

EL INDIVIDUO PARANOIDE

INDICE

1. Introducción
2. Las tres facetas de la conducta paranoide
 - 2.1. Enfermedad
 - 2.1.1. Paranoia
 - 2.1.2. Paranoias
 - 2.1.3. Episodios delirantes agudos
 - 2.1.4. Los obstinados
 - 2.2. Personalidad
 - 2.2.1. Personalidad paranoide
 - 2.2.2. Carácter sensitivo
 - 2.3. Estado
3. El substrato común
4. La paranoia estrecha
5. La activación paranoide

Introducción

La piedra angular sobre la que hemos sustentado este libro, el eje central, es el concepto de “conducta paranoide”, derivado de diagnósticos psiquiátricos (paranoia, constitución paranoica, personalidad paranoide) que se remontan a finales del s. XIX y principios del XX. Ahora bien, al hablar de conducta paranoide queremos reflejar una realidad que, más allá del campo de la Psiquiatría y de las enfermedades mentales, entra de lleno en el ámbito de la psicología de la normalidad y de la psicología social.

Paranoia

Es necesaria, en primer lugar, una precisión terminológica. De acuerdo con la propuesta de Winokur, que en el año 1977 sugería el recambio del término paranoia por “trastorno delirante” (51), las dos grandes clasificaciones psiquiátricas internacionales sustituyeron paulatinamente la antigua “paranoia” por esta nueva expresión.

ICD 9. 1979. Paranoia

DSM-III. 1980. Paranoia.

DSM-III-R 1987. Trastorno delirante (paranoide).

CIE 10. 1992. Trastorno de ideas delirantes.

DSM-IV. 1994. Trastorno delirante.

El DSM-5 (4) define el trastorno delirante con cinco criterios operativos de los que destacamos dos:

A Presencia de uno (o más) delirios con una duración de un mes o más.

C Aparte del impacto del delirio o sus ramificaciones, el funcionamiento no está marcadamente alterado, y la conducta no resulta manifiestamente extraña.

La concepción de la paranoia / trastorno delirante de las modernas clasificaciones se remonta fundamentalmente a Kraepelin.

Paranoia. Kraepelin.

“Desarrollo insidioso, determinado por causas internas y según una evolución continua, de un sistema delirante duradero, inquebrantable, junto a la conservación absoluta de la claridad y el orden en el pensamiento, el querer y la acción” (29).

En la sexta edición de su tratado (1899) Kraepelin nos presentaba por primera vez una definición de la paranoia (en esencia, “la enfermedad del delirio”), una delimitación nosológica clara (sobre todo de la esquizofrenia) y una minuciosa descripción clínica que, a pesar del tiempo, conserva plena vigencia. Transcurrido algo más de un siglo, las modernas clasificaciones de los trastornos mentales no introducen ningún cambio sustancial.

La concepción Kraepeliniana de la paranoia distingue en el paciente dos polos:

- Por un lado la idea delirante, de carácter mórbido, que surge inexplicablemente y, necesariamente, como consecuencia de algún tipo de enfermedad cerebral.
- Por el otro, el “resto intacto de la personalidad”.

Entre estos dos polos se sitúa una zona intermedia, la de las “conductas derivadas del delirio”. Se trata de los comportamientos que, teniendo en cuenta la presencia del delirio resultan razonables o comprensibles, pero únicamente partiendo de la convicción delirante. Así, por ejemplo, los pacientes con delirios persecutorios realizan repentinos cambios de residencia, agreden inexplicablemente a quienes creen sus enemigos, o tienden a esconderse y pasar desapercibidos y los pacientes celosos siguen, espían e interrogan a sus mujeres y ponen a prueba su deseo sexual.

ALEMANIA

Obviamente la nueva entidad clínica no fue descubierta por el psiquiatra alemán desde la nada, basándose en la mera observación, recopilación y análisis de los síntomas y las palabras de sus pacientes, sino que su concepto de *paranoia* culminaba un proceso progresivo que se desplegó principalmente en Alemania y Francia durante el siglo XIX. No es nuestro objetivo presentar la sucesión de ideas que acabaría cristalizando en la sexta edición de su Tratado, y simplemente nos limitaremos a recordar algunos hitos.

La palabra *paranoia* fue acuñada en la antigua Grecia uniendo las raíces *para* (de lado, paralelo) y *noia* (espíritu, pensamiento) y se utilizó para referirse a las enfermedades mentales en general, y especialmente a las que cursaban con un mayor deterioro y pérdida de la razón. Poco que ver, pues, con su moderno sentido. Según se afirma reiteradamente, el término ya fue usado por Hipócrates y por Platón.

Posteriormente, y tras varios siglos en desuso habría sido recuperado por Vogel en 1764, manteniendo el sentido original de “locura”. Heinroth -1818-, en su *Libro de texto sobre las alteraciones de la vida mental* (31), definía la *paranoia* como una alteración del intelecto sin afectación de los sentimientos o la volición, mientras que denominaba *paranoia ecstasia* a las alteraciones del sentimiento.

El término dejaría de nuevo de usarse hasta que en 1863 fue de nuevo rescatado por

Kahlbaum. Se afirma a menudo que este autor ya le dio el sentido de “delirio sistematizado progresivo”. Según expone Berriós (8), Kahlbaum dividió las enfermedades mentales en tres grandes grupos; uno de ellos, las *vecordias*, incluía el grupo de enfermedades de inicio posterior a la pubertad, etiología desconocida y síntomas más o menos específicos. A su vez, las *vecordias* se dividían entre los trastornos del pensamiento (*paranoia*), de la volición (*diatrosfia*) y de las emociones (*distimia*).

En las décadas siguientes proliferaron en Alemania las descripciones clínicas de la paranoia y las denominaciones alternativas (*Verrücktheit*, paranoia secundaria, paranoia aguda, paranoia primitiva, *paranoia querulans*, *paranoia inventoria*, *paranoia combinatoria*, *paranoia simplex chronica*), asociadas cada una de ellas a sus propios matices (45). Ciertamente se llegó a afirmar que, en algunos casos, las ideas delirantes no se asociaban a ninguna actividad alucinatoria, pero nadie antes de Kraepelin propuso considerar a los delirantes-crónicos-sin-alucinaciones como una entidad mórbida diferenciada.

En Francia, el término paranoia fue importado y adoptado tardíamente, asociado al sentido que de un modo definitivo le había dado Kraepelin. Ahora bien, a lo largo del siglo XIX la Psiquiatría francesa ya había recorrido por sí misma un alambicado camino, plagado de sucesivas denominaciones y clasificaciones, que, lentamente y aún usando otros términos, la había aproximado a la concepción kraepeliniana de la enfermedad.

FRANCIA. PRIMERAS DESCRIPCIONES CLÍNICAS.

Un hito temprano de dicho proceso lo constituyen los *arrangeurs* (solucionadores, los que resuelven, arregladores, por oposición a los *incohérents*) de François Leuret (1834), a los que se refiere como un tipo particular de locos. Las siguientes citas nos permiten comprobar hasta que punto este grupo de pacientes constituía un precoz anticipo de la futura paranoia.

“No me ha sido posible, lo que quiera que hiciese, distinguir una idea loca de una idea razonable solamente por su naturaleza. He buscado en Charenton, en Bicêtre, en la Salpêtrière, la idea que me pareciese más loca; luego, comparándola con un buen número de las que corren por el mundo, me quedé sorprendido y casi avergonzado de no encontrar ninguna diferencia (...) Siendo médico, tomé como objetos de comparación las teorías humorales, el strictum y el laxum de Thémison, las reacciones de Paracelso, el archeus de van Helmont, la astenia, el contro-estimulismo, el fluido nervioso, la irritación...; he visto que todas estas teorías basadas en un pequeño número de hechos, a menudo mal observados, y de los que se sacaban conclusiones generales, no tenían más razón de ser que las ideas con las cuales las había confrontado” (34).

“Tengo todo el respeto por los sabios (...) pero se me permitirá decirlo, puesto que es cierto; a veces tienen ideas locas, tan locas como las de los enajenados” (34).

“(...) Así privado, a causa de las numerosas usurpaciones cometidas por personas razonables, de un carácter [la falsedad] que, al principio, yo creía que pertenecía en exclusiva a la locura, me vi obligado a buscar en otro lugar el elemento que necesitaba. A la falsedad de las ideas tuve que añadir su fijeza y su cohesión anormal. Un hombre toma las piedras por metales preciosos: *idea falsa*; nada puede apartarle de esta creencia: *idea fija*; cada vez que ve una piedra, *la idea* que tiene sobre ella *vuelve* necesariamente: cohesión anormal” (34).

Arrangeurs. Leuret.

“A menudo el *arrangeur* es hábil y dispone de un talento particular para dar una apariencia de realidad a sus concepciones. Todo le sirve con tal de demostrar lo que tiene en el espíritu; ninguna prueba en sentido contrario le disuade ni le incomoda” (34).

Arrangeurs. Leuret.

“El *arrangeur* no tiene alucinaciones, visiones, inspiraciones o inclinaciones perversas; tiene una idea, una de esas ideas que a todos nos vienen a la mente, pero a las cuales no damos más importancia que la que merecen y que sabemos alejar cuando no nos parecen razonables o llegan a ser inoportunas. El *arrangeur* no puede deshacerse de su idea, es su esclavo, no tiene nada más que a ella, se identifica con ella” (34).

Arrangeurs. Leuret.

“El *arrangeur* es bastante más habilidoso; para empezar no tiene necesariamente lo que se llama una idea loca; su idea, si no es verdadera, al menos es engañosa y la apoya en razonamientos. No exige ser creído de entrada, da explicaciones de buen grado y de un modo muy justo (...) no es raro que en la discusión tome ventaja el enfermo al médico” (34).

Los ejemplos concretos que aporta corresponden básicamente a delirios persecutorios.

Arrangeurs. Leuret.

“Se decía perseguido, y todo lo ligaba a esa pretendida persecución que, desprovista de fundamento real, tenía de todos modos en su boca algo de engañoso” (34).

Esquirol, fiel a la teoría de la enajenación mental como una enfermedad única, defendía la existencia de cinco “formas” de la misma. Estas variantes no eran mutuamente excluyentes y podían sucederse e incluso solaparse en un mismo individuo. La que más directamente nos concierne es la monomanía (Esquirol habló de dos monomanías, la propiamente dicha y la lipemanía; nos referimos a la primera), “en la cual el delirio se limita a un solo objeto o a un pequeño número de objetos con excitación y predominio de una pasión alegre y expansiva” (18). Conviene advertir que el *délire* de Esquirol (como corresponde a la psiquiatría francesa de la época) es mucho más difuso e incluye casi cualquier fenómeno psicopatológico. A su vez, según el autor, existirían tres tipos de monomanía, a saber:

- La instintiva (monomanías de borrachera, incendiaria y homicida).
- La afectiva (monomanía erótica)
- La intelectual (monomanía razonante). Esta última se define como aquella en que

“(...) la alteración intelectual se concentra en un solo objeto o series de objetos; los enfermos parten de un principio falso al que siguen sin desviarse de los principios lógicos, y del que sacan consecuencias legítimas que modifican sus afectos y sus actos de la voluntad; fuera de este delirio parcial, sienten, razonan y actúan como todo el mundo” (18).

Los paralelismos con la definición kraepeliniana de la paranoia son obvios, y la definición de Esquirol parece conducirnos directamente a ella. Sin embargo, los casos concretos que el autor expuso generan muchas dudas respecto al posible diagnóstico y parecen corresponder a un abanico bastante más amplio de posibilidades.

En 1852, Lasègue describió su “delirio de persecuciones” (33), en su empeño por identificar, partiendo de la observación clínica, especies concretas y discretas dentro del campo excesivamente amplio y difuso de la enajenación mental clásica. La nueva enfermedad se caracterizaba por la sucesión de cuatro fases nítidamente definidas: la

prodrómica, la persecutoria, la ambiciosa (megalómana) y la demencia final. Forzosamente en este orden. El cuadro podía cursar con o sin alucinaciones. Pues bien, aunque la enfermedad en cuatro fases de Lasègue no correspondiera a ninguna realidad clínica y nos pueda parecer bastante restrictiva, los clínicos franceses, en la práctica y durante algunas décadas, encajaron (o forzaron) en el delirio de persecuciones buena parte de los pacientes ingresados. Podemos sospechar que el epígrafe incluyó tanto a pacientes esquizofrénicos, como psicosis agudas, como pacientes paranoicos. Aún así, constituyó un notable avance en la delimitación de las psicosis del campo mucho más amplio de la clásica enajenación.

El año 1861, Trélat (46) publicaba su trabajo *La Folie lucide, étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société*. Sus locos lúcidos no constituían ningún grupo diagnóstico concreto, esa no fue su pretensión, sino que se trataría simplemente de enajenados, pertenecientes a cualquiera de las categorías de éstos, que comparten algunos elementos comunes: 1) no se hallan ingresados en los asilos, y 2) su locura se hace evidente más en sus comportamientos que en sus palabras, que parecen absolutamente razonables. A menudo, esos actos en los que se pone de manifiesto la locura únicamente son conocidos por la familia. Los *fous lucides* podían pertenecer a cualquiera de los siguientes tipos patológicos: imbéciles y débiles mentales, sátiros y ninfómanas, monómanos, monómanos inventores, erotómanos, celosos, dipsómanos, despilfarradores y aventureros, orgullosos, malvados, cleptómanos, suicidas, inertes y maníacos lúcidos.

DEGENERADOS VERSUS AUTÉNTICOS LOCOS.

En 1857, Morel (38) exponía su teoría de la degeneración, que durante varias décadas gozaría de una amplísima aceptación en la psiquiatría francesa. Magnan nos ofrece un sencillo resumen de dicha teoría:

“Ya conocen, señores, la doctrina de Morel. Para él el hecho general es la transmisión de las afecciones mentales por agravamiento progresivo de la enfermedad en los descendientes. Así, unos ascendientes que se hicieron notar por su temperamento nervioso, dan lugar a histéricos, epilépticos e hipocondríacos (sujetos afectados por grandes neurosis). Estos, los histéricos, los epilépticos y los hipocondríacos, procrearán enajenados, y estos últimos tendrán como descendientes a imbéciles e idiotas, los cuales, a la postre, serán estériles” (35).

A lo largo de la siguiente década se produjeron apasionados debates en la *Société médico-psychologique* sobre la *folie raisonnante* (la antigua monomanía razonante de Esquirol), debates en los que cada autor exponía sus propias opiniones, nunca coincidentes por completo. Unos, siguiendo a Morel, trasladaron la *folie raisonnante* desde el campo de la monomanía al de la degeneración, en el que, a través de las generaciones, se asociaría a la idiocia y a las malformaciones físicas.

“Es bajo los variados nombres de locura moral, locura razonante, locura de los actos, manía procesal (locura querulante de los alemanes), etc. que hay que buscar en los distintos autores las observaciones ligadas a esta forma mórbida. Librándonos a esta investigación erudita (...) uno llega a convencerse de que los enfermos de este género, en vez de adscribirse al delirio de persecuciones clásico, tal como se lo observa en los asilos, pertenecen en realidad a otra especie mórbida, a saber, a la gran familia todavía mal determinada de los hereditarios, de los enajenados razonantes o de los locos lúcidos” (42).

Otros postulaban que era un error individualizar la *folie raisonnante* como una entidad diagnóstica con existencia propia, fuera del campo de la enajenación clásica. Para Falret (20), se trataría de una agregación completamente artificial de hasta nueve variedades de pacientes que poco tienen que ver entre sí.

“He intentado demostrar que *la folie raisonnante no existe*, como forma o variedad distinta de enfermedad mental, y que *no es más que una reunión arbitraria y artificial de hechos dispares*. (...) yo mismo he cometido una confusión análoga, al describir, en mi último discurso, como formando parte de la *folie raisonnante*, cinco variedades de enfermedades mentales que legítimamente no deberían pertenecerle, dejando en la sombra las que representan el tipo más habitual (...) he señalado otras cuatro categorías que también habría que estudiar para completar el *conjunto de hechos de órdenes diversos que hoy se reúnen arbitrariamente bajo el nombre vago y demasiado amplio de folie raisonnante*” (19).

La segunda de estas cuatro categorías corresponde sin duda alguna a la actual manía. La tercera, en términos actuales, se catalogaría como un trastorno de la personalidad con rasgos psicopáticos y *borderline*. La última categoría incluiría diversos trastornos del control de los impulsos (cleptómanos, pirómanos, parafílicos, algunos alcohólicos...). Sin embargo, la primera categoría -que para el autor no es sino una variedad particular del delirio de persecuciones y, por ende, de la enajenación mental clásica- correspondería, con bastante exactitud, al actual trastorno delirante de tipo persecutorio.

La disquisiciones teóricas alrededor de la *folie raisonnante* resultan de lo más interesante. En la memoria presentada por el Dr. Campagne al premio André sobre la misma, el alienista exponía una curiosa teoría sobre la génesis de la enfermedad, resumida por Falret en la sesión de la *Société* de febrero de 1867.

“Es una enfermedad por defecto, más que por exceso y por perversión de las facultades humanas; es una anomalía, una deformidad mental, una monstruosidad, antes que una perturbación o una enfermedad propiamente dicha. Es un vicio de la organización primigenia, que existe desde la infancia (...) una idiocia parcial, es decir, una ausencia nativa de ciertas facultades, una laguna en la organización psíquica. *Los locos razonantes son seres incompletos, mal nacidos, defectuosos, más que enfermos propiamente dichos*” (20).

Las acaloradas diferencias de opinión no tenían una repercusión meramente académica. Quienes negaban las *folies raisonnantes* (o los *delirios parciales*) pensaban que la locura afecta al individuo en su totalidad, y que por lo tanto el loco quedaba exento de responsabilidad penal. En el supuesto del delirio parcial, por el contrario, habría que evaluar siempre si el crimen deriva del delirio o fue cometido con conocimiento de causa.

