



Universitat Autònoma de Barcelona

TRASTORNO DELIRANTE: ¿ES REALMENTE DIFERENTE DE LA ESQUIZOFRENIA?

Tesis Doctoral Presentada por:

Nieves del Carmen González Castro

Directora: Dra. Susana Ochoa Güerre

Tutor: Dr. Diego José Palao Vidal

Programa de Doctorado en Psiquiatría
Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal
Parc Sanitari Sant Joan de Deu

Barcelona 2014



Universitat Autònoma de Barcelona

TRASTORNO DELIRANTE: ¿ES REALMENTE DIFERENTE DE LA ESQUIZOFRENIA?

Tesis Doctoral Presentada por:

Nieves del Carmen González Castro

Directora: Dra. Susana Ochoa Güerre

Tutor: Dr. Diego José Palao Vidal

Programa de Doctorado en Psiquiatría
Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal
Parc Sanitari Sant Joan de Deu

Barcelona 2014

*You can't depend on your eyes
when your imagination is out of focus »*

Mark Twain

ESTE ESTUDIO HA SIDO REALIZADO GRACIAS AL FINANCIAMIENTO DEL "FONDO DE INVESTIGACIONES SANITARIAS" (FIS 97/1275) Y (FIS 02/1813); LA RED DE INVESTIGACION DE RESULTADOS APLICADOS A LA GESTION EN DISCAPACIDAD Y SALUD MENTAL RIRAG (G03/061); LA FUNDACION MARATO DE TV3 (013610) Y LA RED DE INVESTIGACION DE ENFERMEDADES MENTALES –REM-TAP (RETICS RD 06/0011) Y CENTRO DE INVESTIGACIONES EN RED EN SALUD MENTAL (CIBERSAM)

*A MIS PADRES
A SEBASTIAN Y A COOPER*

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer al Dr. Jorge Cervilla y al Dr. Josep María Haro quienes me brindaron la oportunidad de participar en este estudio de investigación. Les quiero agradecer por la confianza y por todas las enseñanzas a lo largo de este camino.

A Enrique de Portugal, por la confianza ciega al dejar su proyecto en mis manos y guiarme y atender mis dudas siempre que lo necesitaba.

Al CSM Vilanova, por todo el apoyo en la recogida de datos iniciales, por ser mi casa durante casi 4 años, por el apoyo moral sobre todo Gracias a Inés Solsona y a Nuria Orcero.

A todos los de la unidad de investigación de San Joan de Déu, que más que un lugar de trabajo se convirtió en un hogar: Inma Luque, Mariola Bernal, Silvia Tapia, Violant Burges, Juanvi, Fidel Vila, Judith Usall, Jaume Autonell, Alexandrina Foix, Isabel. Muchas Gracias, porque de una u otra manera me echaron una mano cuando más lo precisé, porque son parte de este proyecto también, gracias porque ustedes hicieron la diferencia.

Gracias a Marcelo, mi compañero eterno,

Miriam y Vicky por su inmensa ayuda con los datos de NEDENA,

Marta Barceló, aunque ya no estás, fuiste parte importante de este proceso, gracias por las risas y la complicidad,

Ana y Alejandra, a parte del gran cariño y buena amistad, gracias por compartir sus conocimientos conmigo

Elena Romero, por ser la mejor secretaria que cualquiera pueda pedir, porque no solo cumples con el jefe, si no con todos los demás cuando desesperadamente te pedíamos algo. ¡Gracias Elenita!

Victoria Villalta, porque cuando de la nada se me ocurre pedirle que fuera mi directora de tesis, aceptó, aun cuando yo no tenía idea de lo que quería hacer. ¡Muchas gracias!

Especiales gracias a Susana Ochoa, el universo conspira y pone a todos en su lugar, como fue tu caso. Fuiste la primera en quien pensé como directora de tesis cuando finalmente a pesar de la distancia decidí volver a retomar esto y cerrar este círculo. Sin embargo, sucedieron otras cosas, pero cuando te busqué aceptaste embarcarte en esta tarea que ha implicado ser un poquito más que ser directora de mi tesis, gracias por calmar mis ansiedades y disminuir las inseguridades. ¡Mil mil Gracias!

A Diego Palao, al igual que con Susana, insisto en que el universo conspira...fuiste la primera persona con la que trabajé cuando llegue a España, mi primer tutor universitario, y las cosas se han dado para que dentro de este mismo círculo que he mantenido abierto por 7 años fueras tú el último tutor también. Cuando el Dr. Tobeña

me sugiere posibles tutores y entre ellos está tu nombre, no dudé un segundo. Muchas gracias por aceptar, muchas gracias por la gran ayuda.

A mi hermana por el apoyo y empuje, por siempre creer en mí.

A mi familia "elegida" por su gran deseo de que fuera PhD, por hacerme creer en mí, porque dentro de su desenfadado empeño en que terminara la tesis me motivaban.

A ti Josh, sobre todo a ti, que has sido el más interesado en que terminara esto, recordándome día a día cuán importante es, gracias por no dejarme dar por vencida, por ser el ejemplo de ser humano luchador, de que cuando se quiere se puede. ¡Gracias cari!

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION	11
2. MARCO TEORICO	20
<i>HISTORIA</i>	20
<i>ESPECTRO PARANOIDE</i>	26
<i>Parafrenia</i>	28
<i>Parafrenia Tardía</i>	29
<i>Síndromes de Mis identificación</i>	29
<i>Trastorno Psicótico Compartido (Folie a Deux)</i>	31
<i>Trastorno Dismorfo Corporal</i>	32
<i>Trastorno de Personalidad Paranoide</i>	33
<i>Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)</i>	34
<i>Esquizofrenia Tardía</i>	34
<i>Breve definición de la Esquizofrenia</i>	35
<i>DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</i>	38
<i>Delirium/Demencia- Trastornos Asociados al consumo de sustancias</i>	38
<i>Trastornos Afectivos con síntomas psicóticos</i>	38
<i>Esquizofrenia y Trastorno Esquizofreniforme</i>	39
<i>EPIDEMIOLOGIA</i>	40
<i>COMORBILIDAD</i>	46
<i>SUBTIPOS DE TRASTORNO DELIRANTE</i>	47
<i>INSIGHT Y TRASTORNO DELIRANTE</i>	49
<i>SINTOMAS, SESGOS COGNITIVOS Y NEUROPSICOLOGIA</i>	52
<i>Delirios</i>	52
<i>Teorías sobre la formación de los delirios</i>	53
<i>SALTO A LAS CONCLUSIONES/ JUMPING TO CONCLUSIONS</i>	55
<i>DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA</i>	56
<i>NEUROPSICOLOGÍA</i>	57
3. JUSTIFICACION	66
<i>Trastorno Delirante o Esquizofrenia</i>	9

<i>OBJETIVOS</i>	67
<i>Principal</i>	67
<i>Secundarios</i>	68
<i>HIPOTESIS</i>	68
4. MARCO EXPERIMENTAL	70
<i>METODOLOGIA</i>	70
<i>Diseño</i>	70
<i>Sujetos</i>	70
<i>Material</i>	75
<i>DIAGNÓSTICO</i>	75
<i>PSICOPATOLOGÍA</i>	75
<i>FUNCIONAMIENTO GLOBAL Y CLÍNICO</i>	75
<i>FUNCIONAMIENTO COGNITIVO</i>	76
<i>TIPIFICACION DE PUNTUACIONES</i>	82
<i>PROCEDIMIENTO</i>	83
<i>ANALISIS ESTADISTICO</i>	85
5. RESULTADOS	87
<i>Trastorno Delirante</i>	87
<i>Esquizofrenia</i>	87
6. LIMITACIONES	118
7. DISCUSION	120
8. CONCLUSIONES.....	131
<i>Anexo 1</i>	133
<i>Anexo 2</i>	136
10. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	138

1. INTRODUCCION

Es un hecho hoy en día dentro del área de la salud, que las categorías diagnósticas psiquiátricas atraviesan cambios frecuentes, en algunos casos más rápidos que en otros. A través de los años se ha intentado organizar el abanico de síntomas existentes en la psiquiatría -obsesiones, delirios, alucinaciones, fobias etc.- y clasificarlos en categorías claras, proceso al que alguna vez se refirieron cínicamente como "endless reshuffling of the same old cards" (la interminable reorganización de las mismas cartas).

Lo que parece complicar la situación de los diagnósticos psiquiátricos es que muchos síndromes se solapan unos con otros sin mostrar ningún tipo de discontinuidad entre ellos, provocando esto que unos desaparezcan dentro de otra clasificación.

En el caso del TD, ha habido muy poca información científica que apoyara la existencia de este diagnóstico, los estudios que se han realizado han contado con muestras muy pequeñas y en muchos casos, reportan descripciones clínicas no recogidas sistemáticamente, lo que los hace difícil o imposible de replicar. Se ha pensado que es un diagnóstico poco común, ya que muchas veces los pacientes esconden síntomas y se resisten al tratamiento.

En el caso del TD, la controversia siempre ha estado presente, cuando el fenómeno del trastorno llamaba la atención, no era infrecuente que ocurriera alguna de las siguientes situaciones: que los pacientes fueran etiquetados de esquizofrénicos,

esquizoafectivos, psicosis atípica, etc. (McKenna, 1994) o que se fijaran en una característica específica de la sintomatología delirante y se describieran falsos síndromes. Desafortunadamente los pacientes con TD no suelen acudir a visitas psiquiátricas, negando ferozmente sufrir ningún tipo de sintomatología psiquiátrica y en su lugar acudirían a cualquier otro facultativo (Manschreck, 1996), estos pacientes, se mantienen dentro de la comunidad y son considerados más como excéntricos que como enfermos.

En estudios longitudinales con pacientes delirantes, se han encontrado síntomas no presentes inicialmente. Lo que podría provocar un cambio de diagnóstico, cuando bien podrían ser secundarios al diagnóstico inicial. Es decir, la estrechez categórica ha complicado el diagnóstico, no siempre capturan la realidad clínica. Del mismo modo, nos encontramos con la situación los delirios "no bizarros" estos delirios tienden a mezclarse con pensamientos que podrían considerarse una variante de "normales". Considerando que entre un 30 y un 50% de la población normal acepta la creencia en normal fenómenos paranormales, los delirios de estos pacientes se mezclarían y pasarían desapercibidos.

Se tenían las esperanzas de que en la nueva edición del DSM-5 se incluyeran biomarcadores diagnósticos. Sin embargo, esto no ha sido posible. Han sido intentos frustrados el poder utilizar biomarcadores de utilidad clínica para el diagnóstico psiquiátrico.

Los hallazgos en “Disfunción de los movimientos oculares” en pacientes con esquizofrenia, en sus familiares de primer grado y en pacientes sugieren que pudieran ser pasados genéticamente y que podrían reflejar un rasgo biológico asociado con la esquizofrenia (Levy et al., 1993).

En el caso de los pacientes delirantes, se mencionó la presencia de disfunción en el movimiento sacádico ocular como evidencia preliminar de una heterogeneidad clínica y biológica (Ross et al., 1995). Campana y cols., encontraron que los pacientes con TD diferían de los sujetos normales en algunos ejercicios de movimiento oculares (Campana et al., 1998).

Este mismo grupo de autores previamente habían encontrado que sujetos con TD mostraban alteración en los movimientos sacádicos voluntarios aunque sugerían la idea de una disfunción cerebral biológica común entre esquizofrenia y TD (Gambini et al., 1993). De la misma manera, la ejecución de los movimientos oculares de persecución lenta (smooth eye tracking movement) en los individuos con TD se ha relacionado con ánimo deprimido y con mejoría de estos al tomar tratamiento antipsicótico. Aquí volvemos a la misma historia del solapamiento de síntomas entre esquizofrenia y TD, heterogeneidad entre los mismos pacientes delirantes, probablemente por una clasificación incorrecta de estos pacientes.

La heterogeneidad clínica, como hemos mencionado antes, de muchos de los trastornos psiquiátricos, donde muchos de los síntomas psiquiátricos no son patognomónicos de ningún trastorno, así como posiblemente una no muy buena selección de muestra de estudio podrían ser los motivos principales para la falta de

consenso en la utilización de la psiquiatría biológica como recurso diagnóstico. De la misma manera, con la utilización de imágenes de resonancia magnética se podrían discriminar diagnósticos diferenciales, como es el caso del estudio de Howard donde encontraron mayor volumen de los ventrículos laterales de los pacientes delirantes en comparación con los pacientes con esquizofrenia y estos a su vez eran el doble del tamaño de los sujetos controles (Howard et al., 1994).

Este ha sido el caso de lo que hoy en día conocemos como Trastorno Delirante.

A partir de la descripción de Kraepelin acerca del TD, se habían debatido tres puntos de vista. El primero defendido por Freud, Schneider y Kolle quienes argumentaban que la paranoia no era más que una ligera versión de la esquizofrenia (Freud, 1958). El segundo descrito por Specht quien decía que la paranoia era una forma de la locura maníaco depresiva y el tercero defendido por el mismo Kraepelin quien defendía que la paranoia era una tercera forma de psicosis, diferente a la esquizofrenia y a la psicosis maníaco-depresiva y esta descripción fue secundada por Kretschmer, Gaupp y la escuela escandinava representada por Stromgren (Specht, 1901); (Gaupp, 1974; Kretschmer, 1974; Specht, 1901).

Trastorno Delirante (TD), trastorno mental severo, caracterizado por la presencia de una o varias ideas delirantes conectadas entre sí y que persisten a lo largo del tiempo. Como mencionamos anteriormente, hasta la fecha ha habido muy pocos estudios que amplíen el conocimiento sobre esta entidad nosológica. El TD ha sido una entidad clínica infra estudiada en nuestro entorno, que por su heterogeneidad clínica y evolutiva, frecuentemente ha conllevado dificultades diagnósticas.

El TD es poco frecuente, con una incidencia anual de 1-3 nuevos casos por cada 100,000 (Kendler, 1982) se caracteriza por presentar un sistema de ideas delirantes persistentes no extrañas .

Se ha establecido que, aparte de las ideas delirantes y de las alucinaciones, las respuestas conductuales y emocionales de los pacientes con TD parecen ser apropiadas y que el deterioro de la actividad social o la personalidad es mínimo o nulo. Del mismo modo, tanto el funcionamiento laboral como el intelectual aparecen preservados (Manschreck, 1996).

El DMS-5 describe 7 subtipos de TD en función de la temática delirante: erotomaniaco, de grandiosidad, celotípico, persecutorio, somático, mixto y no especificado (American Psychiatric Association, 1987; American Psychiatric Association, 2013a; APA, 2000). A continuación se describen las características del contenido del delirio de cada una de las categorías mencionadas: **Erotomaniaco**: idea delirante de que otra persona, en general de estatus superior está enamorada del sujeto; **grandiosidad**: ideas delirantes centradas en la convicción de tener un exagerado valor, poder, conocimientos, identidad o relación especial con una divinidad; **celotípico**: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel; **persecutorio**: ideas delirantes de que la persona está siendo perjudicada de alguna forma; **somático**: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica; **mixto**: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores; **no especificado** (American Psychiatric Association, 1995; American Psychiatric Association, 2000; American Psychiatric Association, 2013a; APA, 2000). En la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su Décima Versión -CIE 10- se

incluyen también los subtipos **auto-referencial**, **y litigante** (World Health Organization, 1992). La tabla 1 muestra los criterios según el DSM 5(American Psychiatric Association, 2013a) . En la tabla 2 se muestra la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su Décima Versión -CIE 10- donde se incluyen también los subtipos **auto-referencial**, **y litigante** (World Health Organization, 1992).

Tabla1. Criterios DSM IV-TR(APA, 2000)

<ol style="list-style-type: none"> 1. La presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos un mes 2. Un comportamiento no obviamente extraño o extravagante a excepción de los que atañen al delirio o sus ramificaciones 3. Ausencia relativa de síntomas de la fase activa de esquizofrenia (alucinaciones, lenguaje desorganizado o síntomas negativos) y 4. La determinación de que el trastorno no es debido a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, inducido por sustancias o secundario a una enfermedad
--

Tabla 2. Criterios DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013a)

<p>1.La presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante un mes o más</p> <p>NOTA : Si hay alucinaciones, no son prominentes y están relacionadas con el tema delirante)por ejemplo: la sensación de estar siendo infectado por insectos asociado con un delirio de infestación)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Nunca se ha cumplido el criterio A para la esquizofrenia 3. Un comportamiento no obviamente extraño o extravagante a excepción de los que atañen al delirio o sus ramificaciones 4. Si ocurriesen episodios maníacos o depresivos, estos han sido de menor duración en relación con los períodos delirantes 5. La determinación de que el trastorno no es debido a un trastorno inducido por sustancias o secundario a una enfermedad y no se puede calificar como un trastorno dismorfofóbico u obsesivo compulsivo
--

Tabla 3. Criterios CIE 10 (De Portugal E. & Cervilla, 2004b)

Criterios CIE 10 para Trastorno de ideas delirantes persistentes
<p>A. Presencia de una idea delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí (distintas a las indicadas como típicamente esquizofrénicas entre los criterios GI [1] b c d para F20.0-F20.3) (p. Ej.: que no son propias de la cultura del individuo y que son imposibles). Las ideas delirantes más frecuentes son las de persecución, grandiosidad, hipocondríacas, de celos o eróticas</p> <p>B. Las ideas delirantes de A deben estar presente por lo menos 3 meses</p> <p>C. No se deben satisfacer los criterios generales para esquizofrenia (F20.0-F20.3)</p> <p>D. No pueden estar presentes alucinaciones persistentes de ningún tipo (aunque se permite la presencia de forma transitorio u ocasional de voces alucinatorias que no son en tercera persona ni comentan la propia actividad)</p> <p>E. Pueden presentarse síntomas depresivos de una manera intermitente e incluso un episodio depresivo completo (F32.), siempre y cuando las ideas delirantes no coincidan con las alteraciones del estado del ánimo</p> <p>F. Criterio de exclusión más frecuente usado: no hay evidencia de lesión cerebral primaria o secundaria en el sentido indicado en el F0, ni de trastorno psicótico debido a consumo de sustancias psicoactivas (F1x.5)</p> <p>Especificar para posibles subtipos. Si se desea se pueden especificar los siguientes tipos: autorreferencial, persecutorio, litigante, de grandiosidad, hipocondríaco (somático) de celos y erotomaniaco.</p>

En la actualidad se ha evidenciado que la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres, con una ratio de hasta 1.6:1 (De Portugal E. et al., 2010). Si utilizamos de referencia el estudio demográfico de Kendler, donde la ratio mujer hombre era de 1.3:1, el estudio de De Portugal, es el que actualmente presentaría la ratio más alta mujer hombre, sin embargo, esta ratio es menor a la arrojada por otros estudios que habían utilizado criterios diagnósticos basados en el DSM III, en los que la ratio estaba entre 1.9; 1 a 3:1. (Bada et al., 2000; Evans et al., 1996; Munro, 1999a; Roth & Kay, 1998; Yamada et al., 1998). Este número varía dependiendo del subtipo, muchos estudios se han centrado en subtipos específicos del TD, como por ejemplo el erotomaniaco (Gillert et al., 1990; Rudden et al., 1990) o el somático (Jibiki et al., 1994; Munro, 1988a; Munro, 1988b; Ota et al., 2003).

Además se ha observado que el TD tiene una edad de inicio tardía, a partir de los 45 años. (APA, 2000).

En cuanto al funcionamiento cognitivo, la literatura actual ofrece pocos datos sólidos del funcionamiento cognitivo de los pacientes con TD. La asunción, basada en descripciones clásicas no cuestionadas como las de Kraepelin o Kreschmer, postula una no-alteración del funcionamiento cognitivo en estos pacientes en los que se considera únicamente alterada la función mental en lo que a su delirio se refiere.

Se ha observado que el rendimiento de estos pacientes se encontraba dentro del rango de la normalidad, como es el caso del estudio de Conway (Conway et al., 2002), aunque fue una pequeña muestra de pacientes (n=10), estos no encontraron diferencias significativas en el rendimiento de los pacientes con TD frente a los sujetos controles en la batería de pruebas neuropsicológicas aplicada.

Sin embargo, otros estudios (Levy et al., 1987) refieren que estos pacientes presentan un funcionamiento significativamente inferior al de sujetos normales de la misma edad (Almeida et al., 1995b; Jeste et al., 1995). En concreto, se ha descrito que los pacientes con TD presentan alteraciones de la memoria episódica, específicamente en el recuerdo libre (Herlitz & Forsell, 1996). Igualmente, se ha reportado un bajo rendimiento en el Wisconsin Card Sorting Test (WCST), un test que evalúa la flexibilidad cognitiva, lo cual podría sugerir un déficit cognitivo de funcionamiento frontal. En efecto, se ha evidenciado que bajos resultados en el WCST implica alteración del lóbulo frontal, debido a la gran asociación de esta prueba con la función prefrontal dorso lateral (PFDL), responsable del funcionamiento ejecutivo (Jibiki et al., 1994).

Del mismo modo, en pruebas que requieren habilidad viso-espacial, estos pacientes muestran un rendimiento intermedio, que estaría entre el de los sujetos con esquizofrenia y los controles sanos (Hardoy et al., 2004). Finalmente, en otro estudio que comparó pacientes con TD con pacientes con Esquizofrenia, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en una serie de variables neuropsicológicas (atención, habilidad verbal y motora, psicomotricidad, memoria, abstracción y flexibilidad, etc.) (Evans et al., 1996; Jeste et al., 1995).

2. MARCO TEORICO

HISTORIA

Inicialmente el TD fue conocido con el nombre de "paranoia", término utilizado originalmente para nombrar a un delirio aislado. La palabra paranoia que se deriva de la palabra griega "de lado" y "mente" queriendo decir "fuera de la mente". Sin embargo, no se utilizó como termino médico hasta el siglo XVIII. Kraepelin (1912) lo definió como un *"trastorno de desarrollo insidioso, bajo las dependencias de causas internas y según una evolución continua de un sistema delirante duradero e imposible de sacudir y que se instaura con una conservación completa de la claridad y del orden en el pensamiento o el querer"*.

El TD, fue una entidad importante a finales del siglo XIX y principios del siglo XX pero hasta la fecha su diagnóstico ha generado múltiples confusiones entre psiquiatras y especialistas.

El propio concepto de TD es relativamente nuevo, siendo el término *"paranoia"* el que ha primado en las clasificaciones psiquiátricas previas a lo largo de los siglos XIX y XX, hasta que su uso coloquial e inadecuado acabase por desvirtuarlo. En 1987, la Clasificación Americana de los Trastornos Mentales en su 3ra Edición Revisada, DSM-III-R;(APA, 1987) reintrodujo el concepto Kraepeliniano de paranoia renombrándolo como *Trastorno Delirante*.

Desde finales del siglo XIX se ha visto la dificultad de “diagnosticar” a los pacientes con TD. Hay una cantidad de sinónimos que han sido utilizados para nombrar a este trastorno; desde *paranoia vera, estado paranoide, delirio monosintomático, enfermedad delirante, parafrenia* (Winokur, 1977).

Winokur, sugirió en 1977 que se utilizara el término *Trastorno Delirante* para describir dicho diagnóstico que va a ser detallado más adelante. A pesar de la larga historia del TD poco se conoce de dicho trastorno, quizá debido a que es poco común dentro de la práctica psiquiátrica, generalmente pasa desapercibido y muchas veces se continúa confundiendo con la Esquizofrenia.

El término paranoia fue utilizado por los griegos para describir síntomas delirantes. *Para* que significa de lado y *Nous* espíritu, pensamiento. El término cayó en desuso hasta 1863 cuando Kahlbaum lo aplicó a un trastorno que presentaba delirios como síntoma principal (Kahlbaum, 1863).

Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899), lo describió como una enfermedad mental parcial que afectaba al intelecto pero no a otras áreas del funcionamiento mental. Según este, los pacientes con paranoia se caracterizaban por presentar un comportamiento delirante persistente que permanecía relativamente estable a lo largo del tiempo (De Portugal E. & Cervilla, 2004b).

Emil Kraepelin (1859-1926), utilizó el término *paranoia* para otros trastornos que presentaban delirios como su síntoma más prominente. Es Kraepelin quien inicia la concepción de la *Paranoia* como un cuadro delirante crónico, que cursa sin alucinaciones ni deterioro. Kraepelin decía que los pacientes se mantenían permanentemente sensibles, alertas y razonables. No creía en la presencia de alucinaciones pero sí remarcó que algunos pacientes ocasionalmente mencionaban la presencia de alucinaciones visuales aisladas, tampoco mostraban alteración en la memoria o retención. Describió que los pacientes tenían varios delirios de regencia y que estos delirios eran parte de un extenso sistema; no mostraban claras alteraciones en el estado de ánimo.

La definición de Kraepelin de este trastorno se ha mantenido hasta la fecha e impregna la nosología utilizada hoy día para diagnosticar al TD (American Psychiatric Association, 2013a; De Portugal E. & Cervilla, 2004b; Winokur, 1977).

Eugen Bleuler (1857-1939), que acuñó el término Esquizofrenia, no encontró ninguna diferencia entre *paranoia* y Esquizofrenia y sugirió que toda forma de la primera era sintomática de la segunda. Sin embargo, reconoció a la *paranoia* como un trastorno diferente a la Esquizofrenia e incluso aceptó la presencia de alucinaciones dentro el diagnóstico; describió la *paranoia* como “la construcción a partir de las premisas falsas, de un sistema de ideas delirantes, lógicamente desarrolladas, con partes lógicamente interrelacionadas e inmovibles sin ninguna perturbación demostrable que afecte a las otras funciones mentales y por tanto sin síntomas de deterioro, si se pasa por alto la completa carencia de discernimiento por parte del paranoico con respecto al propio sistema delirante” (De Portugal E. & Cervilla, 2004a).

