kluwer. Lippincott, Williams & Wilkins.
- Said-Farah, M. (marzo de 2008). *El Maristán y Al-madrassa: Hospital-Escuela de medicina (I)*. (M. [Arch Soc Esp Oftalmol, Ed.) doi:.org/10.4321/S0365-66912008000300013.
- Salavert, J., Berrospi, M., & Miralles, M. D. (2003). El trastorno delirante: Revisando los aspectos de la paranoia. (F. M. Barcelona, Ed.) *Rev Psiquiatría Fac Med Barcelona*, 30 (6):(305), 304-313.
- Salazar, J., Montero, M., Muñoz, C., Sanchez, E., Santoro, E., & Villegas, J. (1980). Psicología social aplicada a la salud mental. En J. Salazar, M. Montero, C. Muñoz, E. Sanchez, E. Santoro, & J. Villegas, *Psicología social*. (2ª ed., págs. 386-389). Mexico: Trillas.
- Schanda, H., Wörgötter, G., Berner, P., Gabriel, E., Küfferle, B., Knecht, G., & Kieffer, W. (Junio de 1991). Predicting course and outcome in delusional psychoses. *Acta Psychiatr Scand.* 1991(6), 468-475.
- Schneider, K. (1997). *Psicopatología Clínica* (13ª ed.). (F. A. Neurobiología, Ed., & A. S. Pascual, Trad.) Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología. 183-200
- Schereber, D. (1999). *Memorias de un neurópata*. (R. Alcaide, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Libros Perfil. S.A.
- Schifferdecker, M., & Peters, U. (June de 1995). The origin of concept of paranoia. *the Psychiatric Clinics of North America*, 18(2), 231-249.
- Séglas, J. (1895). *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Hôpital de la Salpêtrière, 1887-1894)*. París: Asselin et Houzeau. 349-682.
- Séglas, J. (1903). Sémiologie des affections mentales. En G. Ballet, *Traité de Pathologie Mentale* (págs. 130–270). Gustave Doin.
- Sérieux, P. &. (1910). Les folies raisonnantes. Le delire d'interprétation. *L'anne psychologique*, 17(17), 251-269.

- Serretti, A., Lattuada, E., Cusin, C., & Smeraldi, E. (Mar-Apr de 1999). Factor analysis of delusional disorder symptomatology. *Compr Psychiatry*, 40(2), 143-147.
- Sheehan, D., Harnett-Sheehan, K., & Raj, B. (1996). The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol*(supl 3), 89-95.
- Silva, H. (Junio de 2010). El concepto de paranoia y la nosología psiquiátrica: a propósito de un caso clínico con delirio de invención. (GPU, Ed.) *Psiquiatría Universitaria*, 2, 186-193.
- Sims, A. (2008). La expresión de la personalidad trastornada. En A. Sims, & Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (Ed.), *Síntomas mentales* (3ª ed., págs. 419-432). Madrid: Triascastela.
- Stilo, S., Di Forti, M., Mondelli, V, Falcone, A., Russo, M., & O'Connor, J. et al. (Noviembre de 2013). Social Disadvantage: Cause or consequence of impeding Psychosis? (O. U. Press, Ed.) *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1288-1295.
- Swanson, D. B. (1974). *El mundo paranoide*. Barcelona: Labor.
- Tan, N., & Van Os, J. (2014). The schizophrenia spectrum and other psychotic disorders in the DSM-5. *Tijdschr Psychiatr*, 56(3), 167-172.
- Tiernan, B., Tracey, R., & Shannon, C. (30 de May de 2014). Paranoia and self-concepts in psychosis: a systematic review of the literature. *Psychiatry Res.* (216(3)), 303-313.
- Vallejo- Nájera, J. (1987). *Locos egregios* (24 ed.). Barcelona: Editorial Planeta, S.A.
- Värnik, P. (2012). Suicide in the World. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 760-771.
- Vázquez-Barquero, J. G., Pérez Iglesias, R., Vázquez-Bourgon, J., & Crespo-Facorro, B. (2007). Nuevas perspectivas en la definición de "efectividad" en el tratamiento de nuevos episodios de psicosis. En J. C.-F. Vázquez-Barquero, J. Vázquez-Barquero, & B. Crespo-Facorro (Edit.), *Nuevos enfoques para la intervención en primeros episodios de psicosis* (1ª ed., págs. 3-18). Barcelona: Elsevier Masson.
- Vernet, J. (1992). *Al-Ándalus: El legado del Islam en España*. Nueva York: The Metropolitan Museum of Art & Ed El Viso. 173-187
- Villagran JM & Luque R. (Septiembre de 1988). Formaciones Pre y Post-psicóticas. (F. O. Gasset, Ed., & C. A. López, Trad.) *Revista de Occidente*, 82-95.
- Vorontsova N, G. P. (Nov de 2013). Cognitive factors maintaining persecutory delusions in psychosis: the contribution of depression. *J Abnorm Psychol*, 4, 1121-1131.
- Waller H, E. R. (Sep de 2015). Thinking Well: A randomised controlled feasibility study of a new CBT therapy targeting reasoning biases in people with distressing persecutory delusional beliefs. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 48, 82-89.