PSIQUIATRÍA FRANCESA: APORTACIONES AL ACERVO DE LA CLÍNICA PARANOIDE.

Del galimatías de diagnósticos, taxonomías, descripciones clínicas, terminologías, teorías etiológicas y especulaciones jurídicas que recorrieron la Psiquiatría francesa de la segunda mitad del XIX, nos interesa rescatar únicamente tres puntos.

Primero. Más allá de las denominaciones y clasificaciones elegidas por cada autor, abundan las observaciones clínicas concretas que claramente fueron aportando el material descriptivo con el que se construiría la futura paranoia (así como la

personalidad paranoide).

Por ejemplo, podemos comprobar fácilmente que algunos de los *fous lucides* de Trélat (como los celosos o los monómanos inventores) anticipaban los que acabarían siendo contenidos típicos del trastorno delirante. Si, además, nos ceñimos a la descripción de las características generales de los *fous lucides* en su conjunto, encontramos afirmaciones que, con el paso del tiempo, se acabarían adscribiendo específicamente a la patología paranoide.

“Entre ellos los hay que tienen una fuerza poco común en la discusión, que tienen el don de la réplica y que buscan constantemente la ocasión de hacer brillar su ingenio” (46).

“Sus antecedentes son los que nos llevan a saber que están locos, más que su conversación, en la cual no dan un paso en falso” (46).

La siguiente descripción clínica corresponde a la “primera categoría” de Falret, anteriormente mencionada; contiene abundantes observaciones que, años más tarde, se incorporarían a las descripciones clínicas del trastorno delirante de tipo persecutorio.

“Mencionaré primeramente ciertos delirios de persecución, a duras penas sistematizados, o en estado de evolución, que los enfermos llegan a disimular, cuyo desarrollo es interior por completo y que no se manifiestan al exterior más que por la excentricidad de los actos, las alteraciones de los sentimientos y los trastornos de la conducta. Estos enajenados, que en realidad pertenecen al delirio parcial con predominio de las ideas de persecución, se hacen el centro de todo lo que les rodea; se encierran en su orgullo y se creen objeto de la animadversión y atención general. Ven como dirigidos contra ellos mismos los sucesos más insignificantes acaecidos a su alrededor y creen ser víctimas de la malquerencia, del odio o de la persecución de aquellos con quienes viven. Pero este sistema de persecución, que todavía no se ha revestido en su espíritu de una forma determinada se mantiene durante años en un grado de vaga aprensión, y permanece enteramente encerrado en su fuero interno. Este lentísimo trabajo de sistematización se hace en estado latente y no se formula en series de ideas netamente acentuadas. El enfermo no lo hace saber a nadie, lo concentra todo en sí mismo y raramente deja escapar al exterior algún esbozo. No obstante, sus sentimientos, sus tendencias y su conducta en general se resienten, de un modo evidente, de este persistente trabajo interior de su espíritu enfermo; huyen del mundo, que les golpea y les hiere de mil maneras; abandonan a sus padres y a sus mejores amigos; los sentimientos afectuosos se extinguen y se transforman en sentimientos de odio y repulsión; se refugian en la soledad, lo encierran todo en sí mismos y no salen más que momentáneamente de este aislamiento y concentración habituales si no es para librarse a algunos actos desordenados, bizarros, violentos o dañinos, que son a la vez prueba y medida de la alteración que existe en su inteligencia y en sus sentimientos. Pues bien, estos enfermos, que uno encuentra más en la práctica civil que en los asilos de enajenados, y cuyo estado mental a menudo es difícil de diagnosticar, a menudo se toman por enajenados con *folie raisonnée*, dado que su enfermedad se manifiesta antes por las alteraciones de los sentimientos y de las tendencias y por la extrañeza de sus actos que por la alteración intelectual que llegan a poder disimular hasta a los observadores más avezados” (19).

Segundo. Al menos desde que en su delirio de persecuciones Lasègue distinguiera dos fases (la segunda, caracterizada por los delirios persecutorios, y la tercera en la que emergen delirios de tipo grandioso), la psiquiatría francesa siempre mantuvo la posición de que era posible agrupar los delirios en dos grandes grupos: los persecutorios y los megalómanos (también llamados orgullosos, egocéntricos o ambiciosos). Esta dualidad en los tipos de delirios se aplicaba tanto a los enajenados, como a los enfermos degenerados con *folie raisonnée* (por parte de quienes defendían su existencia como entidad autónoma).

Tercero. Fruto del incesante intercambio de ideas y del esfuerzo compartido por elaborar una nosología satisfactoria, se llegó finalmente a una propuesta diagnóstica coincidente en lo esencial con la paranoia de Kraepelin. Se trataba ya de una enfermedad caracterizada por un delirio crónico (delirio en el sentido restrictivo del término, equiparable a la *delusion* de los autores anglosajones), sin (apenas) alucinaciones, sin evolución a la demencia o al deterioro esquizofrénico...

“En 1896 Régis publica un caso de *delirio razonante de persecución* con todos sus típicos caracteres (verosimilitud, lógica y firmeza desde el inicio del delirio, ausencia de alucinaciones y tendencias persecutorias y querulantes)” (44).

“En 1902, mientras precisábamos nuestras ideas sobre el papel de las interpretaciones delirantes en las diversas psicosis, llegamos a las conclusiones siguientes:
(...) 3º Las interpretaciones delirantes constituyen el síntoma preponderante de un delirio sistematizado crónico que presenta, en su sintomatología y evolución, caracteres bien recortados que permiten hacer de él una especie clínica autónoma. Esta psicosis se caracteriza efectivamente por los síntomas siguientes: *desarrollo muy lento de delirios sistematizados de coloración* [se refiere a la temática] *variada* (las más de las veces delirio combinado de persecución y de grandiosidad); *ausencia casi constante de alucinaciones* (o un papel muy discreto de las mismas); *riqueza extrema de las interpretaciones delirantes*, las cuales constituyen el fundamento mismo de las concepciones mórbidas; *evolución muy lentamente progresiva*; ausencia de evolución sistemática [se refiere a la evolución en cuatro fases del delirio de persecuciones de Lasègue]; *absoluta incurabilidad*; *persistencia de la integridad de las facultades intelectuales* (no hay período de demencia).
Proponemos darle a esta forma clínica el nombre de *psicosis sistematizada crónica a base de interpretaciones delirantes* o, más brevemente, *psicosis a base de interpretaciones* [más tarde denominado, simplemente, *delirio de interpretación*]" (44).

FRANCIA. ALTERNATIVAS DIAGNÓSTICAS.

El hecho de que el elemento definitorio del delirio de interpretación (de Sérieux y Capgras) no fuese sólo el delirio mismo sino también la vía a través de la cual éste se alumbraba, dejó la puerta abierta para la descripción de otros cuadros igualmente delirantes pero gestados a partir de unos mecanismos fisiopatológicos supuestamente diferentes.

En los delirios de reivindicación el punto de partida sería una idea fija (podríamos también hablar de una *ocurrencia delirante*).

En las psicosis pasionales (11), habría que buscar en los sentimientos el origen de las ideas delirantes.

Los delirios de imaginación de Dupré, o parafrenia fantástica, se caracterizaban por una imaginación desbordada y la pérdida de la capacidad para distinguir entre la fantasía y la realidad (16).

Finalmente, nos limitaremos a mencionar la psicosis alucinatoria crónica de Ballet (7) .

Estos cuadros -más adelante volveremos sobre alguno de ellos- han desaparecido por completo del repertorio diagnóstico de la Psiquiatría, si bien siguen anecdóticamente mencionándose -y hasta defendiéndose- por parte de algunos psiquiatras galos.

Paranoias

Además de la delimitación definitiva de la enfermedad respecto a otras patologías, hay otro aspecto del trabajo de Kraepelin que bien merece ser resaltado. Nos referimos a la descripción que realizó, detallada y con abundantes ejemplos, de los principales *asuntos* de los delirios, aquellos *temas* que tienden a repetirse en los pacientes. Porque lo cierto es que a los enfermos delirantes no se les ocurre cualquier *idea falsa resistente a la argumentación lógica* sino que se ciñen a un repertorio relativamente limitado de *contenidos*.

Concretando, los asuntos más característicos son los siguientes:

- Las infinitas variantes de la persecución y del perjuicio, en las que el paciente se siente y se cree seguido, espiado, objeto de comentarios y víctima de las trampas y maldades que a plena conciencia le infligen (o pretenden infligir) personas concretas, grupos de personas compinchadas entre sí, organizaciones o, en el peor de los casos, todo el mundo, o casi.
- Celotipia. El enfermo está convencido de que su pareja le es infiel (o desea serlo).
- Delirios hipocondríacos. El paciente se cree víctima de alguna enfermedad (siempre grave).
- Delirio de infestación dermatozoica. Afecta prioritariamente a mujeres de edad media y de clase social baja que afirman tener parásitos moviéndose por debajo de su piel. Los notan, los palpan e incluso los ven, los extraen y los atesoran.
- En el delirio dismórfico el paciente se halla apesadumbrado por padecer una deformidad importante y claramente visible para los demás, las más de las veces en la cara (asimetría, nariz prominente, etc.). De nada le sirve que le reiteren que su aspecto es normal.
- Los pacientes con un síndrome de referencia olfativa perciben un exagerado mal olor de su propio cuerpo y están convencidos de que quienquiera que se les acerque también lo notará.
- En el delirio erotomaníaco, las pacientes, casi siempre mujeres, hallan indiscutibles indicios de que determinado personaje, a quien no suelen conocer personalmente pero al que aman, también las ama. Casi sin excepción, el supuesto amante posee un superior *status* social. En su delirio, por lo tanto, la enferma no sólo es amada apasionadamente sino que asciende en su posición en la sociedad, aunque nadie se lo reconozca. La erotomanía no pertenece en exclusiva a las mujeres; en la práctica clínica he asistido a dos casos de delirio erotómano en varones, con importantes repercusiones conductuales. La diferencia con los de las mujeres era doble: 1) las que de ellos se enamoran habían sido muchas, una detrás de otra, y 2) la cuestión del *status* les resultaba indiferente. Por otro camino, asistimos a una misma “hipertrofia del yo”; lo que hace del enfermo un ser extraordinario es, en el erotómano varón, su gran capacidad de seducción.
- En los delirios de grandiosidad, el enfermo está convencido de tener algún talento o conocimiento que lo hace un ser único, especial. Un buen ejemplo son los sanadores. Unos se creen dotados de poderes especiales, muy exclusivos, que les permiten obtener curaciones. Otros tienen conocimientos que les sirven para devolver la salud a los enfermos; disponen para ese fin de métodos simples, de validez universal y no fundamentados en la experimentación sino en argumentos irrefutables. Otros son meros intermediarios entre el enfermo y el mundo de los seres espirituales de quienes proviene la sanación de las

enfermedades. Entre los delirios de grandiosidad se incluyen asimismo los inventores (cuyos protagonistas exhiben sorprendentes teorías científicas y artilugios por ellos concebidos, a menudo destinados a resolver grandes problemas de la Humanidad), los que están convencidos de tener una especial relación con Dios (pueden verse a sí mismos como sus portavoces en la Tierra) y quienes piensan que sus padres biológicos son en realidad otros, siempre de rango superior (delirio de filiación).

Ciertamente, los delirios de grandiosidad son poco habituales en la práctica psiquiátrica, mucho menos, en todo caso, que los que se asocian al perjuicio y a la persecución. Pero esta desproporción quizá no refleje una menor prevalencia de los mismos en la población general sino una menor inclinación a entrar en conflicto con el entorno. Por ejemplo, un paciente hipocondríaco busca por sí mismo el contacto con los médicos, insistentemente, y fácilmente acabará siendo citado en una consulta de Psiquiatría. El paciente, pese a carecer de conciencia de enfermedad, puede aceptar la derivación por sentirse deprimido o insomne. Un curandero dotado de poderes, en cambio, más bien lo evitará. Es incluso posible que se halle integrado en un entorno de individuos con creencias similares a las suyas, o que reciba a quienes buscan su ayuda e incluso pagan por ello. El hecho de que a menudo los delirios megalómanos cursen con cierta exaltación del estado de ánimo, con cierto bienestar subjetivo, también contribuye a mantener alejados a estos sujetos de las consultas psiquiátricas.

Los temas descritos por Kraepelin habían permanecido hasta ese momento dispersos en los tratados, sin ninguna conexión entre sí. Ahora bien, pese a su integración en una única enfermedad, cada variante temática siguió manteniendo su identidad, clasificándose como un subtipo de la paranoia. Los distintos subtipos se diferencian entre sí no solamente en el contenido del delirio sino, en buena lógica, en las conductas que derivan del mismo

Los subtipos de la paranoia no deben tomarse como completamente independientes entre sí. Pueden sucederse, coexistir e incluso combinarse; es el caso, por ejemplo, del paciente convencido de padecer una grave enfermedad (delirio hipocondríaco) fruto de un envenenamiento a través del café (delirio de perjuicio).

Episodios delirantes agudos

Una vez identificada y aislada la paranoia, no tardó en hacerse evidente, por contraposición a ésta, que existían pacientes en los que el delirio tenía una duración recortada y cedía sin dejar secuelas. Pudo comprobarse que algunos pacientes sufrían repetidamente episodios de este tipo a lo largo de su vida, mientras que en otros casos se trataba de un episodio único. Los delirios, según numerosas observaciones, responderían a menudo a situaciones de tensión, y especialmente a algunas en particular, como el aislamiento (carcelario) o la emigración.

Paranoia benigna

“Desde 1905, Friedmann llama la atención sobre un cierto número de casos con los que crea un subgrupo de la paranoia de Kraepelin. En estos casos, el delirio aparece netamente como una reacción a un acontecimiento vivido determinado y la evolución es relativamente favorable. Los designa con el nombre de *paranoia benigna*...” (31).

Posteriormente se utilizaron distintas denominaciones como “reacción paranoide” para referirse a estos episodios delirantes recortados. Desde la publicación del DSM-III suelen incluirse en el amplio capítulo de las psicosis agudas junto a cuadros en los que las ideas delirantes cursan con otros síntomas psicóticos (alucinaciones, desorganización de la conducta...).

Los obstinados

Con esta denominación queremos delimitar un grupo heterogéneo de personas con comportamientos manifiestamente patológicos que, sin embargo, carecen de un lugar propio en las modernas nosologías psiquiátricas. En muchos casos se trata de individuos marginales, excéntricos, inadaptados, que sólo ocasionalmente contactan con los profesionales de la Psiquiatría y que, cuando lo hacen, es de un modo fugaz. Otros obstinados, los menos, llegan a obtener un cierto reconocimiento y hasta liderazgo social.

CARACTERÍSTICAS COMUNES

¿Cuáles son los elementos que nos permiten aglutinar a este grupo dispar de individuos bajo un solo epígrafe?

Sin duda alguna la principal característica es la presencia de una idea fija, persistente, que no puede catalogarse ni como obsesiva ni tampoco como delirante. La idea fija carece del carácter egodistónico, estereotipado y manifiestamente absurdo de la idea obsesiva. Por otro lado, aunque la idea fija es tan irreductible como el delirio e igual de resistente a cualquier intento de persuasión, no se le puede adjudicar el carácter de *falsedad* de la idea delirante.

La idea fija es primordial, central, y la vida del obstinado parece girar, paulatinamente más y más, alrededor de la misma. Poco a poco desarrolla un repertorio argumental de creciente profundidad para avalarla. Los demás intereses se disipan. No tiene tiempo para otros menesteres.

El obstinado reivindica su idea fija con tenacidad y, a diferencia del obsesivo, exige el reconocimiento de los demás, su aquiescencia. Para ello aplica una energía enorme, incansable, y una gran combatividad que, en no pocos casos, se materializa en conductas violentas y de acoso a personas concretas (o a instituciones).

Su monoideísmo va en detrimento del resto de facetas de su vida. El obstinado, si no olvida por completo su trabajo, su familia o su vida social, sí les dedica menos interés, atención y energía. La previsible consecuencia es el paulatino deterioro de su situación.

Otro elemento habitual entre nuestros obstinados es la exaltación del estado de ánimo. Se trata de una exaltación que hemos de distinguir de la maníaca, donde predomina el componente eufórico, lúdico y de dispersión de las ideas y actividades. En el obstinado, por el contrario, los pensamientos atropellados y la hiperactividad apuntan tozudamente a un único fin.

TIPOS DE OBSTINADOS

Obstinados de la justicia. Querulantes.

Pleitista. adj. Dicho de una persona: Revoltosa y que con ligero motivo mueve y ocasiona contiendas y pleitos. U. t. c. s. (43).

Querellante. adj. Der. Que se querella. U. t. c. s. (43).

El barbarismo “querulantes” es el que se usa en Psiquiatría para referirse a un determinado tipo de querellantes reincidentes.

“Hay un pequeño número de personas que insisten en litigar, por injusticias reales o imaginarias, independientemente del coste y las consecuencias. Los miembros de este grupo raramente se ven en una evaluación psiquiátrica formal. Las denuncias habitualmente se derivan de una ofensa legal o injusticia, que adquiere un significado especial para el individuo y desencadena la conducta litigante. Estos individuos usan los tribunales para corregir una injusticia, pero nunca son capaces de aceptar un fallo que les sea contrario. Hay un proceso constante de apelaciones contra las sentencias adversas, que habitualmente dura muchos años” (43).

Una vez han presentado su primera denuncia, los pacientes querulantes se comportan como el resto de obstinados.

Trastorno querulante. Cullerre.

“(…) la pasión se exalta y alcanza al momento el paroxismo; el querulante lo sacrifica todo, bienestar, patrimonio y familia, a la necesidad de restablecer sus derechos (...) nunca aceptará que ha perdido una causa por ser infundada; se considera mártir o engañado; los jueces son prevaricadores y bribones...” (12).

La hiperactividad querellante de esos enfermos tiene una doble raíz: la predisposición a reaccionar con denuncias ante la judicatura por ofensas menores, por hechos relativamente cotidianos y, segundo, la sistemática presentación de recursos cuando -como suele suceder- las sentencias no les son favorables.

