

DELIRIOS Y ALUCINACIONES

MARISOL ORENES SANCHEZ

UNIDAD DE HOSPITALIZACION AGUDOS PSIQUIATRIA
HOSPITAL MORALES MESEGUER.



INTRODUCCION

- CLASICAMENTE PIEDRAS ANGULARES EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y TERAPEUTICA EN PSIQUIATRIA.
- CLASIFICACION DEL TR. MENTAL EN PSICOSIS O NEUROSIS
“LOCO, LUNATICO...”



DELIRIOS

- Desde siglo XIX, el delirio es uno de los grandes pilares de la psicopatología clínica clásica.
- Etimológicamente “salirse del surco”
- Son trastornos del contenido del pensamiento:
 - Preocupaciones
 - Ideas falsas o erróneas
 - Ideas sobrevaloradas
 - Ideas obsesivas
 - Ideas fóbicas
 - Pensamiento mágico
 - **IDEAS DELIRANTES**

DEFINICION

- **JASPER (1913)** delimitó el concepto de idea delirante primaria:
 - **Creencia falsa.**
 - Fija y persistente.
 - Incorregible e irreductible a la argumentación lógica.
 - **No influenciado por la experiencia o evidencias empíricas.**
 - **Aparecen sin estímulo externo apropiado.**
 - **Se establece por la vía patológica y no se explica por valores culturales, sociales, religiosos o pertenencia a un grupo.**
 - **Es incomprensible psicológicamente y no deriva de otros síntomas o sucesos de la vida cotidiana.**



CLASIFICACION DELIRIO

SEGUN SU ORIGEN

- IDEA DELIRANTE PRIMARIA. (descrita por Jasper).
 - *Supone una ruptura biográfica del individuo.
 - *Incomprensible.
 - *Esquizofrenia.
- IDEA DELIRANTE SECUNDARIA (idea deliroide).
 - *Consecuencia de acontecimientos vitales, de otros síntomas o trastornos.
 - *Es parcialmente comprensible. Cierta lógica.
 - *No transformación previa de la personalidad.
 - *Trastornos afectivos. Algunos Tr. Delirantes crónicos.

CLASIFICACION

➤ **SEGÚN SU ORGANIZACIÓN**

- **SISTEMATIZADO.**  Organizado armónicamente.
Argumentación lógica.
Tr. Delirante crónico o Paranoia.
- **NO SISTEMATIZADO.**  No tiene un desarrollo lógico
Esquizofrenia.

CLASIFICACION

➤ SEGÚN SU CONTENIDO

- De referencia o autorreferencia.
- De perjuicio y/o persecución.

El más frecuente. Litigiosos.



- De control o influencia. ESQUIZOFRENIA.
- De significación

CLASIFICACION

➤ **SEGÚN SU CONTENIDO**

- **Celotípico. S. *Otelo*. Alcoholismo.**



- **Erotomaniaco de Clearembault-Kandinsky.**
- **De culpa y condenación.** Riesgo de suicidio. Depresión melancólica.
- **De ruina y pobreza.**

CLASIFICACION

➤ SEGÚN SU CONTENIDO

- Somáticos o hipocondríaco. *Psicosis monosintomática de Monro (1980).*
 - DE INFESTACION O ZOOPATICO. *S. Ekbon*
 - SD.REFERENCIAL OLFATORIO
 - DISMORFOFOBIA.
 - Bultos
 - Malformaciones.
 - Fealdad.



CLASIFICACION

➤ SEGÚN SU CONTENIDO.

- De negación o Nihilista. *Sd. De Cotard (1880)*
- Megalomaniaco o de grandeza.

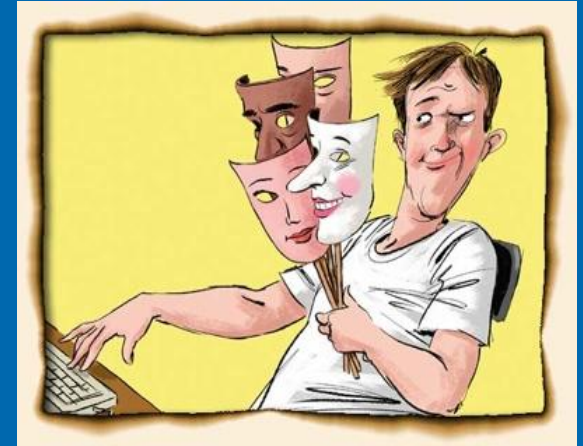


- Místico-religioso.
- Fantástico

CLASIFICACION. **SEGÚN SU CONTENIDO**

De falsa identificación o reconocimiento.