George Winokur, en su investigación realizada en el año 1977 no encontró evidencias de alteraciones cognitivas, ni alteración en el funcionamiento social del paciente. Asumió que probablemente lo más importante en estos pacientes era la carga genética, los antecedentes familiares. Resaltó la presencia única de delirios en estos pacientes aunque dudaba de que se tratara de una forma especial de la Esquizofrenia (Winokur, 1977).

Karl Jasper (1883-1969) tuvo dificultad para diferenciar síntomas como los delirios, cuando son resultado de un "proceso psíquico". Desde su punto de vista, los síntomas esquizofrénicos no eran entendibles, a diferencia de muchos síntomas paranoides que sí podrían ser comprendidos como una respuesta al estrés ambiental en un sujeto con personalidad vulnerable. Jasper, secundó la concepción de Kraepelin, diferenciando a la paranoia de la Esquizofrenia, pero introduciendo el concepto fundamental de la *personalidad premórbida* (Munro, 1999b).

Ernst Kretschmer (1888-1964) sugirió que los síntomas paranoides se presentaban en sujetos anormalmente sensibles que viven los conflictos a lo largo de la vida como fuertes sentimiento de inadaptación y un sentimiento de auto importancia no correspondido (Kretschmer, 2000). La psicosis aparece con delirios de referencia y persecución. En su libro "El delirio sensitivo de referencia", mencionaba que las bases biológicas del delirio estaban constituidas por:

1. Cierta sensibilidad de la constitución sexual;
2. En casos graves, el paranoico se halla evidentemente afectado por un estigma esquizofrénico-esquizoide o endógena que en muchos casos resalta con claridad;
3. Se pueden considerar como

causas importantísimas, en la producción de ciertas reacciones paranoicas secundarias, todos aquellos factores que debilitan la resistencia biológica del sistema nervioso central. Cuanto más sensitivo sea un carácter, tanto más específicamente responderá en ciertos casos, con un delirio de referencia sutil a los complejos de culpa.

Henry Ey (1900-1977), distingue tres tipos evolutivos fundamentales en la clasificación de los delirios crónicos: (Dowbiggin, 2000).

1. delirios que conducen a la disociación esquizofrénica
2. delirios en los que existe un contraste en el carácter fantástico de los delirios y la ausencia de alteraciones mentales
3. delirios sistematizados, que constituyen completas concepciones del mundo

Kenneth Kendler, mencionó que la controversia en el estatus del diagnóstico de paranoia se debía a la ambigüedad del término mismo, ya que podía ser empleado de tres maneras diferentes: 1) para referirse a suspicacia; 2) para referirse a un tipo específico de delirios y 3) para referirse a un síndrome psiquiátrico el cual se caracteriza por la presencia de delirios que no necesariamente son de contenido "paranoico" o persecutorio. De modo que este, al igual que Winokur decidió referirse a la "paranoia" como Trastorno Delirante (Kendler, 1980).

Alistair Munro, en la misma línea que Winokur y Kendler, ha defendido la diferenciación del TD frente a la Esquizofrenia. Munro mencionaba en 1982 "que si la paranoia fuera tan rara como se alegaba, o tan intratable como se pensaba, podríamos continuar negándola; sin embargo, si sus diferentes formas o presentaciones son

tomadas en consideración, no es tan rara y algunas de estas formas son ahora fáciles de tratar". Munro se refería específicamente, a sus observaciones sobre lo que el clasificó como "*delirio hipocondríaco monosintomático*", definiéndolo como la condición en la que hay "un delirio hipocondríaco sostenido" como sería la creencia de que se padece una seria enfermedad.

Donde Munro realmente realizó una gran contribución para la aceptación de la paranoia, fue en el uso experimental del *pimozide* como tratamiento neuroléptico para la psicosis delirante. La sugerencia de que el pimozide fuera utilizado únicamente para el tratamiento de trastornos del tipo paranoide fue de gran importancia por dos razones: 1. demostró que la psicosis delirante no era intratable y 2. Que podría haber una base bioquímica específica en los trastornos paranoides, fortaleciendo la hipótesis de que la Paranoia era de hecho un trastorno distinto (Munro, 1982).

Además de Munro, también Wada et al.; encontraron evidencia de reducción de síntomas con la utilización de clorimipramina, también mencionaron que un estudio con SPECT mostró marcada reducción flujo sanguíneo regional en los lóbulos parietales y temporales con predominancia en el izquierdo. Para el mismo subtipo delirante,(Hipocondríaco) (Wada & Kawatsu, 1999), Hayashi encontró respuesta favorable en cuanto a la reducción de síntomas con la utilización de ISRS (paroxetina en este caso)(Hayashi et al., 2004).

Estos datos han favorecido al convencimiento acerca de la diferenciación entre el TD y la Esquizofrenia.

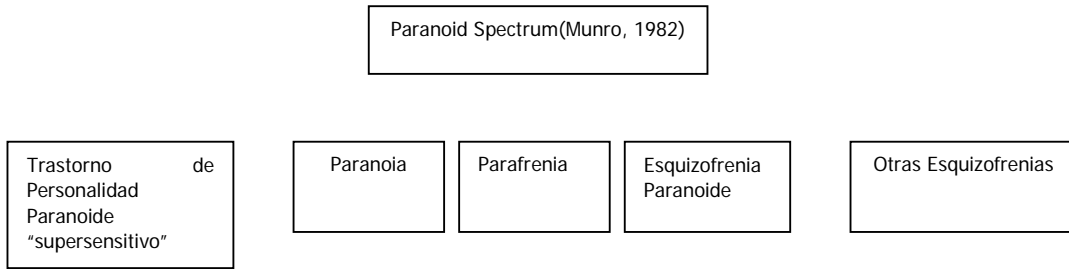
ESPECTRO PARANOIDE

Es cierto que en nuestros días los diagnósticos se están realizando con mayor cautela ya que muchos síntomas de diferentes trastornos se solapan unos con otros provocando confusión y que estos sean incorrectamente enviados a la caja que hasta hoy ha sido “la esquizofrenia” por aquello de olvidarnos que los subtipos hacen la diferenciación de cada una.

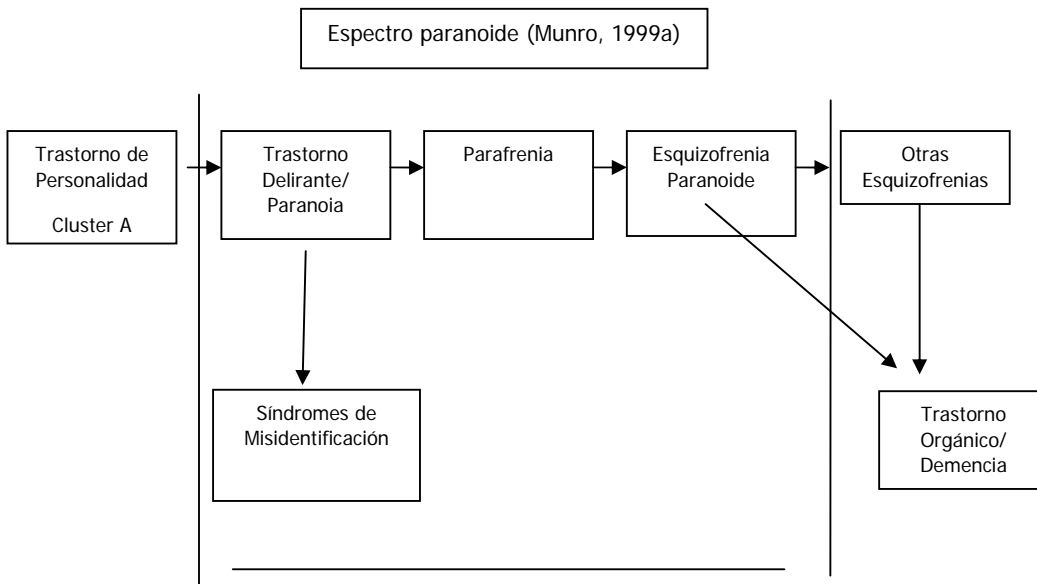
Uno de los autores que más ha aportado a la defensa del TD como una entidad nosológica completamente distinta a la esquizofrenia es Alistair Munro, planteando que, de la misma manera que siempre se ha mencionado “continuum de la esquizofrenia” o “continuum de la depresión”, también refiere que hay un continuum en la clasificación del Trastorno Delirante. Varios diagnósticos que actualmente no están incluidos en las clasificaciones tradicionales de los trastornos mentales, deberían ser clasificados dentro del TD según su opinión (Munro, 1999a).

Aproximadamente el 10 % de pacientes con diagnóstico de paranoia/trastorno delirante y/o parafrenia darán un “giro hacia la derecha” en la imagen del espectro paranoide derivando hacia la esquizofrenia o, incluso en algunos casos especiales, hacia la demencia (Black et al., 1988; Munro, 1999a). Sin embargo, la mayoría de los diagnósticos de casos de pacientes con trastorno delirante se mantendría estable a la largo del tiempo, aunque muchos lo seguirán confundiendo con esquizofrenia y en algunos casos con trastornos afectivos (tal y como se indica en los cuadros 1 y 2).

Cuadro 1.



Cuadro 2.



Se cree que el TD es un diagnóstico estable a lo largo de la vida. Los factores que se han relacionado con un buen pronóstico son: buenos niveles de adaptación social y laboral, el sexo femenino, inicio después de los 30 años y duración inferior a los 6 meses.

Parafrenia

Parafrenia fue inicialmente descrita por Kaulbaum en 1863, pero en la octava edición del libro de Kraepelin, éste la describió como una entidad diferente a la demencia praecox de Bleuler, más tarde conocida como Esquizofrenia. Emil Kraepelin, a principios de siglo 20, la describía como un trastorno psicótico funcional diferente de la esquizofrenia y la paranoia. Coincidió con la esquizofrenia paranoide, en la presencia de alucinaciones y delirios fantásticos, pero con muy poca alteración del pensamiento, y mucha mayor conservación de la afectividad.

En comparación con la esquizofrenia, refirió que presentaba mucho menor deterioro de la personalidad y que la volición se mantenía preservada. Igual que el término paranoia, parafrenia cayó en desuso durante años, en los cuales los casos o bien fueron diagnosticados como esquizofrenia paranoide o como lo que en aquel entonces parecía una categoría de moda, el trastorno esquizoafectivo; sin embargo, reaparece desde la publicación el DSM III-R (1987) y vuelve a perderse en el olvido a partir de la publicación del DSM IV y desde entonces, no aparece en las clasificaciones diagnósticas, igualmente en la CIE 9 y 10.

Parafrenia Tardía

Esta categoría diagnóstica se origina en el Reino Unido y se utiliza ampliamente allí, en Europa y en algunas partes de la Commonwealth británica, pero nunca ha recibido un reconocimiento oficial en Norteamérica.

Se menciona que entre un 10-30% de casos de parafrenia tardía pueden ser clasificados por la ICD 10 como TD y estos hallazgos elevan la duda de la existencia de este trastorno (Almeida et al., 1995a).

El término se introdujo en 1952 por Roth y Morrissey para describir a un grupo de individuos de la tercera edad quienes tenían delirios bien organizados y alucinaciones en el marco de unos rasgos de personalidad bien preservados y buena respuesta afectiva. Estos mismos autores más tarde - en 1962- ampliaron el término incluyendo a todos los sujetos de la tercera edad que presentaban trastornos paranoides, y que no tuvieran un trastorno afectivo primario, delirium o demencia. Los delirios presentados en estos pacientes eran comúnmente persecutorios pero podrían ser eróticos, hipocondríacos o de grandiosidad.

Síndromes de Mis identificación

Aunque realmente son muy limitadas las veces que se pueden ver este tipo de casos en la clínica, siguen existiendo. Se describen inicialmente por la presencia de un delirio monotemático, que los hacía claramente diferentes de los delirios

esquizofrénicos y su forma bizarra. Se consideran la manifestación de una alteración neurofisiológica subyacente, debida a una lesión cerebral.

Dentro de estos síndromes se describen 4 variantes que son las más conocidas:

1. *El síndrome de Capgras*, en el que los pacientes creen que alguien de su círculo social (generalmente un individuo con el que mantienen una relación cercana) ha sido suplantado por un doble (Capgrass & Reboul-Lachaux, 1923).
2. *El síndrome de Frégoli*, en este caso el paciente cree que la persona que le quiere hacer daño, quien le persigue, ha alterado su apariencia "facial" para asemejarse a algún individuo de su entorno cercano para evitar ser reconocido (Courbon & Fail, 1927).
3. *Intermetamorfosis*, en este caso el paciente cree que las personas a su alrededor se han intercambiado identidades unos con otros, es decir, A se convierte en B, B se convierte en C y así sucesivamente (Courbon & Tusques, 1932).
4. Dobles Subjetivos, en este caso el paciente cree en la existencia de dobles exactos a él/ella (Christodoulou, 1978).

Los Síndromes de Mis identificación (SMI) se presentan en ambos sexos y en especial en personas mayores de edad. Se han reportado varios casos de alteraciones cerebrales en los pacientes con SMI, debido a esto en los años 70, muchos modelos teóricos referían que el TD era debido a un trastorno orgánico.

Se sugirió que había factores neurofisiológicos detrás del TD ya que los delirios ocurrían en variedad de trastornos y condiciones que provocan alteración cerebral (abuso de sustancias y/o accidente cerebral), sin embargo, se ha evidenciado que el TD puede venir de diferentes daños o alteraciones de varias regiones cerebrales.

Aunque se haya asociado la presencia de delirios en pacientes con daños en el sistema límbico y en estructura subcorticales, predominantemente en el hemisferio izquierdo, esto no es concluyente en relación a la formación de delirios ya que estos también ocurren sin la presencia de alteración en estas regiones cerebrales (Cummings, 1985; Cummings, 1992).

Trastorno Psicótico Compartido (Folie a Deux)

De la misma manera que hemos descrito la escasa presencia del TD en la clínica psiquiátrica, el trastorno psicótico compartido, Folie a Deux o Trastorno Delirante inducido, según la CIE 10, es poco común pero no excepcional. Este fenómeno ocurre cuando síntomas psiquiátricos, específicamente los delirios, son compartidos entre un sujeto mentalmente enfermo con otro sujeto que los acepta como verdaderos.

Generalmente estas dos personas tienen una relación personal estrecha y un nivel de aislamiento social significativo, como por ejemplo, esposo-esposa, hermanos, hijos-padres. Debido al nombre del diagnóstico se pueden asumir errores en relación a los sujetos involucrados en el mismo, por ejemplo, no siempre se da el caso

de que ambos sean psicóticos. En muchas ocasiones ese es el caso del primer sujeto pero no del segundo. Se da en personas fácilmente impresionables, que aceptan la veracidad de una falsa creencia en base a la relación de largo tiempo, dentro de una atmosfera de aislamiento con el sujeto delirante.

Esta clasificación diagnóstica ya no aparece hoy día en la nueva versión del DSM-5. Hoy día no se establecen diferencias entre este trastorno y el TD, si algún paciente presentara síntomas similares a este trastorno se consideraría TD (American Psychiatric Association, 2013a).

Trastorno Dismórfico Corporal

Este trastorno somatomorfo, históricamente conocido como *Dismorfofobia*, en ingles conocido como *Body Dismorphic Disorder* (BDD); aunque ha sido clasificado dentro de los trastornos somatomorfos, su versión psicótica vendría siendo el subtipo Somático del TD. Este trastorno se diferencia de otros con síntomas hipocondríacos en el grado de su alteración de la realidad. El DSM-5 lo describe como la preocupación por algún defecto imaginario o exagerado en el aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas la preocupación del sujeto suele ser excesiva. Esta preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo.

Parece ser un trastorno que inicia en la adolescencia pero que suele pasar desapercibido por muchos años, ya que al igual que los pacientes delirantes, los

pacientes con este trastorno no quieren revelar sus síntomas. La parte del cuerpo en la que se centra la preocupación suele ser la misma o variar con el tiempo. Si un sujeto con Trastorno Dismórfico está completamente convencido que sus creencias dismórficas son ciertas entonces el diagnóstico sugerido es el de Trastorno Dismórfico con ausencia de insight/ con especificador de la creencia delirante en lugar de TD.

Trastorno de Personalidad Paranoide

Se confunde con el TD por los síntomas que presenta el paciente, sin embargo, en este trastorno no hay creencias delirantes persistentes o bien definidas. Se caracteriza por un patrón de desconfianza y suspicacia general hacia otros, de forma que las intenciones de estos son interpretadas como maliciosas. Este patrón empieza a principios de la edad adulta y puede aparecer en diversos contextos.

Los individuos con este trastorno tienen una necesidad excesiva de ser autosuficientes y un fuerte sentido de la autonomía. Siempre que una persona con TD tenga un trastorno previo de personalidad, se sugiere que el trastorno se registre bajo el Eje II y se especifique que es "pre mórbido". Para que se considere Trastorno de Personalidad los síntomas se deben haber manifestado antes que los síntomas psicóticos y ha de persistir incluso cuando los síntomas psicóticos estén en remisión.

Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Es difícil a veces diferenciar los límites entre el TD y el TOC, sobre todo cuando hay poca conciencia de enfermedad. La capacidad de los sujetos con TOC de reconocer que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o irracionales se da a lo largo del continuum. El juicio de realidad puede perderse y la obsesión puede alcanzar proporciones delirantes. Las ideas delirantes de carácter recurrente y los comportamientos estereotipados extraños que se observan en la esquizofrenia se diferencian de las obsesiones y compulsiones por el hecho de no revestir el carácter egodistónico y no ser congruentes con la realidad.

La especificación de la poca conciencia de enfermedad puede ser útil en las situaciones que se encuentran a medio camino entre la obsesión y el delirio. Si un sujeto con un TOC está completamente convencido que sus creencias obsesivo-compulsivas son ciertas entonces el diagnóstico sería TOC con ausencia de insight/especificador de la creencia delirante en lugar de TD.

Esquizofrenia Tardía

Los síntomas suelen tener una edad de inicio generalmente más tarde que lo conocido en la esquizofrenia. A partir de un consenso (Howard et al., 2000) se estableció como edad media de inicio tardío los 45 años. A partir de dicha edad, los sujetos que presenten síntomas de esquizofrenia se diagnosticarán con la especificación de esquizofrenia de inicio tardío.

Se diferenciará del TD ya que los sujetos mostraran síntomas de primer rango de esquizofrenia, *es decir, trastornos formales del pensamiento, delirios bizarros...*

Breve definición de la Esquizofrenia

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha establecido que se defina a una persona con esquizofrenia como “aquella persona que, sin motivo aparente, presenta una conducta anómala que dura más de un mes ininterrumpidamente y que se caracteriza por la distorsión de la percepción, del pensamiento y de las emociones, creyendo el sujeto afectado por esta situación, que sus sentimientos, pensamientos y actos más íntimos son compartidos por las demás personas, llegando a sentirse de forma enfermiza el centro de todo cuanto ocurre”.

Es un trastorno mental que afecta al 1% de la población mundial. Se caracteriza por signos y síntomas peculiares, los cuales se clasifican en dos categorías: como positivos y negativos. Los síntomas positivos, son nuevos en el sujeto, sumados por la enfermedad, un exceso o distorsión de las funciones normales (alucinaciones, los delirios, lenguaje y comportamiento desorganizado); los síntomas negativos son aquellos restados por la enfermedad, es decir, aquellas funciones “normales” que presentaba el sujeto previas a la aparición de la enfermedad que ya no presenta (abulia, apatía, anhedonia, aplanamiento afectivo)(American Psychiatric Association, 1994; APA, 2000).

La esquizofrenia deteriora la capacidad de las personas que la padecen de pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás. Quienes sufren esquizofrenia presentan desagradables experiencias intrusivas, como escuchar voces o creer que están siendo perseguidos o que fuerzas extrañas le van a hacer daño.

No existe un único síntoma que pueda describir o definir completamente a la esquizofrenia. La definición se basa en el hecho de que las personas que la padezcan presenten estos síntomas una parte significativa de tiempo durante un período de un mes y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses (American Psychiatric Association, 1994). Implica una disfunción en una o más de las áreas principales de actividad. En la siguiente tabla se establecen los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia según el DSM-5.

Tabla 4. Criterios DSM-5 para Esquizofrenia (American Psychiatric Association, 2013a; American Psychiatric Association, 2013b)

A. Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito) La presencia de una o más ideas delirantes que persisten durante al menos un mes

(1) ideas delirantes

(2) alucinaciones

(3) lenguaje desorganizado (p.ej., descarrilamiento frecuente e incoherencia)

(4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

(5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia

B. Durante una parte significativa de tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de la actividad como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral)

C. Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este periodo de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A 9 o menos si se ha tratado con éxito y puede incluir los periodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos periodos, prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del criterio A, presentes de forma atenuada (p. ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales)

D. Trastorno esquizoafectivo y trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los periodos activo y residual.

E. El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o medicamento) o de una enfermedad médica.

F. si hay historia de trastorno del espectro autista o trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se realizara si las ideas delirantes o las alucinaciones sumado a los demás síntomas requeridos para la esquizofrenia también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de TD solo se establece cuando la idea delirante no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia o enfermedad médica.

Delirium/Demencia- Trastornos Asociados al consumo de sustancias

Delirium o un Trastorno Psicótico debido a enfermedad médica pueden presentarse con síntomas que sugieren TD. Por ejemplo ideas delirantes de persecución simples en el contexto de un trastorno neurocognitivo mayor como el Alzheimer, sería diagnosticado como Alzheimer con ideas delirantes. Un trastorno psicótico inducido por sustancias podría ser sintomatológicamente idéntico a un TD pero puede ser diferenciado por la relación cronológica del uso de la sustancia y el inicio y remisión de las creencias delirantes (American Psychiatric Association, 2013b; APA, 2000).

Trastornos Afectivos con síntomas psicóticos

Estos trastornos se podrían diferenciar del TD por la relación de la temporalidad entre la alteración del ánimo y los delirios y por la severidad de los síntomas afectivos. Si los delirios ocurren exclusivamente durante los episodios afectivos, el diagnóstico ha de ser Depresión o Trastorno Bipolar con síntomas

psicóticos. Se asignaría el diagnóstico de TD si la duración total de los episodios afectivos es menor en relación a la duración total de la alteración delirante.

Esquizofrenia y Trastorno Esquizofreniforme

El DSM-5 refiere que el TD de la esquizofrenia y de los Trastornos Esquizofreniformes por la ausencia de otro síntoma característico de la fase activa de la esquizofrenia.

Tabla 5. Diagnóstico Diferencial entre Trastorno Delirante y Esquizofrenia Paranoide(De Portugal E. & Cervilla, 2004c)

<i>Trastorno Delirante</i>	<i>Esquizofrenia Paranoide</i>
<i>Poco Frecuente</i>	<i>Muy Frecuente</i>
<i>Inicio: 40-50 años</i>	<i>Inicio: 20-30 años</i>
<i>Personalidad Previa: paranoide o evitativa</i>	<i>Personalidad Previa: esquizoide</i>
<i>Conservación de la Personalidad</i>	<i>Sin conservación de la personalidad</i>
<i>Delirio: no extraño y bien sistematizado</i>	<i>Delirio: Extraño y mal sistematizado</i>
<i>Cierta comprensibilidad lógica de delirio</i>	<i>Escasa comprensibilidad lógica del delirio</i>
<i>Con propagación social</i>	<i>Sin propagación social</i>
<i>Alternancia entre forma normal y delirante</i>	<i>Sin alternancia de formas</i>
<i>Encapsulación del delirio</i>	<i>Sin encapsulación del delirio</i>
<i>Alucinaciones: ausencia o no prominentes</i>	<i>Alucinaciones: prominentes</i>
<i>Evolución crónica: desarrollo</i>	<i>Evolución Crónica: proceso</i>
<i>Mayor funcionamiento socio laboral</i>	<i>Menor funcionamiento socio laboral</i>

EPIDEMIOLOGIA

Como ya hemos mencionado anteriormente, la información disponible actualmente sobre el TD es mínima, los estudios realizados son escasos y muestran notables discrepancias. La poca aceptación de este trastorno como entidad nosológica, el que tantos años los pacientes con este trastorno hayan sido diagnosticados como otro trastorno, el que los mismos pacientes no acudan al psiquiatra como primera opción (como consecuencia del bajo insight que es característico del mismo trastorno) provoca que la documentación no sea precisa en relación a los datos estadísticos.

El estudio epidemiológico más completo e influyente acerca del TD hasta la fecha ha sido el de Kenneth Kendler, con la publicación de este estudio se pretendía hacer crear conciencia de la SI existencia de pacientes con síntomas que correspondían a un trastorno que en ese entonces adoptó el nombre de Trastorno Delirante. Este fue una meta-análisis, a partir de 17 estudios ya existentes sobre la frecuencia de ingresos hospitalarios por paranoia en los últimos 60 años en Estados Unidos, Canadá, Inglaterra e Irlanda. Se evidenció que el TD constituía entre 1% y el 4% de todos los ingresos psiquiátricos y entre el 2% y el 7% de todos los ingresos por psicosis funcional. Sitúa la incidencia (número de ingresos por año) entre 1-3 casos por 100, 000 habitantes y la prevalencia (número de casos activos) entre 24-30 casos por 100.000 habitantes (Kendler, 1982).

En relación con la edad de inicio, tradicionalmente se ha pensado que este cuadro comienza en edades medias o avanzadas de la vida. Sin embargo, tal y como señala Munro, la enfermedad puede tener su edad de inicio entre la adolescencia tardía y la edad adulta, con un inicio más temprano en varones (Munro, 1982). Otros autores señalan, de acuerdo a la muestra de pacientes hospitalizados, una mayor frecuencia de inicio en la segunda mitad de la década de los 30 años (Sanchez Gomez et al., 2007).

La edad media de inicio de enfermedad es menor en hombres (40-49 años) que en mujeres (60-69 años). Se estima que entre 20% y 25% de los casos nuevos de TD se producen entre los 25-40 años y un porcentaje similar inicia en la edad anciana (Jibiki et al., 1994; Kendler, 1982; Yamada et al., 1998; Yassa & Suranyi-Cadotte, 1993).