La “manía querulante” había sido comentada extensamente por Kraepelin como una forma más de la paranoia (excepto en la última edición de su tratado, en que la trasladó a las psicosis psicógenas), pero su encuadre en esta enfermedad ha topado siempre con una importante dificultad, a saber: que no se puede catalogar como enfermos delirantes a una buena parte de los pacientes pleitistas sencillamente porque no deliran. El perjuicio por el que pleitean no siempre es fantaseado, y no es raro que se hallen cargados de razón.

Pero el dividir a los pacientes querulantes en dos patologías (como proponen varios autores), en función de la presencia o ausencia de ideación delirante, resulta un tanto artificioso, pues en la clínica ambos responden a un mismo patrón, y los trastornos de conducta y los conflictos derivados de la actividad pleitista son igualmente severos, deliren o no deliren.

Obstinados del resentimiento. Acosadores (“persécuteurs”).

Se trata de pacientes que han sido víctimas de un perjuicio o una afrenta por parte de

alguien. La acusación puede ser veraz o errónea, pero en todo caso no carece de fundamento y no se puede considerar una atribución delirante de culpabilidad.

Entre los daños sufridos destacan:

1. la ruina o empobrecimiento económico,
2. la pérdida de *status* social o laboral,
3. las enfermedades,
4. la soledad, el desprestigio y la pérdida de atenciones de quienes son abandonados por sus parejas.

Incapaces de olvidar (ni al ofensor ni la ofensa), se adhieren a un recuerdo que no se borra y alrededor del que todo gira. Normalmente tienden a obsesionarse con una persona concreta

“(…) odio a un hombre que consideran que es la causa inmediata de sus infortunios personales, de sus incesantes desgracias, de la pérdida de su situación, de su crédito o de su salud” (14).

“(…) parten de un juicio afectivo que les presenta a un hombre poderoso como la causa de sus desgracias, un médico como origen de su incurabilidad…” (14).

Los resentidos acosadores buscan la venganza por los daños sufridos, o una compensación o la reparación de los mismos.

Perseguidos-perseguidores. Pottier (1886).

“Éste [la víctima] lo reencuentra a cada instante a su paso y, sin cesar, es inquietado y amenazado por él. Recibe carta tras carta, más injuriosas y conminatorias unas que otras, y esta fastidiosa correspondencia continua, repitiendo siempre los mismos hechos y acusaciones. A las cartas suceden las visitas; en vano cierra la puerta, en vano se protege de mil maneras, el perseguidor encuentra el modo de llegar a quien su desvarío ha designado. Lo espera durante largas horas, lo acecha, lo busca donde quiera que vaya, lo sigue, se pega a sus pasos y se le aparece cuando menos se lo espera. Lo agarra a su paso, en lugares públicos, para injuriarle, amenazarle y repetirle verbalmente todas las quejas y acusaciones que ya le hizo llegar en sus cartas y escritos. Al fin, tras haber agotado todos estos medios de presión moral, el perseguidor llega a menudo a la violencia, se precipita sobre el enemigo para golpearlo, o lo observa con atención, revolver en mano, para cruzarse a su paso.” (42).

El acoso se expresa de distintos modos: seguimientos prolongados, exhortaciones, amenazas, agresiones, etc. Un tanto artificialmente excluimos a quienes optan ante todo por la vía judicial. A menudo utilizan todos los medios a su alcance, desde simples carteles a los medios de comunicación, para dar a conocer sus recriminaciones y reclamaciones. En la actualidad, el teléfono, el correo electrónico y las redes sociales abren nuevos espacios para el despliegue de las conductas de acoso.

Por otro lado, la literatura clásica distingue algunos tipos concretos de acosadores:

- acosadores hipocondríacos
- maridos despechados
- herederos enfadados (“revendicateurs”).

Aún no perteneciendo al grupo de los *persécuteurs*, no quiero dejar de mencionar otro grupo de pacientes igualmente resentidos pero que, sin embargo, no contraatacan sino que se limitan a reconcomerse y a recrearse en fantasías de venganza, o del advenimiento de merecidas desgracias a quien odian, sin que ellos mismos se

transformen en los ejecutores de las mismas. Detestan a su ofensor, pero no emprenden ningún tipo de acción vengativa o de castigo. La conversación con las personas de su entorno deviene monotemática. Insomnes, ansiosos y desesperados, incapaces de desprenderse de su idea fija y dirigir su atención a ninguna otra cosa, caen en la indolencia, el abandono de sí mismos y la autodestrucción. A menudo transcurren años antes de iniciarse una lenta mejoría.

Obstinados del amor. Enamorados.

Los “idealistas del amor” (14) y los “acosadores enamorados” (45) constituyen un grupo de pacientes que experimentan un prolongado estado de enamoramiento (ignorado o no correspondido por la otra parte) claramente anormal en sus manifestaciones. Si Dide emplazaba a estos enfermos entre los “Idealistas apasionados” y Sérieux y Capgras los mencionaban entre sus “delirios de reivindicación”, Esquirol, muchos años antes, había situado la erotomanía o “monomanía erótica” junto al resto de las monomanías.

Monomanía erótica. Esquirol (1838).

“La erotomanía es, para la medicina, una afección cerebral, crónica, caracterizada por un amor excesivo, lo mismo por un objeto conocido, que por un objeto imaginario (...). Es una afección mental en la que las ideas amorosas son fijas y dominantes como las ideas religiosas son fijas y dominantes en la teomanía o en la lipemanía religiosa.

La erotomanía difiere fundamentalmente de la ninfomanía y de la satiriasis. En éstas, el mal nace de los órganos reproductores, cuya irritación actúa sobre el cerebro (...) el erotómano no desea, ni siquiera sueña con los favores que podría recibir del objeto de su loca ternura...” (18).

Monomanía erótica. Esquirol (1838).

“En la erotomanía los ojos son vivos, animados, la mirada apasionada, las palabras tiernas, las acciones expansivas, pero los erotómanos nunca traspasan los límites de la decencia. En cierto modo se olvidan de sí mismos; dedican al objeto de su amor un culto puro, a menudo secreto; se hacen sus esclavos, ejecutando sus órdenes con puerilidad; se hallan en éxtasis, en estado de contemplación ante sus perfecciones a menudo imaginarias; desesperados por su ausencia, la mirada deviene abatida, la coloración pálida, sus rasgos se alteran, se pierden el sueño y el apetito. Estos infortunados se muestran inquietos, soñadores, desesperados, agitados, irritables, coléricos, etc” (18).

Monomanía erótica. Esquirol (1838).

“Estos enfermos son por lo general de una locuacidad inagotable, siempre hablando de su amor (...)

Como todos los monomaníacos, las mismas ideas les persiguen día y noche, las mismas afecciones, tanto más desordenadas en cuanto que son concentradas o exasperadas por la contrariedad: el temor, la esperanza, los celos, la furia, etc., parecen concurrir todos a la vez o uno tras otro para hacer más cruel el tormento de estos malhadados. Se muestran negligentes, abandonan y finalmente huyen de sus parientes y amigos; desdeñan la fortuna, desprecian las conveniencias sociales, son capaces de las acciones más extraordinarias, más difíciles, más penosas y más bizarras” (18).

En su obra, Esquirol presentó un buen número de casos, y en esas descripciones individuales mencionó algunas características más: la “fiebre erótica”, los dolores epigástricos, el suicidio, los frecuentes cambios de humor, la idea sin fundamento de creerse amado, la persecución sistemática del objeto de amor, incluso la muerte...

Un siglo más tarde, el término erotomanía adquirió un sentido más limitado cuando Clérambault la definió como el delirio, que únicamente se presenta en mujeres,

caracterizado por la convicción delirante de la enferma de ser amada por otra persona. Lo que para Esquirol no era más que un síntoma ocasional de la erotomanía, pasó en lo sucesivo a ser el elemento definitorio de una entidad diagnóstica distinta.

Nuestro grupo de los *obstinados del amor* coincide casi por completo con la monomanía erótica de Esquirol, si bien excluyendo aquellos enfermos con clínica delirante. Los acosadores con delirios celotípicos o con un delirio de Clérambault deberán diagnosticarse como enfermos de paranoia (o trastorno delirante).

La descripción de la erotomanía de Ulysse Trélat -muy parecida a la de Esquirol- nos sitúa claramente a la erotomanía clásica dentro del grupo los obstinados: una idea fija absorbente que finalmente repercute en la conducta del sujeto con el consiguiente deterioro general del funcionamiento vital.

Erotomanía. Trélat (1861).

“Los erotómanos son unos enamorados atormentados...

(...) pasan día y noche obsesionados con las mismas ideas, con las mismas preocupaciones (...)

Dejan de lado, abandonan y después se apartan de sus padres y sus amigos... desprecian la fortuna, ignoran las convenciones sociales, son capaces de las acciones más extrañas, las más difíciles, más penosas y más raras” (46).

El carácter patológico del enamoramiento se manifiesta, en primer lugar, en la desmesura del sentimiento y de las reacciones que provoca, en la exageración.

Erotomanía. Trélat (1861).

“(...) habla con desprecio de su marido, murmura que está obligada a vivir con él, acaba por tenerle aversión, así como a sus allegados, que se esfuerzan en vano por sacarla de su extravío. El mal aumenta y hay que separar a la señora X de su marido; se va con su familia paterna con quienes habla sin cesar del objeto de su pasión y se vuelve difícil, caprichosa y colérica; tiene ataques de nervios; se escapa de casa de sus padres para correr detrás de él, le ve en todas partes, le llama mediante cantos apasionados...” (46).

También es anómalo el camino que lleva a la elección del “objeto”; suelen ser personas con quienes jamás ha existido ningún trato o contacto personal, pueden incluso ser personajes lejanos e inaccesibles de los que el enfermo únicamente tiene conocimiento por los medios de comunicación. El enamoramiento casi nunca surge de un modo natural de la empatía en el seno de una relación interpersonal, sino que emerge unilateralmente en un solo individuo.

Perseguidos-perseguidores. Pottier (1886).

“En cuanto a los enajenados de predominio amoroso, suele poderse fijar el día en que de golpe divisaron, por vez primera, la persona desconocida que a partir de ese momento sería, sin motivo alguno, objeto constante de sus preocupaciones y desvelos, de sus obsesiones o de sus persecuciones amorosas” (42).

Erotomanía. Trélat (1861).

“(...) una mujer muy joven que poco tiempo después de su matrimonio se cruza con un joven de rango superior al de su marido y se enamora inmediatamente de él” (46).

Dide (como Esquirol) piensa que el amor idealista es casto y apenas contiene elementos de genitalidad. La erotomanía se asoció asimismo a experiencias extáticas.

Erotomanía. Trélat (1861).

“A veces se sorprende a la enferma en una especie de éxtasis, de embeleso. Permanece inmóvil, fija la mirada y con la sonrisa en los labios” (46).

Obstinados de la utopía. Reformadores

Reformadores. Caso Eduardo V.

“Para el alienista es interesante desde más de un punto de vista; de entrada este enfermo ingresado desde hace más de diez años *no presenta ni la sombra de una interpretación delirante*: fuera de su concepción humanitaria y religiosa, razona de lo mejor del mundo; sus tendencias son puramente abstractas, y no siente odio por ningún sacerdote fuera el que fuera; desprecia en bloque a la clerecía, pero admite que entre ellos se puede encontrar gente de valor. Los representantes actuales de la autoridad aplican principios falsos, funestos, desmoralizantes, pero no les hace responsables individualmente de los errores o los crímenes que cometen: son los agentes inconscientes de un sistema nefasto, y las injurias que les dirige sobrepasan a los individuos para dirigirse a la autoridad misma. No se considera perseguido por nadie, y, tras su largo internamiento, se le encuentra sin amargura y sin tristeza. Su desgracia es una necesidad ineludible; *sufre con orgullo por una causa justa y está seguro de que la fuerza de sus ideas triunfará a pesar de la reclusión a la que se halla sometido*” (14).

La vida de los reformadores gira en exclusiva alrededor de un ideal sociopolítico o religioso, de una utopía que ellos mismos construyen. Se trata siempre de sueños irrealizables, imposibles, en la medida en que idealizan la naturaleza humana y se niegan a reconocer su lado más oscuro. Sin embargo, se muestran extrañamente confiados en las posibilidades de éxito de sus proyectos y tienen una visión desproporcionada de sí mismos y de su propio papel en la Historia.

La puerilidad y la ingenuidad extremas de sus exposiciones ponen en evidencia un notable alejamiento de los esquemas de pensamiento de la mayoría. Simplistas, focalizan la causa de todos los males en una sola persona o grupo de personas, en una ideología, en un estamento o sector de la sociedad, y piensan que su erradicación resolverá todos los problemas. Algunos lo intentan mediante el magnicidio. Otros proponen el exterminio de algún colectivo en particular. Por este motivo, Arnaud los situaba entre los perseguidores.

Perseguidos-perseguidores. Arnaud (1903).

“Finalmente, algunos de estos perseguidores se pueden calificar de *políticos*. Estos son, de un modo más nítido que los otros, ambiciosos desde el principio. Se juzgan capaces de jugar un papel en el mundo, de reformar por su actividad personal la sociedad. Son quizá más peligrosos que los demás, primero porque a menudo encuentran partidarios que aceptan sus ideas, les prestan concurso activo y les defienden en los trances difíciles a los que les conduce su delirio. Luego y sobre todo porque, profundamente convencidos de la grandeza de su misión, imbuidos de la importancia de los intereses que creen velar, no dudan en recurrir a los peores medios para hacer triunfar su causa, que es la del pueblo” (5).

Los reformadores puedan hacerse con sendos grupos de seguidores igualmente cegados por una visión compartida de la utopía. Si son suficientes, pueden incluso intentar poner en marcha su sueño, siempre con el mismo resultado, muy alejado del paraíso ansiado.

Dide (14) estableció una curiosa distinción entre dos tipos de reformadores.

Por un lado, los auténticamente altruistas, quienes “persiguen sistemáticamente y sin desfallecer la realización de un sueño en el que la utopía juega una parte importante”. Otros, “(...) son hoy reformadores, mañana financieros, luego inventores, siempre inestables, culos de mal asiento, exaltados y vanidosos. Si a veces parecen abrigar

intenciones altruistas, no es más que una apariencia; persiguen su magnificación personal bajo el aspecto de bienhechores de la humanidad, y predomina una inextinguible sed de admiración sobre el deseo de hacer el bien: éstos últimos merecen el título *reivindicadores* porque lo que sobre todo quieren es *que se les haga justicia*, que la humanidad conozca sus descubrimientos, sus obras benéficas, el carácter altamente desinteresado, su poderosa inteligencia (...) son los *reivindicadores pseudoaltruistas*”.

Cullerre (que utilizó el término “fanáticos”) subrayó los paralelismos existentes entre estos pacientes y los “místicos”, especialmente en la concepción grandiosa que ambos tienen de sí mismos.

Fanáticos. Cullerre (1888).

“El fanático es un místico en acción. No solamente se cree inspirado, encargado de una misión divina, no solamente tiene éxtasis y visiones, sino que pone al servicio de esta disposición un celo ciego que no retrocede ante ninguna consecuencia

(...) el fanático peca en el sentido moral. Es algo que no tiene (...) se cree investido del monopolio de lo que está bien, el representante de la moral, el único autorizado a dictar las leyes; a partir de ahí, no se detiene ante los actos más odiosos o criminales para cumplir con lo que considera su deber” (12).

Obstinados del contacto con la naturaleza

“Algunos hombres de hoy en día realizan por completo la vida soñada por Rousseau; son migrantes inestables, incapaces de asentarse en lugar alguno, y que, habiendo desarrollado el odio hacia la sociedad con sus obligaciones y sus leyes, recorren la Europa a pie buscando las únicas sensaciones intensas que conocen, las que les proporcionan los vastos espacios y la naturaleza fuera de las ciudades.

‘(...) En estas condiciones, es mejor dejar una sociedad donde hay tantos vicios y defectos, hacerse vagabundo y ser libre.

(...) ‘Esta igualdad ideal se realiza para los vagabundos, todos se consideran iguales’

Nuestro enfermo, como puede apreciarse, es un libertario, pero su naturismo estalla con fervor en medio de sus rencores. Pasa horas de deliciosa felicidad cuando, llegado a la cima de una montaña, se da la vuelta y ve entre los valles la naturaleza floreciente bañada de luz, tiene intensas visiones de los sitios por los que ha pasado, y su capacidad de recordar y evocar son prueba de la fuerza de su capacidad de admiración” (14).

Los *agorafitas*, o *agorafílicos*, o trotamundos por idealismo naturista (14) son unos individuos hostiles al mundo civilizado y a la sociedad, que hallan en la contemplación de los espacios naturales toda su felicidad y que característicamente vagabundeaban “por los caminos de Europa”.

Hay que reconocer que el perfil de “fanáticos de la naturaleza” que nos presentaba Dide parece cosa del pasado y no una realidad actual. Sin embargo, no ha desaparecido la dinámica subyacente. En algunos sujetos, la búsqueda entusiasta del contacto con la Naturaleza parece servir a la necesidad de un aislamiento esquizoide del resto de seres humanos.

Una década después, Genil-Perrin (23) habló del amor a la Naturaleza como uno de los rasgos asociados a la constitución paranoica. Posteriormente esta asociación caería en el olvido.

Hasta aquí la presentación de cada uno de nuestros obstinados: los de la justicia, del

resarcimiento, del amor, de la utopía social y de la inmersión en la naturaleza. Casi todos ellos fueron descritos entre la segunda mitad del s. XIX y la primera del XX sin que ninguno llegase a adquirir carta de naturaleza en las modernas nosologías psiquiátricas.