- **De Capgras** o de ilusión de sosías.



- **De Fregolí.**



- **De intermetamorfosis.**

CONT

LIRIO.

- Mág
- Imp
- No c
coti
- No c



nsibles.

S.

FORMAS DE LOS DELIRIOS

- DELIRIO ESQUIZOFRENICO. PROCESAL (Jasper)
- DELIRIO PARANOIDE. DESARROLLO (Jasper)
- DELIRIO PARAFRENICO.
- FORMAS ESPECIALES DE DELIRIO
 - *Folie à deux*, delirio compartido.
 - Reacciones Paranoides/deliroides.
 - Delirio sensitivo de relación, *Krestchmer*.

DELIRIO ESQUIZOFRENICO.

- **DELIRIO PRIMARIO O PROCESAL. RUPTURA PSICOBIOGRAFIA**
- **DESESTRUCTURACION DE SU PERSONALIDAD.**
- **INCOMPRENSIBLE PSICOLOGICAMENTE.**
- **DEFICIENTEMENTE ESTRUCTURADO Y SISTEMATIZADO.**
- **CURSO CRONICO.** Inicio insidioso, agudo o subagudo.
- **DETERIORO.** En su funcionamiento general, socio-laboral y personal. Síntomas negativos o secundariamente al delirio.
- **CONTENIDOS EXTRAÑOS. ALUCINACIONES.**

ESQUIZOFRENIA.

- 1% DE LA POBLACION GENERAL.
- EDAD TEMPRANA (V:15-25, M: 25-35, Paranoide algo más tarde).
- INICIO AGUDO O INSIDIOSO.
- EVOLUCION CRONICA
- CURSO: BROTES (con deterioro residual progresivo o estable).
PROCESUAL.
- CAUSAS.
 - Predisposición biológica (componente genético).
 - Factores estrés biológico y ambientales (desencadenantes).
 - Enfermedad del neurodesarrollo.
- HIPOTESIS DOPAMINERGICA. Hiperactividad DA.
- PERSONALIDAD PREVIA: Esquizoide (35%), Paranoide...

ESQUIZOFRENIA

➤ CLINICA. DIMENSIONES

- POSITIVA: delirios y alucinaciones.
- NEGATIVA O DEFECTUAL: embotamiento afectivo, abulia, apatía, alogia, anhedonia, aislamiento social, déficit de atención.
- DESORGANIZADA: pensamiento, lenguaje y conducta, excéntrico o extravagante, incongruencia afectiva, conductas catatónicas.
- Otros síntomas: Déficit cognitivos, ambivalencia...

➤ PERDIDA DE FUNCIONALIDAD PERSONAL Y SOCIO-LABORAL.

➤ E. PARANOIDE ES LA MAS FRECUENTE.

➤ TRATAMIENTO:

- Farmacológico antipsicótico, primera elección (atípicos).
- Rehabilitador: habilidades sociales, cognitivo, capacidades ejecutivas
- Psicosocial: familiar, individual (apoyo, introspección).

PREVENCION: INTERVENCION PRECOZ

DELIRIO PARANOIDE

- **DESARROLLO. NO RUPTURA BIOGRAFICA.**
- **NO DESESTRUCTURA LA PERSONALIDAD.**
- **MAS SISTEMATIZADO O ESTRUCTURADO.** Coherente, aparentemente lógico
- **GRAN CARGA AFECTIVA O EMOCIONAL CONGRUENTE.**
- **COMPENSIBLE. INICIO ERRONEO, DESARROLLO CORRECTO.** Fenómenos autorreferenciales + ilusiones del recuerdo, interpretativo e influenciabile.
- **APARIENCIA DE CREDIBILIDAD.**
- **MENOR DETERIORO DE SU ACTIVIDAD PSICOSOCIAL.** Es consecuencia directa del delirio. **SU COMPORTAMIENTO NO ES RARO O EXTRAVAGANTE.**
- **PERSONALIDAD PREVIA PARANOIDE.** Desconfiadas, rígidas, realizan juicios erróneos, pasionales e inflexibles normas/justicia, egocéntricos, competitivos.
- **NO ALUCINACIONES.**
- **CONTENIDOS NO EXTRAÑOS.**
- **INICIO INSIDIOSO. CURSO CRONICO.**

DELIRIO PARAFRENICO.