- Watt JAG, H. D. (1980). Paranoid states of middle life. Familiar occurrence and relationship to schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* , 413-436.
- Weygandt, W. (1928). *Psiquiatria Forense* (1ª ed.). Barcelona: Labor, S.A. 333-343.
- Winokur, G., & Crowe, R. (1982). Trastornos de la personalidad. En A. Freedman, H. Kaplan, & B. Sadock, *Tratado de Psiquiatria* (Vol. 2, págs. 1430-47). Barcelona: Salvat.
- Wustmann, T., Pillmann, F., Piro, J., Schmeil, A., & Marneros, A. (2012). The Clinical and Sociodemographic Profile of Persistent Delusional Disorder. *Psychopathology*, 45, 200-202.
- Wustmann, T., Pillmann, F., & Marneros, A. (Feb de 2011). Gender-related features of persistent delusional disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 261(1), 29-36.
- Yamada, N., Nakajima, S., & Noguchi, T. (1998). Age at onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. *Acta Psychiatr Scand.*, 97, 122-124.
- Zola, L. (2013). *Paranoia. La locura que hace la historia* (1ª Ed. ed.). (Tezontle, Ed.) Argentina: Fondo de Cultura Económica. 25-76.

ANEXOS

- 15.-05.-Consumo de Alcohol. SI → Aplicar SCIDI-I Trastorno por abuso de Alcohol.
 NO
- 15.-06.- Intento/s de Suicidio SI NO
- 15.-07.-Problemas Legales SI NO (ver Eje IV: 8 Sistema Legal)
- 15.-08.- Encarcelamiento SI NO
- 15.-09.-Problemas Conyugales SI NO
- 15.-10.- Episodios de Heteroagresividad física hacia personas: SI NO
- 15.-11.-Trastornos de conducta Alimentaria. SI →Aplicar SCIDI-I Trastorno Conducta Alimentaria.
NO
- 15.-12.-Otros antecedentes Médicos. (Especificar) _____
- 15.-13.-Se han producido graves acontecimientos estresantes de la vida hasta 3 meses antes del TD SI (especificar/ Ver Eje IV) _____
 NO

16.-DATOS DEL INICIO DEL TRASTORNO DELIRANTE (TD).

- 16.-01.-Edad al Inicio del TD (Calculada por Referencias) _____Años de edad.
- 16.-02.-Edad en la 1ª Consulta Psiquiátrica _____ Años de edad.
- 16.-03.-Forma de Inicio:
- 16.03.1- AGUDA (< 3 meses).
- 16.-03.2-INSIDIOSA (> 3 meses).
- 16.-04.-TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INICIO ___MESES.
- 16.-05.-TIPO DE CURSO DEL TD:
- 16.-05.1.- Crónico Ininterrumpido.
- 16.-05.2.- Fásico con Remisión Total:
- 16.-05.3.- Fásico con Remisión Parcial

17.-INICIATIVA DE SOLICITUD DE ATENCIÓN PSQUIÁTRICA:

- 17.01.- Por iniciativa propia
- 17.02.- Por iniciativa familia origen (padres)
- 17.03.- Por iniciativa familia propia (espos/a)
- 17.04.- Por iniciativa familia acogida
(excluye padres y esposo/a)
- 17.05.- Por iniciativa Residencia / Hogar.
- 17.06.- Por iniciativa Legal.
- 17.07.- Por iniciativa/derivación Médica.
- 17.08.- Por iniciativa de amigos/as

18.-DATOS GENERALES DEL TRATAMIENTO DEL TD.

- 18.-1.-Recibe Medicación ANTIDEPRESIVA: NO
 SI ¿Cuál? (Especificar)-----

18.-2.-DATOS DE ADHESION AL TRATAMIENTO (TEST DE MORISKY-GREEN):

- 18.-2.-01.- Olvida alguna vez de tomar los medicamentos.
- 18.-2.-02.- Toma los medicamentos a las horas indicadas.
- 18.-2.-03.-Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación?
- 18.-2.-04.-Si le sienta mal deja de tomar la medicación
- 18.-2.-05.-No existen datos.