En el estudio epidemiológico de Christenson & Blazer, llevado a cabo con personas mayores viviendo en la comunidad encontraron una prevalencia del 4% de pacientes con ideación paranoide (Christenson & Blazer, 1984), mientras que en 1998, se realizó un estudio con una muestra de 5,200 personas mayores de 65 años, situando la prevalencia para la esquizofrenia en un 0,12% mientras que el TD solo alcanzo el 0,04% (Copeland et al., 1998).

La ideación delirante en la población de pacientes ancianos se ha estimado entre un 4-6%, pero muchos de estos pacientes tendrán demencia. Este número varía

dependiendo del subtipo, de la misma manera que se ha argumentado que las tasas altas de mujeres sean debido a que estas acudirían con mayor facilidad a visitas psiquiátricas.

La distribución por sexo es de un ligero predominio en mujeres, aunque estas diferencias van ligadas al tipo de delirio/ subtipo, así el paranoide es más común en hombres mientras que el erotomaniaco y el hipocondríaco en las mujeres (Munro, 1999a).

Se ha estimado una ratio mujer hombre de 3:1 (Evans et al., 1996; Munro, 1999a; Roth & Kay, 1998; Yamada et al., 1998), en el estudio realizado por De Portugal et al., en 2010, donde evaluaron a 86 pacientes con TD encontraron una ratio de 1.6:1 (De Portugal E. et al., 2010). Estos sujetos aparecen casado en su primer ingreso hospitalario/primer consulta psiquiátrica, en varios artículos vemos replicado el dato de la prevalencia de más sujetos casados, seguidos de divorciados (Morimoto et al., 2002; Yamada et al., 1998; Yassa & Suranyi-Cadotte, 1993), habiendo más mujeres casadas o viudas que hombres (Marino et al., 1993; Munro & Mok, 1995) .

Aunque no todos los estudios encuentran diferencias de género en el estatus marital, como es el caso del estudio de Rudden et al., y Bada et al., donde no encontraron diferencias en cuanto al tipo de TD y frecuencia de síntomas depresivos. Sin embargo, encontraron que las mujeres enferman más tarde y parecen ser más dóciles a la hora de intervención terapéutica, lo que parece beneficiarlas, ya que

presentan mejor respuesta al tratamiento que los hombres, muestran mayor utilización de farmacoterapia como ayuda médica. (Bada et al., 2000; Rudden et al., 1990) También mantienen un mejor curso del diagnóstico, siendo más estable que los hombres a través del tiempo (Wustman et al., 2011).

De Portugal et al., en 2010 encontraron las mismas diferencias en cuanto a la edad pero los resultados no fueron significativos, sin embargo si encontraron diferencias en el estado civil siendo más frecuente hombres solteros y mujeres casadas o viudas. Los hombres presentaron mayor severidad en los síntomas psicopatológicos tanto en el GAF como en los síntomas generales y negativos de la PANSS (De Portugal E. et al., 2010).

En cuanto a antecedentes psiquiátricos familiares, Kendler y Hays en 1981, encontraron que la prevalencia de esquizofrenia en familiares de los pacientes delirantes era significativamente inferior a la de los familiares de enfermos con esquizofrenia. De la misma manera que la relación familiar percibida por los sujetos delirantes, comparado con sujetos controles y con pacientes depresivos, los pacientes paranoides muestran alta consistencia entre los pensamientos acerca de ellos mismos y sus ideales, mientras que muestran discrepancia entre como ellos se ven a ellos mismos y como ven a sus padres. La forma de percibir a sus padres era mucho más negativa que su auto percepción (Rankin et al., 2005).

Del mismo modo, una significativa proporción de familiares de pacientes de trastorno delirante presentan mayor tasa de celos, suspicacia, sentimientos de inferioridad, personalidad paranoide y trastorno delirante en comparación con los sujetos control. (Kendler, 1982; Kendler et al., 1985; Winokur, 1985).

En otro estudio realizado en 1991, se encontró que los pacientes con esquizofrenia tendían a mostrar un tipo de apego evitativo en comparación con pacientes con trastornos afectivos, y que estos pacientes tendían a mostrar más severidad en sus delirios, alucinaciones y a ser más suspicaces (Dozier, 1991).

El TD parece afectar más los estratos sociales menos favorecidos de manera económica y educativa y tienen más probabilidad que las personas con esquizofrenia y con trastorno bipolar de ser inmigrantes y de poseer alguna privación sensorial, este dato es replicado por Marneros et al., quienes encontraron diferencias significativas también en el estatus socioeconómico basado en el ingreso económico mensual siendo menor en mujeres que en hombres. No encontraron diferencias significativas en utilización de fármacos (Marneros et al., 2010). Igual que Marneros, De Portugal et al., no encontraron diferencias en los subtipos. En este último estudio se menciona la alta prevalencia de inmigración en pacientes con TD (De Portugal E. et al., 2008; De Portugal E. et al., 2009).

En cuanto a su situación profesional y social, se admite que habitualmente se trata de personas aisladas tanto por iniciativa propia como por circunstancias

sociales. El aislamiento dificulta la información y la escasa información favorece a la desconfianza. La situación ambiental parece ejercer una influencia considerable, ya que hay mayor presencia de delirio en las personas institucionalizadas frente a las de la población no institucionalizada (Kendler, 1982). El inicio puede ser insidioso o brusco. Cuando aparece de manera aguda suele obedecer al impacto de un factor precipitante que el paciente identifica como tal, y que en ocasiones el clínico no puede confirmar.

En un estudio longitudinal más reciente, realizado en Alemania donde comparó casos de pacientes con TD y pacientes con esquizofrenia, Encontraron los mismos datos que Kendler, Winokur, Hsiao, Yamada, en relación a edad de inicio, curso, género, sintomatología de pacientes con TD. Encontraron que la edad de inicio en pacientes con TD es significativamente mayor, menor porcentaje de familiares de primer rango padecen enfermedades mentales, menor historia de proceder de familias disfuncionales, alucinaciones, y sintomatología negativa no se encontró en pacientes delirantes. El tiempo de hospitalización era menor, mejor pronóstico, estabilidad diagnóstica a lo largo del tiempo, mejor funcionamiento social, menor utilización de fármacos, con estos resultados sugieren la total independencia del TD frente a la esquizofrenia (Marneros et al., 2010).

COMORBILIDAD

Munro y Mok encontraron que los casos con mayor prevalencia de TD eran aquellos casos en los que dicho trastorno era considerado un factor de riesgo para el TD (Munro, 1999a), por ejemplo, un traumatismo craneal o antecedentes de abuso de sustancias psicoactivas. En la muestra estudiada por Manschreck, la depresión o síntomas depresivos fueron las condiciones comórbidas más mencionadas dentro de los pacientes con TD (Manschreck & Khan, 2006). La tabla 6 muestra las condiciones comórbidas del TD según este estudio.

Tabla 6. Condiciones comórbidas en TD en 224 casos entre 1994-2004 (Manschreck & Khan, 2006)

<i>Prevalencia</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Depresión</i>	<i>51</i>	<i>22.76</i>
<i>Lepra</i>	<i>5</i>	<i>2,23</i>
<i>Demencia</i>	<i>5</i>	<i>2,23</i>
<i>Trastorno Orgánico</i>	<i>5</i>	<i>2,23</i>
<i>Diabetes</i>	<i>3</i>	<i>1,34</i>
<i>Tricotilomanía</i>	<i>3</i>	<i>1,34</i>
<i>Retardo Mental</i>	<i>2</i>	<i>0,89</i>
<i>Hepatitis</i>	<i>2</i>	<i>0,89</i>
<i>Hipertensión</i>	<i>2</i>	<i>0,89</i>
<i>Hipertrofia prostática</i>	<i>2</i>	<i>0,89</i>

SUBTIPOS DE TRASTORNO DELIRANTE

El DSM-VI-TR y el DSM-5 describen los siguientes subtipos (APA, 2000) (American Psychiatric Association, 2013a):

Erotomaniaco: La idea delirante suele referirse a un amor romántico idealizado y a una unión espiritual, más que a la atracción sexual. El tema central de los delirios es que otra persona está enamorada del sujeto. Frecuentemente, la persona sobre la que recae esta convicción ocupa un status más elevado (por ejemplo, una persona famosa o un superior en el trabajo), pero puede ser un completo extraño. Se suele encontrar mayor número de mujeres con este subtipo en las muestras clínicas y la mayoría de sujetos en la población forense de este subtipo suelen ser varones. Algunos sujetos con este subtipo se suelen ver envueltos en problemas legales a causa de intentos por conseguir al objeto de su ideación delirante.

Grandiosidad: Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante es la convicción de tener algún extraordinario talento (aun no reconocido) o intuición, o de haber hecho algún descubrimiento importante. Las ideas delirantes grandiosas pueden tener un contenido religioso.

Celotípico: Este subtipo aplica cuando el tema central de la idea delirante es que el cónyuge o amante es infiel. Esta creencia aparece sin ningún motivo y se basa en inferencias erróneas que se apoyan en pequeñas “pruebas” que son guardadas y

utilizadas para justificar la idea delirante. El sujeto con esta idea delirante suele discutir con el cónyuge o amante e intenta intervenir en la infidelidad imaginaria.

Persecutorio: este subtipo aplica cuando el tema central de la idea delirante se refiere a la creencia del sujeto de que está siendo objeto de una conspiración, es engañado espiado, seguido envenenado o drogado, calumniado maliciosamente, perseguido u obstuido en la consecución de sus metas a largo plazo. Pequeñas trivialidades pueden ser exageradas y convertidas en el núcleo de un sistema delirante. Frecuentemente el núcleo de la idea delirante suele ser alguna injusticia que debe ser remediada mediante una acción legal y la persona afectada puede enzarzarse en repetidos intentos por obtener una satisfacción apelando en los tribunales y otras instituciones gubernamentales.

Somático: este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante se refiere a funciones o sensaciones corporales. Las ideas delirantes somáticas pueden presentarse de diversas formas, las más habituales son la convicción de que el sujeto emite un olor insoportable por la piel, boca, el recto o la vagina, que tiene una infestación por insectos en o dentro de la piel, que tiene un parásito interno, que algunas partes de su cuerpo tienen evidentes malformaciones o son feas, o que hay partes del cuerpo que no funcionan.

Mixto: se aplica cuando no hay ningún tema delirante que predomine.

No especificado: se aplica cuando la creencia delirante dominante no puede ser determinada con claridad o cuando no está descrita en los tipos específicos (ideas autorreferenciales sin un componente importante de persecución o grandeza).

INSIGHT Y TRASTORNO DELIRANTE

El insight/conciencia de enfermedad, ha sido definido consensuadamente como la conciencia de tener un trastorno mental, de sus síntomas y sus implicaciones y se ha evidenciado que por lo menos se encuentra ausente en aproximadamente el 50% de los pacientes con esquizofrenia (De Portugal E. et al., 2010; Gharabawi et al., 2006).

La ausencia de insight se ha relacionado con un mal pronóstico/ evolución de enfermedad. Un dato importante es que la falta de insight podría causar el mal cumplimiento en el tratamiento debido a que los pacientes no están interesados en continuar con tratamiento psiquiátrico para un problema que ellos no creen tener (“No estoy enfermo”) o que tenga una causa mental (“lo único que necesito es descanso”). Entre el 50 y el 80% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia han mostrado estar parcial o totalmente con ausencia de insight.

Desafortunadamente lo mismo sucede con los pacientes con TD, no tienen muy buena conciencia de enfermedad. Aunque la mayoría de las habilidades cognitivas de estos pacientes parecen mantenerse conservadas, la cual es una característica interesante de los delirantes ya que a pesar de presentar delirios es como si estos estuvieran circunscritos. Como hemos mencionado con anterioridad, los pacientes rara vez acuden a consultas psiquiátricas, permanecen aislados, y con frecuencia podrían acudir a un médico internista, cirujanos, dermatólogos, policías y abogados en lugar de un psiquiatra. Aun esto, el pronóstico de la enfermedad, aunque no es bueno, no es tan grave como otros trastornos más severos.

De hecho, una de las terapias psicológicas sugeridas para el tratamiento en pacientes delirantes es la terapia orientada a la conciencia de enfermedad, en donde el objetivo es conseguir buena alianza terapéutica, la contención de la proyección de sentimientos de odio, maldad e impotencia, medidas de interpretación y por último el desarrollo de un sentido de "duda" en la percepción interna del mundo a través de la empatía con la posición defensiva del pacientes.

La poca conciencia de enfermedad se ha relacionado todo el tiempo con la poca adherencia al tratamiento y a los medicamentos así como con un mal pronóstico de enfermedad (Lysaker et al., 2002), se ha mencionado un efecto paradójico en el que se presentaría mayor adherencia al tratamiento y mejora cognitiva de los pacientes con esquizofrenia que conllevaría a menor calidad de vida subjetiva (Kurtz & Tolman, 2011).

Sin embargo, la evidencia hoy día nos confirma que la terapia psicoeducativa y los programas de rehabilitación cognitiva SI mejoran la calidad de vida objetiva de estos pacientes.

Con la introducción del DSM-5, se ha sugerido establecer especificaciones sobre el grado de juicio/insight para poder mejorar la atención a los pacientes (Phillips et al., 2014).

SINTOMAS, SESGOS COGNITIVOS Y NEUROPSICOLOGIA

Delirios

En el TD, los delirios se diferencian de la esquizofrenia paranoide (que suele ser el subtipo esquizofrénico con el cual se suele comparar con mayor frecuencia al TD) por la presencia de delirios no bizarros y la relativa ausencia de alucinaciones y comportamiento inadecuado.

Los delirios aparecen en una variedad de trastornos y en una variedad de formas fenomenológicas, detrás de estas variedades se suele aceptar generalmente que los delirios son una creencia falsa y fija, mantenida bajo la certeza de su presencia y difícil de ser probada como lo contrario. Sin embargo, lo que hace diferente a los delirios en el TD es su característica de encapsulamiento. Es decir, la capacidad, de mantenerse "ausente", mientras tanto el factor delirante no esté presente.

Son una creencia, la cual es demostrablemente falsa, donde la falsedad de esta viene de un proceso de inferencia incorrecto, es una creencia no compartida por personas dentro de su misma cultura y se mantiene a la luz de insuficiente información que lo contradiga (Maher, 1992).

Según Munro, lo destacable de los delirios en pacientes con TD y lo que hace a estos delirios diferentes de los de los demás sujetos con otros diagnósticos son los

siguientes puntos: 1. La personalidad premórbida, 2. El estado hiperalerta en el que se mantienen, la hiperacusia, 3. La importancia asignada a la creencia por el sujeto en cuestión, 4. La preocupación por el delirio, presentando rasgos obsesivoides, 5. La cierta comprensibilidad lógica del delirio, 6. Presencia de ciertos mecanismos disociativos, 7. La alternancia en las fases delirantes y no delirantes asociando los delirios al nivel de arousal emocional, 8. Parece ser el trastorno su propio catalizador, 9. La sobreconfianza del paciente al reafirmar sus creencias, parece esto estar fuertemente relacionado también con su estado de ánimo (Munro, 1994).

Si somos incapaces de procesar el orden de las cosas/situaciones así como de generar expectativas normales, muchos eventos nos parecerían “inesperados” incluso cuando sucedan en el orden de situaciones familiares, que han sucedido anteriormente. Esto entonces, provocaría que muchos eventos familiares parecieran inesperados haciendo vulnerable al sujeto frente a interpretaciones delirantes.

Teorías sobre la formación de los delirios

Si percibimos la paranoia como un conjunto de síntomas que van en aumento de severidad, entonces se podría decir que la paranoia abarca desde síntomas relativamente leves, entre los que se incluiría la desconfianza, inhibición y suspicacia hasta delirios severos que con frecuencia incluyen alucinaciones (Fenigstein & Vanable, 1992; Mirowsky & Ross, 1983; Zigler & Glick, 1988). Las experiencias definidas en el continuum de paranoia abarcarían; el temor a la victimización, de modo que el miedo a

la victimización se interpretaría como el vínculo entre formas leves de paranoia (desconfianza, suspicacia...) y las severas (delirios de persecución) (Fenigstein & Venable, 1992).

Basándose en el dato de que los delirios son el continuum de los pensamientos normales o creencias normales, que estos sujetos hacen inferencias incorrectas acerca de las situaciones sociales, tal cual planteaba Maher, (Anomalous Perceptual Experiences), quien decía que los sujetos con delirios de persecución están continuamente preocupados por las acciones de los demás, al igual que menciona Munro, parecen que están “hiper alertas” a lo que sucede a su alrededor. Estos sujetos hacen inferencias incorrectas de la realidad que viven; buscando de una manera u otra preservar su ser/autoestima, provocando estas “alteraciones” en la percepción de los eventos sociales la formación o aparición de los delirios.

Langdon y Coltheart encontraron que la teoría de Maher sobre la formación de los delirios estaba incompleta ya que no necesariamente la percepción anómala de las situaciones sociales era suficiente para la aparición de los delirios (Langdon et al., 2008). Mencionaban que se tendrían que presentar dos alteraciones/anomalías para la formación de los delirios: El primero, sería una *percepción aberrante* causada por una disfunción en los mecanismos de atención (una alteración neuropsicológica). Este primer factor es lo que desencadena la creencia delirante junto con los sesgos cognitivos; como el sesgo atribucional, los cuales serían responsables del contenido del delirio. El

segundo factor, se explicaría por la *presencia* de los delirios, la cual se supone que es común para todos los sujetos y delirios.

Lo que nos sugieren los autores, es la incapacidad de los sujetos de desechar (alterar o cambiar) una creencia previa a la luz de datos que confirmen su falsedad. Se ha hipotetizado que este segundo factor surgiría debido a un déficit de razonamiento asociado con una alteración en el córtex frontal derecho (Coltheart et al., 2007; Ibanez-Casas & Cervilla, 2012).

SALTO A LAS CONCLUSIONES/ JUMPING TO CONCLUSIONS (JTC)

Se ha demostrado consistentemente en diferentes estudios, que los sujetos delirantes, requieren de poca información para elaborar su idea-creencia-conclusión acerca de las situaciones que experimenta (Dudley et al., 1997; Garety et al., 1991; Moritz & Woodward, 2005; Peters & Garety, 2006). Esto se manifiesta sobre todo cuando hay algún aspecto emocional relacionado con la situación experimentada.

Aproximadamente un 40% de los sujetos delirantes saltan a conclusiones en pruebas relativamente fáciles que evalúan esta característica. Esta teoría no sólo ha sido encontrada en sujetos delirantes, también se ha encontrado en pacientes con esquizofrenia en remisión, sin delirios (Garety et al., 2005). Pero aunque incluso se haya podido encontrar en la población normal, lo que lo hace interesante en pacientes delirantes no es el simple hecho de necesitar poca información para llegar a sus

conclusiones, si no que llegan a sus conclusiones incluso cuando la evidencia aporta la imposibilidad de la aparición de esta situación (Freeman et al., 2002).

Aunque la información acerca de la asociación de esta característica en pacientes delirantes con neuropsicología es limitada, se encontró asociación de alteración en la memoria de trabajo con el "jumping to conclusions" de la misma manera que en otro estudio en 2009 encontraron que el JTC estaba relacionado con la paranoia en pruebas que valoraban función ejecutiva, valorando memoria de trabajo (Bentall et al., 2009). También Woodward et al., en el 2008 encontraron asociación del JTC con la función ejecutiva, sin embargo hay otros tantos estudios donde la asociación del JTC con memoria y otras alteraciones cognitivas como la impulsividad no son concluyentes (Dudley et al., 1997; Langdon et al., 2008; Lunt et al., 2012; Moritz & Woodward, 2005; Ormrod et al., 2012; van Hooren et al., 2008).

Se ha de hacer la aclaración que aunque la alteración en la memoria de trabajo en la esquizofrenia es un dato bien sabido (Horan et al., 2008), JTC difiere de estas alteraciones cognitivas en la esquizofrenia, en que a diferencia de las demás, está asociado específicamente a síntomas delirantes.

DEPRESIÓN Y AUTOESTIMA

Dentro de este modelo la paranoia es conceptualizada como un mecanismo de defensa el cual protege el autoestima y previene la depresión (Bentall et al., 1994; Trower & Chadwick, 1995; Zigler & Glick, 1988). Los pacientes delirantes tienden a

comportarse como sujetos “normales” en términos relacionados a cómo viven el éxito y tienden a comportarse como “depresivos” en cuanto a cómo viven el fracaso. De modo que hacen atribuciones internas tanto para resultados positivos como negativos; y el pensamiento delirante sería la dinámica en la cual el éxito alcanzado tiene mucho mayor valor que los fracasos en la autoevaluación (Whaley, 1998).

La teoría y los estudios avalan una relación positiva entre la autoestima y la paranoia. Zigler & Glick hipotetizaron que la paranoia era un mecanismo de defensa frente a una baja autoestima (Zigler & Glick, 1988), Trower & Chadwick refinan este argumento haciendo distinción entre lo que ellos llamaron “bad me paranoia” y “poor me paranoia” apostando que ambas servían de defensa frente a una “baja autoestima”. En la “poor me paranoia” los sujetos mantenían una supuesta autoestima alta culpando a los demás por sus fracasos y mala suerte como resultado de una injusta “persecución” por parte de estos (Chadwick et al., 2005).

NEUROPSICOLOGÍA

El TD ha sido una entidad clínica infraestudiada en nuestro entorno, que frecuentemente ha conllevado dificultades diagnósticas por su heterogeneidad clínica y evolutiva. Es poco lo que a la fecha ofrece la literatura respecto al funcionamiento neuropsicológico del paciente con TD. Muy pocos son los estudios que se han realizado meramente sobre “Trastorno Delirante y neuropsicología”, generalmente son los

hallazgos sobre la alteraciones en esquizofrenia paranoide las que se han utilizado como conexión nosológica con el TD.

Muchos estudios se han centrado en subtipos específicos del TD, como por ejemplo el erotomaniaco (Gillert et al., 1990; Rudden et al., 1990) o el somático. (Jibiki et al., 1994; Munro, 1988a; Munro, 1988b; Ota et al., 2003).

Se ha establecido que, aparte de las ideas delirantes y alucinaciones, las respuestas conductuales y emocionales de los pacientes con TD parecen ser apropiadas y que el deterioro de la actividad social o la personalidad es mínimo o nulo. Del mismo modo, tanto el funcionamiento laboral como el intelectual aparecen preservados (Manschreck, 1996).

Con respecto al funcionamiento neuropsicológico, se ha observado que el rendimiento de estos pacientes se encontraba dentro del rango de la normalidad, como es el caso del estudio de Conway, aunque fue una pequeña muestra de pacientes (n=10), estos no encontraron diferencias significativas en el rendimiento de los pacientes con TD frente a los sujetos controles en la batería de pruebas neuropsicológicas aplicada (Conway et al., 2002).

Sin embargo, otros estudios (Levy et al., 1987) refieren que estos pacientes presentan un funcionamiento significativamente inferior al de sujetos normales de la misma edad (Almeida et al., 1995b; Jeste et al., 1995). Se ha observado que los

pacientes con TD presentan alteraciones de la memoria episódica, específicamente en el recuerdo libre (Herlitz & Forsell, 1996). Igualmente, se ha establecido un rendimiento pobre en el Wisconsin Card Sorting Test (WCST), el cual evalúa la flexibilidad cognitiva, que podría incluso sugerir un déficit frontal, ya que se ha evidenciado que bajos resultados en el WCST implica alteración del lóbulo frontal, debido a la gran asociación de ésta con la función pre frontal dorso lateral (PFDL)(Jibiki et al., 1994). La falta de flexibilidad cognitiva está relacionada con la incapacidad para cambiar de estrategia y modificar el pensamiento y la conducta. Del mismo modo, en pruebas que requieren habilidad viso-espacial, estos pacientes muestran un rendimiento intermedio, que estaría entre el de los sujetos con esquizofrenia y los controles sanos (Hardoy et al., 2004).

Finalmente, en un estudio que comparó pacientes con TD con pacientes con esquizofrenia, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en una serie de variables neuropsicológicas (atención, habilidad verbal y motora, psicomotricidad, memoria, abstracción y flexibilidad, etc.) (Evans et al., 1996; Jeste et al., 1995).

Recientemente, se reportaron los resultados de dos estudios comparando sujetos con TD, Esquizofrenia Paranoide y Esquizofrenia no paranoide con controles, sin encontrar ninguna diferencia entre los pacientes delirantes y los pacientes con esquizofrenia de ambos tipos en lo referente a áreas verbal y de atención sostenida. Sin embargo todos los pacientes mostraban déficits atencionales en comparación con sujetos controles. Por otro lado, tampoco encontraron diferencias en memoria entre los pacientes con TD y con esquizofrenia paranoide, sin embargo, ambos grupos

mostraban mayor alteración que los controles y menor alteración que las personas con esquizofrenia no paranoides (Lapcin et al., 2008).

Brüne et al., realizaron un estudio evaluando función ejecutiva y maquiavelismo en una muestra de 22 pacientes con TD. Entre los pacientes y los controles no se encontró ninguna diferencia, sin embargo, dentro de la muestra de delirantes se encontró una asociación entre maquiavelismo y el número de errores perseverativos en el WCST. Brüne sugiere que esta asociación entre el maquiavelismo y la función ejecutiva podría estar mediada por un déficit dopaminérgico en el córtex pre frontal (Brüne et al., 2010).

Por último, en un estudio reciente realizado por Ibáñez-Casas et al., (Ibanez-Casas et al., 2013) encontraron que los resultados de los pacientes delirantes frente a controles sanos eran significativamente más bajos en la mayoría de las áreas evaluadas; concluyendo que sus resultados demuestran déficits en flexibilidad, impulsividad así como en funciones ejecutivas y procesos mnémicos.