APROXIMACIONES HISTÓRICAS AL GRUPO DE LOS OBSTINADOS

El grupo de los obstinados (me refiero ahora al grupo en su conjunto y no a cada uno de sus integrantes), con unos rasgos comunes que lo sitúan a medio camino entre el trastorno delirante y la personalidad paranoide, fue ya esbozado por varios autores clásicos, si bien con distintos nombres, distintas conceptualizaciones e importantes diferencias en los elementos concretos englobados en cada categoría. Con todas estas salvedades hemos encontrado seis denominaciones que, en mayor o menor medida, se corresponden con nuestros obstinados.

1. Perseguidos-perseguidores
2. Cullerre: perseguidores y místicos
3. Ideas sobrevaloradas
4. Delirios de reivindicación
5. Idealismos apasionados
6. Delirios pasionales

Todas estas tentativas diagnósticas surgieron a finales del XIX y principios del s. XX para caer al poco en el olvido (excepción hecha de la Psiquiatría francesa). Algunos autores posteriores quisieron rescatar el “trastorno de ideas sobrevaloradas” pero con nulo éxito y para incluir en el mismo un perfil de pacientes algo alejados de nuestros obstinados.

Sin embargo, en las últimas décadas ha surgido una nueva línea de investigación, capitaneada por psiquiatras forenses, orientada al estudio psiquiátrico de los acosadores convictos. Estas investigaciones ofrecen sorprendentes paralelismos con lo escrito por los autores clásicos y han permitido rescatar y desempolvar viejas ideas que parecían definitivamente abandonadas. Aunque inicialmente se propuso la denominación *obsessive followers* para el ámbito académico, el término que finalmente se ha consolidado en la literatura es el de uso periodístico y, en algunas legislaciones, jurídico.

7. *Stalkers*

Empecemos por el primero de los diagnósticos clásicos.

1 Los perseguidos-perseguidores de Jules Falret.

El delirio de persecuciones de Lasègue (1852).

“Estableció el hecho importante de que los enajenados perseguidos debían subdividirse en dos categorías, desde el punto de vista de sus actos: los perseguidos pasivos y los perseguidos activos; los que sufren pasivamente todas las torturas físicas y morales a las que se creen sometidos y los que, por el contrario, reaccionan contra estas torturas, buscando por todos los medios vengarse de los supuestos autores de sus males imaginarios, y de *perseguidos* se

transforman en *perseguidores*” (42).

Esta temprana distinción fue el germen de una fructífera línea de pensamiento que se prolongó durante algunas décadas. Varios autores se interesaron particularmente por la “persecución”, con distintos enfoques. Así, en 1878, M Bourdin daba una interesante charla en la “Société médico-psychologique” sobre la persecución (acoso, en términos actuales).

“La persecución considerada en sí misma se presenta bajo dos formas principales. Ora es relativamente anodina y consiste en simples inoportunidades, o en vejaciones que no llegan a ser penosas más que como consecuencia de su tenacidad persistente, ora, por el contrario, la persecución es violenta, agresiva, despiadada, empujando al enemigo por todos los caminos, sin preocuparse por la honestidad ni la justicia” (9).

El autor distinguía entre perseguidores enajenados mentales, perseguidores sanos y un tercer grupo.

“Entre los enajenados y los hombres sanos de espíritu situamos a personas que conservando, al menos en apariencia, la integridad más o menos completa de sus facultades intelectuales y morales, se hallan no obstante poseídas por el genio infernal de la persecución. Para estas personales reservamos la calificación de *anomalianos* perseguidores” (9).

El grupo de los anomalianos, sin embargo, despertó escaso entusiasmo y no fue más allá de su descubridor. Todo lo contrario de lo que sucedería con los “perseguidos razonadores, y perseguidores” que un mes más tarde -en febrero de 1878- presentó Falret en una de las sesiones de la *Société médico-psychologique*. El autor aplicó a las *folies raisonnantes* (entidad que, pese a su oposición anterior, había acabado por admitir) con ideas de persecución la misma división que Lasègue había establecido en su delirio de persecuciones: los pasivos y los activos o perseguidores. Por consiguiente, existirían dos tipos de perseguidores: los enfermos del “delirio de persecuciones” y los *fous raisonnants* (adscritos al campo de los degenerados y hereditarios). Su alumno Pottier expuso estas ideas con claridad.

Perseguidos-perseguidores. Pottier (1886).

“El Dr. J Falret, en sus discursos a la Société psychologique y en sus cursos en la Salpêtrière, sentó las bases de esta distinción, describiendo en paralelo dos órdenes de perseguidos, y mostrando cómo diferían esencialmente por sus síntomas y por el curso de su enfermedad (...) Nuestro fin es demostrar que realmente existen dos especies de perseguidores que han de describirse por separado; unos pertenecen particularmente a la melancolía o a la monomanía, los otros a las locuras rasonantes o hereditarias; unos siguen una evolución mórbida determinada pasando por períodos sucesivos susceptibles de descripción, mientras que los otros conservan, durante casi toda su vida, los mismos caracteres mórbidos, con simples diferencias de grado según el momento; unos experimentan numerosas alucinaciones del oído o de la sensibilidad general, los otros, por el contrario, no presentan a lo largo de su existencia este síntoma tan importante de la enfermedad mental” (42).

Durante varias décadas los perseguidos-perseguidores se aceptaron unánimemente en la psiquiatría francesa como un diagnóstico independiente y fundamentado.

Perseguidos-perseguidores. Arnaud (1903).

“Señores, los perseguidos perseguidores se dividen en dos grandes tipos que llamaré el tipo Lasègue y el tipo Falret” (5).

La caracterización de este segundo grupo se resumía, con claridad y sencillez, en ocho puntos.

Perseguidos-perseguidores. Falret (1878).

“1. Son hereditarios.

2. Tienen síntomas físicos de degeneración y congestiones.

3. Escriben peor de lo que hablan y hacen memorias.

4. Personifican la persecución en una sola persona y la acosan a través del chantaje, las obsesiones, etc.

5. No tienen alucinaciones del oído ni de la sensibilidad general y no se dirigen a ulteriores períodos de cronicidad.

6. Están enfermos toda la vida con paroxismos, pero siguen siendo los mismos a una edad avanzada y no se encaminan a la demencia.

7. Como los hereditarios y razonantes mueren por episodios congestivos o accidentes cerebrales repentinos (...)

8. Tienen un orgullo incomparable, son inventores estériles, se consideran degradados, incomprensidos, tienen notables facultades, inmensas lagunas en la inteligencia y sobre todo en la moral. Carecen de sentido moral” (21).

La enfermedad de los perseguidos-perseguidores, tal como fue descrita por Pottier años más tarde, se caracterizaba por tres etapas sucesivas.

1. Una personalidad premórbida peculiar, que se aparta de los patrones comúnmente aceptados y con una existencia irregular y azarosa.
2. Un hecho desencadenante.
3. Una respuesta por completo desmesurada al mismo, con la persecución como eje central, que a partir de ese momento condiciona la vida del paciente.

Perseguidos-perseguidores. Pottier (1886).

“(...) que ha tenido una existencia bizarra, agitada, irregular, distinta a la de la mayoría; que siempre ha sido raro y singular en sus ideas y en sus actos; que, incluso antes de que se produjeran los hechos que constituyen el punto de partida de su enfermedad, ya había mostrado en la inteligencia y en el carácter las disposiciones generales que hemos descrito; que en el momento en que acaecieron las circunstancias a las que el enfermo hace continua alusión en su delirio, reaccionó, de palabra y en los actos, de un modo completamente distinto al que se observa en otras personas ante esas mismas circunstancias; que a partir de ese momento su conducta y sus actos han estado completamente dirigidos por sus ideas delirantes, las cuales han absorbido toda su existencia y le han hecho negligente, para satisfacer esta preocupación exclusiva, con todos los deberes familiares y profesionales, sus intereses, sus gustos y costumbres anteriores...” (42).

Pues bien, el grupo de los perseguidos-perseguidores es, históricamente, el primer precursor de nuestros obstinados. Es cierto que Pottier habla del “delirio” de sus perseguidos-perseguidores, pero el *délire* de los autores franceses todavía incluía un amplio abanico de fenómenos psicopatológicos.

Perseguidos-perseguidores. Pottier (1886).

“(...) es notable, como ya hemos dicho, que es casi siempre **tras un hecho verdadero**, sucedido durante su existencia, que toma cuerpo el delirio y les hace entrar en la senda particular de preocupaciones que dominarán su existencia” (42).

Para Pottier, el punto de partida de las ideas de perjuicio (y del acoso subsiguiente) es a menudo un suceso real, un hecho ciertamente acaecido, y no el fruto de la fantasía del enfermo; la enfermedad se desarrolla paulatinamente en un segundo tiempo después del evento. En cambio, en la auténtica paranoia este elemento precipitante simplemente ha

sido imaginado por el enfermo. Nadie le ha hecho nada.

Los perseguidos-perseguidores también preludiaron a nuestros obstinados en un segundo aspecto, la identificación de tipos concretos: perseguidores amenazantes u homicidas, perseguidores hipocondríacos, pleitistas, así como un grupo de perseguidores que nunca fueron perseguidos, los erotómanos. Con algunas variaciones, esta tipología se mantuvo en las posteriores descripciones clínicas que sucedieron a la de los perseguidos-perseguidores.

Arnaud añadió un nuevo subtipo de perseguidos-perseguidores.

Perseguidos-perseguidores. Arnaud (1903).

“Los perseguidores *familiares* se caracterizan por esa idea falsa de que la familia a la que parecen pertenecer no es en realidad su verdadera familia, que quienes les han criado no son sus verdaderos padres. De ahí a creer que su suerte actual es indigna de ellos, y que un más alto destino les espera, no hay más que un paso...” (5).

Además se refirió a los *perseguidores políticos*, donde se encuadran los *regicidas* y aquellos reformadores que se embarcan en conductas violentas y de acoso.

2 Cullerre: perseguidores y místicos.

En su libro *Les frontières de la folie* (12), Cullerre incluye algunos de nuestros obstinados si bien en dos capítulos completamente independientes; los Acosadores (*persécuteurs*) son descritos en el capítulo V mientras que los Místicos se presentan en el VI.

El primer grupo, a su vez, incluye a los perseguidos-perseguidores, los querulantes y los celosos. El acoso es el elemento común a los tres. Nace del resentimiento, del dolor por haber sido traicionado, y busca siempre la venganza, el resarcimiento, la demostración fehaciente de la verdad y el reconocimiento de la culpa por parte del culpable.

El grupo de los místicos incluye a los místicos propiamente dichos, los fanáticos (reformadores) y los erotómanos (enamorados). El elemento común a todos ellos es el amor desproporcionado, desbordante. Lo que los diferencia es el objeto del amor: Dios, otra persona, un ideal social. También podrían haber encontrado aquí acomodo los fanáticos de la naturaleza.

3 Trastorno de ideas sobrevaloradas.

En la historia de las ideas sobrevaloradas destacan tres nombres propios: Wernicke, Jaspers y McKenna.

Al primero le corresponde haber acuñado el término “idea sobrevalorada” para referirse a un grupo de ideas patológicas que, sin embargo, no podían considerarse ni delirantes ni obsesivas (49). Lo que daría a las ideas fijas su carácter patológico es el modo exagerado en que determinan la conducta, pero no la distorsión delirante de la realidad. La idea mórbida, según Wernicke, gira en torno a una experiencia cargada de emoción (cualquier emoción) y de cuyo recuerdo el sujeto

es incapaz de desprenderse. La idea sobrevalorada es vivida como algo enteramente propio, y no como un cuerpo extraño en la vida psíquica, al modo de la idea obsesiva. El abanico de posibles desencadenantes es amplísimo (el suicidio de un amigo, la muerte del cónyuge, la observación del lavado de una persona llena de piojos...). Entre estas situaciones que constituyen el punto de partida, Wernicke menciona dos casos que claramente se corresponden con nuestros obstinados; el de quienes sufren una injusticia en el reparto equitativo de una herencia, y el de quienes son víctimas de una sentencia considerada injusta.

El nuevo concepto psicopatológico fue completamente ignorado hasta que Jaspers (26) lo rescatara, situándolo, junto a las “equivocaciones pasajeras provocadas por percepciones engañosas” y a las “ideas melancólicas y maníacas”, en el campo de las ideas deliroides. Se trataría de convicciones consolidadas por un “fuerte estado afectivo” y comprensibles al tener en cuenta la personalidad y la biografía del sujeto. Cualitativamente, según Jaspers, en nada se diferenciaría de una convicción política apasionada. Entre las ideas sobrevaloradas Jaspers incluyó las ideas de los inventores, las de celos y las de los reivindicadores.

Veale (47) sintetizó las principales características que los distintos autores han atribuido a las ideas sobrevaloradas; son las siguientes:

- se sostienen con firmeza, sin llegar a la convicción delirante
- son ideas ego sintónicas, a diferencia de las obsesiones
- a menudo emergen en personalidades patológicas
- son a menudo comprensibles tomando en consideración las circunstancias y la personalidad del sujeto
- el contenido normalmente se considerará como anormal teniendo en cuenta la opinión general
- alteran el funcionamiento y son causa de malestar para el paciente y los demás
- se asocian a un importante componente emocional
- conducen a conductas pertinaces
- pueden evolucionar al delirio
- los pacientes pueden aparecer en la consulta más como consecuencia de la intervención de terceros que por iniciativa propia
- existen semejanzas con las convicciones políticas o religiosas apasionadas

Para Wernicke, la idea sobrevalorada debía distinguirse con claridad de la idea delirante y de la idea obsesiva. Jaspers, igualmente, oponía radicalmente la idea delirante a la deliroide; pese a las apariencias, nada que ver una con otra.

Sin embargo, en la práctica clínica el término acabaría teniendo un significado mucho más difuso y se utilizaría para referirse a aquellas ideas “que no llegan”, en su absurdidad o en su inquebrantabilidad, a poderse catalogar de delirantes. Esta posición, que aproxima la idea sobrevalorada a la idea delirante y la aleja de la obsesiva, y que tiende a situarla en un continuum, a medio camino entre la idea “normal” y el delirio, es la que también adopta el DSM-5 (4).

McKenna (36) sugirió una nueva clase diagnóstica, la de los “trastornos con ideas sobrevaloradas”, que agruparía aquellos cuadros en los que la idea sobrevalorada es el hecho más relevante de la presentación clínica. En este nuevo epígrafe habría

que incluir los estados paranoides querulantes, los celos mórbidos, la hipocondriasis, la dismorfofobia, la parasitofobia y la anorexia nerviosa.

4 Delirio de reivindicación (1909)

En 1895, Pailhas publicó varios casos (41) de pacientes que habían sido desposeídos de sus tierras (por impago de deudas) y que tozudamente se habían negado a abandonarlas, a no volver a las mismas y a reconocer a los nuevos propietarios. Incapaces de entender los motivos que condujeron a la expropiación, todos ellos entraron en repetidos conflictos con los nuevos propietarios y con las fuerzas del orden público que, tras varias detenciones y juicios, acabarían conduciéndoles al hospital junto al resto de enajenados. El autor propuso denominarlos “degenerados conservadores de la propiedad”.

Un año más tarde Régis, tras reconocer la aportación de Pailhas, presentaba un caso que él mismo había evaluado. Propuso la denominación de “*délire raisonnant de dépossession*”, y lo consideró una modalidad de *paranoia querulens* y de perseguidos-perseguidores.

En 1897, Cullerre (12) presentó dos casos de una forma particular de perseguidos-perseguidores, a la que denominó “delirio de reivindicación”. Se trataba de dos pacientes en los que el cuadro partía del momento en que se mostraron disconformes con las tierras que les habían correspondido en sendas herencias; su frenética actividad se dirigía a obtener lo que ellos creían que les correspondía, es decir, más tierras. El término usado –reivindicación– pertenecía entonces al ámbito jurídico y significaba “reclamar lo que a uno pertenece pero que está en manos de otro”.

Sérieux y Capgras recuperaron la denominación pero dándole un nuevo sentido mucho más amplio. Dividieron “lo que en Alemania se denomina paranoia” en “delirios de interpretación” y “delirios de reivindicación” basándose en un supuesto mecanismo diferenciado en la génesis de cada uno.

De este modo:

Delirio de interpretación. Sérieux y Capgras (1909).

“(…) es una psicosis sistematizada crónica caracterizada por: 1º la multiplicidad y la organización de las interpretaciones delirantes; 2º la ausencia o penuria de alucinaciones, su contingencia; 3º la persistencia de lucidez y de actividad psíquica; 4º la evolución por extensión progresiva de las interpretaciones; 5º la incurabilidad sin demencia terminal” (45).

Delirio de reivindicación. Sérieux y Capgras (1909).

“El delirio de reivindicación puede ser definido como una psicosis sistematizada crónica caracterizada por el predominio exclusivo de una idea fija que se impone al espíritu de una manera obsesiva; ella sola orienta por completo la actividad en un sentido manifiestamente patológico y la exalta en razón de los obstáculos encontrados. Este estado de monoideísmo... (45).

Delirio de reivindicación. Sérieux y Capgras (1909).

“(…) quienes, bajo el imperio de una idea obsesiva, emplean toda su inteligencia y toda su actividad anormal no para la construcción de una novela delirante [como en el delirio de interpretación], sino para la satisfacción de una pasión mórbida” (45).

Ambos. Sérieux y Capgras (1909).

“El delirio de reivindicación tiene por punto de partida una idea fija; en el delirio de interpretación se llega a una idea fija tras una larga fase preparatoria. Desde el origen, el reivindicador tiene su sistema establecido, su objetivo único consiste en hacer triunfar su idea obsesiva. Por el contrario, el interpretador comienza por emitir juicios falsos sin un plan determinado, y tan sólo los coordinará secundariamente alrededor de una idea principal” (45).

A su vez, y según estos mismos autores, los delirios de reivindicación se dividían en dos grupos: los de carácter egocéntrico y los altruistas. Entre los primeros incluían a los pleitistas, los “perseguidores hipocondríacos” y ciertos “perseguidores amorosos”, así como la categoría de los “artistas y literatos incomprendidos”. Por su parte, la mayoría de delirios de reivindicación altruistas, se clasificarían actualmente entre los delirios megalómanos: inventores, profetas, taumaturgos... excepción hecha de los *reformadores*, cuyas ideas, que no suelen amoldarse al concepto de *delirio*, no permiten el diagnóstico de un trastorno delirante.