18.-3.-EVOLUCION DEL CONTENIDO DEL TEMA DEL DELIRIO:

- 18.-3.-01.-Monotemático.
- 18.-3.-02.-Politemático (Mixto)

18.-4.- SUBTIPO TEMÁTICO DEL DELIRIO:

- 18.-4.-01.-Erotomaniaco.
- 18.-4.-02.-Grandiosidad.
- 18.-4.-03.-Celotípico.
- 18.-4.-04.-Persecutorio.
- 18.-4.-05.-Somático.
- 18.-4.-06.-Mixto.
- 18.-4.-07.-No-Especificado.

19.-DATOS DE USO Y FRECUENTACION DE RECURSOS PSQUIATRICOS.

- 19.-01.-Nº de consultas total recogidas en la Hª Clínica_____Total Consultas.
- 19.-02.-Nº total de Ingresos Hospitalarios recogidos en Hª Clínica____Total Hospitalizaciones.
- 19.03.-Nº de días de baja Laboral :_____ días

19.04.-N° de visitas de urgencia:_____

19.05.-Existencia Informe Asistente Social : SI NO

ANEXOS II

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE SERIES DE CASOS DE TRASTORNO
DELIRANTE**

Francisco Mármol Bernal.^a

Rogelio Luque Luque.^b

Mohamed Farouk Allam.^c

Rafael Fernández-Crehuet Navajas.^c

a. Delegación Territorial de Salud, Córdoba, España.

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

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

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@uco.es

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 5. 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.

DESCRIPTIVE STUDY OF CASE SERIES WITH DELUSIONAL DISORDER.

SUMMARY

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.*

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 personalidad [1]. 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 conducta [2]. Se 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 persecutorio [3].

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 mecanicistas plausibles en la ocurrencia de la paranoia [4]. Estos factores pueden estar influidos por una serie de circunstancias sociales, incluidos los eventos adversos, el uso de drogas ilegales, y los entornos urbanos [5-7]. 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 comparación [2]. 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-TR [8] y DSM 5 [3].

Población de estudio. Un total de 392 historias clínicas de pacientes diagnosticados y registrados de TD según la CIE-9 [9] en el Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental de Córdoba (en adelante DPHM) [10] durante un periodo 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-TR [8] y DSM 5 [3].

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. Solo el 36,4% de los pacientes cursó estudios secundarios y el 30% era analfabeto. El 56,3% se encontraba casado. El 58,2% convivían con la familia, el 59,0% convivían 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 erotomaniaco 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.

Solo 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%. Solo un 16,9% consumió previamente alcohol y solo 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). Tabla 2 presenta las características clínicas de los pacientes con TD. 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 erótomaniaco 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%; IC95% 43,4-55,4) y concuerdan con estudios realizados con criterios DSM por Yamada y colaboradores (1998) sobre 54 casos (51%; IC95% 38,1-63,8) [16], Hsiao y colaboradores (1999) sobre 86 casos (70,9%; IC95% 60,5-79,5) [17], Maina y colaboradores (2001) sobre 64 casos (54,4%; IC95% 29,4-52,8) [18], De Portugal y colaboradores (2008) sobre 370 casos (70,9%; IC95% 42,3 - 52,5) [19], De Portugal y colaboradores (2009) sobre 86 casos (39,3%; IC95% 29,6-49,9) [20], Jadhav y colaboradores (2014) sobre 53 casos (22,64%; IC95% 13,3-35,7) [21], y González-Rodríguez y colaboradores (2014) sobre 97 casos (74,2%; IC95% 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 colaboradores (2008) [19]. Más de la mitad (59%) de los pacientes registrados convivían en pareja. Previamente, se ha señalado la tendencia al aislacionismo de estos pacientes [2], sin embargo en nuestro

estudio tan solo 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 colaboradores (2008) informaron de un 8,7% de historia familiar de esquizofrenia sobre 174 casos [19] y de un 20,9% en otro estudio de 86 casos [20], sin embargo nosotros no encontramos ningún caso, lo que pudiera deberse a las características socioculturales y demográficas de la 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 colaboradores (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, 13,14,19,20,22]. 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 colaboradores (2009) encontraron episodios estresantes en el 32,5% de 51 casos, es decir en casi un tercio de los casos [20].