Atención

Se ha sostenido por mucho tiempo que las alteraciones en atención podrían estar relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de ciertas creencias delirantes. En esta línea, se ha encontrado que individuos delirantes presentan un sesgo hacia el

procesamiento rápido de estímulos amenazantes (Bentall et al., 2001; Fear et al., 1996; Gilleen & David, 2005). Incluso, como hemos mencionado con anterioridad, los pacientes delirantes pueden encontrar estímulos amenazantes incluso en situaciones no amenazantes. Según Gilleen & David, esta continua expectativa de amenaza (suspiciousness) en sujetos con delirios persecutorios es lo que los llevaría a la malinterpretación en situaciones ambiguas e inapropiadas.

En el caso de los sujetos delirantes, no solo prefieren atender a estímulos amenazantes si no que selectivamente atienden a aquellas informaciones que confirman su creencia delirante (Wessely et al., 1993).

Las partes cerebrales implicadas en los procesos de atención son los lóbulos frontales, parietales y temporal así como el sistema límbico y sistemas subcorticales como el hipotálamo. Pero la implicación del córtex pre frontal en el control de la atención es primordial. Los lóbulos frontales no son homogéneos, por lo que una alteración en esta área podría generar síntomas atencionales muy diversos. Se podrían dar patrones de respuestas perseverativas e incapacidad para encontrar respuestas alternativas así como también podríamos encontrar un patrón que se caracterizaría por responder rápidamente a estímulos nuevos, con impulsividad, hiperactividad e incluso agitación (Bousoño et al., 2004). Es lo que anteriormente hemos descrito como el "jumping to conclusions" presente en los pacientes delirantes.

Cuando nos referimos a problemas atencionales, estamos hablando de la distractibilidad o la incapacidad de mantener atención sostenida durante cualquier tarea de atención que estemos realizando. Por ejemplo, en pacientes con esquizofrenia, no está claro cuál dimensión concreta de la atención es la que se encuentra alterada ya que

la atención es un fenómeno complejo en el que participan muchos procesos: mantenerse alerta, la concentración, dirigir la atención a estímulos nuevos, hacer un filtro de la información relevante, cambiar de un set a otro (shifting) entre otras acciones (Goldberg et al., 2004; Gourovitch & Goldberg T.E, 1996).

Es decir, la atención es un estado cognitivo de preparación que consiste en focalizar selectivamente la concentración, filtrando y rechazando la información no deseada. Atender, exige entonces, un esfuerzo cognitivo que precede a la percepción, a la inatención y a la acción (Estevez-Gonzalez et al., 2000; Junque, 1999).

La habilidad del individuo de discriminar los estímulos diana entre otros estímulos bajo diversas condiciones durante un periodo de tiempo más o menos largo es lo que se denomina atención sostenida o vigilancia. En los sujetos con esquizofrenia, por ejemplo, se ha encontrado que presentan alteraciones en esta capacidad (Goldberg et al., 2004; Green, 1998).

La atención sostenida es medida con pruebas como el Continuous Performance Test (CPT) así como el Test del Trazo parte A (Trail Making Test TMT-A) en la esquizofrenia por ejemplo, las pacientes mostrarían déficits si presentan una menor capacidad de selección e incapacidad para inhibir la información relevante así como una mayor sensibilidad a estímulos distractores (Torres et al., 2001).

En estudios recientes se ha encontrado que la atención sostenida en pacientes con TD y esquizofrenia paranoide muestran alteraciones similares comparados con sujetos controles sanos y con esquizofrenia no paranoide (Lapcin et al., 2008)

Memoria

Dos tipos de memoria son específicamente relevante en la evaluación de pacientes con esquizofrenia son: la memoria inmediata y la semántica. La memoria semántica, es aquella que nos ayuda a adquirir y almacenar información a largo plazo. Este tipo de memoria generalmente se evalúa preguntándoles a los individuos listas de palabra o recuerdo de frases dichas (Delis et al., 1988; Foster Green et al., 2000). Se diferencia de la memoria inmediata por que el sujeto ha retenido mayor información de que se podría retener "online" y se diferencia de la remota ya que esta se refiere a información almacenada por un periodo menor de una hora mientras que la remota generalmente se referiría a la información almacenada durante días o años.

En el caso de la memoria inmediata, nos estaríamos refiriendo a aquella memoria en la que el sujeto mantiene la información "online", es decir, activa, fresca durante un periodo corto de tiempo (usualmente pocos segundos). La memoria inmediata se conoce también como un componente de la *memoria de trabajo*.

Los pacientes con esquizofrenia muestran una gran variedad de déficits anémicos, la memoria que se encuentra con mayor déficit es la semántica, manteniéndose preservada la episódica (Gold et al., 1992). Sin embargo, los déficits semánticos se han encontrado relacionados con una alteración con el acceso a la información más no con el almacenaje de la misma. Es decir, mantendrían la

información disponible en el cerebro pero no tendrían fácil acceso al recuerdo (Bousoño et al., 2004).

En pacientes con TD, como ya hemos mencionado anteriormente es poca la información que tenemos, sin embargo, Herlitz y Forsell en 1996, estudiaron 66 pacientes mayores de los cuales se sospechaba 33 cumplían criterios de TD, encontraron que estos pacientes presentaban alteración de la memoria episódica, específicamente en el recuerdo libre.

Abdel Hamid y Brüne, encontraron un hallazgo interesante en el que los pacientes con TD presentaban un sesgo de memoria en el que no solo mostraban mayor vigilancia frente a estímulos con características amenazantes, sino que también tendían a recordar información que presentaba "características" amenazantes (Abdel-Hamid & Brüne, 2008). Los autores concluyeron que sujetos con mayor predisposición a delirios tendían a recordar más imágenes con caras/rostros agresivos/os comparado con aquellos sujetos con menor predisposición a delirios.

Los déficits en las funciones mnémicas se han relacionado con alteraciones en los lóbulos frontales y temporales (Gourovitch & Goldberg T.E, 1996).

Funciones Ejecutivas

Lezak definió las funciones ejecutivas como la capacidad de llevar a cabo con éxito una conducta independiente, intencionada y provechosa para uno mismo (Lezak, 1995) .

Este término se utiliza para describir un amplio conjunto de procesos cognitivos que incluyen el control, la flexibilidad, la inhibición, la regulación, la planificación, la fluencia y la ejecución de objetivos (Joshua et al., 2009).

En este tipo de estudio la evaluación con el Wisconsin Card Sorting Test (WCST) es la más común. Esta prueba evalúa la capacidad de los sujetos de alcanzar, mantener y hacer cambios de sets (shifting) (Green et al., 2000). Así como el WCST, también pruebas como el STROOP, las pruebas de Fluencia Verbal y el Test del Trazo parte B, son utilizadas para evaluar función ejecutiva. Esta área ha sido ampliamente investigada, y de los hallazgos encontrados siempre ha sido la presencia de rendimiento deficiente en estas pruebas en los pacientes con esquizofrenia (Nieuwenstein et al., 2001; Penades et al., 2000; Torres et al., 2001).

3. JUSTIFICACION

A la luz de la literatura revisada, es posible inferir que existen pocos datos respecto al funcionamiento neuropsicológico de los pacientes con TD y que los estudios disponibles presentan datos controvertidos.

La problemática de la mayoría de estos estudios, ha sido la poca consistencia metodológica, la falta de un adecuado criterio diagnóstico, así como la falta de un grupo comparativo apropiado con un asesoramiento diagnóstico comprensivo. Además las muestras no han sido lo suficientemente representativas como para poder extrapolar los resultados.

Hasta la fecha el diagnóstico "esquizofrenia tardía" se ha mezclado con el de TD, mostrando incluso las mismas características sociodemográficas en los pacientes (Castle & Murray, 1993; Garside et al., 1965); mayor prevalencia femenina, menor afectación a nivel de funcionamiento social entre otras (Harris & Jeste, 1988) (APA, 2000). Hay pocos estudios empíricos, que además tienen muestras pequeñas y que utilizan criterios diagnósticos diferentes a los del DSM-IV-TR. Con tales problemas metodológicos, los resultados que se obtienen llevan a conclusiones contradictorias en cuanto a las diferencias psicosociales y psicopatológicas entre los diferentes tipos de TD (De Portugal E. et al., 2009).

Por estas inconsistencias diagnósticas la validez del TD como entidad nosológica se ha tambaleado a través de los años en su diferenciación con la Esquizofrenia.

A través del análisis realizado, se evidencia la necesidad de realizar estudios comparativos, que permitan establecer diferencias entre la Esquizofrenia y el TD y que nos permitan establecer si el TD es o no es "otra esquizofrenia". Precisamos de más información en relación a datos clínicos y neuropsicológicos en estos pacientes. Esta es precisamente la propuesta que pretendemos llevar a cabo en este estudio.

OBJETIVOS

Principal

1. Investigar si el Trastorno Delirante es una entidad nosológica diferente a la Esquizofrenia analizando las diferencias entre:

1.1. Las características clínicas y

1.2. Las características neuropsicológicas

Secundarios

1. Evaluar las diferentes características clínicas y neuropsicológicas entre pacientes con esquizofrenia de inicio temprano, de inicio tardío y pacientes con TD
2. Comparar las diferencias de género en los pacientes con diagnóstico de Trastorno Delirante y de Esquizofrenia
3. Evaluar qué características sociodemográficas y neuropsicológicas facilitan el diagnóstico diferencial entre personas con Trastorno Delirante y Esquizofrenia

HIPOTESIS

1. Los pacientes con TD mostrarán mejores puntuaciones en las pruebas de neuropsicológicas, mejor funcionamiento según los resultados del EEAG y menores síntomas en la PANSS que los pacientes con esquizofrenia.
2. Los pacientes con TD mostrarán mejores resultados en pruebas de memoria, atención y función ejecutiva.
3. Las alteraciones clínicas y neuropsicológicas en los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío será menor que en los de esquizofrenia de inicio temprano y similar a las características de los pacientes con TD.
4. Las mujeres con TD estarán mejor conservadas que los hombres con el mismo trastorno y que las mujeres con esquizofrenia.

4. MARCO EXPERIMENTAL

METODOLOGIA

Diseño

Estudio descriptivo transversal.

Sujetos

PACIENTES CON TRASTORNO DELIRANTE

Pacientes ambulatorios con diagnóstico de TD según el DSM IV-TR (APA 2000) pertenecientes a la red asistencial Parc Sanitari Sant Joan de Déu (antiguamente Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental). La zona de captación de estas áreas (Cerdanyola, Ciutat Vella, Cornellá, Esplugues, Vilanova y la Geltrú, Gavá y El Prat de Llobregat) tiene una cobertura de población adulta de 513,500 personas residentes de la ciudad de Barcelona y cercanías y de origen socioeconómico diverso.

Los criterios de inclusión de este estudio fueron:

- Tener diagnóstico principal de Trastorno Delirante de acuerdo con los criterios DSM-IV-TR(APA, 2000).
- Tener 18 años o más
- Vivir en el área de captación
- Haber sido visitado por lo menos, una vez en los últimos 6 meses previos al inicio del estudio

- Los pacientes con diagnóstico de retraso mental, consumo o abuso de sustancias y/o trastorno orgánico fueron excluidos.

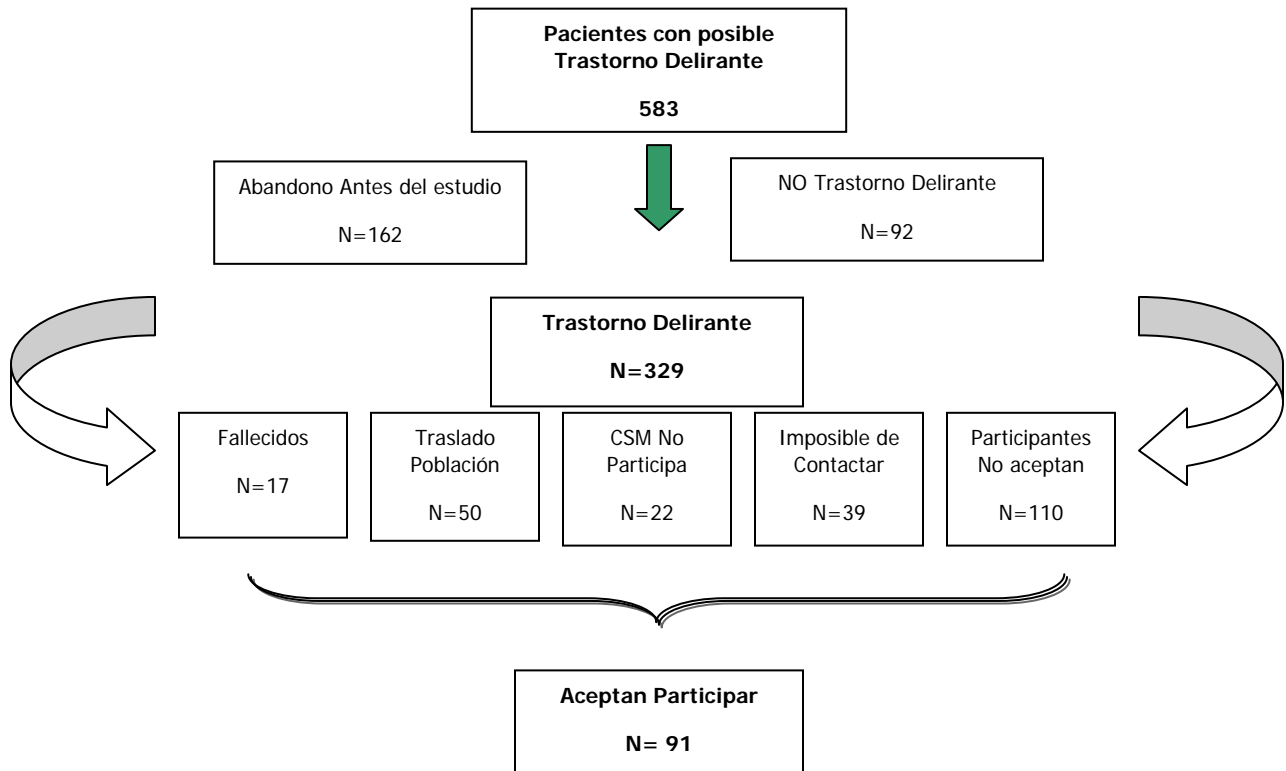
583 casos con diagnóstico de TD fueron identificados, seleccionados a partir de los diagnósticos con criterios DSM-IV-TR introducidos por los psiquiatras clínicos en la historia clínica informatizada (HCI) a lo largo de los primeros 5 años de existencia de este sistema.

Las historias clínicas informatizadas (HCI) de todos esos casos fueron sistemáticamente evaluadas mediante administración de un listado de comprobación/Checklist (Ver Anexo 1) con los criterios DSM-IV-TR para TD. Se seleccionaron aquellos casos que a través de la comprobación vía Checklist fueron correctamente diagnosticados y que siguieran activos en los seis meses previos al inicio del estudio.

Es decir, de un total de 583 pacientes diagnosticados con TD que nos arrojó la HCI de la red asistencial del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, 162 no habían sido consultados en los últimos 6 meses, era uno de los criterios de inclusión, 92 no cumplían criterios para el TD cuando revisamos las historias utilizando el checklist (ver anexo 1), 17 habían fallecido, 50 se habían trasladado de población, 39 fueron imposibles contactar, 110 no aceptaron participar (contactados a través del psiquiatra de cada paciente) y 22 de un CSM que no colaboró en el estudio.

Un total de 91 pacientes, que según el Checklist aplicado a las HCI cumplen criterios de TD y aceptan participar en el estudio. Todos los sujetos fueron informados por su terapeuta sobre el estudio y dieron su consentimiento informado (Ver anexo 2) para ser incluidos. Los 91 pacientes que aceptaron participar fueron evaluados por una psicóloga pre doctoral entrenada en la aplicación de las pruebas (NGC).

FIGURA 1. DEVENIR DE LA MUESTRA DEL REGISTRO DE TD



En la aplicación de la batería de pruebas se emplearon, por término medio, 4 horas repartidas en tres entrevistas (una hora para la valoración de la sintomatología clínica y tres horas para la evaluación neuropsicológica). Tras las entrevistas, 3 pacientes cumplieron criterios de Esquizofrenia, 1 de Trastorno Esquizoafectivo, 1 de Trastorno Psicótico debido a Enfermedad Médica, 1 de Psicosis Inducida por Sustancias. 85 pacientes cumplieron criterios de TD según el SCID, conformando la muestra del presente estudio (n=85).

PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

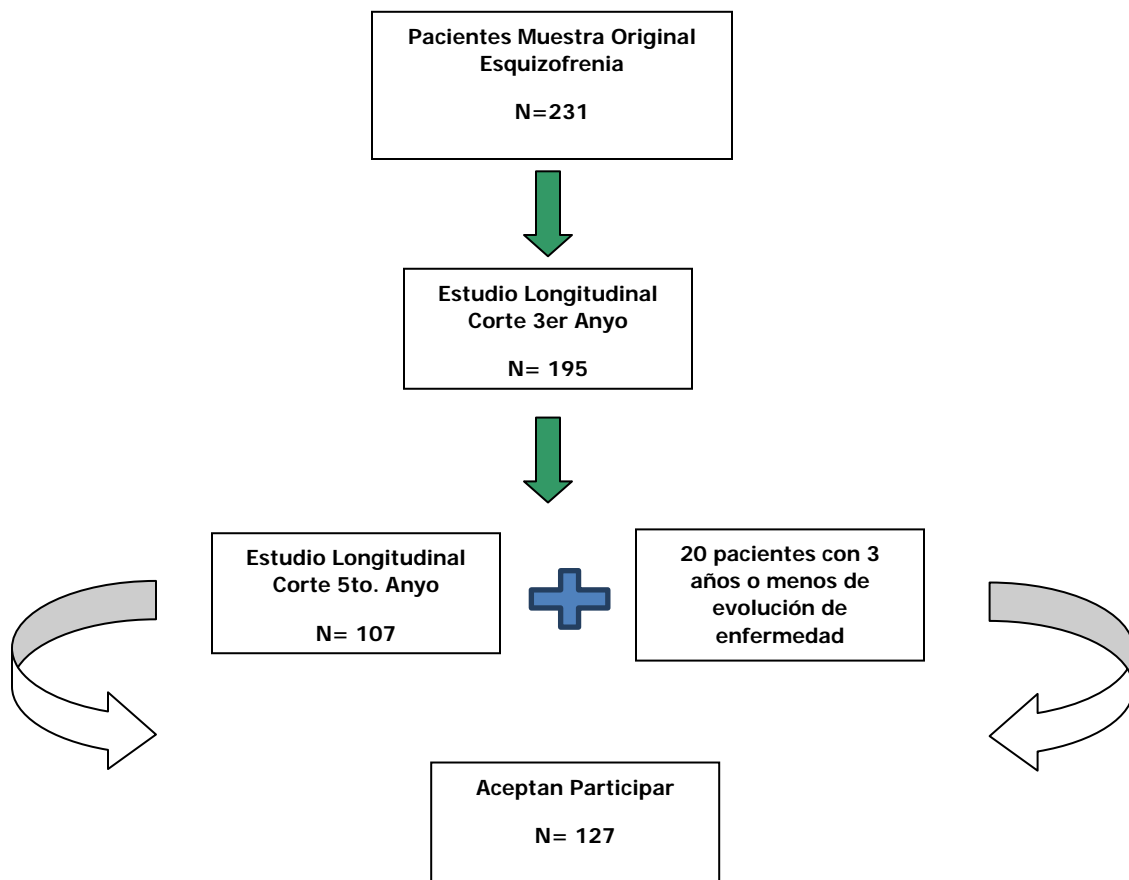
Los pacientes con Esquizofrenia fueron seleccionados de la misma manera que los pacientes con TD y pertenecían a la misma área de captación. Los criterios de inclusión fueron los mismos que para el estudio de pacientes con TD, a excepción del 2do criterio donde se establece un límite de edad para la inclusión, en este caso, los pacientes debían tener entre 18 y 65 años.

Estos pacientes fueron parte de un estudio longitudinal que consistía en hacer el seguimiento del 5to. corte de 231 pacientes que habían sido evaluados durante tres años en un proyecto previo subvencionado por la FIS (97/1275).

En la tercera evaluación de este estudio fueron evaluados 195 sujetos, es decir, hubo una pérdida de un 15.58%. En el último año del estudio, solo 107 pacientes fueron evaluados. Las pérdidas respondían a los siguientes motivos: 31 pacientes no quisieron participar, 13 habían fallecido, 11 fueron imposibles de contactar, 13 habían cambiado de domicilio, 17 habían tenido cambio de diagnóstico, 1 paciente fuera del sector sanitario, 13 pacientes abandonaron el estudio y 25 por otras causas varias. Esta muestra de pacientes tenía una media de 21.99 años de evolución de enfermedad, dada la cronicidad de la muestra, se decidió añadir utilizando los mismos procedimientos y criterios, pacientes que no tuvieran más de 3 años de evolución de enfermedad. La muestra final constaba de 127 pacientes, que fueron contactados y aceptaron participar en el estudio, aunque de algunos casos no se pudieron completar todos los datos.

Todos los individuos seleccionados fueron informados por su psiquiatra de referencia acerca de los objetivos y metodología del estudio y se obtuvo el consentimiento informado (ver anexo 2) de estos para participar en el estudio. Un total de 115 sujetos firmaron el consentimiento informado.

FIGURA 2. DEVENIR DE LA MUESTRA PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA



Material

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de TD se estableció mediante la aplicación del módulo de psicosis de la *Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del eje I del DSM- IV (SCID-I)* (First et al., 2001).

PSICOPATOLOGÍA

La sintomatología clínica se evaluó utilizando la *Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia- PANSS* (Kay et al., 1987; Peralta V, 1994): que es una escala que consta de 30 ítems que evalúan los síntomas positivos (delirios, alucinaciones, trastornos formales del pensamiento), negativos (embotamiento afectivo, alogia) (Crow, 1985) y generales del trastorno esquizofrénico.

FUNCIONAMIENTO GLOBAL Y CLÍNICO

El funcionamiento psicosocial se evaluó con la *Escala de Evaluación de Actividad General: GAF (Global Assessment Functioning)* (Endicott et al., 1976) (Bobes et al., 2002). Se trata de una escala que evalúa el funcionamiento global al momento de la evaluación que sitúa al paciente en un punto de un continuo de salud a enfermedad. A mayor puntuación mejor funcionamiento psicosocial global. Combina la evaluación del funcionamiento y la

sintomatología (alteraciones del funcionamiento diario, prueba de realidad y riesgo de violencia o suicidio) de un sujeto en un periodo de tiempo específico (la semana previa a la evaluación) en un continuum de salud- enfermedad psicológica o psiquiátrica.

El rango de puntuaciones va desde 1 (que sería la situación de mayor gravedad de la enfermedad) y 100 (situación más estable/ saludable). La escala se divide en 10 rangos de 10 puntos cada uno. Los dos primeros rangos describen personas sin sintomatología activa y con una salud mental positiva. El tercer rango hace referencia a personas sin sintomatología pero sin una salud mental positiva. A partir del cuarto rango, los sujetos ya presentan sintomatología activa. Generalmente, los pacientes ambulatorios se situaran entre los 30-70 puntos mientras que los pacientes hospitalizados puntuaran entre 1-40.

FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

FUNCIONAMIENTO COGNITIVO GLOBAL

El funcionamiento cognitivo global fue evaluado con el *Mini Examen Cognoscitivo*, versión de 30 ítems (Lobo et al., 1999). Es una prueba diseñada para la detección de deterioro cognitivo, a través de 30 ítem que exploran áreas cognitivas como la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata, la concentración y el cálculo, la memoria diferida, el lenguaje y la praxis. Esta prueba pretende proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirve para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales de los orgánicos.

Hoy en día se utiliza más que nada, para detectar y evaluar la progresión del trastorno cognitivo asociado a las enfermedades neurodegenerativas. A menor puntuación, mayor

deterioro cognitivo. Categóricamente el deterioro cognitivo en esta escala se considera cuando la puntuación es de 23 o menos puntos. El punto de corte indicativo de deterioro cognitivo para una muestra no geriátrica es de 27 puntos.

La estimación del CI (Coeficiente Intelectual) fue calculada con el subtest *Vocabulario* del WAIS III, como se ha sido sugerido por varios autores anteriormente (Mirabell et al., 2010).

MEMORIA

La memoria fue evaluada con el *Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC)* (Benedet & Alejandre, 1998). Mide el "span" de memoria inmediata, facilita la curva de aprendizaje, da estrategia de aprendizaje (seriales o semánticas) y tendencia a la interferencia retroactiva o proactiva (incluye una lista de interferencia), tendencia a la confabulación o confusión, mide la memoria a corto y largo plazo y permite valorar la recuperación de información aprendida.

Consta con tres listas de palabras que se presentan como una lista de compras, una lista de aprendizaje (A), una lista de interferencia (B) y una lista de reconocimiento. La estructura de las listas A y B es idéntica; ambas contienen dieciséis palabras que pertenecen a cuatro categorías semánticas estas categorías son compartidas por ambas lista mientras que las otras dos son exclusivas de cada lista, de modo que la lista A contiene la categorías de especias, frutas, herramientas y prendas de vestir La lista B contiene la categoría de especias, peces y herramientas de cocina.

La lista de reconocimiento consta de cuarenta y cuatro palabras que provienen de todas las palabras de la lista A, algunas palabras de la lista B y otras palabras indiferenciadas. El

reconocimiento de una lista de palabras recientemente aprendidas es en sí mismo y ejercicio de memoria episódica. Esta prueba consiste en el aprendizaje de una lista de dieciséis palabras a lo largo de cinco ensayos, tras los cuales se propone al sujeto el aprendizaje –en un sólo ensayo-, de una lista de interferencia constituida por otras dieciséis palabras. Hay una serie de recuerdo a corto y largo plazo, sin y con interferencia, sin y con ayuda y una prueba de reconocimiento. Las listas poseen una estructura semántica, permitiendo con ellas la evaluación de múltiples estrategias y procesos implicados en el aprendizaje y el recuerdo de materia verbal. A mayor puntuación, mejor capacidad de memorización.