- DELIRIOS FLORIDOS FANTASTICOS, extraños/extravagantes.
- COMPONENTE MEGALOMANIACO. PROTAGONISTA.
- ALUCINACIONES.
- PRIMARIO Y PROCESAL. Más tardío 35-40.
- NO BIEN SISTEMATIZADO. Temas variados, constante cambio.
- INTENSO COMPONENTE IMAGINATIVO / FABULATORIO.
- NO DETERIORO . Mayor adaptación al entorno y vida cotidiana.

FORMAS ESPECIALES DELIRIOS.

FOLIE À DEUX. DELIRIO COMPARTIDO

- PERSONA INICIALMENTE SANA.
- RELACION ESTRECHA PACIENTE DELIRANTE.
- DESARROLLA EL MISMO DELIRIO.
- DELIRIO CIERTA LOGICA Y COHERENCIA.
- SEPARAN, SUELE DISMINUIR O DESAPARECER.
- MUJERES algo más frecuente.
- HERMANAS, MARIDO-MUJER, MADRE E HIJO.



FORMAS ESPECIALES DE DELIRIOS

REACCIONES DELIROIDES/PARANOIDES

- DURACION BREVE Y RECORTADA.
- RECUPERACION DE SITUACION BASAL PREVIA.
- FACTORES EXTERNOS ESTRESANTES.
- PREDISPOSICION PERSONAL. Tr. Personalidad, aislamiento social o sensorial
- CONTENIDO SUELE SER COMPRENSIBLE.
- PRONOSTICO BUENO.

FORMAS ESPECIALES DE DELIRIOS.

DELIRIO SENSITIVO DE RELACIÓN.

KRESTCHMER

- UNA REACCION PARANOIDE
- SITUACION VITAL ESTRESANTE.
- PERSONAS SENSIBLES.
- DESARROLLAN UNA VIVENCIA DE CONFLICTO CON EL GRUPO.
- SIENTEN DESPLAZADOS, MENOSPRECIADOS.
- AUTORREFERENCIALES E INTERPRETATIVOS.
- CERCANO A LA DEPRESION.
- CIERTA CONCIENCIA DEL TRASTORNO, NO TAN IRREBATIBLE.

FACTORES DE BUEN PRONOSTICO.

- INICIO AGUDO. DURACION BREVE.
- FACTORES ESTRÉS PREVIO.
- ADECUADA ADAPTACIÓN PREMORBIDA.
- NO TR.PERSONALIDAD PREVIO.
- SINTOMAS AFECTIVOS ACOMPAÑANTES.
- NO ANTECEDENTES FAMILIARES

DELIRIUM. DELIRIO EXOGENO. S.ORGANICO CEREBRAL

- NO ES UNA FORMA DE DELIRIO.
- **ORIGEN NO PSIQUIATRICO.**
- ALTERACION DEL NIVEL DE CONCIENCIA Y ATENCION
- DETERIORO GLOBAL DE FUNCIONES SUPERIORES.
memoria, percepción, comportamiento, emoción y ritmo vigilia-sueño.
ACOMPANADOS POR SINTOMAS PSIQUIATRICOS Y/O NEUROLÓGICOS

- Comienzo agudo ó subagudo.
- Carácter transitorio y reversible si la causa es curable.

- POTENCIALMENTE GRAVES.
- EVALUAR CAUSA ORGANICA O TOXICO-FARMACOLOGICA.
- TRATAMIENTO ETIOLOGICO.

ENTREVISTA PACIENTE DELIRANTE/PARANOIDE

ALIANZA TERAPEUTICA DIFÍCIL

- Suelen mostrarse retraídos o poco colaboradores.





