

Amor, paranoia y convicción patológica. Delirios de erotomanía en vejez: a propósito de un caso

Ángel Moreno Toledo

Psicólogo de la Residencia de ancianos

Archidona (Málaga) España



Ver Perfil del autor

Artículo Publicado el 21 de noviembre de 2007

Resumen

Se describen las manifestaciones y características de un caso de trastorno delirante (erotomanía) en demencia. Cada uno de los signos menciona una línea argumental que constituye el núcleo de la historia delirante. La conexidad de las afirmaciones ayuda a comprender el vínculo interpretativo, sistematizado, unitario e inequívoco de la trama delusiva.

Palabras claves: Erotomanía, convicción delirante, hiperidentificación, delusión.

*"El amor es un poder
que produce amor".
(Erich Fromm)*

Introducción

Se describe la dificultad en el acercamiento de esta entidad nosológica - el trastorno delirante - manifestado en una de sus vertientes, la estructura de un delirio pasional sistematizado, erotomanía. La ilusión delirante de "ser amado", la elaboración de un postulado, una historia subjetiva delusiva perpetrada desde un contexto, unos personajes, un sustrato afectivo y un objetivo enmascarado bajo una tendencia paradójica que precipita accesos depresivos y aflora la dicotomía pasión - odio con celotipias en evolución.

La trama delusiva se gesta por medio de eventos infundados del paciente, el objeto (aquella persona deseada por el paciente) no cambia con el tiempo, permanece estático, se le atribuye usualmente un rango superior, inicia siempre la relación amorosa y habitualmente se presenta esquivo, conducta que es interpretada por los pacientes con los más diversos argumentos para intentar racionalizar de algún modo el significado desapacible de dicho comportamiento y dotarlo de conexidad.

Existe una convicción delirante de la comunicación amorosa, sesgos, interpretaciones erróneas apuntaladas bajo mensajes sutiles o indirectos que están en plena sincronía con un contenido reivindicativo.

El delirio implica una idealización romántica, exenta de connotaciones sexuales de origen insidioso y permanente, tendente a la cronicidad; gesta una trama ajustada a la realidad (amar a una persona), pero alterada en la vivencia externa - objetiva - siendo parte de un postulado imaginario con estructura coherente.

El riesgo de continua frustración y abandono crea un estado de celotipia añadida, aparecen nuevos protagonistas en la historia que "desvían" la atención del objeto. La intensidad de este estado puede motivar un cambio en la orientación afectiva (odio).

La idea prevalente, la convicción delirante, añade nuevas nociones. Los acontecimientos se entrelazan, se unen se combinan en su extensión y significación para tejer una historia. El vínculo imaginario paciente - objeto se mantiene los mínimos detalles, los mensajes ficticios, el secretismo de las aparentes conversaciones y encuentros fugaces o inapreciables que alimentan la ilusión y fantasía amorosa del paciente.

El cuadro patológico puede evolucionar hacia un estado de melancolía, distimia, a raíz de la vivencia de fracaso o imposibilidad de consumación de la relación amorosa paciente - objeto. La actividad del contenido delirante, la recurrencia en el tiempo de las creencias, llega a ocupar parte de la actividad diaria al contenido específico de las mismas, siguiendo una línea histórica, "el delirio de ser amado" "délire d'être aimé" según la escuela francesa y denominado así por su principal descriptor, Gaetan Gaitan de Clérambault (1872-1934). Actualmente su sinonimia da pie a las denominaciones "erotomanía" o "delirio pasional amoroso".

Jean Étienne Esquirol (1772 - 1840) considera este trastorno como una monomanía intelectual, amor desmedido, pasión enaltecida hacia un individuo considerado como superior. Agustín Morel (1809 - 1877) la define como "délire d'amour", un sesgo de amor platónico.

Otros acercamientos desde las disciplinas neurológicas clásicas destacan Jacques Valentín Magnan (1875 -1916) que sitúa la génesis del trastorno en una lesión del lóbulo frontal y Carl Wernicke (1848 - 1896) explica el surgimiento de los llamados delirios paranoicos mediante su hipótesis de "sejución".

Joseph Capgrás (1873 - 1950) vincula a la erotomanía como unidiforme de delirio sistematizado (Folie raisonnante) al carácter interpretativo y reivindicativo.

Emil Kraepelin (1856 - 1926), por su parte, describe valiosamente la paranoia (Verruchteit) y sus subtipos, entre ellos, la erotomanía.

Caso clínico

8421? (1) mujer de 80 años, soltera, deterioro cognitivo, hipertensa, ictus isquémico derecho. Actualmente vive en una residencia de ancianos en la que ingresó el año 2004 por problemas de salud. La falta de recursos familiares y requerimiento de cuidados de salud y físicos, unida a la dependencia para las ABVD y el advenimiento de ictus, precipita que tras recuperación tenga lugar su institucionalización el 1º. de septiembre de 2004.