HABILIDAD VERBAL

La habilidad verbal se evaluó con la versión española de la sub-escala de *Vocabulario de la Wechsler Adult Intelligence Scale –WAIS III* (Wechsler, 1999). El subtest de vocabulario, se administra de manera individual a través de 35 palabras que el sujeto tiene que definir se evalúa la cantidad de material que un sujeto recuerda dependiendo tanto de la información que ha almacenado durante toda su vida, como de su eficacia en el proceso de recuperarlo. La lista de palabras es de dificultad gradual, de menos a más. Las definiciones facilitadas por el sujeto puntúan de 0,1 o 2 según su precisión y adecuación, de esta manera la puntuación refleja el vocabulario aprendido y la efectividad oral para expresarse. El vocabulario por sí solo se considera una buena medida del cociente intelectual premórbido de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (Seltzer et al., 1997). Esta prueba, ha sido identificada como la mejor medida individual para valorar tanto habilidad verbal como mental.

ATENCIÓN

Evaluada con el *Continuous Performance Test* (Conners C.K., 2002), que ha sido considerado como el test más fiable para estudiar experimentalmente a los sujetos con esquizofrenia en situaciones que exigen atención sostenida. Además, el bajo rendimiento en esta prueba representa un marcador de vulnerabilidad para la esquizofrenia (Cornblatt & Kelip, 1994). Una correcta ejecución de las pruebas de atención, concentración y seguimiento requiere el uso de atención sostenida. El CPT es una prueba de vigilancia que presenta al sujeto evaluado estímulos (letras) secuenciales (con variación en el ritmo de presentación) durante catorce (14) minutos. Se le indica al sujeto que debe pulsar una tecla en el ordenador cada vez que en la pantalla aparezca el estímulo diana, la letra "X".

También utilizamos la Sub-escala *Dígitos del WAIS-III* (Wechsler, 1999) esta escala se relaciona más con la eficacia de los procesos fonológicos y de atención. Esta prueba está compuesta por dos test diferentes: Dígitos directos y Dígitos Inversos. Ambos consisten en pares de números enlazados al azar, los cuales se les pide al sujeto evaluado que repita tal cual se les ha mencionado o en el caso de los dígitos inversos, se les pide que empiecen desde el último número hasta el primero.

Ambas pruebas requieren atención auditiva y una cierta capacidad de retención a corto plazo, pero la actividad mental aplicada en cada una de ambas pruebas es diferente. Las dos pruebas consisten en siete pares de secuencias de números aleatorios que el examinador lee en voz alta y que posteriormente el sujeto deberá repetir. En la primera prueba la repetición será en el orden que el examinador ha leído los números y la segunda será a la inversa de la lectura de los números.

FUNCIÓN EJECUTIVA

La función ejecutiva (capacidad de abstracción y flexibilidad cognitiva) se evaluó a través de distintas pruebas:

1) Versión computarizada del *Wisconsin Card Sorting Test* (Heaton R.K., 2000). Esta prueba mide la función ejecutiva, a través de la presentación de un juego de tarjetas con cuatro tarjetas de referencia, donde el sujeto debe inferir el principio de emparejamiento, en función de la retroalimentación recibida ("correcto" o "incorrecto").

2) *Test de Fluencia Verbal* (Benton et al., 1983; Butman et al., 2000; Jeste et al., 1995). Esta prueba mide la habilidad de mantener una estrategia mental, a partir de un criterio fonológico y de otro semántico. La puntuación total se obtuvo a partir del número de palabras correctas pronunciadas por minuto. La fluencia verbal generalmente es medida por la cantidad de palabras que un sujeto puede generar dentro de una categoría restringida (de/o) en respuesta a un estímulo en un período de tiempo limitado. Estas pruebas requieren de cierta memoria a corto plazo con el fin de controlar las palabras que ya se han mencionado. Son una buena herramienta para evaluar la utilización de estrategias para guiar la búsqueda de palabras a partir de un mandato. El "controlled oral Word association" test (COWA) (Benton & Hamsher, 1976) de Benton, también conocido como FAS; consiste en tres bloques de denominación de palabras que comiencen con las letras F, A y S durante un minuto cada bloque. Además, se añade un bloque para generar palabras a partir de la categoría "animales", se le pide al sujeto que mencione todos los animales que se le ocurran durante un minuto (2011; Almeida et al., 1995b; Lezak, 1995).

3) *Parte B del Trail Making Test- TMT B, (Reitan, 1969)*.: En esta prueba el sujeto ha de enlazar números con letras, emparejándolos en orden alfabético y numérico ascendente. El menor tiempo de ejecución implica una mejor puntuación y mejor funcionamiento.

4) *Test de Colores y Palabras, (Golden, 1994)*. Esta prueba evalúa la habilidad para inhibir respuestas automáticas. En esta prueba se presentan 3 láminas con palabras ordenadas al azar, en las que se intenta interferir al paciente al mezclar palabras de nombres de colores con el color de la tinta con la que está impresa la palabra. La primera lámina contiene nombres de colores (ROJO VERDE, AZUL) impresos en tinta negra; la segunda lámina está formada por filas de X impresas en colores distintos (ROJO, VERDE, AZUL); la tercera lámina contiene nombres de colores (ROJO, VERDE, AZUL) que se presentan impresos en un color distinto al que corresponde a la palabra escrita. Este alineamiento se ha atribuido a la falta de inhibición y a una disfunción de la atención selectiva. La prueba se basa en procesar de manera selectiva un estímulo concreto (mencionar el color de la tinta) mientras se bloquea constantemente el procesamiento de estímulos constantes (la lectura del color). El sujeto dispone de 45 segundos para mencionar el mayor número de palabras por prueba.

HABILIDAD MOTORA

Fue evaluada con las siguientes pruebas:1) La parte A del *Trail Making Test* (Reitan, 1969). Al igual que en la parte B (explicada anteriormente), el sujeto debe enlazar números organizados al azar. El menor tiempo de ejecución implica una mejor puntuación y mejor funcionamiento.

2) Sub-escala de *Clave de Números* del WAIS-III (Wechsler, 1999). La sub-escala de *Clave de números* valora la información codificada para posterior proceso cognitivo, la organización perceptiva, secuenciación, velocidad de proceso y memoria a corto plazo (Visual).

TIPIFICACION DE PUNTUACIONES

De forma que los resultados de las pruebas neuropsicológicas obtuvieran una puntuación estandarizada, las puntuaciones fueron corregidas de la manera que los manuales de cada prueba especifican, puntuaciones T corregidas demográficamente. La puntuación media de la población en cada una de las pruebas es de 50 y 10 puntos T de desviación típica. Concretamente, puntuaciones o por debajo de 1,5 desviaciones estándar se considera disfunción.

PROCEDIMIENTO

Para la realización de ambos estudios de investigación, el protocolo fue evaluado y aceptado por el Comité de Investigación y por el Comité de Ética de Sant Joan de Déu. Todos los sujetos evaluados firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

TRASTORNO DELIRANTE:

Los sujetos fueron seleccionados de manera aleatoria a partir del registro informatizado de los centros de salud mental de la red de Parc Sanitari Sant Joan de Déu . Posteriormente sus terapeutas de referencia fueron contactados y estos informaron a los pacientes de los objetivos y metodología del estudio solicitándoles el consentimiento informado en caso de que estuvieran de acuerdo en participar.

A partir de ahí, los pacientes fueron evaluados en sus centros de referencia por un Psiquiatra (EDP) que colaboraba en el estudio del TD, evaluaba la sintomatología clínica de los pacientes por medio del SCID, MINI, PANSS y EEAG (GAF). Con esta entrevista, que se tomaba alrededor de una hora y media, comprobábamos el diagnóstico de TD. A partir de ahí, una psicóloga entrenada (NGC) realizaba las entrevistas neuropsicológicas, las cuales se dividían en 2 días de pruebas, aproximadamente 3 horas. El protocolo de evaluación está formado por todo el material especificado en el apartado correspondiente.

ESQUIZOFRENIA

Los pacientes de este estudio fueron seleccionados de la misma manera que los pacientes del estudio previamente especificado. Las psicólogas fueron entrenadas en la aplicación de dichas pruebas y se realizó un estudio de fiabilidad interobservador.

Los pacientes fueron evaluados en sus centros de referencia por estas psicólogas entrenadas en la evaluación de las pruebas clínicas y neuropsicológicas a aplicar. En caso de que existiera duda diagnóstica en algún caso, se consultaba el caso psiquiatras dentro del equipo de investigación del estudio. Del protocolo de investigación de este estudio se seleccionaron aquellas pruebas que coincidían con las empleadas en el estudio del TD para luego hacer los análisis comparativos de resultados.

Se realizó un estudio de fiabilidad interobservador entre las psicólogas que participaran en la evaluación de los pacientes de ambos estudios. Se consideró que debían puntuar por encima de 0.70 en el coeficiente de correlación inter clase antes del inicio de la evaluación para homogeneizar las evaluaciones.

ANALISIS ESTADISTICO

Para valorar el grado de concordancia entre los evaluadores para las pruebas del protocolo de ambos estudios, se realizó un estudio piloto en el que se calculó el índice KAPPA de Cohen. Unos valores de Kappa superiores a 0.70 indican un grado de acuerdo excelente entre los investigadores según los criterios de Landis (Landis & Koch, 1977).

Para obtener un estándar métrico para las comparaciones en las pruebas de funcionamiento cognitivo, las pruebas se puntuaron de la manera que especificaba en sus manuales y se convirtieron a puntuaciones T corregidas demográficamente. Las puntuaciones para cada función cognitiva que fue evaluada (abstracción y flexibilidad, memoria verbal, memoria operativa y atención) fueron obtenidas a partir de la media de las pruebas que quedaban incluidas en cada función (Hill et al., 2002)

Se realizó una t-Student con la intención de comparar las diferencias en las características clínicas y neuropsicológicas entre pacientes con TD y Esquizofrenia. Para la comparativa de variables categóricas se usó la Chi².

Para comparar las características clínicas y neuropsicológicas de los pacientes con esquizofrenia, esquizofrenia tardía y TD se realizó una ANOVA.

Se compararon las diferencias de género en ambas muestras mediante una t-Student.

Para evaluar qué características diferenciales existen entre los pacientes de ambas muestras se realizó una regresión logística en la que se incluyeron las variables en las que

existía unas diferencias significativas superiores a $p < 0.05$ en las pruebas bivariantes entre ambas muestras.

Todos los análisis estadísticos fueron calculados con el paquete estadístico informatizado SPSS para Windows versión 17 (SPSS Inc., 2004)

5. RESULTADOS

Trastorno Delirante

De 91 pacientes evaluados, 85 pacientes completaron las evaluaciones.

Esquizofrenia

En el estudio realizado con pacientes con diagnóstico de esquizofrenia 109 pacientes completaron las evaluaciones.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS, CLINICOS Y NEUROPSICOLOGICOS SEGÚN TRASTORNO

La media de edad en los pacientes con TD es de 54.19 años, con una media de 39.81 años como edad de inicio de enfermedad y con 14.37 años de evolución de enfermedad, frente a los pacientes con esquizofrenia con una media de edad de 41.62 años, con 22.84 años como media de edad de inicio de enfermedad y 19.45 años de evolución de enfermedad. Un 32.6% de los pacientes delirantes habían nacido en invierno frente a un 24.1% en los pacientes con esquizofrenia. Un 62.8% de los pacientes delirantes eran féminas mientras que un 67.6% de los pacientes con esquizofrenia eran masculinos. El 52.3% de los delirantes estaban casados seguidos por un 24.4% solteros mientras que en los pacientes con esquizofrenia encontramos

un 74.1% solteros y un 17.6% casados. Un 54% de los delirantes vivían con su propia familia mientras que un 53% de los pacientes con esquizofrenia vivían con sus padres. La mayoría, tanto en los pacientes delirantes como los pacientes con esquizofrenia, vivían en áreas urbanas, tenían un nivel medio de educación, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el sexo, en la media de edad, en los años de evolución de enfermedad, en la edad de inicio de enfermedad, en el estado civil, la situación laboral y en los años de educación, con una $p < 0.005$.

La tabla 7 nos ofrece una descripción de los datos sociodemográficos de las poblaciones evaluadas.

Tabla 7. Características Socio demográficas según Trastorno

	Trastorno Delirante N (%)	Esquizofrenia N (%)	Sig.
Sexo			
Hombre	32 (37.2%)	73 (67.6%)	0.000
Mujer	54 (62.8%)	35 (32.4%)	
Nacimiento en invierno			
Si	28 (32.6%)	82 (75.9%)	0.190
No	58 (67.4%)	26 (24.1%)	
Edad / Años			
Media (DE)	54.19 (14.39)	41.62 (12.58)	0.000
Edad de Inicio	39.81 (14.29)	22.84 (6.88)	0.000
Años de Evolución	14.37 (12.00)	19.45 (11.06)	0.003
Crecimiento en Área			
• Rural	41 (47.7%)	33 (30.6%)	0.015
• Urbano	45 (52.3%)	75 (69.4%)	
Estado Civil			
Casado/ En Pareja	45 (52.3%)	19 (17.6%)	0.000
Soltero	21 (24.4%)	80 (74.1%)	
Separado/Divorciado	14 (16.3%)	8 (7.4%)	
Viudo(a)	6 (7%)	1 (0.9%)	
Situación Laboral			
Activo/Empleado	13 (15.1%)	7 (6.5%)	0.000
Activo/Paro	12 (14.0%)	7 (6.5%)	
Ama de Casa	11 (12.8%)	1 (0.9%)	
Jubilado/pensionista	42 (48.8%)	40 (37.7%)	
Baja Laboral	5 (5.8%)	47 (44.3%)	
Incapacidad Permanente	2 (2.3%)	0 (0%)	
Estudiante	0 (0%)	2 (1.9%)	
Otro	1 (1.2%)	2 (1.9%)	
Años de estudio			
Sin estudios	5 (5.8%)	3 (2.8%)	0.004
1-4	22 (25.6%)	12 (11.1%)	
5-8	34 (39.5%)	44 (40.7%)	
9-12	12 (14.1%)	37 (34.3%)	
Más de 12	13 (15.1%)	12 (11.1%)	

Encontramos diferencias significativas en el tipo de antipsicótico utilizado, siendo el antipsicótico de mayor uso el "atípico", un 68.9% en los pacientes delirantes frente a un 33.3% en los pacientes con esquizofrenia. (Tabla 8)

Tabla 8. Utilización de Fármacos

		Trastorno Delirante N (%)	Esquizofrenia N (%)	Sig.
<i>Uso de Anti psicótico</i>	No	8 (9.3%)	1 (0.9%)	0.006
	Si	78 (90.7%)	107 (99.1%)	
<i>Típico</i>		11 (12.8%)	33 (30.6%)	0.000
	<i>Atípico</i>	60 (69.8%)	36 (33.3%)	
	<i>Ambos</i>	7 (8.1%)	39 (36.1%)	
<i>Uso de Eutimizantes</i>	No	81 (94.2%)	107 (99.1%)	0.051
	Si	5 (5.8%)	1 (0.9%)	
<i>Uso de Antidepresivo</i>	No	51 (59.3%)	80 (74.1%)	0.029
	Si	35 (40.7%)	28 (25.9%)	
<i>Uso de Anti colinérgicos</i>	No	71 (82.6%)	69 (63.9%)	0.004
	Si	15 (17.4%)	39 (36.1%)	
<i>Uso de Benzodiacepinas</i>	No	54 (62.8%)	70 (64.8%)	0.771
	Si	32 (37.2%)	38 (35.2%)	

Del mismo modo, mayor utilización de medicación antidepresiva en pacientes delirantes, con un porcentaje de uso de 40.7% frente a un 25.9% en los pacientes con esquizofrenia. Sin embargo, sólo en la medicación anticolinérgica fue donde se evidenció diferencia estadísticamente significativa con una $p < 0.004$, donde los pacientes con esquizofrenia presentaban mayor utilización de los fármacos anticolinérgicos con un 36.1% frente a un 17.4% en los pacientes delirantes.

En cuanto a antecedentes familiares en los grupos de pacientes, vemos en la tabla 9 que un 62.8% de pacientes delirantes tienen antecedentes de familiares con algún trastorno mental mientras que en los pacientes con esquizofrenia nos encontramos con un 49.0% con antecedentes psiquiátricos familiares. Un total de 53 pacientes delirantes muestran antecedentes familiares psiquiátricos de estos, 40 son de primer grado y 13 de segundo grado.

Los pacientes delirantes presentan mayor porcentaje de familiares de primer grado con enfermedades mentales, con un 75.9%, mientras solo un 21.3% de familiares de primer grado de los pacientes con esquizofrenia presentan antecedentes de enfermedad mental. Arrojando este dato diferencias significativas entre los grupos ($p < 0.001$).

Tabla 9. Antecedentes Psiquiátricos Familiares por Diagnóstico

		Trastorno Delirante	Esquizofrenia	Sig.
		N (%)	N (%)	
Ant. Psiquiátricos Familiares	No	32 (37.2%)	52 (51.0%)	0.058
	Si	54 (62.8%)	50 (49.0%)	
Síndrome Psiquiátrico				
* Psicosis		28 (51.9%)	15 (30.6%)	0.135
* T. Afectivos		7 (13.0)	11 (22.4%)	
* T. Ansiedad		2 (3.7)	1 (0.9%)	
* Otros		17 (31.5%)	22 (20.4%)	
Parentesco				
1er Grado		41 (75.9%)	23 (21.3%)	0.001
2do Grado		13 (24.1%)	19 (38.0%)	
Otros		0 (0%)	8 (16.0%)	

Encontramos que el 51.9% de las pacientes con TD tienen antecedentes familiares de psicosis frente al 30.6% de los pacientes con esquizofrenia.

En la tabla 10, vemos la relación de comparación de medias de grupos de trastornos en la Escala PANSS y vemos que existen diferencias significativas mayormente entre estos dos trastornos en todos los ítems de la sintomatología negativa, excepto en pensamiento estereotipado, presentando los pacientes con esquizofrenia peores resultados. En esta misma tabla, encontramos peores puntuaciones en los siguientes ítems: alucinaciones ($p < 0.001$), en ansiedad ($p < 0.001$), tensión motora ($p < 0.001$), enlentecimiento motor ($p < 0.001$), pensamientos inusuales ($p = 0.052$), desorientación ($p < 0.001$), atención deficiente ($p < 0.001$),

trastorno de la volición ($p < 0.001$), ausencia de juicio (insight) ($p = 0.001$) y en la puntuación total de la PANSS, Negativa y General ($p < 0.001$). Los pacientes delirantes, presentan mejores puntuaciones medias en todos los ítems excepto en ausencia de juicio (Insight) y delirios.

En esta misma tabla se describen las puntuaciones medias de la Escala de Evaluación de la Actividad Global (GAF), mostrando esta diferencias significativas entre los grupos, donde los pacientes con esquizofrenia presentan puntuaciones medias más bajas que los pacientes delirantes, ($p = 0.000$).

Tabla 10. Resultados de La PANSS según Trastorno

	Trastorno Delirante	Esquizofrenia	
	Media (DE)		Sig.
<i>PP1. Delirios</i>	3.56 (2.04)	2.88 (1.49)	0.011
<i>PP2. Desorganización Conceptual</i>	1.72 (0.95)	1.68 (0.99)	0.773
<i>PP3. Alucinaciones</i>	1.26 (0.71)	2.59 (1.49)	0.000
<i>PP4. Excitación</i>	1.42 (0.75)	1.46 (0.84)	0.751
<i>PP5. Grandiosidad</i>	1.38 (1.14)	1.31 (0.80)	0.660
<i>PP6. Susplicacia/perjuicio</i>	2.80 (1.36)	2.71 (1.31)	0.631
<i>PP7. Hostilidad</i>	1.21 (0.49)	1.22 (0.56)	0.960
PN1. Embotamiento afectivo			
<i>PN1. Embotamiento afectivo</i>	1.18 (0.44)	2.93 (1.50)	0.000
<i>PN2. Retraimiento Emocional</i>	1.29 (0.67)	2.81 (1.21)	0.000
<i>PN3. Contacto Pobre</i>	1.22 (0.47)	2.70 (1.21)	0.000
<i>PN4. Retraimiento Social</i>	1.42 (0.71)	3.24 (1.41)	0.000
<i>PN5. Pensamiento Abstracto</i>	1.92 (1.06)	3.96 (1.25)	0.000
<i>PN6. Fluidez de la Conversación</i>	1.40 (0.83)	2.53 (1.41)	0.000
<i>PN7. Pensamiento Estereotipado</i>	1.40 (0.71)	1.46 (0.86)	0.605
PG1. Preocupación Somática			
<i>PG1. Preocupación Somática</i>	1.35 (0.74)	1.35 (1.02)	0.100
<i>PG2. Ansiedad</i>	1.48 (0.81)	1.99 (1.10)	0.000
<i>PG3. Sentimientos de Culpa</i>	1.45 (0.82)	1.49 (0.92)	0.736
<i>PG4. Tensión Motora</i>	1.14 (0.47)	1.84 (1.08)	0.000
<i>PG5. Manierismos/posturas</i>	1.15 (0.50)	1.07 (0.32)	0.183
<i>PG6. Depresión</i>	1.61 (0.99)	1.80 (1.05)	0.203
<i>PG7. Enlentecimiento Motor</i>	1.31 (0.69)	1.98 (1.15)	0.000
<i>PG8. Falta de Colaboración</i>	1.14 (0.44)	1.17 (0.53)	0.724
<i>PG9. Pensamientos Inusuales</i>	1.27 (0.66)	1.54 (1.18)	0.052
<i>PG10. Desorientación</i>	1.20 (0.55)	1.87 (1.16)	0.000
<i>PG11. Atención Deficiente</i>	1.06 (0.24)	1.78 (1.02)	0.000
<i>PG12. Ausencia de Insight</i>	4.14 (2.00)	3.26 (1.28)	0.001
<i>PG13. Trastornos de la volición</i>	1.19 (0.50)	1.56 (0.91)	0.001
<i>PG14. Control deficiente impulsos</i>	1.11 (0.35)	1.09 (0.35)	0.729
<i>PG15. Ensimismamiento</i>	1.24 (0.61)	1.13 (0.36)	0.155
<i>PG16. Evitación Social Activa</i>	1.49 (0.90)	1.82 (1.11)	0.029
Puntuaciones Globales de la PANSS			
<i>PANSS Positiva</i>	13.35 (4.59)	13.84 (4.59)	0.468
<i>PANSS Negativa</i>	9.84 (2.93)	19.63 (6.16)	0.000
<i>PANSS General</i>	23.33 (4.76)	26.75 (5.94)	0.000
Escala de Evaluación de la Actividad Global			
<i>E.E.A.G. (GAF)</i>	63.01 (16.89)	43.78 (10.34)	0.000

En la tabla 11, vemos los resultados de las pruebas neuropsicológicas entre los grupos. Encontramos diferencias significativas al evaluar *memoria*, donde encontramos más conservados a los pacientes delirantes. De igual manera, en Función ejecutiva, en todas las pruebas utilizadas para evaluar esta área (WCST, TMT-b, Fluencia Verbal, STROOP), los pacientes delirantes mostraron mejor desempeño, siendo las siguientes pruebas en las que encontramos diferencias significativas con una $p < 0.005$: Errores totales del WCST, Respuestas a nivel conceptual del WCST, FAS Verbal, en las palabras-colores e Interferencia del STROOP.

En atención, evaluada con el CPT y Dígitos del WAIS III, aunque en todas las pruebas los delirantes muestran mejor ejecución, solo en los Dígitos del WAIS II, encontramos diferencias significativas con una $p < 0.001$.