Así pues, el delirio de reivindicación incluye a varios de nuestros obstinados junto a otros enfermos que se adscribirían mayoritariamente a la paranoia o trastorno delirante.

5 Idealistas apasionados (1914)

Les idéalistes passionnés fue la principal obra del neurólogo y alienista francés Maurice Dide (14).

“Proponemos la agrupación de un cierto número de anormales bajo el epígrafe de Idealistas apasionados. No pretendemos haber descubierto a estos seres excepcionales que ya antes que nosotros fueron reconocidos; simplemente queremos agruparlos por sus afinidades psicológicas (...) mejor que su estudio diseminado en diferentes capítulos de la Psiquiatría” (14).

“Entendemos por idealismo toda la actividad psicológica ligada a las aspiraciones especiales de la especie humana (el amor abstracto -místico o profano-, las aspiraciones a la bondad, la belleza y la justicia)” (14).

“Hemos visto la estrecha analogía arquitectónica (si se nos permite la expresión) que existe entre el delirio de interpretación y la sistematización afectiva de los idealistas. La diferencia es sobre todo psicológica, la desviación es intelectual en el primer caso, afectiva en el segundo” (14).

A lo largo de su libro, Dide sostuvo la tesis de que el idealismo y el delirio de interpretación son dos fenómenos radicalmente distintos, que no deben confundirse. Si a veces coexisten en los mismos pacientes es únicamente porque la *degeneración* predispone a ambas manifestaciones psicopatológicas.

“Como todos los hombres nos ofrecen un pequeño grado de idealismo, es el ardor aportado a la realización del ideal lo que puede llegar a ser anormal” (14).

Dide divide a los *idealistas del amor* en dos grupos según se trate de un amor profano o místico. Aunque la mayoría de ellos caerían en el campo de los trastornos delirantes, queda todavía un grupo que se podría incluir entre nuestros “obstinados enamorados”.

Los *idealistas de la bondad* incluyen en sus filas, en primer lugar, a los “utópicos del comunismo¹” que podrían corresponder a los “reformadores” de otros autores. Los ejemplos que aporta Dide corresponden a dirigentes históricos (principalmente anabaptistas y socialistas “utópicos”) a la vez carismáticos y marcadamente alterados así como ejemplos procedentes de la clínica (también alterados, hasta el punto de ser ingresados en el hospital) pero sin carisma ni seguidores.

Un tercer y heterogéneo grupo es el que se caracteriza por el *idealismo de la belleza y de la justicia conducente a la crueldad*. Lo que -siguiendo al autor- distingue a este grupo es el egoísmo absoluto, por oposición al altruismo de los dos anteriores.

En este tercer grupo figuran aquellos individuos en los que el ideal de belleza “se siente de un modo casi exclusivo”. Sus “razonamientos afectivos”, completamente sesgados y distorsionados, les llevan a considerar que ellos, y solamente ellos, encarnan el ideal de belleza y son, a la postre, el centro del mundo. El resto de la humanidad les parece despreciable y de naturaleza inferior. En consecuencia, menosprecian la razón y el sentimentalismo y se consideran por encima de cualquier principio o moral que les pudiera suponer alguna limitación. Nada puede interponerse en el camino de su “personalidad artística o moral poderosamente iluminada por sus juicios afectivos”. Dide nos presenta a Gabriele d’Annunzio como ejemplo paradigmático de esta categoría. No aporta ejemplos clínicos. Los casos más extremos de esta “inversión egocéntrica del objeto del amor” conducen al sadismo, ejemplificado por el marqués de Sade. Tampoco nos brinda ejemplos procedentes de la práctica clínica.

Los “idealistas de la justicia de carácter egocéntrico” incluyen a su vez dos grupos: El primero es el de los “reivindicadores cuyo idealismo de justicia tiene un carácter pesimista o hipocondríaco” y viene a corresponder con el grupo que hemos bautizado como “obstinados del resarcimiento” así como con los querulantes.

Idealistas de la justicia de carácter egocéntrico.

“Tras un período más o menos largo de meditación, la *personalización* del sistema estalla un buen día bruscamente; nos encontramos ante un fenómeno análogo al de la *revelación* de los justicieros altruistas. Se trata ahora de un golpe al amor propio, del desengaño por el fracaso de un pretendido negocio, de la pérdida de un juicio, de la reaparición de una enfermedad antaño curada. Incluso, a veces, la elección de la víctima puede operarse por una causa realmente fútil.

A partir de ese momento, la persecución de quien parece ser la causa de todos los males reviste un carácter que se ha calificado de *obsesivo*...”(14).

Por contraposición a este grupo egoísta se define el de los “idealistas de la justicia de carácter *altruista*”, que a su vez se subdividen en dos tipos. El primero de ellos es el de las “tendencias sintéticas”, del que nos brinda tres ejemplos: Torquemada, Calvino y Robespierre.

¹ No se trata de la acepción que posteriormente adquiriría el término (como sinónimo de leninismo o de integración en la ortodoxia y la disciplina de la III Internacional) sino en el sentido amplio de un igualitarismo -de fundamento cristiano o laico- que incluye la socialización de la riqueza material o su reparto igualitario.

Idealistas de la justicia de carácter altruista.

“La historia nos aporta figuras, cuyos rasgos son fuertemente acusados, de un carácter algo seco, de una rígida austeridad, pero de una fuerza incontestable, que contrastan con los soñadores con que nos hemos encontrado en capítulos anteriores. Son también reformadores, pero carentes de cualquier sentimiento de amor (...) Su fría pasión por la justicia se desarrolla con un rigor que creen matemático, y para alcanzar su ideal quiebran todas las resistencias, destruyen todos los obstáculos y consideran cualquier opinión contraria a su doctrina como una manifestación dañina, peligrosa, incluso criminal, merecedora de la muerte” (14).

Todos ellos comparten determinados rasgos: la austeridad en su vida privada, las tendencias místicas, el orgullo o “hipertrofia de la personalidad”, son “tristes y duros”...

El segundo tipo es el de los “idealistas de la justicia de tendencias individualistas (los magnicidas)”. Dide no incluye en este apartado a todos los magnicidas sino únicamente a aquellos que actúan por un acendrado sentido de justicia. Las características comunes más destacadas son las siguientes:

- antecedentes familiares de misticismo
- antecedentes personales de exaltación mística
- infancia estudiosa y austera
- castidad y amores idealistas
- vivencia de revelación
- orgullo sin llegar a la megalomanía

6 Delirios pasionales

El influyente psiquiatra G. G. Clérambault (11) mantuvo también, en esencia, la oposición entre los delirios de interpretación y los de reivindicación, con dos pequeñas diferencias.

Los delirios de reivindicación fueron incluidos en un grupo más amplio, el de las psicosis pasionales; la *pasión* es donde abría que buscar el origen del cuadro.

Bajo el nuevo epígrafe reunió a los reivindicadores de Sérieux y Capgras con los celosos y las erotomanías, enfermedad a la que orientó gran parte de su esfuerzo. Siguiendo a Kraepelin, las erotomanías eran únicamente aquellas pacientes con un delirio de ser amadas, descartando el sentido mucho más amplio que el concepto había tenido a partir de Esquirol (10).

Por otro lado, pormenorizó los elementos del diagnóstico diferencial entre los delirios de interpretación y los de reivindicación/pasionales. Para el autor, los delirios interpretativos parten del carácter paranoico, los pasionales no. En los primeros está en juego toda la personalidad del sujeto, en los segundos no. La excitación e incluso la hipomanía son propias solo de los delirios pasionales. El delirio de interpretación se extiende “por irradiación circular”, lo puede abarcar todo, los conceptos son múltiples y cambiantes. El de reivindicación avanza como un sector circular, con una apertura limitada y con un único fin, un concepto director. La voluntad y la vehemencia en la persecución del objetivo único caracterizan a los delirios de reivindicación. La desconfianza del paranoico viene de lejos, de un momento impreciso. La pasión de la erotómana o del reivindicador empiezan en una fecha precisa. Los primeros viven en un estado de expectación,

los segundos, de esfuerzo.

Al delirante interpretativo le afecta todo lo que sucede a su alrededor, a todo le busca una explicación, y el sistema delirante crece en todos los sentidos como una red en cuyo centro él se encuentra. Al pasional solamente le afecta lo relacionado con sus preocupaciones, y el sistema delirante, las interpretaciones, progresan como en un sector circular, en el que crece la longitud del radio pero no la abertura del ángulo. Para el interpretador, el mundo entero tiende a girar a su alrededor (por ser el centro de las persecuciones o por el carácter extraordinario de su ser); esta megalomanía no se produce en el reivindicador. El interpretador busca explicaciones en el pasado, mira al pasado; el pasional tiende al futuro.

7 *Stalkers* (acosadores)

“El acoso (*stalking*) alude a un conjunto de conductas que incluyen intentos repetidos y persistentes de imponer a otra persona una comunicación y/o contacto no deseados. La comunicación puede producirse por medio de llamadas de teléfono, cartas, e-mail y pintadas, y el contacto por medio del acercamiento a la víctima y el seguimiento y mantenimiento de la vigilancia (...) Las amenazas, los daños a la propiedad y la agresión pueden acompañar al acoso” (39).

La literatura psiquiátrica moderna sobre acosadores se inició en los años noventa y desde entonces ha crecido muy paulatinamente, generando un número relativamente limitado de artículos. De su lectura puede concluirse que los pacientes incluidos en el grupo de los *stalkers* coinciden con bastante exactitud con los *persécuteurs* clásicos. Los trabajos que utilizan métodos cuantitativos para identificar qué conductas concretas son las que despliegan los acosadores coinciden con las coloristas descripciones originales: cartas, seguimientos de incógnito, regalos, llamadas, aproximaciones, agresiones (desde empujones y empujones a homicidios)... conductas que (por amor o por odio) se prolongan durante meses o incluso años. Otras son exclusivamente modernas (como los daños infligidos a los coches). En un 70-80% de casos la víctima es única, lo que también coincide con las descripciones clásicas.

Resulta asimismo llamativa la similitud en el tipo de víctimas identificadas. Pueden ser personas conocidas, “simplemente vistas por la calle” o personajes notorios presentes en los medios de comunicación. Cuando se trata de personas con las que existía una relación previa, pueden ser simples conocidos, vecinos, relaciones profesionales, parejas, etc., pero la mitad del total de las víctimas tenían una relación profesional o laboral previa. En una población de 200 víctimas (37), tres de ellas eran profesionales de la salud que previamente habían tratado a quienes luego serían sus acosadores.

Distintos autores han propuesto distintas clasificaciones de los acosadores, utilizando para ello una o más variable: delirantes *versus* no delirantes, afectivos/enamorados *versus* persecutorios/enfadados, clasificaciones basadas en la naturaleza de las víctimas, etc. Pero, sin duda, la clasificación que más aceptación ha cosechado es la de Mullen (39). Según este investigador el primer grupo es el de los rechazados (por sus ex parejas pero también por la madre, un amigo, un empleador...). Una parte de estos pacientes tendrían un trastorno delirante (como

delirios de celos) y el supuesto rechazo en realidad no se habría producido, pero la mayoría no padecerían un cuadro psicótico sino meros trastornos de la personalidad. El segundo es el de los “buscadores de intimidad”, convencidos de que la víctima es su amor verdadero. En este grupo se incluyen tanto los delirios de Clérambault como los “encaprichamientos mórbidos”. Fenómenos asociados frecuentes son los celos y la cólera al no verse correspondidos. En tercer lugar, los “acosadores incompetentes”, son sujetos con limitación intelectual o carencias en las relaciones sociales, que ni se creen amados ni idealizan a sus víctimas como lo hacen los del grupo anterior. Los denominados “acosadores resentidos” tienen un comportamiento más agresivo hacia sus víctimas que los anteriores. Unos persiguen una venganza personal contra una persona concreta mientras que otros tienen una vivencia general de agravio y eligen algo aleatoriamente una persona en quien devolverlo. Los “acosadores depredadores” son los que actúan en preparación de una agresión sexual (violación, exhibicionismo...) y constituyen un grupo claramente diferenciado.

El diagnóstico psiquiátrico de los “stalkers” también nos ofrece otro interesante paralelismo con los antiguos *persécuteurs* de la psiquiatría francesa. Aproximadamente un 10% de los acosadores pertenecerían al grupo de la erotomanía, aunque, de éstos, solo una cuarta parte podrían adscribirse estrictamente al trastorno delirante en su variante erotómana. En cuanto al resto:

“Una dificultad nosológica es la que suponen aquellos que no creen que su amor tiene una reciprocidad pero están totalmente preocupados e insisten, con intensidad delirante, tanto en la legitimidad como en el eventual éxito de sus acciones. Este grupo no se corresponde con los criterios DSM-IV del trastorno delirante de tipo erotómano (...) la tradición mucho más antigua de considerar la erotomanía como la exageración mórbida del amor en todos sus aspectos” (39).

Meloy (37) propuso la “erotomanía borderline” como entidad diagnóstica. Otros autores hablaron de los “obsesivos del amor”, “erotomanías obsesivas”, etc. Se trata de enamorados acosadores que sin embargo no creen -falsamente- que la otra persona también esté enamorada. Existiría, en todo caso, una cierta distorsión predelirante de la realidad en la seguridad con que la persona acosadora cree que logrará el amor de la persona acosada. La persona amada también puede ser, en este caso, alguien con quien no ha existido ninguna relación. Estos acosadores nos remiten inequívocamente a la erotomanía clásica de Esquirol y a los “perseguidores enamorados” de finales del XIX.

En términos generales, y con la excepción de los *incompetentes* y de los *depredadores*, el grueso de los *stalkers* tendría algún tipo de conexión con la patología del *espectro paranoide*.

“En cuanto al diagnóstico, los acosadores a menudo encajan en el espectro de aquellos con trastornos paranoides. Los acosadores buscadores de intimidad incluyen a los que tienen delirios erotómanos, tanto secundarios a una esquizofrenia preexistente como en el marco de un trastorno delirante. Los verdaderos trastornos delirantes, comunes entre los buscadores de intimidad, se solapan imperceptiblemente con las ideas sobrevaloradas y la obsesividad fanática de aquellos con trastornos de la personalidad, con las fronteras a menudo inciertas y cambiantes. Con los acosadores rechazados, hay un espectro en el que la inadecuada fijación a una relación en individuos inadecuados se funde con la afirmación asertiva de los propios derechos del narcisista y los celos persistentes del paranoide. Los acosadores resentidos, en

contraste, presentan una cultura casi pura de la persecución, con personalidades paranoides, trastornos delirantes de tipo paranoide, y esquizofrenia paranoide” (39).

Personalidad paranoide

Se entiende por personalidad aquel conjunto de características del comportamiento que, para un mismo individuo, permanecen relativamente estables a lo largo del tiempo. Esas características son las que, junto a la constitución física, hacen que las personas sean distintas unas de otras. La tacañería, la generosidad, la simpatía, la antipatía, la predisposición a ayudar a las personas del entorno cercano o la preocupación o despreocupación por la salud, son ejemplos de algunos rasgos de personalidad de entre los cientos que podríamos seleccionar.

Desde hace décadas la Psiquiatría acepta la idea de que existen personalidades patológicas o trastornadas. Son aquellos individuos cuya forma de ser les impide adaptarse e integrarse adecuadamente en el entorno, provocándoles una predisposición al malestar y al sufrimiento.

ORIGEN

No se puede señalar un primer autor que identificara y describiera la personalidad paranoide, un descubridor, sino que fue más bien una obra colectiva, paulatina, acumulativa, en la que distintos clínicos fueron aportando los elementos que acabarían aglutinándose en un patrón específico. Por ejemplo, la descripción de Bourdin de sus *anomalianos perseguidores* supuso ya una precoz aproximación a algunos de los rasgos de la futura personalidad paranoide, como la crueldad y la insensibilidad frente al sufrimiento ajeno.

“Desde la más tierna edad hasta la vejez extrema, [son el tormento de quienes les rodean](#)” (9).

O como la energía y el ardor con el que se consagran a sus objetivos.

“Hombre o mujer, ponen el mismo [ardor](#) en la persecución de quienes contemplan como sus enemigos” (9).

“(…) [llenos de audacia](#)...” (9).

Algunos de los perfiles de la personalidad paranoide aparecen no ya en la descripción general de los anomalianos perseguidores, sino en las presentaciones de algunos casos clínicos concretos.

“[Envidioso](#) de la autoridad y marcadamente [ambicioso](#)...” (9).

“Para cualquier cosa, [es de la oposición](#)” (9).

Incluso pueden atisbarse algunas de las características del estilo cognitivo paranoide.

“(…) una serie de facultades intelectuales que dormitan constantemente para el bien, pero que se vuelven activas, e incluso ardientes, para el mal. Devorado por el instinto de la persecución, M** pone al servicio de este instinto facultades cuya existencia ni se sospechaba” (9).

Según Kretschmer, sin embargo, los primeros esbozos de la personalidad paranoide derivaban de dos entidades diagnósticas concretas.

“(…) cuya coloración dura y esténica [por oposición a la *asténica* de los psicasténicos] provenía de los tipos del pleiteador y del perseguidor-perseguido” (30).

Efectivamente, ambos diagnósticos contenían en su seno los ingredientes de la futura personalidad paranoide, empezando por la persecución, en su doble vertiente pasiva y activa, como víctimas o como agentes de la misma. Los enfermos querulantes también son a la vez perseguidos y perseguidores, personas que imaginan actos de hostilidad intencionada del entorno hacia ellos y que reaccionan con virulencia ante los mismos. El sentimiento de superioridad característico de la personalidad paranoide se hallaba igualmente presente en las descripciones de los perseguidos-perseguidores.