8421? presenta accesos depresivos y convicciones delirantes de temática reivindicativa amorosa totalmente infundada hacia uno de los residentes. Éste es atribuido por 8421?, cualidades sublimes, una edad muy inferior a la real (juventud), una actitud muy activa dentro del recinto (labores de ayuda, mantenimiento o adecentamiento de las instalaciones, reposición de comestibles y elaboración de la comida, reparaciones de mobiliario) de las cuales no realiza ninguna.

Del mismo modo, la paciente afirma que el sujeto incorpora varias personalidades (hiperidentificación) fruto de las que el objeto (2) es ocultado para no ser reconocido por la paciente. La relación se presenta esquiva, 8421? afirma que nunca le ve, estos episodios provocan angustia y depresión en la paciente que se muestra afectada durante el transcurso de la sesión.

Se introduce en la dinámica delusional una persona (denominada por la paciente "la fulana", "la querida", adoptando también nombres propios delirantes) que permite tintar la relación de celotipias y de "infidelidades" entre la paciente y el objeto. Esta mujer aparece en escena disfrazada y cambiando de identidad y nombre para, según 8421?, no ser conocida, ocultar su amor ante sus ojos, seducir al objeto y lanzar múltiples amenazas contra la paciente. Subraya que esta mujer mantiene una relación sentimental actualmente con él, razón por la cual ello ya no le ve.

8421? asegura recibir frecuentes mensajes del objeto a través de su forma corporal (3) y visitas nocturnas (4). La paciente generaliza la naturaleza de su relación, afirma que todos los residentes conocen y se alegran de su relación y que próximamente se casarán. El sujeto-objeto de delirio se mantiene ajeno a todos los episodios; 8421? menciona que fue él el que inició la relación, el que confesó su afecto y la prometió "amor eterno" (5). Presenta delirio de embarazo, refiere que ha dormido todas las noches con él, destaca la infidelidad del objeto (6) en numerosas

ocasiones.

El objeto con frecuencia es relevado por un "suplente", introduce en el delirio la figura de "los detectives" que la ayudan a cerciorar la verdadera identidad del objeto amado y le proporcionan información (verídica) sobre su paradero.

La conducta paradójica se hace evidente en cada uno de los encuentros ocasionales dentro de la institución (7). La fuerza del delirio ocupa la preocupación de la paciente durante el transcurso del día. Asegura no dormir correctamente por la noche y a consecuencia de ello mantiene alta somnolencia durante el día.

El examen neuropsicológico concluye un funcionamiento intelectual deficitario y rasgos significativos de ansiedad / depresión. 8421? es dependiente para la realización de las ABVD, el tratamiento farmacológico que de antiagregante, dos ansiolíticos benzodiazepínicos, ISRS y antipsicótico.

Durante la exploración psicológica y entrevista, 8421? se muestra muy colaboradora, pausada, a veces verborreica; desarrolla ligeros accesos depresivos, llanto (cuando rememora ciertos contenidos del caso), oscilaciones del estado de ánimo diarias (jovialidad - esperanza y ansiedad - melancolía - depresión), incoherencias argumentales entre sesión, confabulación, colotipias, estado ilusorio de abandono, delirios de perjuicio y delirios de falsa identificación (hiperidentificación).

Discusión

La cronicidad y persistencia en el tiempo del síndrome acompaña un diagnóstico sombrío. El contenido del cuadro se establece con una convicción delirante estructurada que se va gestando dentro de un contexto subjetivo y en un ambiente concreto (la institución). Se destaca la influencia del entorno del paciente tanto en el mantenimiento, el tratamiento y el avance de los síntomas, constituyendo un punto valioso de abordaje unido al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

La sistematización del delirio, su formación ajustada a una historia coherente ligada a la realidad, aunque distorsionada en su razonamiento particular, le dota de un contenido "fiable" para la paciente. La continua búsqueda de indicios para esclarecer su verdad absoluta se considera una refutación del delirio y una lucha contra la evidencia de las conductas paradójicas que surgen en el curso diario de las situaciones de convivencia institucional.

La paciente idealiza al objeto, le considera un ser enérgico, activo, joven, apreciado, amado y requerido por otras mujeres, dotado de un comportamiento romántico y protector. La ideación da pie a la proliferación de postulados erróneos, pero dotados de fiabilidad para la paciente. La consistencia de las historias edita esquemas o postulados consecutivos que van guiando el argumento para fundamentar la historia, en torno a la cual el trastorno va progresando sin reticencias, en su naturaleza y contenido.

La aparición confusa de eventos, nuevos personajes, cambios de escenarios, pensamientos y recuerdos recientes y retrospectivos, abstracciones e interpretaciones subjetivas, vencen en la producción de la trama delusiva.