Tabla 11. Pruebas Neuropsicológicas según Trastorno

	Trastorno Delirante	Esquizofrenia	
	Media (DE)		Sig.
MEC	27.47 (2.51)	25.88 (3.36)	0.001
MEMORIA			
TAVEC			
<i>Recuerdo Inmediato 1</i>	40.01 (10.05)	32.22 (8.47)	0.000
<i>Recuerdo inmediato 5</i>	40.76 (14.26)	30.22 (12.08)	0.000
<i>Total de Palabras Recordadas</i>	40.43 (12.78)	27.91 (10.05)	0.000
<i>Recuerdo Inmediato con interferencia</i>	42.22 (9.31)	34.73 (8.40)	0.000
<i>Recuerdo Libre a Corto Plazo</i>	41.15 (12.37)	32.96 (9.78)	0.000
<i>Recuerdo con Clave a Corto Plazo</i>	39.84 (13.16)	30.14 (11.73)	0.000
<i>Recuerdo Libre a largo Plazo</i>	41.12 (12.26)	31.20 (11.79)	0.000
<i>Recuerdo con Clave a Largo plazo</i>	39.47 (13.39)	28.26 (11.66)	0.000
<i>Uso de estrategia Semántica A</i>	43.08 (5.73)	39.10 (3.90)	0.000
<i>Uso de estrategia Semántica B</i>	45.26 (7.61)	42.56 (4.68)	0.008
<i>Uso de estrategia semántica recuerdo Libre a Corto Plazo</i>	43.07 (6.20)	39.08 (4.83)	0.000
<i>Uso de estrategia Semántica recuerdo Libre a Largo Plazo</i>	42.38 (6.66)	38.05 (5.77)	0.000
<i>Uso de estrategia Serial recuerdo Inmediato Lista A</i>	48.80 (9.64)	46.61 (6.72)	0.098
<i>Uso de estrategia Serial recuerdo Inmediato Lista B</i>	48.71 (6.89)	47.35 (7.07)	0.213
<i>Uso de estrategia Serial recuerdo Libre Corto Plazo</i>	50.27 (11.06)	48.83 (7.31)	0.334
<i>Uso de estrategia Serial recuerdo Libre Largo Plazo</i>	49.65 (9.00)	47.68 (6.67)	0.118

HABILIDAD VERBAL			
<i>WAIS-III- Vocabulario</i>	46.49 (7.74)	43.17 (8.13)	0.010
ATENCIÓN			
<i>CPT- Inatención (Omisiones)</i>	69.30 (23.75)	65.09 (21.13)	0.243
<i>CPT – Impulsividad</i>	104.03 (70.51)	100.37 (103.24)	0.802
<i>CPT – Vigilancia</i>	42.52 (16.26)	50.42 (15.49)	0.002
<i>WAIS-III- Dígitos</i>	50.18 (8.78)	41.08 (8.54)	0.000
FUNCION EJECUTIVA			
<i>WCST - errores Totales</i>	55.09 (10.60)	49.60 (10.00)	0.001
<i>WCST -Respuestas Perseverativas</i>	59.50 (14.82)	51.89 (19.16)	0.007
<i>WCST -Categorías Completadas</i>	1.68 (1.49)	1.45 (1.54)	0.354
<i>WCST Errores Perseverativos</i>	58.96 (13.96)	52.91 (15.83)	0.013
<i>WCST Errores No perseverativos</i>	52.19 (12.87)	50.44 (11.60)	0.370
<i>WCST Respuesta a Nivel Conceptual</i>	36.69 (10.09)	29.27 (6.97)	0.000
<i>TMT- b</i>	40.35 (9.72)	36.28 (11.61)	0.022
<i>FAS Verbal</i>	31.67 (13.62)	18.86 (15.63)	0.000
<i>FAS Animal</i>	39.80 (10.53)	38.11 (6.64)	0.228
<i>STROOP Palabras</i>	35.23 (11.30)	37.26 (10.58)	0.253
<i>STROOP Colores</i>	32.75 (11.20)	29.96 (10.05)	0.103
<i>STROOP Palabras Y Colores</i>	39.05 (12.51)	33.63 (10.98)	0.005
<i>STROOP Interferencia</i>	52.27 (8.50)	47.76 (6.31)	0.000
HABILIDAD MOTORA			
<i>TMT A</i>	37.17 (11.21)	33.37 (10.58)	0.025
<i>WAIS-III Clave de Número</i>	41.27 (9.88)	36.93 (9.35)	0.007

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS, CLINICOS Y NEUROPSICOLOGICOS SEGÚN EDAD DE INICIO DE ENFERMEDAD

Decidimos hacer un análisis de los grupos dependiendo de la edad de inicio de enfermedad, queriendo calcular las diferencias entre los pacientes delirantes y los que tenían esquizofrenia de inicio temprano y tardío. Pretendíamos utilizar como edad de corte para determinar inicio tardío, los 45 años. Sin embargo, a la hora de analizar los datos, nos percatamos que en la muestra utilizada no había un solo paciente con esquizofrenia con edad de inicio después de los 45 años. Frente a esta limitante, de igual manera decidimos hacer la comparación pero utilizando como edad de corte los 30 años.

En la tabla 12 se describen los datos socio demográficos según la edad de inicio del trastorno. Encontramos que 87 pacientes pertenecen al grupo de inicio temprano, siendo el 67.8% hombres (N=59) mientras que un 32.2% son mujeres (N=28). En el grupo de los pacientes con esquizofrenia de "inicio tardío", sólo encontramos 17 pacientes de los cuales 10 (58.8%) son masculinos y 7 (41.2%) féminas. En este grupo encontramos diferencias significativas con una $p < 0.001$.

Encontramos diferencias significativas en las edades; tanto en la media de edad, los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío muestran una media de edad de 56.36 años, seguidos de los delirantes con una media de 54.19 años y por último los de inicio temprano con una media de 39.45 años.

En la tabla 12, también se describe el estado civil de los pacientes, donde también se reflejan diferencias significativas. Los pacientes delirantes muestran mayor porcentaje de pacientes casados frente a mayor porcentaje de pacientes solteros en la muestra de personas con esquizofrenia, y entre este último grupo, los pacientes de inicio "temprano" presentan, mayor número de sujetos solteros con un 78.2% frente a un 47.1% en los de inicio "tardío".

Se muestran también diferencias significativas en el crecimiento en área, donde los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano muestran un mayor porcentaje de ciudadanos con un 73.6% que los de esquizofrenia de inicio tardío, con un 58.8% de crecimiento en áreas rurales. En la situación laboral, encontramos mayor número de pacientes con esquizofrenia de inicio temprano que perciben jubilación (30 pacientes), un 35.3% frente a 10 pacientes de inicio tardío.

Tabla 12. Características Sociodemográficas según Edad de Inicio de Enfermedad

	Trastorno Delirante N (%)	Esquizofrenia Temprana N (%)	Esquizofrenia Tardía N (%)	Sig.
Sexo				
Hombre	32 (37.2%)	59 (67.8%)	10 (58.8%)	0.000
Mujer	54 (62.8%)	28 (32.2%)	7 (41.2%)	
Nacimiento en invierno				
Si	28 (32.6%)	67 (77.0%)	12 (70.6%)	0.370
No	58 (67.4%)	20 (23.0%)	5 (29.4%)	
Edad / Años				
Media (DE)	54.19 (14.39)	39.45 (10.47)	56.36 (12.21)	0.000
Edad de Inicio	39.81 (14.30)	20.44 (4.50)	34.58 (4.04)	0.000
Años de Evolución	14.37 (12.00)	19.00 (11.09)	21.78 (10.94)	0.008
Crecimiento en Área				
Rural	41(47.7%)	23 (26.4%)	10 (58.8%)	0.004
Urbano	45 (52.3%)	64 (73.6%)	7 (41.2%)	
Estado Civil				
Casado/ En Pareja	45 (53.2%)	15 (17.2%)	4 (23.5%)	0.000
Soltero	21 (24.4%)	68 (78.2%)	8 (47.1%)	
Separado/Divorciado	14 (16.3%)	4 (4.6%)	4 (23.5%)	
Viudo(a)	6 (7.0%)	0 (0%)	1 (5.9%)	
Situación Laboral				
Activo/Empleado	13 (15.1%)	4 (4.7%)	1 (5.9%)	0.000
Activo/Paro	12 (14.0%)	5 (5.9%)	0 (0%)	
Ama de Casa	11 (12.8%)	1 (1.2%)	0 (0%)	
Jubilado/pensionista	42 (48.8%)	30 (35.3%)	10 (58.8%)	
Baja Laboral	5 (5.8%)	0 (0%)	0 (0%)	
Incapacidad Permanente	2 (2.3%)	42 (49.4%)	5 (29.4%)	
Estudiante	0 (0%)	2 (2.4%)	0 (0%)	
Otro	1 (1.2%)	1 (1.2%)	1 (5.9%)	
Años de estudio				
Sin estudios	5 (5.8%)	1 (1.1%)	2 (11.8%)	0.002
1-4	22 (25.6%)	9 (10.3%)	3 (17.6%)	
5-8	34 (39.5%)	34 (39.1%)	8 (47.1%)	
9-12	12 (14.0%)	35 (40.2%)	2 (11.8%)	
Más de 12	13 (15.1%)	8 (9.2%)	2 (11.8%)	

En la siguiente tabla, (tabla 13) se describen los resultados de los antecedentes psiquiátricos familiares así como el uso de fármacos según edad de inicio de enfermedad.

Encontramos diferencias significativas en el parentesco de los pacientes, presentando los pacientes delirantes mayor porcentaje de familiares de primer grado con enfermedades

mentales, seguidos de los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío y seguido por los de inicio temprano, quienes en su caso muestran mayor porcentaje de familiares de segundo grado con enfermedad mental frente a los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío y los pacientes con trastorno delirante.

Del mismo modo se encontraron diferencias significativas en el tipo de anti psicótico utilizado, siendo los anti psicóticos atípicos los mayormente utilizados, en primer lugar por los pacientes delirantes, seguidos de los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano y por último los de inicio tardío. Los pacientes de inicio tardío muestran mayor utilización de los anti psicóticos típicos con un 41.2% frente a un 29.7% en los de inicio temprano y un 14.1% en los pacientes delirantes.

La psicosis, es el síndrome clínico presente con mayor frecuencia entre los familiares de los pacientes. Presentaban antecedentes familiares de psicosis un 51.9% de los pacientes con TD, un 37.8% de los pacientes con esquizofrenia temprana y un 12.5 % de los pacientes con esquizofrenia tardía.

Tabla 13. Utilización de fármacos y Antecedentes Psiquiátricos Familiares Según Edad de Inicio de Enfermedad

		Trastorno Delirante	Esquizofrenia		Sig.
		N (%)			
			Temprana	Tardía	
<i>Antecedentes Psiq. Familiares</i>	No	32 (37.2%)	45 (53.6%)	7 (50%)	0.095
	Si	54 (62.8%)	39 (46.4%)	7 (50%)	
<i>Síndrome Clínico</i>	Psicosis	28 (51.9%)	14 (37.8%)	1 (12.5%)	0.051
	T. Afectivos	7 (13%)	8 (21.6%)	0 (0%)	
	T. Ansiedad	2 (3.7%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Otros	17 (31.7%)	15 (40.5%)	7 (87.5%)	
<i>Parentesco</i>	1er grado	41 (75.9%)	15 (39.5%)	5 (62.5%)	0.002
	2do grado	13 (24.1%)	16 (42.1%)	2 (25%)	
	otros	0 (0%)	7 (18.4%)	1 (12.5%)	
<i>Uso de Anti psicótico</i>	No	8 (9.3%)	1 (1.1%)	0 (0%)	0.026
	Si	78 (90.7%)	86 (98.9%)	17 (100%)	
	Típico	11 (14.1%)	26 (29.9%)	7 (41.2%)	0.000
	Atípico	60 (76.9%)	28 (32.2%)	4 (23.5%)	
	Ambos	7 (9.0%)	33 (37.9%)	6 (35.3%)	
<i>Uso de Eutimizantes</i>	No	81(94.2%)	86 (98.9%)	17 (100%)	0.158
	Si	5 (5.8%)	1 (1.1%)	0 (0%)	
<i>Uso de Antidepresivo</i>	No	51(59.3%)	63 (72.4%)	15 (88.2%)	0.031
	Si	35 (40.7%)	24 (27.6%)	2 (11.8%)	
<i>Uso Benzodiazepinas</i>	NO	54 (62.8%)	59 (67.8%)	9 (52.9%)	0.471
	SI	32 (37.2%)	28 (32.2%)	8 (47.1%)	
<i>Uso Anti colinérgicos</i>	No	71 (82.8%)	56 (64.4%)	10 (58.8%)	0.013
	Si	15 (17.4%)	31 (35.6%)	7 (41.2%)	

En la tabla 14 se reflejan los resultados de la PANSS haciendo las clasificaciones por grupos según edad de inicio de enfermedad de los pacientes con esquizofrenia. Se encontraron las mismas diferencias significativas que cuando realizamos la comparación entre grupos sin hacer clasificación de edad. De forma que es la PANSS Negativa donde se presentan mayores diferencias entre los grupos así como en la PANSS general. Los resultados sin embargo, a la

hora de hacer las comparaciones según edad de inicio, son variados. En el caso de la PANSS positiva, encontramos que los mejores resultados en la mayoría de los ítems los presentan los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío, seguidos de los pacientes delirantes y por último de los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano. Esta relación se encuentra en la desorganización perceptual, la excitación, y la hostilidad. Sin embargo, en delirios, grandiosidad y suspicacia los pacientes delirantes son los muestran mayor sintomatología, seguidos de los de inicio temprano y por último, con menor sintomatología los de inicio tardío. Solo en el ítem de alucinaciones, los pacientes delirantes mostraron menor sintomatología seguidos de los de inicio tardío y por último de los de inicio temprano. Y este último es el ítem donde se encontraron diferencias significativas entre los grupos con un $p < 0.001$.

EN la PANSS negativa, sin embargo, se encontraron diferencias significativas con una $p < 0.001$ en todos los ítems excepto en el *pensamiento estereotipado*, y fue este ítem, exactamente, el único donde los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío mostraban menor sintomatología, en todos los ítems anteriores, los delirantes seguidos de los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano mostraban menor sintomatología que los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío. En la PANSS General encontramos diferencias significativas en ansiedad ($p < 0.005$), tensión motora ($p < 0.001$), enlentecimiento motor ($p < 0.001$), desorientación ($p < 0.001$), atención deficiente ($p < 0.001$), ausencia de juicio/insight ($p < 0.001$) y en los trastornos de la volición ($p < 0.005$).

En las puntuaciones globales de la PANSS encontramos diferencias significativas en la PANSS Negativa y en la PANSS General, donde nos encontramos menor alteración en los pacientes delirantes seguidos de los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano y por último los de inicio tardío. Mientras que en la Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG/GAF),

donde también encontramos diferencias significativas con una $p < 0.001$, vemos que los pacientes delirantes muestran mejores medias en áreas funcionales frente a los pacientes con esquizofrenia, y al igual que en la PANSS negativa y en la PANSS global, los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano muestran menor sintomatología.

Tabla 14. PANSS Según Edad de Inicio de Enfermedad

		Media (DE)	Sig.
<i>PP1. Delirios</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	3.56 (2.04) 2.95 (1.50) 2.50 (1.45)	0.026
<i>PP2. Desorganización Conceptual</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.72 (0.95) 1.77 (1.03) 1.29 (0.61)	0.220
<i>PP3. Alucinaciones</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.24 (0.71) 2.65 (1.48) 2.64 (1.60)	0.000
<i>PP4. Excitación</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.42 (0.75) 1.54 (0.90) 1.07 (0.27)	0.125
<i>PP5. Grandiosidad</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.38 (1.14) 1.37 (0.86) 1.00 (0.00)	0.391
<i>PP6. Susplicacia/perjuicio</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	2.80 (1.36) 2.73 (1.37) 2.64 (1.15)	0.892
<i>PP7. Hostilidad</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.21 (0.49) 1.24 (0.59) 1.14 (0.36)	0.815
<i>PN1. Embotamiento afectivo</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.18 (0.44) 2.74 (1.54) 3.93 (0.92)	0.000
<i>PN2. Retraimiento Emocional</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.29 (0.67) 2.73 (1.26) 3.21 (0.98)	0.000
<i>PN3. Contacto Pobre</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.22 (0.47) 2.56 (1.23) 3.21 (0.98)	0.000
<i>PN4. Retraimiento Social</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.42 (0.71) 3.20 (1.44) 3.64 (1.34)	0.000
<i>PN5. Pensamiento Abstracto</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.92 (1.06) 3.89 (1.25) 4.64 (1.08)	0.000
<i>PN6. Fluidez de la Conversación</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.40 (0.83) 2.49 (1.47) 2.71 (1.20)	0.000
<i>PN7. Pensamiento Estereotipado</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.40 (0.71) 1.55 (0.92) 1.07 (0.27)	0.096

<i>PG1. Preocupación Somática</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.35 (0.74) 1.31 (0.99) 1.57 (1.22)	0.604
<i>PG2. Ansiedad</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.48 (0.81) 1.95 (1.13) 2.21 (1.05)	0.002
<i>PG3. Sentimientos de Culpa</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.45 (0.82) 1.48 (0.87) 1.50 (1.09)	0.964
<i>PG4. Tensión Motora</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.14 (0.47) 1.85 (1.08) 1.64 (1.08)	0.000
<i>PG5. Manierismos/posturas</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.15 (0.50) 1.08 (0.35) 1.00 (0.00)	0.334
<i>PG6. Depresión</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.61 (0.99) 1.71 (1.01) 2.29 (1.14)	0.072
<i>PG7. Enlentecimiento Motor</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.31 (0.69) 1.82 (1.12) 2.64 (1.08)	0.000
<i>PG8. Falta de Colaboración</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.14 (0.44) 1.20 (0.58) 1.00 (0.00)	0.333
<i>PG9. Pensamientos Inusuales</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.27 (0.66) 1.62 (1.25) 1.21 (0.80)	0.053
<i>PG10. Desorientación</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.20 (0.55) 1.87 (1.15) 2.00 (1.30)	0.000
<i>PG11. Atención Deficiente</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.06 (0.24) 1.82 (1.07) 1.50 (0.76)	0.000
<i>PG12. Ausencia de Insight</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	4.14 (2.00) 3.19 (1.28) 3.71 (1.07)	0.001
<i>PG13. Trastornos de la volición</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.19 (0.50) 1.58 (0.93) 1.43 (0.76)	0.003
<i>PG14. Control deficiente de los impulsos</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.11 (0.35) 1.10 (0.37) 1.00 (0.00)	0.565
<i>PG15. Ensimismamiento</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.24 (0.61) 1.13 (0.37) 1.14 (0.36)	0.380
<i>PG16. Evitación Social Activa</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.49 (0.90) 1.82 (1.12) 1.71 (1.20)	0.118
PUNTUACIONES GLOBALES DE LA PANSS			
PANSS Positiva	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	13.35 (4.59) 14.25 (4.69) 12.29 (3.85)	0.224
PANSS Negativa	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	9.84 (2.93) 19.15 (6.40) 22.43 (4.77)	0.000
PANSS General	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	23.33 (4.74) 26.54 (6.04) 27.57 (5.89)	0.000
Escala de Evaluación de Actividad Global			
E.E.A.G. (GAF)	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	63.01 (16.89) 43.69 (9.88) 40.94 (9.85)	0.000

En la tabla 15 se plantean los resultados de las pruebas neuropsicológicas según la edad de inicio de la enfermedad. Encontramos diferencias significativas sobre todo en las pruebas que evalúan *Memoria*, en algunos ítems que evalúan la función ejecutiva como son la Vigilancia del CPT y los Dígitos del WAIS III, así como en la interferencia del STROOP. Estos resultados nos muestran que los pacientes delirantes presentan mejores resultados que los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío y estos a su vez de los de inicio temprano.

Encontramos diferencias significativas en el MEC ($p < 0.001$), donde los pacientes delirantes muestran mejores puntuaciones seguidos de los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano, seguido de los de inicio tardío.

En el TAVEC, que fue la prueba utilizada para evaluar memoria, encontramos diferencias significativas ($p < 0.001$) en el mismo orden que en el MEC, en los siguientes ítems, en el Recuerdo Inmediato y en la Utilización de estrategia semántica del recuerdo libre a corto plazo. Mientras que en los ítems, *Total de palabras recordadas, recuerdo inmediato con interferencia, recuerdo a corto plazo con y sin claves, recuerdo a largo plazo con y sin claves, uso de estrategia semántica a largo plazo*, los pacientes delirantes fueron los que presentaron mejores resultados seguidos de los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío y por último, los de inicio temprano.

En pruebas de atención como el CPT ($p < 0.005$), los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano fueron los que mostraron menor alteración, seguido de los pacientes delirantes y de los de inicio tardío. Mientras que en la prueba de Dígitos del WAIS III ($p < 0.001$) fueron los delirantes quienes mostraron mejor ejecución seguidos de los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío y por último los de inicio temprano.

En las pruebas de función ejecutiva, encontramos diferencias significativas en el número de errores totales y el Nivel de respuesta conceptual del WCST ($p < 0.001$), así como la Fluencia verbal ($p < 0.001$) y la interferencia del STROOP ($p < 0.001$), donde los pacientes delirantes muestran menor alteración seguidos de los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío y los de inicio temprano.

Tabla 15. Datos Neuropsicológicos según edad de inicio de enfermedad

	MEDIA (DE)		Sig.
<i>MEC</i>	TD	27.47 (2.51)	0.000
	ESQ Temprana	26.19 (3.12)	
	ESQ Tardía	24.00 (4.06)	
MEMORIA			
<i>Recuerdo Inmediato 1</i>	TD	40.04 (10.05)	0.000
	ESQ Temprana	32.63 (8.76)	
	ESQ Tardía	29.64 (7.26)	
<i>Recuerdo inmediato 5</i>	TD	40.76 (14.26)	0.000
	ESQ Temprana	30.23 (11.98)	
	ESQ Tardía	29.16 (12.51)	
<i>Total de Palabras Recordadas</i>	TD	40.43 (12.78)	0.000
	ESQ Temprana	27.83 (10.18)	
	ESQ Tardía	28.14 (9.50)	
<i>Recuerdo Inmediato con interferencia</i>	TD	42.22 (9.31)	0.000
	ESQ Temprana	35.07 (8.64)	
	ESQ Tardía	33.80 (7.50)	
<i>Recuerdo Libre a Corto Plazo</i>	TD	40.15 (12.37)	0.000
	ESQ Temprana	32.42 (9.42)	
	ESQ Tardía	33.45 (10.32)	
<i>Recuerdo con Clave a Corto Plazo</i>	TD	39.84 (13.61)	0.000
	ESQ Temprana	30.00 (11.82)	
	ESQ Tardía	30.08 (11.94)	
<i>Recuerdo Libre a largo Plazo</i>	TD	41.12 (12.26)	0.000
	ESQ Temprana	30.64 (11.74)	
	ESQ Tardía	32.94 (11.83)	
<i>Recuerdo con Clave a Largo plazo</i>	TD	39.47 (13.39)	0.000
	ESQ Temprana	27.88 (11.49)	
	ESQ Tardía	29.20 (13.28)	

<i>Uso de estrategia Semántica A</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	43.08 (5.72) 39.13 (3.96) 38.81 (3.73)	0.000
<i>Uso de estrategia Semántica B</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	45.26 (7.61) 42.53 (4.78) 42.05 (3.68)	0.016
<i>Uso de estrategia semántica recuerdo Libre a Corto Plazo</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	43.07 (6.20) 38.50 (4.32) 41.36 (6.55)	0.000
<i>Uso de estrategia Semántica recuerdo Libre a Largo Plazo</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	42.38 (6.66) 37.62 (5.44) 40.46 (7.48)	0.000
<i>Uso de estrategia Serial recuerdo Inmediato Lista A</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	48.80 (9.64) 46.61 (6.74) 49.95 (7.51)	0.201
<i>Uso de estrategia Serial recuerdo Inmediato Lista B</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	48.71 (6.89) 47.54 (7.21) 47.76 (7.04)	0.584
<i>Uso de estrategia Serial recuerdo Libre Corto Plazo</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	50.27 (11.06) 59.01 (7.30) 47.23 (5.92)	0.458
<i>Uso de estrategia Serial recuerdo Libre Largo Plazo</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	49.65 (9.00) 47.70 (6.94) 46.15 (4.61)	0.169
HABILIDAD VERBAL			
<i>WAIS-III- Vocabulario</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	40.18 (8.78) 40.94 (8.13) 41.79 (6.33)	0.014
ATENCIÓN			
<i>CPT- Inatención</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	69.30 (23.75) 65.39 (22.30) 67.02 (15.40)	0.588
<i>CPT – Impulsividad</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	104.03 (70.51) 103.26 (111.09) 97.41 (52.76)	0.976
<i>CPT – Vigilancia</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	42.53 (16.26) 51.34 (15.76) 44.65 (15.56)	0.005
<i>WAIS-III- Dígitos</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	50.18 (8.78) 40.94 (8.13) 41.79 (10.68)	0.000
FUNCION EJECUTIVA			
<i>WCST - errores Totales</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	55.09 (10.60) 49.53 (10.76) 49.00 (5.48)	0.004
<i>WCST -Respuestas Perseverativas</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	59.50 (14.82) 52.52 (20.36) 47.58 (9.97)	0.019
<i>WCST Errores Perseverativos</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	58.96 (13.96) 53.59 (16.67) 48.17 (8.54)	0.024
<i>WCST Errores No perseverativos</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	52.19 (12.87) 49.52 (10.87) 55.58 (16.35)	0.187
<i>WCST- Respuesta Nivel Conceptual</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	36.69 (10.09) 28.95 (7.36) 30.83 (4.75)	0.000
<i>WCST -# Categorías Completadas</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	1.68 (1.49) 1.55 (1.55) 0.92 (1.50)	0.283
<i>TMT- b</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	40.35 (9.72) 35.83 (11.93) 36.08 (8.30)	0.041

<i>FAS Verbal</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	31.67 (13.62) 16.92 (15.50) 24.28 (7.21)	0.000
<i>FAS Animal</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	39.80 (10.53) 37.86 (6.78) 38.92 (5.78)	0.386
<i>STROOP Palabras</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	35.23 (11.30) 38.05 (10.69) 31.57 (9.26)	0.077
<i>STROOP Colores</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	32.76 (11.20) 29.81 (9.86) 27.95 (10.32)	0.143
<i>STROOP Palabras Y Colores</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	39.04 (12.51) 33.33 (10.75) 31.93 (11.07)	0.008
<i>STROOP Interferencia</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	52.27 (8.50) 47.31 (6.28) 48.80 (6.32)	0.000
HABILIDAD MOTORA			
<i>TMTa</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	37.17 (11.21) 32.56 (10.42) 35.07 (10.16)	0.033
<i>WAIS-III Clave de Número</i>	TD ESQ Temprana ESQ Tardía	41.27 (9.88) 37.08 (9.66) 36.11 (7.76)	0.025

Quisimos realizar una exploración más a fondo para ver realmente las diferencias entre estos tres grupos que estamos analizando, utilizamos las pruebas de contraste de Bonferroni.

Estas pruebas nos arrojaron que los pacientes con TD se diferencian significativamente de los Pacientes con esquizofrenia de Inicio Temprano y Tardío mostrando estos menor alteración en variables como número de hospitalizaciones ($p = 0.213$, <0.001), presencia de alucinaciones ($p < 0.001$), embotamiento afectivo ($p < 0.001$), retraimiento emocional ($p < 0.001$, < 0.001), contacto pobre ($p < 0.001$, < 0.001), retraimiento social ($p < 0.001$, < 0.001), tensión motora ($p = 0.128$, < 0.001), desorientación ($p = 0.010$, < 0.001); mientras que en ausencia de insight los pacientes delirantes puntuaron muy por encima de los pacientes con esquizofrenia sin importar la edad de inicio ($p = 1$, < 0.001). En estas áreas la esquizofrenia de inicio temprano e inicio tardío no muestran diferencias entre sí. En variables como ansiedad, donde encontramos también diferencias entre grupos, los pacientes con TD, puntúan menor ansiedad

que los pacientes con esquizofrenia, seguidos de los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano quienes en esta variable muestran un funcionamiento similar al de los pacientes con TD. La tabla 16, refleja los resultados arrojados por los análisis de contraste que realizamos.