PATOLOGIAS DE LA PERCEPCION

ALUCINACIONES

- **PERCEPCIONES SIN OBJETO REAL (BALL 1890).**
- **CONVENCIMIENTO ABSOLUTO DE REALIDAD.**
- **IMPOSIBILIDAD DE EJERCER UN CONTROL VOLUNTARIO.**
- **SUELE HABER UNA CONDUCTA CONSECUENTE.**
- **SINTOMA POSIBLE PERO IMPRESCINDIBLE EN EL DX DE PSICOSIS**

- **ALUCINACIONES PSIQUICAS O PSEUDOALUCINACIONES.**
 - SE VIVENCIAN EN LA MENTE DEL PACIENTE.
 - ORIENTAN A UNA ENFERMEDAD PSIQUICA IDIOPATICA. ESQUIZOFRENIA

- **ALUCINACIONES PSICOSENSORIALES O PURAS.**
 - VIVENCIADA EN EL ESPACIO EXTERIOR.
 - PROCESOS ORGANICO-CEREBRALES.

OTRAS ALTERACIONES PERCEPTIVAS

ALUCINOSIS.

- Alucinaciones intensas (sin objeto real).
- **Conciencia de irrealidad.**
- Naturaleza orgánica.
- Claridad de conciencia.
- Alcoholismo (auditivas).

ILUSIONES.

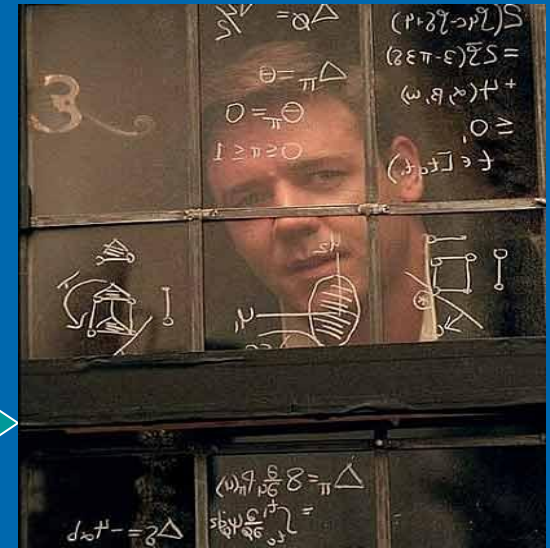
- **Presencia real de un objeto.**
- Deformación de lo percibido.
- Ausencia de convencimiento absoluto. Corregible.
- Déficit de capacidad atencional: Obnubilado, confuso, sanos fatiga extrema, crisis pánico, antes de despertar...
- Alteración emocional: miedo, agitación. Sugestibilidad.

ALUCINACIONES ACUSTICAS. AUDITIVO-VERBALES

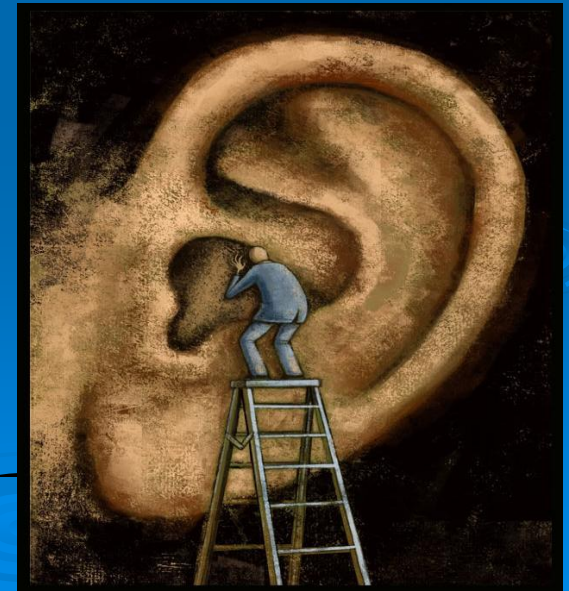
- Más frecuentes.
- Simples “acoasmas” → complejas: voces, frases.
- **ESQUIZOFRENIA.** Más en fases iniciales.

Imperativas, insultantes o amenazantes. Amigables.

Comentan sus acciones o dialogan entre sí.
En tercera persona, “él”.
ECO del pensamiento.



- **MANIA.** Poco frecuentes, breves y con crítica posterior.
- **MELANCOLIA.**
 - Raras.
 - Delirios de culpa → Insultantes o reprobatorias.
 - Congruentes con el estado de ánimo.
 - Estupor, inhibición, agitación.
 - Nunca largas frases dialogantes.





➤ TACTILES O HAPTICAS.