Perseguidos-perseguidores. Falret (1867).

“Tienen un **orgullo incomparable**, son estériles inventores, rechazados, incomprensidos, **tienen notables facultades...**” (19).

Perseguidos-perseguidores. Cullerre.

“(…) **muestra un inmenso orgullo** y empieza a posicionarse como víctima y perseguido” (12).

Perseguidos-perseguidores. Ball (1890).

“El tercer carácter es la exaltación de la personalidad. Más que el resto de perseguidos, son **orgullosos, vanidosos y profundamente egoístas. Siempre tienen razón, nunca admiten sus errores y están completamente desprovistos de cualquier sentimiento de altruismo**” (5).

El peculiar estilo cognitivo de la personalidad paranoide también habría sido atribuido anteriormente a los perseguidos-perseguidores.

Perseguidos-perseguidores. Ball (1890).

“El cuarto carácter es el **abuso de la lógica**. Viven en un monólogo perpetuo, **no escuchan** a sus interlocutores y cuando los quieren escuchar es para dar sus argumentos, replicar y discutir; **su vida es un continuo alegato**” (5).

En las descripciones de otros autores también se incluían elementos que acabarían confluyendo en la futura personalidad paranoide: la excentricidad/originalidad, la capacidad persuasiva, la aplicación de una inagotable energía para el logro de sus objetivos, el egoísmo, la insensibilidad frente al sufrimiento ajeno...

Perseguidos-perseguidores. Cullerre (1888).

“Tan pronto como alcanza la edad adulta, **adquiere el aire del excéntrico razonador**” (12).

Perseguidos-perseguidores. Cullerre (1888).

“(…) son **capaces de convencer** a los espíritus iluminados” (12).

Perseguidos-perseguidores. Ball (1890).

“Recordemos, además, que existen caracteres generales que son comunes a todos los perseguidos perseguidores.

El primero es la **actividad**. **Dotados de un gran vigor de espíritu**, estos individuos manifiestan su agitación mediante escritos, discursos, innumerables razonamientos y, finalmente, mediante atentados violentos.

En segundo lugar, la **tenacidad**. Una vez elegida la víctima, nunca la abandonan, la atormentan durante largos años. No obstante, pueden producirse sustituciones y, sobre todo, adiciones. Los perseguidores arremeten contra quienes contrarían su delirio y incluso contra aquellos que, tras

haberse interesado por su causa, no han llegado a colmar sus esperanzas. Huelga decir que habrá que adjuntar a los médicos que los han tratado y a los jueces que los han condenado.

(...)

Todo lo enfocan con relación a sí mismos, no piensan en nadie más. Un perseguidor de este tipo mata a su mujer. Lo lamenta, tal como me contó, porque, secuestrado en un sanatorio tras haber pasado por un juzgado penal, se le impide gestionar su fortuna, lo que le preocupa mucho.

(...)

El quinto carácter que comparten es la longevidad intelectual y a menudo física. Son tipos vigorosos. Su inteligencia no flaquea y a menudo su vida se prolonga durante largos años. Hay que añadir que están sujetos a alternancias de excitación y de remisión que permiten algunas veces creerlos curados, cuando no hacen más que disimular su delirio” (5).

Recordemos que la Psiquiatría francesa enmarcó tanto a los perseguidos-perseguidores como a los querulantes en el grupo de los hereditarios y degenerados, alejando a ambos del campo de la enajenación y del delirio de persecuciones de Lasègue. En 1903 Gilbert Ballet publicaba un extenso *Traité de pathologie mentale*, compuesto por varios libros. Nos interesa particularmente el redactado por Arnaud.

“El libro IV se consagra a las *psicosis constitucionales*. Denominamos así a las afecciones mentales, de fisionomía y de evolución de diversa gravedad, independientes de la acción de elementos nocivos extraños al organismo y que se deben a un vicio original o al desarrollo defectuoso del cerebro” (5).

“Así pues, al lado de la herencia hay que dejar un espacio, entre las condiciones capaces de provocar la predisposición a las afecciones del sistema nervioso central, a ciertas influencias que actúan sobre el individuo mismo y especialmente las que se producen durante la vida fetal o en la infancia, es decir, durante el período de desarrollo del individuo (...)

Pero la predisposición, hereditaria las más de las veces y a veces adquirida, se hace sentir en grados muy variables.

En un cierto número de casos la predisposición es mínima; la enfermedad exige, para desarrollarse, la acción adyuvante de *causas ocasionales* poderosas: diversas intoxicaciones e infecciones, emociones vivas o prolongadas, traumatismos cerebrales, surmenages de todo tipo, etc (...) son las *psicosis tóxicas*, *delirios febriles*, la *manía* y la *melancolía* simples, la *parálisis general*, etc.

En otras circunstancias, por el contrario, la predisposición mórbida es máxima, y basta, para despertarla, con las causas más insignificantes y banales, cuya acción es inseparable de las condiciones mismas de la existencia, que no es posible evitar. En este caso, la eclosión de una enfermedad mental ya no es un accidente sino más bien la culminación normal de una fuerte predisposición, o como la floración de una semilla depositada en terreno favorable. Las enfermedades mentales que se desarrollan en tales condiciones, resultado de la constitución misma del sujeto, son justamente llamadas *psicosis constitucionales*. Son las psicosis más numerosas y más importantes. Comprenden los diferentes *delirios sistematizados*, las locuras *intermitentes o periódicas*, las innumerables locuras *morales*, *razonantes* e *instintivas* de los *hereditarios*, de los *degenerados*, etc.

(...) se pueden dividir bastante naturalmente las psicosis constitucionales en *dos clases* principales.

En la primera, la influencia predisponente, por poderosa que sea, no se manifiesta claramente antes de la aparición de la psicosis (...) Antes del inicio del trastorno mental concreto, el sujeto no era ni un enfermo y ni siquiera un inestable (...) en este grupo la predisposición ha permanecido latente...

En una segunda clase, la predisposición es más acentuada, más grave y su acción es *aparente* y *permanente*, a menudo desde los primeros años de la vida (...) inestables (...) Indisciplinables, insociables, sus instintos caprichosos y cambiantes, a menudo pervertidos, les lanzan a todo tipo de aventuras (...) excentricidades que atraen la atención sobre ellos y hacen que se les considere *chalados* u *originales* (...) falta de equilibrio, desarmonía de las funciones cerebrales. Su inteligencia puede estar muy desarrollada pero les falta mesura y juicio (...) a la vez abúlicos y cabezones hasta el absurdo, a menudo impulsivos (...) A esta segunda clase pertenecen los

enajenados *razonantes*, los *locos morales*, los *obsesionados*, los *impulsivos*, todos esos enfermos con los que se han constituido los grupos de los *locos hereditarios* y de la *degeneración mental*” (5).

Arnaud nos ofrece la siguiente clasificación de las psicosis constitucionales.

1. Sujetos con predisposición latente, que se pueden considerar normales antes del desarrollo de la psicosis
 - a. Delirios sistemáticos primitivos (agudos y crónicos)
 - b. Locuras periódicas y circulares
2. Sujetos con predisposición evidente, ya anormales antes del desarrollo de la psicosis
 - a. Obsesiones, impulsiones
 - b. Locuras morales, locuras razonantes
 - c. Delirios
 - i. Manía y melancolía razonantes
 - ii. Bouffées
 - iii. Perseguidos-perseguidores
 - iv. Otras formas de delirio sistematizado

Las descripciones clínicas de los degenerados marcaban ya la diferencia -aunque sólo fuese implícitamente- entre una personalidad premórbida, caracterizada por la inestabilidad y en la que los rasgos patológicos denotaban una deficiencia en la constitución misma de la persona, y unos síntomas/enfermedades que aparecerían en un segundo tiempo.

Llegados a este punto, la descripción de la constitución paranoica tenía que caer por su propio peso, teniendo en cuenta el concienzudo esfuerzo de observación y sistematización de los autores de la época. Forzosamente tenían que comprobar que la personalidad premórbida de buena parte de los locos razonantes no encajaba en el “patrón inestable” anteriormente descrito por los defensores de la teoría de la degeneración, sino que lo hacían en un patrón común algo distinto y máxime si, como ya hemos mencionado, dos diagnósticos clínicos muy utilizados por los psiquiatras de la época aportaban los elementos que, de un modo natural, acabarían confluyendo en el carácter paranoico.

Perseguidos-perseguidores. Arnaud (1903).

“(…) completamente desprovistos de sentimientos morales y altruistas, teniendo una alta opinión de su propia persona, no tardan en entrar en conflictos con sus iguales y sobre todo con sus superiores. Incapaces a la vez por vanidad y por incorrección nativa del juicio, de reconocer que se pueden equivocar, persisten en el camino que han iniciado y aplican su cabezonería y su gran actividad intelectual a hacer triunfar frente y contra todos su manera de ver. Los inevitables fracasos les irritan. Cada vez más desafiantes y agresivos, pronto se ven expuestos a la malevolencia y se defienden preventivamente atacando. Es en eso que son a la vez perseguidos y perseguidores” (5).

Trastorno querulante. Cullerre (1888).

“(…) son prematuramente inmorales, insumisos, poco escrupulosos con el bien ajeno. La noción del derecho no existe para ellos más que en la medida que otorga poder sobre los otros; es un arma legal para alcanzar sus fines. Hinchidos de egoísmo, incapaces de la menor concesión, del menor sacrificio, todo lo que les suponga un perjuicio les saca de sus casillas. Testarudos, gruñones, dados a discutir por naderías y presuntuosos (...) Señalemos también una alteración de la imaginación, que desfigura los hechos y los presenta a la

conciencia deformados y alterados (...) Pagados de sí mismos y de su infalibilidad, no aguantan ninguna contradicción y de ahí los permanentes conflictos con su entorno” (12).

Constitución paranoica.

“(…) cuya coloración dura y estética provenía de los tipos del pleiteador y del perseguidor-perseguido. Así, por ejemplo, en el intento de agrupación caracterológica efectuado por Tiling, el paranoico aparece sobre todo como un hombre orgulloso, despectivo, terco, de mucho amor propio, de una gran decisión combativa, vengativo, rencoroso y ambicioso. Friedman destaca la capacidad de decisión del paranoico, su pensamiento prematuro, apasionado, obtusamente fijo y su decisiva diferencia con respecto a la personalidad neurótico-obsesiva” (30).

En 1912 Dupré (15) apoyó el diagnóstico de la *constitución paranoica* en los tres pilares siguientes:

- 1) Hipertrofia del yo: orgullo y sentimientos de superioridad.
- 2) Desconfianza.
- 3) Falsedad del juicio, caracterizada por la rigidez y la paralogia.

Sin negar la importancia de los perseguidos-perseguidores y de los enfermos querulantes como molde en el que se fraguó la descripción de la personalidad paranoide, la terna de Dupré nos recuerda que los ingredientes más básicos de ésta se hallaban ya presentes desde mucho antes. Por ejemplo, Lasègue ya distinguió en su delirio de persecuciones una segunda etapa caracterizada por las ideas persecutorias y una tercera fase que se distinguiría por las de grandeza.

La importancia de la *constitución paranoica* de la psiquiatría francesa radica no tanto en que aportara elementos descriptivos novedosos sino en que integró estos elementos en un esquema simple y de gran utilidad en la práctica clínica. Los autores franceses posteriores mantuvieron esta aproximación diagnóstica basada en tres rasgos esenciales, afinando la descripción de cada uno de ellos y añadiendo otros componentes secundarios como el proselitismo y altruismo mórbidos, el fanatismo, el autodidactismo, el amor patológico por la naturaleza, etc. (24).

Con el paso del tiempo, sin embargo, el término *constitución* acabaría desapareciendo de la terminología psiquiátrica y *paranoico/a* se identificó con el trastorno delirante, mientras que *paranoide* acabaría asociándose únicamente al trastorno y a los rasgos de personalidad. De la constitución paranoica se transitó definitivamente a la personalidad paranoide.

ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA PERSONALIDAD PARANOIDE

Veamos los criterios diagnósticos operativos y la información clínica adicional que propone el DSM-IV (1).

Criterios operativos:

Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

- sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar, a hacer daño o a engañar
- preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los

- amigos y socios
- reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información compartida vaya a ser utilizada en su contra
- en las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores
- alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios
- percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar
- sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel

Otros rasgos de la descripción clínica del DSM-IV:

- tendencia al establecimiento de relaciones interpersonales conflictivas que producen una reacción hostil en el entorno, lo que tiende a confirmar las sospechas
- protestas y quejas recurrentes
- distanciamiento silencioso
- apariencia de frialdad y ausencia de sentimientos compasivos
- obstinación, naturaleza combativa
- sarcasmo
- autosuficiencia
- propensión a controlar a las personas del entorno
- pensamiento rígido
- hipercríticos con los demás, hipertolerantes consigo mismos
- pleitistas
- fantasías de grandiosidad
- conceden gran importancia al poder y la jerarquía

Utilizando un sofisticado método de evaluación de la personalidad y análisis multivariado, Westen (50) obtuvo varios perfiles de personalidad patológica, en su mayoría coincidentes con los tradicionales. Los siguientes ítems, ordenados de mayor a menor “peso”, son los que, en su investigación, se aglutinaban en la dimensión paranoide.

- Tiende a aferrarse a los rencores, a cavilar sobre los insultos y desaires durante prolongados períodos de tiempo.
- Tiende a sentirse incomprendido, maltratado o víctima.
- Fácilmente piensa que los demás quieren dañarle o aprovecharse de él, tiende a percibir intenciones malévolas en las palabras y actos de los demás.
- Tiende a expresar una cólera intensa e inadecuada, sin proporción con la situación que la provoca.
- Tiende a ser crítico con los demás.
- Tiende a entrar en luchas de poder.
- Consciente o inconscientemente, tiende a estar enfadado y a mostrarse hostil.
- Tiende a ver a algunas personas como “completamente malas” perdiendo la capacidad de percibir sus cualidades positivas.
- Tiende a ser moralista y con pretensiones de superioridad moral.
- Reacciona ante las críticas con sentimientos de rabia o humillación.
- Tiende a culpar a los otros de sus propios fallos o carencias; tiende a pensar que sus problemas son causados por factores externos.

- Tiende a oponerse, a adoptar actitudes contrarias y a mostrarse fácilmente en desacuerdo.
- Tiende a ver en los demás sus propios impulsos o sentimientos inaceptables.
- Tiende a perder la racionalidad cuando entran en juego emociones fuertes pudiendo mostrar una notable afectación de su nivel habitual de funcionamiento.
- Tiende a “catastrofizar”, viendo los problemas como desastrosos, irresolubles, etc.
- En los demás, tiende a producir disgusto y animosidad.
- Las emociones tiende a dispararse sin control, conduciendo a grados extremos de ansiedad, tristeza, rabia, excitación.
- Le cuesta comprender el sentido del comportamiento de los demás, a menudo malinterpreta o comprende mal, las acciones y reacciones de los demás a menudo le hacen sentirse confundido.
- Tiende a ser controlador.
- Tiende a provocar en los demás reacciones extremas o fuertes sentimientos.
- Tiende a evitar confiar en los demás por miedo a la traición; teme que lo que dice o hace se pueda usar en su contra.
- Los procesos de razonamiento y experiencias perceptivas parecen raras e idiosincráticas.
- Sometido a estrés, la percepción de la realidad puede alterarse gravemente.

Como se puede comprobar fácilmente, estos ítems conforman un perfil de individuo muy próximo a la descripción del DSM-IV, si bien con una riqueza semiológica algo mayor. Es digno de mención que el ítem que más pesa en la dimensión paranoide no sea la desconfianza, sino el rencor.

TIPO VERSUS RASGO

La clasificación psiquiátrica tradicional de los trastornos de la personalidad era “tipológica”. Un determinado paciente podía ser adscrito a un determinado trastorno de la personalidad y, teóricamente, ese diagnóstico descarta los otros, ya que los *tipos* son mutuamente excluyentes.

Existe una aproximación completamente distinta a las alteraciones de la personalidad que procede de las facultades de Psicología y del uso de los tests de respuesta múltiple. Este abordaje produce una serie de dimensiones, aplicables todas ellas a cualquier individuo. En cada una de ellas se obtiene una puntuación situada entre un máximo y un mínimo.

Si la personalidad paranoide de la psiquiatría tradicional es algo que se tiene o no se tiene, se es o no se es, el paranoidismo-rasgo de la psicometría es una dimensión en la que todo individuo puntúa en mayor o menor medida. No deja de resultar interesante que la mayoría de los tests psicométricos utilizados en la clínica (el MMPI, el test de Millon y el 16PF) contengan cada uno de ellos su correspondiente escala paranoide.

En el caso del 16PF, los rasgos paranoides se valoran en el factor de primer orden L, con dos polos. El de las puntuaciones bajas mide la *alaxia* (caracterizada por el altruismo, la confianza, la permisividad, el carácter comprensivo y la relajación interior) mientras que el polo de las puntuaciones altas se denomina *protensión* (derivado de *paranoid trend*), y reflejaría rasgos como la suspicacia y la susceptibilidad, la hipervigilancia, el

escepticismo y el oposicionismo. La protensión agrega en dos “factores de segundo orden”. El primero de ellos corresponde a una personalidad neurótica. El segundo (denominado Q_{IV} , Independencia), en el que se agrega junto a escalas que miden la tendencia a dominar, a la rebeldía, al radicalismo, a la autosuficiencia y a un pensamiento original y centrado en temas abstractos, nos conduce inequívocamente a las descripciones clásicas de la constitución paranoica (27).

Además de las escalas que derivan de los tests de respuesta múltiple, existe una tradición muy consolidada de valoración de los rasgos paranoides de personalidad a través de los tests proyectivos, y muy especialmente del test de Rorschach

Se están desarrollando igualmente métodos experimentales de valoración con un gran potencial. En una interesante investigación experimental Freeman et al. (22) sometieron a cien hombres y cien mujeres a un paseo de cuatro minutos por el metro, con un dispositivo de realidad virtual, durante el cual se cruzaron con distintos transeúntes. Pues bien, frente a una ligera mayoría que describía las interacciones con el resto de viajeros como positivas o neutras, nada menos que un 40% de los sujetos experimentó pensamientos de tipo paranoide: personas hostiles, o que se ríen de uno, o que hacen gestos despectivos, que desafían con la mirada, que quieren provocar discusiones...