Tabla 16. Análisis de Contraste en PANSS por Edad de Inicio

<i>Variable</i>	<i>Delirantes –vs- ESQ Tardía</i>	<i>Delirantes –vs- ESQ Temprana</i>	<i>ESQ Temprana –vs- ESQ Tardía</i>
	Sig	Sig	Sig
<i>Hospitalizaciones</i>	0.213	<0.001	0.458
<i>PP3. Alucinaciones</i>	<0.001	<0.001	1
<i>PN1.Embotamiento Afectivo</i>	<0.001	<0.001	0.001
<i>PN2. Retraimiento Emocional</i>	<0.001	<0.001	0.280
<i>PN3. Contacto Pobre</i>	<0.001	<0.001	0.047
<i>PN4. Retraimiento Social</i>	<0.001	<0.001	0.557
<i>PN5. Pensamiento Abstracto</i>	<0.001	<0.001	0.077
<i>PG4. Tensión Motora</i>	0.128	<0.001	1
<i>PG7. Enlentecimiento motor</i>	<0.001	0.001	0.009
<i>PG10. Desorientación</i>	0.010	<0.001	1
<i>PG12. Insight</i>	1	0.001	0.813
<i>PG13. Volición</i>	0.801	0.002	1

De la misma manera, quisimos valorar como se diferenciaban los grupos en las áreas neuropsicológicas evaluadas y encontramos que el TD se diferencia de la Esquizofrenia sin distinción de edad de inicio en las pruebas de memoria y en atención. Los pacientes con TD y los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano mostraron ejecución similar en pruebas de función ejecutiva, específicamente en los resultados del WCST Respuestas (p 0.093, 0.055) y

Errores Perseverativos (0.070, 0.104). Del mismo modo el TD y los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío arrojaron resultados similares en el FAS Verbal y en la prueba de interferencia del STROOP. La tabla 17 detalla los resultados arrojados por el análisis Bonferroni.

Tabla 17. Análisis de Bonferroni en Variables Neuropsicológicas por Edad de Inicio

<i>Variable</i>	<i>Delirantes –vs- ESQ Tardía</i>	<i>Delirantes –vs- ESQ Temprana</i>	<i>ESQ Temprana –vs- ESQ Tardía</i>
	Sig	Sig	Sig
<i>MEC</i>	<0.001	0.021	0.019
<i>Recuerdo Inmediato 1</i>	0.001	<0.001	0.850
<i>Recuerdo inmediato 5</i>	0.01	<0.001	1
<i>Total de Palabras Recordadas</i>	0.01	<0.001	1
<i>Recuerdo Inmediato con interferencia</i>	0.006	<0.001	1
<i>Recuerdo Libre Corto Plazo</i>	0.06	<0.001	1
<i>Recuerdo Libre Corto Plazo Con Claves</i>	0.03	<0.001	1
<i>Recuerdo Libre Largo Plazo</i>	0.073	<0.001	1
<i>Recuerdo Libre Largo Plazo con Claves</i>	0.021	<0.001	1
<i>Uso de estrategia Semántica A</i>	0.011	<0.001	1
<i>FAS Verbal</i>	0.224	<0.001	0.227
<i>STROOP Interferencia</i>	0.329	<0.001	1
<i>WCST -Respuestas Perseverativas</i>	0.093	0.055	1
<i>WCST Errores Perseverativos</i>	0.070	0.104	0.746
<i>WCST- Respuesta Nivel Conceptual</i>	0.090	<0.001	1
<i>WAIS-III- Digitos</i>	0.005	<0.001	1

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS, CLINICOS Y NEUROPSICOLOGICOS SEGÚN GÉNERO

En la tabla 18 se describen los datos socio demográficos de los grupos según el género y encontramos diferencias significativas en el estado civil en ambos grupos. Con una $p=0.001$ en los delirantes habiendo un mayor porcentaje de mujeres casadas (53.7%) frente a mayor número de hombres solteros 40.6%, Presentándose el mismo caso en los pacientes con esquizofrenia, donde hay mayor porcentaje de mujeres casadas (37.16%) frente a un mayor porcentaje de hombres solteros (84.9%).

Tabla 18. Datos Socio demográficos según Clasificación Por Género

	Mujer	Hombre	Sig.	Mujer	Hombre	Sig.
<i>Nacimiento en invierno</i>						
Si	19 (35.2%)	9 (28.1%)	0.499	7 (20%)	19 (26%)	0.493
No	35 (64.8%)	23 (71.9%)		28 (80%)	54 (74%)	
<i>Media (DE)</i>						
Edad / Años	55.24 (13.39)	52.80 (16.11)	0.480	43.72 (13.99)	40.63 (11.83)	0.234
Edad de Inicio	41.44 (15.13)	37.42 (12.55)	0.192	23.40 (7.66)	22.56 (6.50)	0.561
Años de Evolución	13.80 (11.52)	15.39 (13.11)	0.576	20.32 (11.25)	19.02 (11.03)	0.575
<i>Crecimiento en Área</i>						
Rural	28 (51.9%)	13(40.6%)	0.314	16 (45.7%)	17 (23.3%)	0.018
Urbano	26 (48.1%)	19(59.4%)		19 (54.3%)	56 (76.7%)	
<i>Estado Civil</i>						
Casado/ En Pareja	29 (53.7%)	16(50.0%)	0.014	13 (37.1%)	6 (8.2%)	0.001
Soltero	8 (14.8%)	13(40.6%)		18 (51.4%)	62 (84.9%)	
Separado/Divorciado	11 (20.4%)	3 (9.4%)		3 (8.6%)	5 (6.8%)	
Viudo(a)	6 (11.1)%	0 (0%)		1 (2.9%)	0 (0%)	
<i>Situación Laboral</i>						
Activo/Empleado	9 (16.7%)	4 (12.5%)	0.104	1 (2.9%)	6 (8.3%)	0.555
Activo/Paro	9 (16.7%)	3 (9.4%)		3 (8.8%)	4 (5.6%)	
Ama de Casa	10 (18.5%)	1 (3.1%)		1 (2.9%)	0 (0%)	
Jubilado/pensionista	23 (42.6%)	19 (59.4%)		16 (47.1%)	31 (43.1%)	
Baja Laboral	2 (3.8%)	5 (15.6%)		12 (35.3%)	28 (38.9%)	
Estudiante	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	2 (2.8%)	
Otro	1 (1.8%)	0 (0%)		1 (2.9%)	1 (142%)	
<i>Años de estudio</i>						
Sin estudios	5 (9.3%)	0 (0%)	0.184	2 (5.7%)	1 (1.4%)	0.783
1-4	16 (29.6%)	6 (18.8%)		4 (11.4%)	8 (11.0%)	
5-8	19 (35.2%)	15 (46.9%)		14 (40.0%)	30 (41.1%)	
9-12	8 (14.8%)	4 (12.5%)		11 (31.4%)	26 (35.6%)	
Más de 12	6 (11.1)	7 (21.9%)		4 (11.4%)	8 (11.0%)	

En la tabla 19, se realizó una comparación entre género según el trastorno para evaluar diferencias en antecedentes psiquiátricos y utilización de fármacos, solo se evidenció diferencias significativas con una $p < 0.005$ en los pacientes con esquizofrenia en el grado de parentesco del familiar con enfermedad mental, donde los hombres mostraron mayor porcentaje de familiares tanto de primer (con un 62.5%) como de segundo (con un 31.3%) grado con enfermedades mentales. No se encontró ninguna diferencia significativa en la utilización de fármacos según género.

Tabla 19. Utilización de Fármacos y Antecedentes Psiquiátricos Familiares según clasificación por Género

		T. Delirante			Esquizofrenia		
		Mujer	Hombre	Sig.	Mujer	Hombre	Sig.
<i>Antecedentes Psiq. Familiares</i>	No	22 (40.7%)	10 (31.3%)	0.379	14 (42.4%)	38 (55.1%)	0.232
	Si	32 (59.3%)	22 (68.8%)		19 (57.6%)	31 (44.9%)	
<i>Parentesco</i>	1er grado	25 (78.1%)	16 (72.7%)	0.589	3 (16.7%)	20 (62.5%)	0.003
	2do grado	7 (21.9%)	6 (27.3%)		9 (50.0%)	10 (31.3%)	
	Otros				3 (33.3%)	2 (6.3%)	
<i>Síndrome Psiquiátrico</i>	Psicosis	17 (53.1%)	11 (50%)	0.848	7 (38.9%)	8 (25.8%)	0.390
	Depresión	5 (15.6%)	2 (9.1%)		2 (11.1%)	9 (29.0%)	
	Ansiedad	1 (3.1%)	1 (4.5%)		0 (0%)	1 (3.2%)	
	Otros				9 (50.0%)	13 (41.9%)	
<i>Anti psicótico</i>	No	6 (11.1%)	2(6.3%)	0.453	1 (2.9%)	0 (0%)	0.147
	Si	48 (88.9%)	30 (93.8%)		34 (97.1%)	73 (100%)	
<i>Típico</i>		7 (14.6%)	4 (13.3%)	0.290	12 (34.3%)	21 (28.8%)	0.290
	<i>Atípico</i>	38 (79.2%)	22 (73.3%)		14 (40.0%)	22 (30.1%)	
	<i>Ambos</i>	3 (6.3%)	4 (13.3%)		9 (25.7%)	30 (41.1%)	
<i>Eutimizantes</i>	No	49 (90.7%)	32 (100%)	0.076	35 (100%)	72 (98.6%)	0.487
	Si	5 (9.3%)	0 (0%)		0 (0%)	1 (1.4%)	
<i>Antidepresivo</i>	No	30 (55.6%)	21 (65.6%)	0.358	25 (71.4%)	55 (75.3%)	0.664
	Si	24 (44.4%)	11 (34.4%)		10 (28.6%)	18 (24.71%)	
<i>Anti colinérgicos</i>	No	47 (87.0%)	24 (75.0%)	0.155	21 (60.0%)	48 (65.8%)	0.560
	Si	7 (13.0%)	8 (25.0%)		14 (40.0%)	25 (34.2%)	
<i>Benzodiazepinas</i>	No	34 (63.0%)	20 (62.5%)	0.966	27 (77.1%)	43 (58.9%)	0.063
	Si	20 (37.0%)	12 (37.5%)		8 (22.9%)	30 (41.1%)	

Tabla 20. PANSS según clasificación por Género

		MEDIA (DE)			Sig.
		Trastorno Delirante	Sig.	Esquizofrenia	
<i>PP1. Delirios</i>	Mujer	3.34 (1.97)	0.193	3.34 (1.64)	0.033
	Hombre	3.94 (2.14)		2.67 (1.37)	
<i>PP2. Desorganización Conceptual</i>	Mujer	1.57 (0.82)	0.057	1.50 (0.80)	0.224
	Hombre	1.97 (1.09)		1.76 (1.06)	
<i>PP3. Alucinaciones</i>	Mujer	1.09 (0.35)	0.024	2.78 (1.58)	0.380
	Hombre	1.53 (1.01)		2.50 (1.45)	
<i>PP4. Excitación</i>	Mujer	1.40 (0.71)	0.667	1.38 (0.83)	0.489
	Hombre	1.47 (0.80)		1.50 (0.85)	
<i>PP5. Grandiosidad</i>	Mujer	1.25 (0.96)	0.175	1.09 (0.39)	0.014
	Hombre	1.59 (1.39)		1.41 (0.91)	
<i>PP6. Susplicia/perjuicio</i>	Mujer	2.74 (1.30)	0.579	2.88 (1.54)	0.380
	Hombre	2.91 (1.47)		2.63 (1.19)	
<i>PP7. Hostilidad</i>	Mujer	1.17 (0.47)	0.313	1.13 (0.42)	0.207
	Hombre	1.28 (0.52)		1.26 (0.61)	
<i>PN1. Embotamiento afectivo</i>	Mujer	1.02 (0.14)	0.001	2.81 (1.58)	0.590
	Hombre	1.44 (0.62)		2.99 (1.47)	
<i>PN2. Retraimiento Emocional</i>	Mujer	1.11 (0.32)	0.009	2.25 (1.19)	0.001
	Hombre	1.59 (0.95)		3.07 (1.13)	
<i>PN3. Contacto Pobre</i>	Mujer	1.19 (0.44)	0.385	2.34 (1.10)	0.046
	Hombre	1.28 (0.52)		2.86 (1.23)	
<i>PN4. Retraimiento Social</i>	Mujer	1.36 (0.65)	0.282	2.88 (1.52)	0.081
	Hombre	1.53 (0.80)		3.40 (1.33)	
<i>PN5. Pensamiento Abstracto</i>	Mujer	1.85 (0.85)	0.446	3.88 (1.19)	0.642
	Hombre	2.03 (1.36)		4.00 (1.29)	
<i>PN6. Fluidez de la Conversación</i>	Mujer	1.36 (0.79)	0.558	2.38 (1.43)	0.456
	Hombre	1.47 (0.92)		2.60 (1.40)	
<i>PN7. Pensamiento Estereotipado</i>	Mujer	1.25 (0.48)	0.026	1.41 (0.80)	0.669
	Hombre	1.66 (0.94)		1.49 (0.90)	
<i>PG1. Preocupación Somática</i>	Mujer	1.26 (0.49)	0.226	1.34 (0.94)	0.951
	Hombre	1.50 (1.02)		1.36 (1.06)	
<i>PG2. Ansiedad</i>	Mujer	1.45 (0.75)	0.668	1.94 (1.05)	0.746
	Hombre	1.53 (0.92)		2.01 (1.14)	
<i>PG3. Sentimientos de Culpa</i>	Mujer	1.26 (0.45)	0.030	1.56 (0.95)	0.594
	Hombre	1.75 (1.16)		1.46 (0.91)	
<i>PG4. Tensión Motora</i>	Mujer	1.11 (0.32)	0.480	1.50 (0.92)	0.020
	Hombre	1.19 (0.64)		2.00 (1.12)	
<i>PG5. Manierismos/posturas</i>	Mujer	1.09 (0.35)	0.232	1.06 (0.35)	0.898
	Hombre	1.25 (0.67)		1.07 (0.31)	
<i>PG6. Depresión</i>	Mujer	1.57 (1.01)	0.586	1.78 (0.98)	0.884
	Hombre	1.69 (0.97)		1.81 (1.09)	
<i>PG7. Entecimiento Motor</i>	Mujer	1.13 (0.39)	0.012	1.81 (1.09)	0.322
	Hombre	1.59 (0.95)		2.06 (1.18)	
<i>PG8. Falta de Colaboración</i>	Mujer	1.08 (0.27)	0.140	1.03 (0.18)	0.016
	Hombre	1.25 (0.62)		1.23 (0.62)	
<i>PG9. Pensamientos Inusuales</i>	Mujer	1.13 (0.39)	0.038	1.50 (1.11)	0.822
	Hombre	1.50 (0.92)		1.56 (1.22)	
<i>PG10. Desorientación</i>	Mujer	1.15 (0.41)	0.359	1.94 (1.13)	0.704
	Hombre	1.28 (0.73)		1.84 (1.18)	
<i>PG11. Atención Deficiente</i>	Mujer	1.04 (0.19)	0.344	1.50 (0.80)	0.034
	Hombre	1.09 (0.30)		1.91 (1.09)	
<i>PG12. Ausencia de Insight</i>	Mujer	3.94 (1.90)	0.243	3.13 (1.10)	0.424
	Hombre	4.47 (2.16)		3.33 (1.36)	
<i>PG13. Trastornos de la volición</i>	Mujer	1.21 (0.53)	0.649	1.34 (0.75)	0.077
	Hombre	1.16 (0.45)		1.66 (0.96)	
<i>PG14. Control deficiente de los impulsos</i>	Mujer	1.09 (0.35)	0.695	1.00 (0.00)	0.011
	Hombre	1.13 (0.34)		1.13 (0.41)	
<i>PG15. Ensimismamiento</i>	Mujer	1.22 (0.57)	0.593	1.22 (0.42)	0.120
	Hombre	1.28 (0.68)		1.09 (0.33)	

<i>PG16. Evitación Social Activa</i>	Mujer	1.43 (0.80)	0.428	1.84 (1.37)	0.902
	Hombre	1.59 (1.04)		1.81 (0.98)	
<i>PANSS Positiva</i>	Mujer	12.55 (3.89)	0.036	14.09 (4.67)	0.711
	Hombre	14.69 (5.37)		13.73 (4.58)	
<i>PANSS Negativa</i>	Mujer	9.13 (2.17)	0.011	17.94 (6.05)	0.061
	Hombre	11.00 (3.63)		20.40 (6.09)	
<i>PANSS General</i>	Mujer	22.17 (3.74)	0.003	25.50 (5.69)	0.150
	Hombre	25.25 (5.58)		27.32 (6.00)	
<i>E.E.A.G (GAF)</i>	Mujer	68.65 (9.91)	0.001	45.14 (9.81)	0.333
	Hombre	53.55 (21.57)		43.11 (10.59)	

En la tabla 20 encontramos la descripción según género de la sintomatología positiva y negativa según la PANSS en ambos grupos estudiados. En el grupo de los delirantes, a nivel global, las mujeres parecen mostrar una menor alteración a nivel psicopatológico, sin embargo solo en los puntos siguientes fue donde se encontraron las diferencias significativas: PANSS Positiva, en el ítem que evalúa las alucinaciones ($p < 0.05$); en la PANSS Negativa, en los ítems que evalúa, pensamiento estereotipado ($p = 0.026$), embotamiento afectivo ($p = 0.001$) y retraimiento emocional ($p = 0.009$); en la PANSS General en: sentimientos de culpa ($p < 0.030$), enlentecimiento motor ($p < 0.012$) y pensamientos inusuales ($p < 0.038$). En todos los casos, los hombres presentan mayor alteración.

En los pacientes con esquizofrenia encontramos diferencias significativas en los siguientes ítems: PANSS Positiva: delirios [(más alterados las mujeres) $p = 0.033$] y grandiosidad [(más alterados los hombres) $p = 0.014$]. En la sintomatología negativa en los ítems de retraimiento emocional ($p = 0.001$) y contacto pobre ($p = 0.05$), siendo los hombres los que muestran mayor alteración en estos. Del mismo modo en los ítems que presentaban diferencias significativas en la PANSS global, fueron los hombres quienes mostraban mayor alteración.

La tabla 21 nos muestra los datos globales de las diferencias de género en los grupos en la sintomatología psicótica evaluada por la PANSS. Encontramos diferencias significativa en el grupo de los pacientes delirantes en la PANSS Negativa ($p < 0.05$) y en la General ($p < 0.005$) donde nos confirma que a nivel global los hombres de esta muestra son los que presentan mayor alteración en las áreas mencionadas anterior mente, sin embargo en la muestra de pacientes con esquizofrenia a nivel global aunque no muestran diferencias de género significativas, vemos que en la PANSS positiva las mujeres muestran mayor sintomatología que los hombres, mientras que en la PANSS negativa y en la global es todo lo contrario.

Tabla 21. PANSS Global según clasificación por Género

		Trastorno Delirante	Sig.	Esquizofrenia	Sig.
<i>PANSS Positiva</i>	Mujer	12.54 (3.89)	0.055	14.07 (4.67)	0.714
	Hombre	14.69 (5.37)		13.72 (4.58)	
<i>PANSS Negativa</i>	Mujer	9.13 (2.17)	0.011	17.93 (6.05)	0.062
	Hombre	11.00 (3.63)		20.40 (6.09)	
<i>PANSS General</i>	Mujer	22.17 (3.74)	0.003	25.50 (5.69)	0.144
	Hombre	25.25 (5.59)		27.33 (6.00)	

En la tabla 22 vemos la comparación de datos neuropsicológicos por genero según diagnóstico. En ambos grupos encontramos diferencias estadísticamente significativas en la evaluación de la memoria. En el caso de los pacientes delirantes fue la única área neuropsicológica donde presentaron diferencias significativas, siendo las mujeres quienes presentan mejor ejecución en las pruebas evaluadas. En el caso de las personas con

esquizofrenia, también se encuentran diferencias significativas entre hombres y mujeres en atención. En la impulsividad evaluada con el CPT.

Tabla 22. Datos Neuropsicológicos según Clasificación por Género

		Trastorno Delirante	Sig.	Esquizofrenia	Sig.
<i>MEC</i>	Mujer	27.34 (2.73)	0.531	24.82 (4.16)	0.051
	Hombre	27.71 (2.09)		26.40 (2.78)	
Memoria					
<i>Recuerdo Inmediato 1</i>	Mujer	42.22 (9.95)	0.009	34.93 (9.41)	0.030
	Hombre	35.93 (9.08)		30.93 (7.72)	
<i>Recuerdo inmediato 5</i>	Mujer	45.05 (13.03)	0.000	33.88 (10.94)	0.040
	Hombre	32.83 (13.17)		28.48 (12.29)	
<i>Total de Palabras Recordadas</i>	Mujer	44.51 (10.72)	0.000	31.93 (8.92)	0.006
	Hombre	32.91 (13.04)		25.99 (10.05)	
<i>Recuerdo Inmediato con interferencia</i>	Mujer	43.07 (10.16)	0.290	36.45 (8.55)	0.167
	Hombre	40.65 (7.43)		33.91 (8.27)	
<i>Recuerdo Libre a Corto Plazo</i>	Mujer	43.90 (11.92)	0.008	35.20 (7.95)	0.121
	Hombre	36.06 (11.78)		31.88 (10.43)	
<i>Recuerdo con Clave a Corto Plazo</i>	Mujer	43.48 (11.68)	0.001	32.05 (8.82)	0.213
	Hombre	33.13 (13.30)		29.23 (12.86)	
<i>Recuerdo Libre a largo Plazo</i>	Mujer	44.18 (11.08)	0.003	33.48 (10.20)	0.193
	Hombre	35.48 (12.55)		30.12 (12.40)	
<i>Recuerdo con Clave a Largo plazo</i>	Mujer	43.00 (11.74)	0.002	29.54 (8.97)	0.404
	Hombre	32.97 (14.02)		27.65 (12.76)	
<i>Uso de estrategia Semántica A</i>	Mujer	44.49 (5.58)	0.003	40.15 (3.82)	0.068
	Hombre	40.49 (5.13)		38.60 (3.86)	
<i>Uso de estrategia Semántica B</i>	Mujer	46.25 (8.14)	0.129	43.40 (5.50)	0.227
	Hombre	43.43 (6.28)		42.16 (4.23)	
<i>Uso de estrategia semántica recuerdo Libre a Corto Plazo</i>	Mujer	44.81 (6.50)	0.000	39.85 (5.42)	0.281
	Hombre	39.85 (4.04)		38.71 (4.53)	
<i>Uso de estrategia Semántica recuerdo Libre a Largo Plazo</i>	Mujer	44.49 (6.28)	0.000	39.37 (4.97)	0.125
	Hombre	38.49 (5.58)		37.43 (6.06)	
<i>Uso de estrategia Serial recuerdo Inmediato Lista A</i>	Mujer	49.19 (9.74)	0.640	45.70 (6.28)	0.363
	Hombre	48.08 (9.59)		47.04 (6.93)	
<i>Uso de estrategia Serial recuerdo Inmediato Lista B</i>	Mujer	48.58 (6.86)	0.838	48.53 (7.86)	0.261
	Hombre	48.93 (7.08)		46.79 (6.65)	
<i>Uso de estrategia Serial recuerdo Libre Corto Plazo</i>	Mujer	50.86 (10.70)	0.542	47.96 (5.36)	0.421
	Hombre	49.20 (11.83)		49.25 (8.08)	
<i>Uso de estrategia Serial recuerdo Libre Largo Plazo</i>	Mujer	50.03 (9.33)	0.622	47.42 (6.17)	0.788
	Hombre	48.94 (8.48)		47.81 (6.94)	
Habilidad Verbal					
<i>WAIS-III- Vocabulario</i>	Mujer	46.18 (7.50)	0.647	43.81 (8.69)	0.611
	Hombre	47.05 (8.29)		42.84 (7.89)	
Atención					
<i>CPT- Inatención</i>	Mujer	69.80 (22.37)	0.809	70.41 (26.11)	0.090
	Hombre	68.32 (26.76)		62.38 (17.73)	
<i>CPT – Impulsividad</i>	Mujer	112.09 (66.54)	0.189	144.74 (159.17)	0.031
	Hombre	88.26 (76.75)		77.80 (44.38)	
<i>CPT – Vigilancia</i>	Mujer	40.92 (16.04)	0.257	49.75 (16.18)	0.772
	Hombre	45.67 (16.56)		50.76 (15.26)	
<i>WAIS-III- Dígitos</i>	Mujer	49.39 (8.76)	0.288	39.76 (9.38)	0.308
	Hombre	51.67 (8.81)		41.84 (8.02)	

Función ejecutiva					
<i>WCST - errores Totales</i>	Mujer	55.38 (10.75)	0.755	50.16 (9.64)	0.705
	Hombre	54.52 (10.52)		49.32 (10.26)	
<i>WCST -Respuestas Perseverativas</i>	Mujer	60.20 (15.53)	0.590	52.87 (17.32)	0.728
	Hombre	58.13 (13.53)		51.38 (20.17)	
<i>WCST Errores Perseverativos</i>	Mujer	59.76 (14.79)	0.513	52.81 (16.09)	0.964
	Hombre	57.39 (12.31)		52.97 (15.83)	
<i>WCST Errores No perseverativos</i>	Mujer	52.40 (12.57)	0.853	51.68 (12.80)	0.467
	Hombre	51.78 (13.71)		49.80 (10.99)	
<i>WCST- Respuesta Nivel Conceptual</i>	Mujer	35.78 (9.82)	0.300	29.87 (6.17)	0.560
	Hombre	38.48 (10.60)		28.97 (7.37)	
<i>WCST -# Categorías Completadas</i>	Mujer	1.58 (1.44)	0.449	1.39 (1.59)	0.779
	Hombre	1.87 (1.6)		1.48 (1.52)	
<i>TMT- b</i>	Mujer	39.61 (10.25)	0.433	36.45 (10.57)	0.927
	Hombre	41.56 (8.84)		36.21 (12.14)	
<i>FAS Verbal</i>	Mujer	31.93 (12.81)	0.825	22.33 (13.26)	0.142
	Hombre	31.19 (15.30)		17.23 (16.46)	
<i>FAS Animal</i>	Mujer	40.97 (9.54)	0.189	38.30 (6.88)	0.850
	Hombre	37.60 (12.07)		38.02 (6.58)	
<i>STROOP Palabras</i>	Mujer	35.98 (10.65)	0.492	37.59 (10.45)	0.840
	Hombre	33.96 (12.47)		37.10 (10.72)	
<i>STROOP Colores</i>	Mujer	34.21 (9.94)	0.174	31.38 (9.78)	0.360
	Hombre	30.28 (12.92)		29.30 (10.19)	
<i>STROOP Palabras Y Colores</i>	Mujer	39.66 (11.91)	0.610	35.14 (10.67)	0.375
	Hombre	38.00 (13.67)		32.94 (11.14)	
<i>STROOP Interferencia</i>	Mujer	51.89 (8.26)	0.640	48.31 (6.08)	0.570
	Hombre	52.92 (9.04)		47.50 (6.45)	
Habilidad Motora					
<i>TMTa</i>	Mujer	36.26 (11.18)	0.366	32.44 (10.67)	0.548
	Hombre	38.77 (11.32)		33.82 (10.59)	
<i>WAIS-III Clave de Número</i>	Mujer	41.96 (10.44)	0.429	37.65 (9.33)	0.619
	Hombre	40.00 (8.82)		36.53 (9.43)	

Decidimos realizar un análisis de regresión lineal que valorara las variables que realmente nos diferencian ambos trastornos, para esto, tuvimos que realizar dos modelos previos de las variables neuropsicológicas para ver cuál de ellas pesaba más y otro modelo con las variables clínicas y sociodemográficas y un último modelo donde incluimos las variables significativas de los dos modelos anteriores.