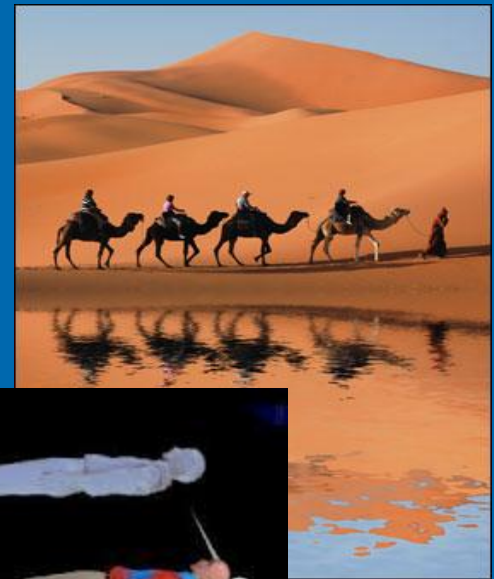
- Dermis, sensaciones cutáneas.
- Térmicas, hígricas, ser agarrado, atravesado... Esquizofrenia.
- Formicación, animales pequeños bajo la piel.
 - Psicosis tóxicas (cocaína, alucinógenos)
 - Carcinomas de mediastino.
 - Abstinencia a alcohol.

➤ SOMATICAS.

- CENESTESICAS.
 - Sensibilidad interna (visceral), petrificado, desecado, hueco, vacío.
 - Esquizofrenia (delirios bizarros).
 - Melancolía (delirio de Cotard).
- CINESTESICAS.
 - Ser movido o ser impedido el movimiento.
 - Esquizofrenia o Tr. Neurológicos.

➤ **ALUCINACIONES FISIOLÓGICAS.**

- Casi siempre visuales.
- **HIPNAGÓGICAS.** Al iniciar el sueño. Narcolepsia.
- **HIPNÓMPICAS.** Al despertar.
- Situaciones fisiológicas extremas, “espejismo”



➤ **FENOMENO EIDETICO. DÉJÀ VU, DÉJÀ VECU.**

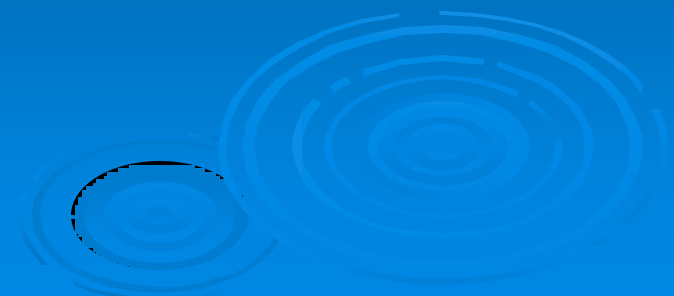
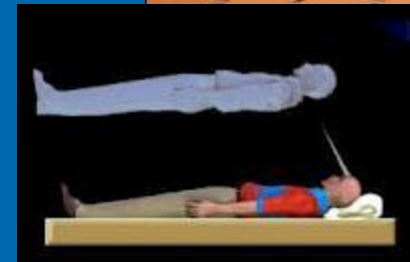
➤ **AUTOSCOPIA.** Visión de uno mismo espacio exterior.

➤ **METAMORFOPSIA.** Tamaño y/o forma. “Sd. Alicia”

➤ **POLIOPIA.** Lesiones del lóbulo Occipital.

➤ **ALUCINACIONES PSICODELICAS.**

- Sustancias alucinógenas.
- Visuales.
- **Juicio de realidad conservado.**
- Cualitativamente diferentes