Carácter sensitivo

Desde finales del siglo XIX, varios autores observaron que los cuadros delirantes aparecían con frecuencia en lo que hoy, de un modo muy genérico, catalogaríamos como “personalidades neuróticas”. El primer autor, probablemente, que observó tales descompensaciones delirantes fue Janet.

“En 1898, [Janet] nota la aparición de delirios de persecución que él denomina *paranoia rudimentaria*, entre los mismos sujetos que presentan el síndrome a que él mismo ha dado el expresivo nombre de ‘obsesión de los escrupulosos’. Los modos de invasión de este delirio, sus mecanismos psicológicos, el fondo mental sobre el que se desarrolla, resultan idénticos al fondo mental y a los accidentes evolutivos de la psicastenia. Señalemos que, en sus observaciones, Janet destaca que el delirio aparece como una reacción a ciertos acontecimientos traumatizantes. En cuanto a las predisposiciones constitucionales, son las de la psicastenia: el sentimiento de la insuficiencia de su propia persona, la necesidad de apoyo, la bajada de la tensión psicológica...” (31).

“Aquí deben citarse las observaciones de Janet, el cual llama *psicasténico* al estado psíquico inicial de bastantes paranoides, y observa que a veces las ideas de persecución van precedidas de estados obsesivos, aunque se conserva bien la visión de la enfermedad. Según él, la autocritica y la autodisminución de los psicasténicos se combina frecuentemente con ideas de referencia y de persecución. Existe una *‘paranoia rudimentaire’ relacionada con las ‘obsessions des scrupuleux’*. Janet llega a decir: ‘El delirio de persecución está muy relacionado con las figuraciones obsesivas, y me extraña que siempre hayan sido tan separados entre sí’ (30).

Posteriormente, Kretschmer describiría el “carácter sensitivo”, relacionado con la psicastenia en la medida en que en él los elementos *asténicos* predominan sobre los *esténicos*. El carácter sensitivo, según el autor, constituye el principal factor predisponente para el desarrollo de un tipo particular de trastorno delirante: el delirio sensitivo de referencia.

“(…) La finura de percepción ética de estos enfermos provoca reflexiones y reproches, con la duda de que su propia conducta sea la que ofrezca el material necesario para las persecuciones de sus supuestos enemigos. No se forma un delirio de referencia *general*, no hay desconfianza frente al médico y la clínica, sino que muchas veces llega a existir una verdadera necesidad de médico. Las explicaciones facultativas pueden eliminar pasajeramente el delirio, y los enfermos hasta pueden llegar a reconocer temporalmente la motivación de sus primitivas explicaciones delirantes. Pero el delirio de referencia se conserva, sin embargo, durante años, a veces muchos, y se va elaborando lógicamente, libre de ideas fantásticas. Raras veces se observan alucinaciones de los sentidos. El talante varía diariamente, siguiendo el estilo de las oscilaciones psicopáticas. No todos los casos siguen un curso progresivo; algunos permanecen estacionarios, y otros, remiten. El delirio de referencia no está generalizado, ni es unilateral; *la idea sobrevalorada no predomina* en la sintomatología con la misma intensidad que en los pleitistas. Es característica la absoluta modestia de los enfermos, que aún al cabo de años, jamás manifiestan ideas de grandeza. Los *rasgos generales de la paranoia abortiva*, según Gaupp, son: disposición básica psicasténico- neurótico-obsesiva. Durante la enfermedad, formación delirante insidiosa, afecto pasajeramente depresivo-temeroso, reconocimiento a medias de la enfermedad, oscilaciones del curso y ausencia de egoísmo destructor (30).

A lo largo de su obra Kretschmer expone las características del carácter sensitivo, algunas de las cuales aluden a rasgos inequívocamente neuróticos, a saber: timidez, blandura (frente a las adversidades), debilidad, vulnerabilidad, propensión a encerrar en su interior las emociones, introvertidos, cansados y faltos de fuerza (por oposición a las personalidades combativas o predominantemente *estéticas*), incapacidad para las descargas afectivas... Otras características, más cercanas a la constitución paranoica, son las siguientes: autosobrevaloración, tendencia a mirarse en el espejo, orgullo, tendencia al ascenso social, ambición, desprecio al resto de seres humanos, resentimiento, intolerancia a la crítica, seriedad, idealismo, altruismo, terquedad. Sin embargo, la característica definitoria y nuclear del carácter sensitivo de Kretschmer es la siguiente: un acendrado sentido ético, que lleva a una perseverante dubitación ansiosa y a una propensión a los sentimientos de culpa.

En consecuencia, el trastorno delirante se asociaría tanto a la personalidad paranoide clásica como a otro grupo de pacientes de “perfil neurótico”, los cuales, de entrada, parecen mucho más alejados del universo paranoide. Sin embargo, podremos comprobar más adelante que esta lejanía es más aparente que real. Los dos perfiles son tan antitéticos como las dos caras de una misma moneda. Los pacientes neurasténico-sensitivos representarían el polo “débil” de aquellas variables en las que el paranoidismo tiende a situarse en uno de dos extremos: o el fuerte o el débil. Los *asténicos* paranoides son los que tienden a optar por la sumisión frente al dominio, por la huida antes que por la agresión al enemigo, y por la elección de “enemigos internos” (culpa, autodesprecio) frente a la fabricación de enemigos externos.

Estado

Los clínicos pensamos siempre en el paranoidismo como *algo patológico y que afecta únicamente a nuestros pacientes*, pero lo cierto es que el comportamiento paranoide constituye una potencialidad humana universal que, *en mayor o menor medida*, todo el mundo puede manifestar *en algún momento*. La conducta paranoide es comparable al hambre, la risa o la cólera: se pueden activar o desactivar periódica u ocasionalmente. De hecho, algo resuena en nuestro interior frente a las vivencias paranoides de nuestros pacientes que nos permite obtener una cierta comprensión -por empatía- de lo que les sucede. En cambio, las vivencias de los pacientes esquizofrénicos nos producen un

mayor grado de perplejidad y desconcierto.

Aunque asociemos siempre *lo paranoide* al campo de la enfermedad mental o a los trastorno de la personalidad, inadvertidamente nuestro lenguaje coloquial refleja una visión menos restrictiva. Así sucede, sin ir más lejos, cuando utilizamos la expresión informal “ponerse parana” para referirnos a personas que no son nuestros pacientes y a las que suponemos sanas (o incluso hablando de nosotros mismos).

También los psicoanalistas han descrito estados de *paranoidización* transitoria durante el proceso de la terapia psicoanalítica así como la aparición de dinámicas *esquizoparanoides* en determinados momentos de la terapia de grupo.

El substrato común

Hemos adscrito tres enfermedades al universo paranoide (dejando al margen la esquizofrenia) y uno o dos trastornos de la personalidad, y hemos dado por hecha la existencia de un substrato común a todos ellos, un substrato... paranoide. La tesis de que un mismo patrón conductual subyace a varias patologías y trastornos de la personalidad es un hilo conductor de este trabajo, e insistiremos en ello una y otra vez.

El substrato común nos lleva a preguntarnos si no sería más adecuado englobar al conjunto de patologías paranoides en un solo diagnóstico, con simples variantes en su forma de expresión. En este aspecto, la cuestión central es la de la relación entre la personalidad paranoide y la paranoia, los dos diagnósticos nucleares del conjunto de patologías del espectro paranoide. Caben al respecto dos posiciones extremas:

1. Paranoia y personalidad paranoide son exactamente lo mismo, la única diferencias es de gravedad.
2. Paranoia y personalidad paranoide son dos fenómenos completamente independientes, que nada o casi nada tienen que ver entre sí.

El enfoque unitario, característico de la Psiquiatría francesa de principios del pasado siglo, afirma que los delirios no son sino una manifestación extrema de la *constitución paranoica* tanto en la “forma” (los delirios como un modo de llevar al límite la rigidez, la obstinación y la tendencia a la paralogia de la constitución paranoica) como en los contenidos, que no harían sino profundizar tendencias ya presentes en la susodicha constitución (el orgullo-superioridad y el perjuicio-persecución).

“Para estos autores, [un tipo único de personalidad premórbida](#) predispone a la aparición de la psicosis” (24).

Delirio de interpretación.

“(…) psicosis constitucionales que no modifican [la personalidad, de la cual ellas son una exageración](#)” (45).

Delirio de interpretación.

“El delirio se liga al estado anterior de la personalidad por un período de incubación meditativa, e, incluso si parece desencadenarse súbitamente, revela una larga preparación en las tendencias antiguas del carácter.

También, dicen nuestros autores ‘[en el delirio de interpretación](#) la importancia de esta constitución paranoica es capital, ya que contrariamente a lo que sucede en las psicosis demenciales, [no hay](#), nos consta, [ni modificación radical, ni disolución del carácter, sino un](#)

desarrollo hipertrofiado y unilateral de algunas tendencias preexistentes. Ninguna ruptura entre la personalidad anterior del sujeto y la personalidad del interpretador. Esta no es más que la floración de la primera ..." (31).

Resumiendo, el modelo unitario de la *constitución paranoica* postulaba la existencia de un único trastorno, caracterizado por el orgullo, la desconfianza y la rigidez. Sólo en los casos más graves, y con el paso de los años, aparecerían las ideas delirantes, como una *progresión* de estas tres características, pero sin una auténtica solución de continuidad entre los momentos anterior y posterior a la eclosión del delirio.

En el campo contrario se encuentran quienes piensan que personalidad paranoide y trastorno delirante son dos diagnósticos *completamente* independientes y, por ende, dos alteraciones entre las que no existe ninguna relación sustancial. El enfoque dicotómico -hay que reconocerlo- responde a hechos objetivos incuestionables. En la clínica, la gran mayoría de sujetos con un trastorno paranoide de la personalidad no acaban desarrollando un sistema delirante, y un porcentaje no desdeñable de los enfermos delirantes no parten de un claro patrón previo de la personalidad de tipo paranoide.

Abundando en el enfoque dicotómico, el delirio se ha abordado con un modelo básicamente médico, como el síntoma de una enfermedad orgánica -desconocida- que en un momento dado afecta al encéfalo, lo invade y altera su funcionamiento. La enfermedad daría lugar a unas afirmaciones absurdas, que son las que catalogamos como delirios, para las que no cabe más explicación que una disfunción biológica. No parece muy plausible que una simple *forma de ser* del individuo, su personalidad, pudiera predisponer a una determinada enfermedad cerebral. En la perspectiva dicotómica la vida psíquica del sujeto delirante se divide entre una parte sana, prolongación de la personalidad premórbida, y una parte enferma en la que el fenómeno mórbido ejerce su dominio. El siguiente ejemplo, referido a una variante concreta del trastorno delirante, lo ilustra.

Trastorno hipocondríaco delirante monosintomático.

"El resto de la personalidad se encuentra notablemente bien preservada, pero el sistema delirante, a pesar de su encapsulamiento, domina gran parte del modo de vida del sujeto. Se producen cambios secundarios profundos y sorprendentes en el afecto, la actitud y la lógica cuando el paciente vira del modo normal al delirante o viceversa" (40).

A lo sumo, algunos autores pudieron llegar a aceptar la posibilidad de que la personalidad previa influyera en la *elección del tema* del delirio.

"Así vemos por ejemplo cómo un individuo anteriormente desconfiado, cerrado, amante de la soledad, un día se imagina perseguido, cómo un hombre brutal, egoísta, con puntos de vista erróneos sobre sus derechos, da un querulante, cómo un excéntrico religioso cae en la paranoia mística" (Krafft-Ebbing. Lehrbuch der Psychiatrie, 3 Aufl. 1888, p. 436, citado en 31).

El enfoque dicotómico resulta nítido y práctico. Es asimismo congruente con esa opinión que se remonta a Jaspers, que tanto impacto ha tenido en la Psiquiatría, que lleva a distinguir tajantemente entre los fenómenos *comprensibles*, y entre ellos estarían las variantes extremas de la personalidad, y aquellos otros -como los delirios y las alucinaciones- que no tienen más *explicación* que una afectación orgánica.

No obstante, alguna investigación sugiere que esta división radical entre a) la parte sana

del paciente y b) la delirante, que incluye el delirio y las repercusiones conductuales que derivan del mismo, podría ser algo simplista.

Paranoia.

“(…) se asocia con acciones violentas incluso cuando las víctimas no parecen haber sido incorporadas en los delirios” (28).

Por nuestra parte, aún aceptando la pertinencia de no utilizar un diagnóstico único para el conjunto de patologías del espectro paranoide, nos parece que no debe olvidarse la existencia de ese substrato, ese elemento común que, al menos en parte, diluye las fronteras entre todas ellas. El substrato paranoide se pone de manifiesto al menos en tres aspectos:

1. El de la fiabilidad diagnóstica. Los límites entre el delirio, la idea sobrevalorada y el rasgo son a menudo, en la práctica, imprecisos.
2. El de las asociaciones clínicas. Distintas patologías del espectro paranoide se suceden o coexisten en el mismo individuo.
3. El fenomenológico. El orgullo, la desconfianza y la rigidez son elementos comunes al conjunto de trastornos del espectro paranoide, aunque no se manifiesten en todos los casos de un modo idéntico.

Primer punto. Al menos conceptualmente existe un límite muy preciso entre el trastorno delirante, caracterizado por la presencia de un delirio persistente, por un lado, y, por otro lado, las ideas sobrevaloradas y los rasgos de personalidad. Efectivamente, el diagnóstico de las ideas delirantes tiene una alta concordancia o fiabilidad inter-evaluador. A pesar de lo etéreo de la definición, los clínicos se suelen poner de acuerdo en decidir si una determinada idea en un determinado paciente tiene carácter delirante o no lo tiene. Ahora bien, esta claridad se produce en los contenidos delirantes más frecuentes en la clínica (delirios persecutorios y de celos). En otros, como los hipocondríacos, los límites entre la idea delirante y la que no lo es son algo más difusos. En el caso de algunas ideas de grandiosidad, la distinción se pierde por completo. Cuando nos adentramos en el variopinto mundo de los sanadores, videntes, ufólogos, ocultistas, gurús, iluminados de todo tipo, Mesías, profetas, gentes con poderes paranormales, santeros, Maestros, chamanes, magos y demás seres excepcionales, el delirio, o su ausencia, es mucho menos evidente.

“(…) Lo obsesionaba la idea de la hidroterapia como panacea, y escribió un libro sobre ello, sosteniendo que ‘el agua, tanto dentro como fuera’ puede mantener la buena salud. Acostumbraba a hacer que sus hijas, pese a sus protestas, se envolvieran en sábanas húmedas para pasar la noche, con el resultado de que se impacientaron por crecer, casarse y escapar de los experimentos demenciales de su padre” (48).

Por ejemplo. Un sujeto profesa una gran fe en determinada dieta extrema. Cree a pies juntillas en el potencial curalotodo de su dieta basada en los ajos, e insistentemente lo hace saber a quien se le acerque. La evaluación clínica, individual y fuera de contexto, podría fácilmente llevar al psiquiatra a concluir que tiene “una idea falsa y resistente a la argumentación lógica”.

Ahora bien, el DSM-5 (4) también exige que la idea delirante -para que pueda ser catalogada como tal- sea rechazada por las personas de la cultura o la subcultura del paciente. Y, muy al contrario, resulta que, en esa dieta creen también varios

miles de personas más, que conforman un mismo “grupo de intereses” (un conjunto de personas atraídas por un mismo asunto y que tienden a leer los mismos libros, asistir a las mismas charlas y conformar, hasta cierto punto, una subcultura). Aunque sus creencias dietéticas pudieran considerarse disparatadas y delirantes, lo cierto es que son completamente aceptables en su particular ámbito social.

Más aún, el individuo en cuestión puede estar integrado en un grupo organizado que propugna vehementemente dicha dieta y puede incluso liderarlo. Más adelante abordaremos la relación entre la conducta paranoide y el liderazgo, especialmente de aquellos grupos orientados a intereses más marginales.

Personalidad paranoide.

“(…) Parece razonable que los individuos con esta alteración se encuentren **ampliamente representados entre los líderes** de religiones místicas o esotéricas y en grupos pseudocientíficos y cuasi-políticos” (1).

Dependiendo de quién, cómo, cuándo y porqué lo evalúe, nuestro sanador será catalogado como alguien con una simple extravagancia, como un enfermo delirante e incluso, a menudo, como un embaucador con tendencias psicopáticas que se aprovecha del sufrimiento ajeno con sus embustes. Esta disparidad es un fenómeno recurrente cuando distintas personas opinan sobre un mismo dirigente sectario.

Insistiendo en la ambigüedad diagnóstica, las interpretaciones autorreferenciales son harto frecuentes en la personalidad paranoide, a menudo con convicción en la realidad de las mismas, por lo que cabría hablar de una actividad delirante secundaria a las interpretaciones. Ahora bien, se trata de unos delirios sin sistematización, con escasa repercusión conductual y con escasa relevancia clínica, por lo que el clínico evita diagnosticar el trastorno delirante, en pacientes que en realidad deliran...

Segundo punto. Las patologías del espectro paranoide tienden a sucederse y a presentarse simultáneamente en un mismo paciente.

Así por ejemplo, es frecuente que los trastornos delirantes surjan en sujetos con rasgos previos de personalidad de tipo paranoide.

Se trata de una evolución paulatina, sin soluciones de continuidad, en la que un funcionamiento paranoide “general” tiende a focalizarse en un único asunto alrededor del que, cada vez más, empieza a girar la vida del sujeto. En este paulatino proceso también es habitual el atravesar una etapa inicial en el que la convicción no llega a tener una consistencia delirante y debería etiquetarse (tan solo) como una idea sobrevalorada.