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 colaboradores en su estudio DELIREMP sobre 86 casos de TD [20]. 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 colaboradores (2008) informaron de ideas autoreferenciadas en un 48,6% y de un 7,8% de alucinaciones auditivas no prominentes [19]. 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 colaboradores (2009) informaron el máximo tiempo para el de grandiosidad y el mínimo para el subtipo mixto [20], lo cual también podría atribuirse a los niveles de tolerancia existentes en el entorno sociofamiliar de su estudio hacía 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 colaboradores informaron de valores EEAG más altos de 63,8 [20] y de 50,35 [19] y de valores SDI más bajos [20], lo que también pudiera ser atribuido a la disparidad en el tamaño de las muestras o a factores culturales como refiere Badá y colaboradores (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. Tabla 3 recoge el consumo de estos recursos. De Portugal y colaboradores (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 colaboradores [20], utilizando la escala *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS), informaron de un 45% de pacientes con depresión, sin embargo en otro estudio [19] informaron de un 27%. González-Rodríguez y colaboradores [22] informaron de un 37,1% y Wustmann y colaboradores de un 39,5% [24] y Román Avezuela y colaboradores encuentran un 44,8% previo y un 59,4% al inicio del cuadro [25]. Estas diferencias pudieran ser atribuibles al tamaño de las muestras y al tipo de estudio, pero parecen sugerir la presencia de un cuadro depresivo comórbido. Según Vorontsova y colaboradores, la mejora del cuadro depresivo aminora la sintomatología persecutoria [26].

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 colaboradores [23] y De Portugal y colaboradores [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 5 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 periodos 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 periodos 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.

REFERENCIAS

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. 1ª Ed: Aula médica. 2004: 51-8.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). 5ª 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: 302-308.

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). 4ª ed. Washington, DC. Ed. Asociación Americana de Psiquiatría. 1994.
9. 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.
10. Romero H, Prieto A, Roig A. La asistencia Psiquiátrica en la provincial de Córdoba (1960-1983). Ed. Servicio de Publicaciones Excma. Diputación Provincial de Córdoba. 1992.
11. 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.
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 Braford. *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.

Tabla 1. Características sociodemográficas del Trastorno Delirante (TD) y sus tipos.

VARIABLE	GLOBAL	EROTOMÁNIACO	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%)	
SEXO Hombre	138 (52,9%)	4 (1,5%)	21 (8,0%)	31 (11,9%)	66 (25,3%)	6 (2,3%)	10 (3,8%)	0,091
Mujer	123 (47,1%)	9 (3,4%)	10 (3,8%)	20 (7,7%)	63 (24,1%)	12 (4,6%)	9 (3,4%)	
EDAD	47,55 (DE=15,51)	44,31 (DE=18,87)	42,71 (DE=14,11)	50,47 (DE=14,54)	48,44 (DE=15,56)	46,89 (DE=19,18)	44,42 (DE=12,67)	0,250
DISTRITO SANITARIO								
ÁREA GESTIÓN SANITARIA NORTE	40 (15,3%)	1 (,4%)	3 (1,1%)	7 (2,7%)	23 (8,8%)	2 (,8%)	4 (1,5%)	0,124
DISTRITO SANITARIO GUADALQUIVIR	32 (12,3%)	3 (1,1%)	4 (1,5%)	6 (2,3%)	14 (5,4%)	2 (,8%)	3 (1,1%)	
DISTRITO SANITARIO CÓRDOBA	106 (40,6%)	2 (,8%)	16 (6,1%)	13 (5,0%)	59 (22,6%)	7 (2,7%)	9 (3,4%)	
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%)	

* Estadísticamente significativo. **Prueba Chi al Cuadrado para variables cualitativas.

Tabla 1. (Cont.) Características sociodemográficas del Trastorno Delirante (TD) y sus tipos.

NIVEL de FORMACION	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%)	
ESTUDIOS UNIV SUPERIORES	4 (1,5%)	0 (,0%)	1 (,4%)	0 (,0%)	3 (1,1%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0,000*
EST TÉCNICOS /DIPLOMADOS	10 (3,8%)	1 (,4%)	3 (1,1%)	0 (,0%)	6 (2,3%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
EST SUPERIORES INCOMPLETOS	30 (11,5%)	2 (,8%)	2 (,8%)	4 (1,5%)	22 (8,4%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
SECUNDARIOS	95 (36,4%)	2 (,8%)	13 (5,0%)	18 (6,9%)	54 (20,7%)	4 (1,5%)	4 (1,5%)	
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 (,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%)	0,280
EMPLEADO/A	91 (34,9%)	3 (1,1%)	17 (6,5%)	18 (6,9%)	40 (15,3%)	6 (2,3%)	7 (2,7%)	
PENSIONISTA	62 (23,8%)	4 (1,5%)	3 (1,1%)	13 (5,0%)	37 (14,2%)	2 (,8%)	3 (1,1%)	

* Estadísticamente significativo. **Prueba Chi al Cuadrado para variables cualitativas.