Las revisiones de la literatura actual, las concepciones contemporáneas exponen que "el delirio de ser amado" o "erotomanía" aparece significativamente en mujeres solteras. Quizá el vacío o la no vivencia de ciertas experiencias amorosas o la privación sexual condicionan un estado delirante substitutivo que manifiesta la exacción de dicha experiencia. De este modo, la paciente puede desear tener relaciones sexuales con el objeto de su amor, construir ideaciones para contrarrestar ese vacío experiencial (amatorio / conyugal / maternal), incluso desarrollar un delirio y comenzar a creer que se encuentra embarazada del objeto.

Unido al deterioro cognoscitivo, otros factores tales como comorbilidad somática o síntomas depresivos junto a la historia personal, el contexto que le ha acompañado, sus características intrínsecas psicológicas (miedos al rechazo, rigidez, aislamiento social, ambivalencia emocional y pobreza en habilidades sociales) precipita que el sujeto elabore una historia de vida que supla las carencias y privaciones experienciales a las que ha estado abocado en todo este tiempo. Es decir, la naturaleza y el contenido del delirio tienen su génesis formulada sobre un entramado de postulados de ideas categorizados e interpretados bajo unas creencias culturales y experiencias personales particulares, creado para satisfacer esa demanda.

El sujeto contrapone su visión - su "verdadera" versión -, aquel punto de vista que dispone los acontecimientos, dirige las secuencias para recrear su escenario de liberación hacia ese campo experiencial vetado anteriormente.

Acompañando a la sintomatología, la incidencia en el cuadro de los trastornos de identificación es notoria en este caso particular. Tras ACV se producen con frecuencia incidencia de trastornos de la identificación (delusional misidentification síndromes), siendo la transformación o extrapolación de identidad a otras personas lo que se conoce como intermetamorfosis, identificada en el caso.

Otros autores han condicionado el origen de la sintomatología de la pasión amorosa a un estado de redención y escape de la soledad. Existe consenso entre autores en considerar el cuadro como una manifestación crónica e irreducible, clasificada en el eje de los delirios crónicos interpretativos del DSM-IV-R.

Conclusiones

La complejidad del trastorno, el cuadro erotomaniaco, su principio repentino e insidioso, su naturaleza pasional e intransferible le convierte en una entidad nosológica resistente al tratamiento.

La gerencia terapéutica pasa por combinar el tratamiento farmacológico (neurolépticos especialmente risperidona), psicoterapia (confrontar al paciente con la realidad en aquellos momentos en los que empiece a cuestionar la fiabilidad de sus creencias y relegar al sujeto a una actividad cotidiana lejos de los períodos de tiempo en los que pueda redundar y referir pensamientos acerca del delirio) y una actuación eficaz en el entorno del paciente.

La incidencia del trastorno es más significativa en mujeres, edad adulta, comúnmente solteras, con una experiencia vital reservada y socialmente aislada y una historia personal / familiar particular.

La erotomanía es una condición crónica, con coordenadas clínicas bien definidas, desvinculada a un tratamiento definido. Sólo se postula una combinación terapéutica (a niveles farmacológico, psicoterapéutico y ambiental); la investigación experimental, sin duda arrojará nuevas soluciones a ciertas condiciones o imitaciones actuales de gerencia del trastorno.

Aclaraciones y transcripción fiel de puntos clave de la entrevista

- (1) Denominación numérica ficticia para mantener el anonimato en la paciente.
- (2) Denominación literaria del sujeto amado (delirante) fruto de la dinámica delusional.
- (3) "Mueve el pie varias veces hacia dentro cuando me ve y gesticula como si me diese un abrazo".
- (4) "Le pido que me llame cuando llega la noche" () "Está con la querida, no viene porque está con ella".
- (5) (B) "Le quiero porque es mi novio, el también me quiere" (). (A) "Me dijo que si lo quería, que si lo estaba engañando que se lo dijera antes de seguir adelante".
- (6) "Sé que se acuesta con otras" () "Dormí con él, pero de buenas a primeras se va con otras. No se despide de mí por la mañana".
- (7) "Le iba a saludar y ni siquiera miró hacia atrás".

Bibliografía

- De Clerambault, G. (1921). *Les psychoses passionelles*. Ouvre Psychiatrique. París : Press Universitaires de France.
- Retterstol, N. (1991). *Erotomania-erotic self- reference psychosis in old maids*. A long-term follow-up. *Psychopathology*; 24(6): 388-97.
- Segal, J. H. (1989). *Erotomania Revisited: From Kraepelin to DSM-III-R*". *Am. J. Psychiatry*; 146 (10): 1261-1266.
- Seeman, M. (1978). *Delusional Loving*. *Arch Gen Psychiatry*, 35 : 1265-7 (Medline) .
- Kennedy. N.; McDonough, M.; Kelly, B. Y Berripos, G. E. (2002). *Erotomania revisited : clinical course and treatment* . *Compr Psychiatry*, 43 (1): 1-6 (Medline) .
- Rudden, M.; Sweeney, J. y Frances, A. (1990). *Diagnosis and clinical course of erotomania and other delusional patients*. *Am. J. Psychiatry*, 147 (5): 625-8 (Medline).