Finalmente, y en tercer lugar, el principal argumento a favor del sustrato común es el de la existencia de una fenomenología clínica compartida. Aún pudiendo ser más exhaustivos, nos limitaremos de momento a la terna diagnóstica clásica de los autores galos -orgullo, desconfianza y rigidez-, aplicable por igual a la personalidad paranoide, a los trastornos delirantes crónicos y al resto de enfermedades del espectro paranoide.

Empecemos por el último de los elementos de la terna: la rigidez. Cualquier clínico experimentado es capaz de identificar una forma peculiar de pensar

-obtusa, terca y opuesta al cambio- y de expresarse propia de los pacientes con un trastorno paranoide de la personalidad. En cuanto a los delirios de los pacientes paranoicos sabemos que la inflexibilidad forma parte de la propia definición del delirio. La obstinación, la impermeabilidad a la influencia exterior, la tendencia a las visiones en blanco o negro y al rechazo de los matices... son características comunes a los delirios de los paranoicos y al estilo cognitivo de las personalidades paranoideas.

¿Y qué decir de las otras dos grandes características de la constitución paranoica, el orgullo y la sospecha-desconfianza?

- 1- No deja de resultar curioso que absolutamente todos los recurrentes temas delirantes nos remitan a uno u otra: delirios megalómanos (orgullo) y delirios persecutorios (desconfianza). Ahora bien, es preciso utilizar un concepto amplio de sospecha-desconfianza en el que la incapacidad para confiar no se refiere únicamente a los seres humanos sino que se extiende también a microorganismos o partes del propio cuerpo (delirios hipocondríacos), seres inmateriales (brujas y demonios) e incluso a las circunstancias sociales y naturales (delirios de catástrofe, que con frecuencia se acompañan de ideas mesiánicas). Los objetos temidos por los pacientes paranoicos son los mismos que, en un plano no delirante y no tan focalizado, temen los pacientes con un trastorno paranoide de la personalidad.
- 2- Pero es que un análisis más pausado deja patente que ambos, superioridad y perjuicio-persecución, coexisten en el seno del propio delirio. Dividir los delirios en persecutorios y megalómanos es quedarse en la superficie de los mismos dado que ambos -persecución y megalomanía- se hallan presentes, simultáneamente, en todos los contenidos delirantes. Kraepelin apuntaba que los pacientes con delirios persecutorios se sienten, a la vez que perseguidos, seres fuera de lo común, dado que son precisamente ellos, y no otros, las víctimas de las conspiraciones y tramas más importantes. Si se encuentran en el punto de mira de la ETA o de la CIA es únicamente en la medida en que poseen algún conocimiento o capacidad especial que, desde luego, no tiene todo el mundo.

Paranoia. Kraepelin.

“Los delirios de grandiosidad siempre se producen simultáneamente a la manía persecutoria. A veces no exceden los límites de un considerable aumento de la auto-confianza. Ya la enfermedad de los medios que el paciente cree que se están empleando contra él, apunta a una considerable sobreestimación de su propia personalidad, el supuesto objetivo de esos esfuerzos” (29).

Las pacientes con delirios erotómanos aman y se saben amadas por algún personaje notorio, lo que entraña una cierta megalomanía. Pero si ese amor no se plasma en una verdadera unión es siempre porque otras personas, hostiles a la pareja, ponen trabas insuperables para impedirlo.

Los enfermos con delirios religiosos mesiánicos sienten una especial vinculación con Dios, con quien se hallan en comunicación, siendo su destino intermediar entre Él y la humanidad. Pero no es menos cierto que, en general, viven con la misma intensidad la presencia y el asedio del demonio, que les tienta, pone piedras en su camino y llega incluso a encarnarse en sujetos de carne y hueso al objeto de perjudicarles.

Los maridos celosos temen la infidelidad de sus cónyuges o están convencidos de que ya se ha producido. Pero la preocupación por la traición se asocia casi siempre a un tipo peculiar de orgullo de tradición milenaria: el del *macho*.

Es posible descomponer los dos polos de la desconfianza y la grandiosidad en temas algo más circunscritos, más concretos. Estos temas estructuran tanto los rasgos de la personalidad paranoide, como los delirios y como las ideas fijas de los obstinados.

Área	Polo persecutorio	Polo de la grandiosidad y de la perfección
Relaciones sociales.	Perjuicio.	Fidelidad. Cohesión grupal.
Pareja y familia.	Traición. Celos.	Amor absoluto.
Sociedad.	Misantropía. Catastrofismo. Milenarismo.	Utopía.
Seres espirituales.	Demonios y brujas.	Mística.
Salud.	Hipocondría.	Sanación e inmunidad.
Naturaleza.	Ecocatástrofes, geocatástrofes.	Temáticas de lo "natural". Felicidad bucólica.

La paranoia estrecha

No podemos dejar de recordar que actualmente el concepto de paranoide-paranoico no se asocia a la terna clásica (sospecha, grandiosidad y rigidez) sino más bien al primero de los componentes, la desconfianza, y aún ésta limitada a la experimentada frente a otros seres humanos. La terna de los autores franceses, más que rechazada, es simplemente desconocida. Cayó en el olvido.

La aproximación reduccionista es la más común en el seno de la Psiquiatría actual, y se pone de manifiesto tanto en la forma de entender los trastornos delirantes como en la forma de entender la personalidad paranoide.

- 1) Aunque la *paranoia* kraepeliniana incluyera todos los delirios crónicos, lo cierto es que posteriormente, como ya hemos señalado, se ha producido una marcada tendencia a reservar el término *paranoia* exclusivamente para los delirios persecutorios y de perjuicio, dándole al resto de temas delirantes una denominación específica. Las clasificaciones oficiales mantienen la unidad nosológica de la paranoia, pero al optar por la denominación "trastorno delirante", en vez de "paranoia", también refuerzan esta forma limitada de usar el término. Inadvertidamente, la nueva terminología da a entender que solamente un tipo de delirios, los persecutorios, guardan algún tipo de relación con la personalidad paranoide.
- 2) La ecuación paranoide = sospecha-perjuicio se pone también de manifiesto en la definición que el DSM-III y sucesivos hacen de la personalidad paranoide

Personalidad paranoide.

"Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas ..." (1).

En concordancia con esta definición, los criterios diagnósticos con los que se

diagnostica la personalidad paranoide se conciben como meras manifestaciones de la desconfianza.

Ahora bien, la descripción clínica que precede a la exposición de los criterios diagnósticos oficiales revela una concepción tácita de la personalidad paranoide mucho más cercana a la antigua “constitución paranoica”; no todas las características de la personalidad paranoide que el texto incluye derivan de la desconfianza. De este modo, la *descripción* que hace el DSM-5 (4) de la personalidad paranoide difiere de la *definición mediante criterios operativos* que nos proporciona el mismo manual.

En resumen, la visión clínica restrictiva se pone de manifiesto en:

- el hecho de reservar el término *paranoia* sólo para los delirios cuya temática está más estrechamente relacionada con la persecución-desconfianza
- en un forma de entender la personalidad paranoide que prescinde del orgullo y la rigidez y del resto de características que no derivan directamente de la desconfianza hacia otras personas.

El sesgo de las palabras *paranoia-paranoico* hacia la desconfianza, la sospecha y la persecución se halla presente también en su acepción popular. La siguiente cita, extraída del relato autobiográfico del secuestro de Patty Hearst, ejemplifica esta utilización común del término:

Grupúsculo sectario-leninista. SLA.

“La **paranoia** tiene que ser contagiosa, pues en esa casa todo el mundo la había cogido. Cuando Cin un día se dirigió a mí y me dijo que los periódicos informaban de que mi padre había contratado adivinos para averiguar dónde me tenía el SLA, quedé paralizada por el miedo. ‘Ahora no pienses en ningún adivino, no te comuniques con ellos’, me dijo. ‘Fija todo el rato tu mente en otra cosa’. Hice lo que se me dijo. No quería que ningún adivino ni nadie apuntara para el FBI en mi dirección. Para protegerse, y a través de una fuerte disciplina, los miembros del SLA habían aprendido a hablar en voz baja, casi un susurro. Podían incluso gritar con voz susurrante. Su dirigente estaba convencido de que el FBI disponía de instrumentos súper-oyentes que podían apuntar a esa casa desde un coche aparcado en la vecindad. Todos los días grapaban ávidamente las noticias de los periódicos de San Francisco, incluyendo las líneas y párrafos absurdos de relleno al pie de las columnas de noticias. Cin estaba convencido de que esos relenos eran en realidad mensajes secretos codificados entre agentes de la CIA que operaban en el área. En una ocasión me informó de que cuando el SLA se reunía siempre giraban el aparato de televisión hacia la pared para prevenir que el gobierno pudiera espiar al SLA a través de la pantalla de televisión” (25).

La activación paranoide

Cabe hablar de la existencia de un *patrón de conducta* paranoide que, al igual que otros *patrones de conducta* en el sentido etológico del término, se intensifica anormalmente en determinadas situaciones o individuos.

Los distintos cuadros clínicos y circunstancias en que se produce la *activación paranoide* se diferencian entre sí en:

- la cronología (estado permanente versus estados transitorios),
- la severidad,
- si la conducta paranoide tiene un carácter *generalizado* o focalizado alrededor de algún *tema* (y en este segundo caso, en cuál),

- el grado de asociación a otros síntomas (alucinatorios y afectivos, sobre todo, también disociativos),
- la presencia o ausencia de ideación delirante o de ideas fijas y, finalmente,
- en el carácter reactivo o no reactivo frente a las situaciones conflictivas o de estrés.

Además, en algunos sujetos, la activación paranoide tiende a producirse específicamente en un determinado ámbito (el familiar, el laboral, el vecinal) atenuándose o cesando en otros contextos.

La conducta paranoide no debería contemplarse *sólo* como la manifestación de una enfermedad que un buen día afecta a alguna estructura cerebral o a algún neurotransmisor, ni *sólo* como la expresión de un anormal desarrollo de la personalidad, sino *también* como una conducta enteramente normal e incorporada al repertorio de conductas biológicamente transmitidas. Dicho de otro modo, *lo paranoide* puede ser una enfermedad que *se tiene*, algo que *se es* (una personalidad) o un estado en el que el sujeto -sano- *se pone* por un tiempo limitado.

En lo sucesivo, usaremos el término “conducta paranoide” (o “paranoidismo”) para referirnos a ese sustrato común cuyos componentes hemos intentado aislar, definir, describir y ejemplificar, e “individuo paranoide” (IP) para hacer alusión, indistintamente, al paranoico, al individuo con rasgos de personalidad paranoide o a quien se encuentra en un estado transitorio de paranoidización.

Lo cierto es que los diagnósticos psiquiátricos, absolutamente imprescindibles en la clínica y para la investigación, a menudo enmascaran una realidad mucho más difusa, en la que rasgos de carácter, actividad delirante crónica -con cambios en los contenidos-, descompensaciones transitorias e ideas fijas diversas, se entremezclan, se confunden, se solapan y se suceden de un modo bastante más desordenado de lo que sugieren los manuales.

Referencias

1. American Psychiatric Association. DSM-III Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona (España): Masson, S.A.; 1983.
2. American Psychiatric Association. DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona (España): Masson, S.A.; 1988.
3. American Psychiatric Association. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona (España): Masson, S.A.; 1995.
4. American Psychiatric Association. *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana; 2014.
5. Arnaud FL. Libro IV, Segunda parte, Capítulo II, apartado C. Persécutés-persécuteurs. En: Ballet G, compilador. *Traité de pathologie mentale*. París: Octave Doin; 1903.
6. Ball B. Troisième leçon: persécutés-persécuteurs. En: Ball B. *Du délire des persécutions ou maladie de Lasègue*. Paris: Asselin et Houzeau; 1890. p. 32-47.
7. Ballet G. La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité. *L'Encéphale* nov 1911; 6: 501-508.
8. Berrios GE. Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX. México DF: Fondo de cultura económica; 2008.
9. Bourdin M. Du délire de persécution chez les anomaliens. *Ann méd psychol*. 1878; 392-413.
10. Clérambault de, G. G. *Oeuvre Psychiatrique*. París: PUF; 1942. Citado en F. Colina y J. M. Alvarez. *El delirio en la clínica francesa*. Madrid: Ediciones Dorsa; 1994.
11. Clérambault de, G. G. Les délires passionnels. Érotomanie, Revendication, Jalousie. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale* fev 1921: 30: 61-76.
12. Cullerre A. *Les frontières de la folie*. Paris: JB. Baillière; 1888.
13. Cullerre A. Une forme de délire systematisé des persécutés persécuteurs; Le délire de revendication. *Annales médico-psychologiques* 1897; 5: 353-368
14. Dide M. *Les idéalistes passionnés*. Alcan. París. 1914.
15. Dupré E. La psychiatrie du médecin praticien. XXII Congrès del médecins aliénistes et neurologistes, Tunis, 62p., Masson et Cie, Paris (1912).
16. Dupré E, Logre J. Les délires d'imagination. *Encéphale* 1911: 209-232.
17. Enoch, D. Delusional Jealousy and Awareness of Reality. *British Journal of Psychiatry* 1991; 159 (suppl. 14):52-56.
18. Esquirol, Étienne (1838). Baillière, Jean-Baptiste (and sons), ed. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, Volume 2* [Mental illness as considered in medical, hygienic, and medico-legal reports, Volume 2]. Paris: Chez J.-B. Baillière. Retrieved 2011-07-14.
19. Falret J. Séance de la Société medico-psychologique du 29 octobre 1866. Discussion sur la folie raisonnante. *Ann Méd Psychol* 1867 (09): 68-84.
20. Falret J. Séance de la Société medico-psychologique du 25 février 1867. Discussion sur la folie raisonnante. *Ann Méd Psychol* 1867 (09): 485.
21. Falret J. Des aliénés persécutés, raisonnants et persécuteurs. *Ann Méd Psychol* 1878 (19): 413-417.
22. Freeman D, Pugh K, Antley A, Slater M, Bebbington P. Virtual reality of paranoid thinking in the general population. *The British Journal of Psychiatry* 2008; 192: 258-263.

23. Genil-Perrin, G. Les paranoïaques. Paris: R Maloine editor; 1926.
24. Guelfi JD. La personnalité paranoïaque. La revue de Médecine 1979; 20: 75-85.
25. Hearst P. Patty Hearst. Her own story. New York: Avon Books; 1988.
26. Jaspers K. General psychopathology. Manchester: Manchester University Press: 1959
27. Karson S, O'Dell JW. 16 PF Guía para su uso clínico. Madrid: Tea Ediciones S.A.; 1989.
28. Kennedy HG, Kemp LI, Dyer DE. Fear and Anger in Delusional (Paranoid) Disorder: The Association with Violence. British Journal of Psychiatry 1992; 160: 488-492.
29. Kraepelin, Emil. Psichiatria A Textbook for Students and Physicians. Canton (MA): Science History Publications; 1990
30. Kretschmer E. El delirio sensitivo de referencia. Madrid: Ed. Triacastela; 2000. Traducción de la cuarta edición (1966) de *Der sensitive Beziehungswahn*.
31. Lacan, Jacques. De la psychose paranoïaque ses rapports avec la personnalité.
32. Paris; Ed. du Seuil: 1932.
33. Lasègue, Charles. Du délire des persecutions. Archives générales de médecine, 1852. Citado en Colina F, Alvarez JM. El delirio en la clínica francesa. Madrid: Ed. Dorsa; 1994.
34. Leuret, François. Fragmens psychologiques sur la folie. Paris: Crochard: 1834 46-131
35. Magnan V. Leçons cliniques sur les maladies mentales. Paris: A Delahaye et E Lecrosnier; 1887.
36. McKenna PJ. Disorders with overvalued ideas. British Journal of Psychiatry 1984; 145: 579-585.
37. Meloy JR. Stalking (obsessional following): a review of some preliminary studies. Agresion and violent behavior 1996; 1 (2): 147-162.
38. Morel BA. Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine. Paris: Jean-Baptiste Baillière; 1857
39. Mullen PE, Pathé M, Purcell R, Stuart G. A Study of Stalkers. American Journal of Psychiatry 1999; 156: 1244-1249
40. Munro, Alistair. Phenomenological Aspects of Monodelusional Disorders. British Journal of Psychiatry 1991; 159 (suppl.): 62-64.
41. Pailhas, Benjamin. États monomaniaques liés a une deviation de l'instinct de conservation de la propriété. Albi (Francia): Imprimerie Henry Amalric;1895.
42. Pottier P. Étude sur les aliénés persécuteurs (thèse doctorale). Paris: Asselin et Houzeau, éditeurs; 1886.
43. Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., Edición del Tricentenario, [en línea]. Madrid: Espasa, 2014.
44. Rowlands MMWD. Psychiatric and Legal Aspects of Persistent Litigation. British Journal of Psychiatry 1988; 153: 317-323.
45. Sérieux P, Capgras J. Les folies raisonnantes. Le délire d'interpretation. París: Alcan; 1909. Citado en F. Colina F, Alvarez JM. El delirio en la clínica francesa. Madrid: Ed. Dorsa; 1994.
46. Trélat, Ulysse. La folie lucide, étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la societé. Paris: Delahaye; 1861. Traducción de Sara Vega González. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2014.
47. Veale D. Over-values ideas: a conceptual analysis. Behaviour Research and Therapy 2001; 40: 383-400.
48. Volkogónof D. El verdadero Lenin. Madrid (España); Grupo Anaya S.A.; 1996
49. Wernicke C. Grundris der psychiatrie. Leipzig: Verlag von Georg Thieme; 1900.
50. Westen D, Shedler J. Revising and assessing axis II, Part II: toward an

El individuo paranoide

empirically based and clinically useful classification of personality disorders.
Am J Psychiatry 1999; 156:273-285.

51. Winokur G. Delusional disorder (paranoia). Comprehensive Psychiatry 1977;
18: 511-521.