Tabla 1. (Cont.) Características sociodemográficas del Trastorno Delirante (TD) y sus tipos.

ESTADO CIVIL	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%)	
SOLTERO/A	78 (29,9%)	10 (3,8%)	13 (5,0%)	3 (1,1%)	42 (16,1%)	8 (3,1%)	2 (,8%)	0,000 *
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%)	3 (1,1%)	0 (,0%)	12 (4,6%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
SEPARADO/A	14 (5,4%)	0 (,0%)	2 (,8%)	1 (,4%)	10 (3,8%)	1 (,4%)	0 (,0%)	
UNIÓN LIBRE	7 (2,7%)	0 (,0%)	0 (,0%)	2 (,8%)	5 (1,9%)	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 (DE=2,08)	,77 (DE=1,48)	1,00 (DE=1,69)	2,59 (DE=2,07)	1,65 (DE=2,21)	1,44 (DE=2,03)	2,16 (DE=1,38)	0,005 *
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 (,8%)	0,000 *
FAMILIA PROPIA	152 (58,2%)	4 (1,5%)	14 (5,4%)	45 (17,2%)	64 (24,5%)	9 (3,4%)	16 (6,1%)	
FAMILIA ACOGIDA	32 (12,3%)	2 (,8%)	8 (3,1%)	0 (,0%)	20 (7,7%)	1 (,4%)	1 (,4%)	
RESIDENCIA/HOGAR	9 (3,4%)	1 (,4%)	0 (,0%)	3 (1,1%)	5 (1,9%)	0 (,0%)	0 (,0%)	
SOLO	18 (6,9%)	2 (,8%)	2 (,8%)	0 (,0%)	13 (5,0%)	1 (,4%)	0 (,0%)	

*Estadísticamente significativo **Prueba ANOVA para variables cuantitativas y Chi al Cuadrado para variables cualitativas.

Tabla 2. Sintomatología delirante psicótica (SCID-I).

VARIABLE	GLOBAL	EROTOMANÍACO	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 (,8%)	29 (11,1%)	0 (,0%)	6 (2,3%)	1 (,4%)	6 (2,3%)	0,000 *
IDEAS SOMÁTICAS	34 (13,0%)	1 (,4%)	4 (1,5%)	2 (,8%)	7 (2,7%)	18 (6,9%)	2 (,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 (,4%)	11 (4,2%)	0,000 *
ALUCINACIONES VISUAL	33 (12,6%)	2 (,8%)	2 (,8%)	1 (,4%)	18 (6,9%)	5 (1,9%)	5 (1,9%)	0,018 *
ALUCINACIONES TÁCTILES	2 (,8%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	0 (,0%)	2 (,8%)	0 (,0%)	0,000 *
OTRAS ALUCINACIONES	9 (3,4%)	1 (,4%)	0 (,0%)	1 (,4%)	4 (1,5%)	3 (1,1%)	0 (,0%)	0,031 *

* Estadísticamente significativo. **Prueba Chi al Cuadrado para variables cualitativas.

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

VARIABLE	GLOBAL	EROTOMANIÁCO	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 SI	23 (8,8%)	3 (1,1%)	2 (,8%)	4 (1,5%)	9 (3,4%)	5 (1,9%)	0 (,0%)	0,016
Nº 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 *
Nº VISITAS TOTAL URGENCIA	,13 (DE=,45)	,00 (DE=,00)	,10 (DE=,30)	,14 (DE=,40)	,12 (DE=,52)	,11 (DE=,32)	,26 (DE=,56)	0,710
VISITA URGENCIAS SI	25 (9,6%)	0 (,0%)	3 (1,1%)	6 (2,3%)	10 (3,8%)	2 (,8%)	4 (1,5%)	0,405
Nº TOTAL INGRESOS HOSP	1,20 (DE=1,96)	1,15 (DE=1,41)	1,55 (DE=2,45)	,84 (DE=1,63)	1,23 (DE=2,15)	,89 (DE=1,18)	1,74 (DE=1,19)	0,469
INGRESO SI 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 SI	56 (21,5%)	3 (1,1%)	9 (3,4%)	9 (3,4%)	26 (10,0%)	2 (,8%)	7 (2,7%)	0,363

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