EXPLORACION DE LAS ALUCINACIONES

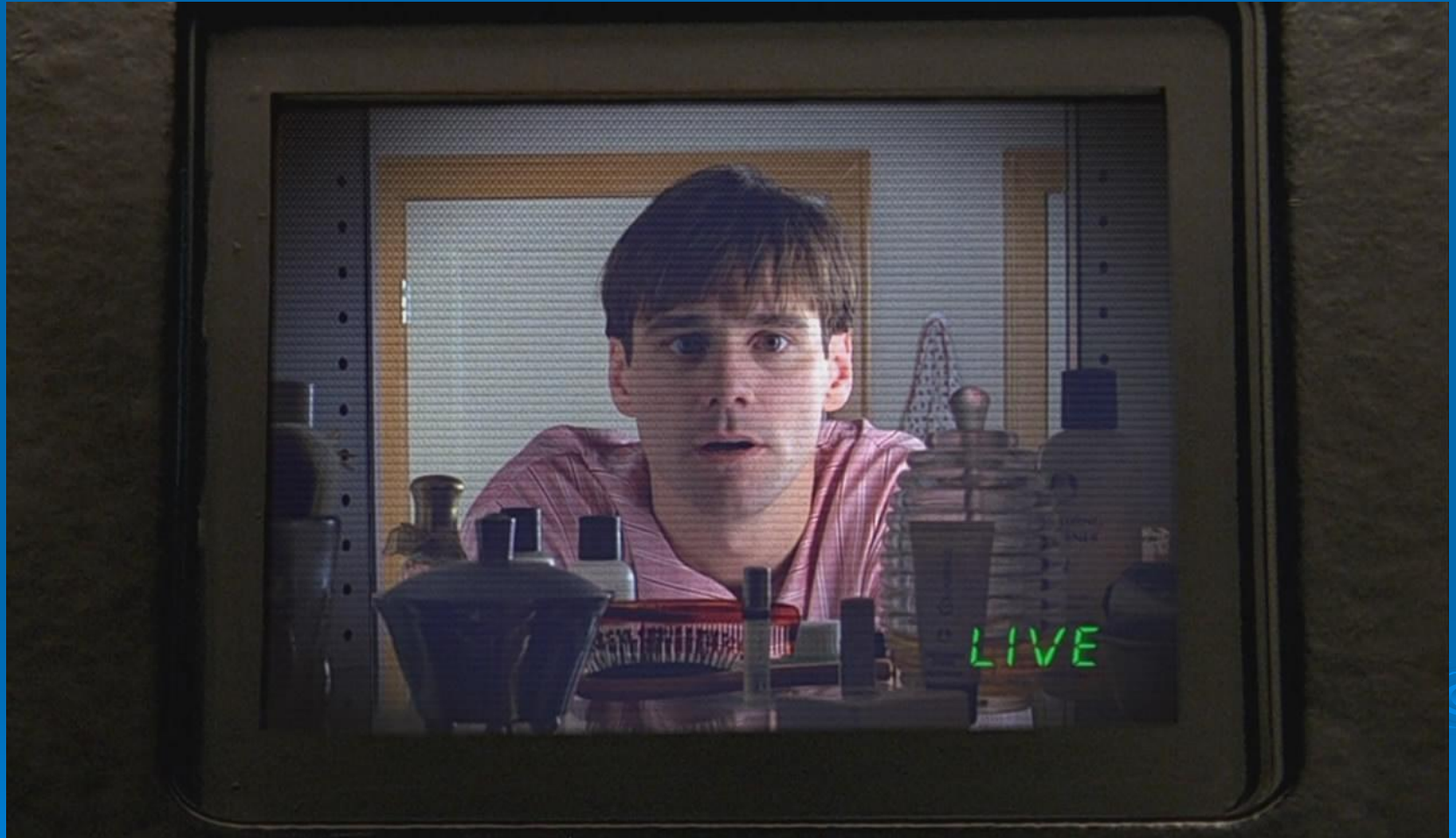
- **NUMEROSAS / CONTINUADAS. INTERMITENTES.**
- **NO DUDA DE LA REALIDAD DE “SUS” PERCEPCIONES.**
- **AGRUPACION SINDROMICA.**
- **RESISTENCIA A COMUNICARLO ESPONTANEAMENTE.**
- **IDENTIFICAMOS**
 - **Actitud o reacciones del paciente.**
 - **Actitudes de escucha, soliloquios, risas inmotivadas.**
 - **Entrevista, preguntar sobre su existencia.**
¿Tiene Vd. experiencias extrañas? ¿Oye a veces cosas que otras personas no oyen?

**ALUCINACIONES VISUALES
SOSPECHAR ORGANICIDAD**

FALTA DE COLABORACION EN LA ENTREVISTA

- Tendencia a minimizar, esconder, negar.
- La falta de conciencia de enfermedad.
- Miedo al estigma “loco” (vecinos o familiares).
- Miedo al diagnóstico o al ingreso
- Rechazo a la ayuda médica y tratamiento
- Repercusión conductual del delirio o alucinaciones o la angustia psíquica, inquietud/agitación.

¡ GRACIAS POR LA ATENCION !



MARISOL ORENES