En la tabla 23, se muestran que las variables que diferencian entre los grupos son: Dígitos del WAIS III, del TAVEC (prueba que evalúa Memoria) el Recuerdo Inmediato Total, es decir, el total de palabras recordadas de los 5 ensayos que evalúa la prueba, la puntuación de

interferencia del STROOP y el WCST, las respuestas a nivel conceptual. Estas variables explican un 50% de las varianzas de la diferencia entre los dos grupos.

Tabla 23. Regresión Lineal con las variables Neuropsicológicas

	B	OR (IC)	Sig.
<i>TAVEC- Total Palabras Recordadas</i>	-0.063	0.939 (0.901;0.978)	0.003
<i>WAIS III Digitos</i>	-0.083	0.920 (0.863; 0.982)	0.012
<i>STROOP Interferencia</i>	-0.098	0.906 (0.839;0.975)	0.012
<i>WCST- Respuesta a Nivel Conceptual</i>	-0.095	0.909 (0.849; 0.975)	0.007
Model R2 Nagelkerke		0.540	

Tabla 24. Regresión lineal con las variables clínicas, sociodemográficas y de funcionamiento

	B	OR (IC)	Sign.
<i>Sexo</i>	2.233	9.325 (1.108; 78.502)	0.040
<i>E.E.A.G.</i>	-0.179	0.836 (0.758; 0.923)	0.000
<i>PANSS Positiva</i>	-0.369	0.691 (0.515; 0.927)	0.014
<i>PANSS Negativa</i>	0.533	1.704 (1.308; 2.221)	0.000
<i>Edad</i>	-0.096	0.908 (0.841; 0.980)	0.013
<i>Edad Inicio Enfermedad</i>	-0.264	0.768 (0.641; 0.921)	0.004
Model R2 Nagelkerke		0.910	

En la tabla 24 se muestra el modelo clínico y socio demográfico, del cual las variables son: el sexo, el EEAG (GAF), la edad así como la edad de inicio de enfermedad, la PANSS positiva y la PANSS Negativa. Estas variables son altamente significativas y el modelo explica un 90% de la varianza de las diferencias entre los dos grupos.

Tabla 25. Regresión lineal con las variables clínicas, sociodemográficas y de funcionamiento y las neuropsicológicas

	B	OR (IC)	Sig.
PANSS Negativa	0.835	2.306 (1.509; 3.525)	0.000
Edad Inicio Enfermedad	-0.354	0.702 (0.571; 0.863)	0.001
TAVEC- Total Palabras recordadas	-0.088	0.916 (0.850; 0.988)	0.023
Model R2 Nagelkerke		0.915	

Por último, planteado en la tabla 25, de estos dos modelos las variables que tienen mayor peso para diferenciar a ambos trastornos y que marcarían la diferencia en ambos trastornos, son: la PANSS negativa, la edad de inicio y el Recuerdo Inmediato Total. Estas tres variables explican un 91% de la varianza de la diferencia entre los dos grupos.

6. LIMITACIONES

Una primera limitación procede de la composición de la muestra. Los sujetos incluidos en el estudio fueron seleccionados a partir de casos prevalentes que se tratan en los CSM que participan en el estudio. No disponíamos de información sobre casos que no se tratan en los CSM, bien porque no se vincularon al dispositivo, bien porque no fueron diagnosticados o no fueron remitidos nunca al sistema público de atención a la Salud Mental. Es posible que la muestra estudiada no sea representativa de la población de personas con trastorno delirante que viven en la comunidad. Sin embargo, en España este tipo de patologías suele ser atendido sobre todo a nivel público. Esto nos permitiría hipotetizar que aquellos pacientes con TD con un mejor funcionamiento no son los que fueron incluidos en este estudio. Consideramos que otra de las limitaciones principales de este estudio es la no inclusión de aquellos sujetos con trastorno delirante que no son diagnosticados como tal sino de otros trastornos. Para minimizar este riesgo de error clasificatorio, incluimos a todas las personas que en algún momento han recibido un diagnóstico de trastorno delirante aunque en la actualidad tengan otro trastorno.

La baja prevalencia del Trastorno Delirante y el número reducido de pacientes que solicitan tratamiento dificultan el reclutamiento de una muestra amplia, es posible que haya un sesgo de selección, puesto que tuvimos que seguir las sugerencias de nuestro comité de ética en cuanto a que participaran tan solo pacientes cuyo psiquiatra hubiera acordado su participación, lo cual puede haber llevado a una selección de pacientes con TD menos grave.

De la misma forma, se planteó un objetivo acerca de la edad de inicio de enfermedad dividiendo a los pacientes entre TD y Esquizofrenia de Inicio temprano y Tardío; para poder obtener resultados y valorar si esta variable reflejaba alguna diferencia entre los sujetos evaluados, utilizamos como edad de corte 30 años, aun sabiendo que la edad de corte que se ha consensuado como tardía son los 45 años(Howard et al., 2000), ya que la muestra de este estudio no presentaba un solo paciente con esquizofrenia de edad de inicio de enfermedad mayor a 45años.

Otra limitación para nuestro estudio ha sido el alto número de pacientes que no ha aceptado participar en el mismo. Aunque a nuestro entender, esta muestra con la que contamos, es una de las más amplias de los estudios que se han realizado sobre el TD, haber contado con esos posibles 100 casos faltantes, hubiese podido hacer de nuestros resultados unos más potentes aún.

7. DISCUSION

Son muy pocos los estudios que hasta la fecha hayan podido ofrecer un descriptivo de una muestra mayor que la de nuestro trabajo sobre el funcionamiento clínico y neuropsicológico de pacientes ambulatorios con TD y, mucho menos, un comparativo entre dos diagnósticos (Esquizofrenia y el antes mencionado Trastorno Delirante) que a través de los años han sido tan cuestionados como categorías independientes.

En resumen, nuestros resultados nos indican a nivel general que los pacientes delirantes muestran un mejor funcionamiento global, menor sintomatología clínica, incluido un nivel de insight menor, y menor alteración a nivel cognitivo que los pacientes con esquizofrenia.

El grado de insight de los pacientes delirantes en todo el estudio es uno de los datos que más llama la atención, ya que es el punto en el cual se evidencia la mayor alteración psicopatológica de estos pacientes frente a los pacientes con esquizofrenia. Como hemos mencionado con anterioridad, es un hecho que ya como característica del diagnóstico parece estar presente este factor, bien es cierto que se ha establecido que a menor insight peor pronóstico, a menor insight mayor alteración cognitiva, sin embargo, no es el caso de los pacientes delirantes. Este estudio replica, estudios previos en los cuales se reporta la mínima alteración cognitiva en estos pacientes. Podríamos mencionar y secundar que la causa de este dato podría ser la característica de la encapsulación del delirio, lo que permitiría al sujeto que

padece del trastorno aun teniendo muy poca conciencia de enfermedad tener, si no tan buen pronóstico de enfermedad uno no tan alterado como el de los pacientes con esquizofrenia.

Al igual que en estudios previos(Evans et al., 1996; Jeste et al., 1995; Munro, 1999a; Roth & Kay, 1998; Yamada et al., 1998), en nuestro estudio encontramos que el TD tiene un inicio tardío, alrededor de los 40 años, con una mayor prevalencia en mujeres, un nivel educativo medio, de entre cero y ocho años de escolaridad y mayoritariamente estaban casados o en pareja.

En la relación de antecedentes psiquiátricos familiares, en nuestro estudio encontramos que los pacientes con TD presentan mayor porcentaje de familiares de primer grado con enfermedad mental del mismo modo que mayor porcentaje de trastorno psicótico como síndrome clínico presente en los familiares. Nuestro estudio difiere de los estudios previos donde se había establecido que si hubiese presencia de antecedentes psiquiátricos familiares seria en menor grado que la presente en pacientes con esquizofrenia del mismo modo que la presencia de esquizofrenia era menor en estos familiares. Mencionaban la presencia de síntomas como celos y personalidad paranoide.

Nuestro estudio si replica datos relacionados a número de hospitalizaciones, en esta variable hemos encontrado diferencias significativa entre los grupos, los pacientes delirantes presentan menores episodios que requieran ingresos hospitalarios que los pacientes con esquizofrenia.

Presentan en general menor sintomatología y la parecen manejar de una manera “adecuada” de modo que pudiera pasar desapercibida. Presentan mejor funcionamiento global.

En cuanto a la sintomatología valorada con la PANSS, encontramos diferencias significativas en la PANSS negativa y la Global, presentando mayor sintomatología los pacientes con esquizofrenia. Del mismo modo que en los resultados de la evaluación del funcionamiento global los pacientes con esquizofrenia muestran peor funcionamiento que los delirantes.

Al igual que en los pacientes con esquizofrenia, los pacientes con TD tienen un peor rendimiento en prueba de memoria libre que no en las que implican reconocimiento, en atención sostenida, la vigilancia y la capacidad de aprehensión parecen estar alteradas, al igual que la función ejecutiva. El escaso número de categorías completadas del WCST y la baja puntuación en las pruebas de fluencia verbal nos indican baja capacidad de abstracción y la incapacidad de estos pacientes de mantener la estrategia cognitiva. Del mismo modo podríamos asumir un posible déficit frontal en estos pacientes tal cual lo planteó Jikibi et al., Sin embargo, en este estudio, bien es cierto, que los pacientes delirantes muestran un funcionamiento cognitivo por debajo de los sujetos normales, su funcionamiento es mejor que el de los sujetos con esquizofrenia.

Este es un dato que ha tenido controversia ya que algunos estudios han mencionado la no alteración cognitiva en estos pacientes como es el caso del estudio de Conway (2002) y los estudios de Evans (1996) y de Jeste (1995) quienes no encontraron diferencias significativas

entre el TD y pacientes con esquizofrenia. O por ejemplo en el estudio de Lapcin (2008) donde no encontraron diferencias significativas entre el TD y Esquizofrenia en áreas verbales y de atención sostenida.

Al carecer de grupo control se nos hace más difícil concluir respecto a los resultados encontrados. Pero si podemos señalar que encontramos alteración a nivel neuropsicológico en estos pacientes en áreas de memoria verbal, de atención, y de función ejecutiva. Aunque el rendimiento parecía estar dentro de los rangos de normalidad, en memoria, encontramos puntuaciones por debajo de 1,5 desviaciones estándar.

En relación al análisis en función de la edad de inicio, de enfermedad en los pacientes, no pudimos hacer la clasificación según la edad de corte consensuada de 45 años al no tener pacientes en nuestra muestra. Por esa razón decidimos utilizar como edad corte de inicio de enfermedad los 30 años y encontramos que los pacientes delirantes presentan en efecto mejor funcionamiento psicopatológico y neuropsicológico que los pacientes con esquizofrenia sin importar la edad de inicio de dicha enfermedad.

En nuestro estudio, al igual que en el estudio de Yassa (Jeste et al., 1995; Yassa & Suranyi-Cadotte, 1993) encontramos a nivel que los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío presentaron peores resultados en pruebas psicopatológicas que los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano y los pacientes delirantes. Sin embargo no son los mismos resultados

encontrados por Jeste, quien postulaba que los pacientes con Esquizofrenia de inicio tardío tenían un perfil similar al de los pacientes con TD (Jeste et al., 1995).

No fueron, sin embargo los mismo resultados en las pruebas neuropsicológicas donde los pacientes delirantes mostraron mejor funcionamiento en todas las áreas evaluadas, seguidos de los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío y por último los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano. Según la diferenciación por inicio de edad, decidimos utilizar como edad de corte para marcarla como tardía a partir de los 30 años ya que no había un solo paciente con esquizofrenia que presentara inicio de síntomas después de los 45 años de edad. Utilizando este punto de corte no encontramos grandes diferencias significativas entre los grupos. A diferencia de otros estudios, este estudio no muestra diferencias significativas entre los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano o tardío. El perfil de los de inicio tardío, es muy similar al de los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano. Nuestros resultados no confirman los hallazgos de estudios previos que mencionaban una gran similitud en el perfil de los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío con los delirantes. Los pacientes con TD se diferencian de los pacientes con esquizofrenia ya sea de inicio temprano como de inicio tardío en pruebas que evalúan memoria, habilidad verbal, función ejecutiva y atención.

La comparación según el criterio de edad aplicado en nuestro trabajo, nos indica que en efecto hay características que diferencian a estos dos trastornos.

Son muy pocos los estudios que se han realizado sobre las diferencias de género en el TD, está el caso de Winokur (Winokur, 1977)(70% vs 30%) donde mencionaba la sobrerrepresentación de hombres en este diagnóstico, luego el de Kendler (1982), en el que se mencionaba la sobrerrepresentación de mujeres (36% vs 48%), y algunos otros mencionaban una ratio más bien equilibrada. Sin embargo, el porcentaje de mujeres ha primado.

En nuestro estudio, un dato a remarcar en los resultados de nuestra investigación, es que el porcentaje de mujeres con Trastorno Delirante es tremendamente mayor frente al de hombres en el mismo diagnóstico y frente a su homólogo en la esquizofrenia donde prima la presencia masculina. Estos datos replican estudios previos del Trastorno Delirante y la primacia de mujeres en el mismo (Bada et al., 2000; De Portugal E. et al., 2009; Kendler, 1982; Maina et al., 2001; Marino et al., 1993; Wustman et al., 2011; Yamada et al., 1998). Corroboramos que las mujeres enferman más tarde que los hombres (55 vs 51 en TD- 44 vs 40 Esquizofrenia) tanto dentro de la muestra de delirantes como en comparación con la de pacientes con esquizofrenia.

No encontramos diferencias de género en la utilización de fármacos, ni en la presencia de antecedentes psiquiátricos familiares, en otros estudios se había mencionado el alto insight en las mujeres en cuanto a la toma de medicamentos (Wustman et al., 2011), sin embargo en nuestro estudio no encontramos diferencias significativas en este aspecto, si encontramos que los hombres delirantes presentan mayor porcentaje de antecedentes psiquiátricos familiares que las mujeres de la misma manera que en la muestra de los pacientes con esquizofrenia donde los hombres presentan mayores antecedentes psiquiátricos familiares. En cuanto a funcionamiento psicopatológico evaluado por la PANSS y el E.E.A.G. (GAF) las mujeres

presentan mejor funcionamiento que los hombres. De la misma manera en el área neuropsicológica encontramos diferencias significativas en el área de memoria.

En lo relacionado al género, en la muestra de pacientes delirantes las mujeres muestran menor sintomatología psicótica y mejor funcionamiento global que los hombres. Se encontraron como se había planteado en las hipótesis, que las mujeres presentarían menor alteración cognitiva que los hombres, se evidencio diferencias de género a nivel cognitivo en Memoria, presentando menor alteración las mujeres. En la muestra de pacientes con esquizofrenia, no se encontraron diferencias significativas en la sintomatología psicótica ni en el funcionamiento global. A nivel de alteración cognitiva se encontraron diferencias significativas mínimas en memoria y atención, presentando las mujeres menor alteración que los hombres y en efecto, las mujeres con TD presentaron mejor funcionamiento cognitivo y sintomatológico que las mujeres con esquizofrenia.

Los pacientes muestran una leve alteración neuropsicológica generalizada de aproximadamente 1,5 desviaciones estándar en relación con los baremos de las pruebas aplicadas. Aunque en muchas de las pruebas aplicadas las diferencias no fueron estadísticamente significativas, si es evidente que los pacientes con TD puntuaban más bajo que los sujetos de los baremos utilizados.

Estos resultados solo se aplican a las pruebas neuropsicológicas ya que en el ámbito clínico solo se encontraron diferencias significativas en las diferentes escalas de la PANSS con relación a la subescala positiva. Resultados esperables, por la condición diagnóstica de los pacientes evaluados.

En las pruebas neuropsicológicas aplicadas encontramos diferencias significativas en Memoria, seguida de alteración en función ejecutiva, habilidad motora y atención.

¿Cuáles, entonces, son las características socio demográficas, clínicas y neuropsicológicas que facilitan el diagnóstico diferencial entre personas con Trastorno Delirante y Esquizofrenia? ¿Es diferente el TD de la Esquizofrenia?

Lo interesante de los resultados que arrojaron los datos del estudio comparativo realizado es que hay diferencias entre estos dos trastornos tanto en áreas clínica, socios demográficos y neuropsicológicas.

Las variables que marcan las diferencias entre la esquizofrenia y el Trastorno Delirante nos hablan de alteración a nivel cognitivo sobre todo en lo que se refiere a la función ejecutiva, la capacidad de organizar, controlar, inhibir, regular y ejecutar objetivos; la memoria Inmediata, la variable edad y la menor alteración psicopatológica en sintomatología negativa.

Podemos concluir de acuerdo con los resultados de nuestro estudio que el TD es una enfermedad con una media de edad avanzada, que se inicia mayoritariamente después de los 40 años, que hay un predominio de mujeres en su muestras y que incluso estas tienen una edad de inicio más elevada que los hombres. Los pacientes con TD presentan una alta presencia de antecedentes psiquiátricos familiares. Son pacientes con un nivel de educación medio, mayoritariamente sector urbano y casado o en pareja. Con un bajo porcentaje de recaídas a lo largo de la enfermedad de igual manera que un bajo número de hospitalizaciones.

A nivel psicopatológico global presentan mejor funcionamiento que los pacientes con esquizofrenia, sin querer decir esto que estén libres de sintomatología persistente y grave.

A nivel de funcionamiento cognitivo global nuestra muestra no presentó alteraciones significativas. En cuanto a memoria verbal no presentó alteración significativa en las pruebas aplicadas, sin embargo, aunque el rendimiento parecía estar dentro de los rangos de normalidad, ya que las puntuaciones medias no exceden los rangos de normalidad, encontramos desviaciones estándar alteradas (por debajo de 1,5 desviaciones estándar).

Es destacable también, que dentro de las pruebas de memoria nuestra muestra presentó un peor rendimiento en prueba de recuerdo libre que no en las que implican reconocimiento, cierto es que los resultados no son del todo similares a los encontrados por (Herlitz & Forsell, 1996), en el que encontraron una leve alteración en sujetos con TD en el recuerdo libre en memoria episódica, sin embargo coinciden en la posible alteración leve que presentan en recuerdo libre. De la misma manera que coinciden con el estudio de Ibáñez (2013) y de Lapcin (2008). Esto nos indica que aunque la alteración no es generalizada a nivel de memoria, nuestros pacientes sí muestran cierto deterioro.

En atención sostenida y la vigilancia al igual que la función ejecutiva, nuestra muestra mostró también alteraciones. El escaso número de categorías completadas del WCST y la baja puntuación en las pruebas de fluencia verbal nos indican baja capacidad de abstracción y la incapacidad de estos pacientes de mantener la estrategia cognitiva. Datos similares a los

presentados por pacientes con esquizofrenia en su rendimiento en estas pruebas (Everett, J et al., 2001). Debido a los resultados presentados en esta prueba, prueba que valora el funcionamiento ejecutivo, relacionado directamente con el funcionamiento del lóbulo frontal, podríamos asumir igual que Jikibi et al., 1994, que estos pacientes presentan un posible déficit frontal.

Es lógico poder confundirse frente a un pacientes con TD pues , las características clínicas de estos pacientes donde aparece la presencia exclusiva muchas veces de los “delirios” junto a su aparente apropiado funcionamiento social, cognitivo y emocionales (Manschreck, 1996) (Almeida et al., 1995b; Jeste et al., 1995). Sin embargo, en nuestro estudio, aunque no en todas las áreas evaluadas, si podríamos decir que los sujetos muestran un funcionamiento cognitivo general superior al d los pacientes con esquizofrenia, este funcionamiento es inferior al de sujetos normales, indicándonos que los sujetos delirantes de nuestra muestra no están completamente preservados en cuanto a funcionamiento cognitivo aparte del esperado debido a los delirios y alucinaciones y que si hay un deterioro cognitivo “leve” presente en estos pacientes. Estos datos replican los de Ibáñez-Casas(Ibanez-Casas et al., 2013) donde encontraron alteraciones a nivel de memoria y de función ejecutiva en pacientes delirantes. Nuestros resultados apoyan que los pacientes delirantes no estaban intactos a nivel cognitivo, como habían apuntado estudios con muestras más pequeñas y con objetivos no tan claros que han investigado estas áreas específicas de las funciones cognitivas si habían aportado resultados similares como es el caso de Brunne(Abdel-Hamid & Brüne, 2008; Bömmer & Brüne, 2006).

A pesar de las limitaciones de nuestra muestra, son muy pocos los estudios que hasta la fecha hayan podido ofrecer datos empíricos sobre la psicopatología psicótica y el funcionamiento neuropsicológico de pacientes con TD. Hasta nuestro nivel de conocimiento, la presente muestra constituye la mayor cohorte de pacientes con TD estudiados empíricamente psicopatológica y neuropsicológicamente.

Serán precisos otros estudios que nos ayuden a conocer mejor cuáles son realmente las características de esta entidad nosológica, que debido a la escasa investigación realizada hasta la fecha, ha sido tan difícil de diferenciar.

Sin embargo, si podemos decir, con la evidencia presentada en este estudio que si para establecer que un trastorno se diferencie de otro este debe cumplir con un menor número de hospitalizaciones, diferente edad de inicio de enfermedad, menor duración de síntomas, mejor funcionamiento global y menor alteración cognitiva, El Trastorno Delirante es una entidad nosológica diferente e independiente de la Esquizofrenia.

8. CONCLUSIONES

1. Los pacientes delirantes mostraron mejores puntuaciones que los pacientes con esquizofrenia en las pruebas neuropsicológicas, sobretodo en pruebas que evaluaban funcionamiento cognitivo global, memoria y función ejecutiva.
2. Los pacientes con trastornos delirantes mostraron menores alteraciones psicopatológicas y afectación funcional que los pacientes con esquizofrenia, según los resultados de la PANSS y del E.E.A.G. (GAF).
3. Los pacientes delirantes mostraron menor alteración psicopatológica y neuropsicológica que los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío y de inicio temprano, sin embargo, el perfil del paciente con esquizofrenia de inicio tardío no fue mucho mejor que el de inicio temprano, no siendo entonces similar al del paciente con TD.
4. Las mujeres con trastorno Delirante mostraron una mayor conservación tanto en aspectos psicopatológicos como neuropsicológico tanto frente a los hombres delirantes como a ambos géneros en el grupo de los pacientes con esquizofrenia.
5. Encontramos que el trastorno delirante se puede diferenciar claramente de la esquizofrenia en función de variables sociodemográficas como la edad de inicio, menor

sintomatología de primer grado, menor alteración en pruebas neuropsicológicas y mejor cociente intelectual premórbido que avalan estas diferencias.

9. ANEXOS

Anexo 1.

CHECK LIST

A1. ¿SE HAN PRODUCIDO IDEAS DELIRANTES?

1. SÍ 2.NO

A2. ¿HAN DURADO MAS DE 1 MES?

1. SI 2.NO

A3. ¿CONSIDERA QUE SU TEMATICA SE PODRIA CONSIDERAR DE "NO EXTRAÑA"?

1. SI 2.NO

A3a. ¿CONSIDERA QUE SU TEMATICA SE PODRIA CALIFICAR DE EXTRAÑA?

1. SI 2.NO

A4. ¿EN QUE TIPO DE TD PODRIA INTEGRARSE ESA IDEA?

EROTOMANIACO	1
GRANDIOSIDAD	2
CELOTIPICO	3
PERSECUTORIO	4
SOMATICO	5
MIXTO	6
NO ESPECIFICADO	7

B1. ¿SE HAN PRODUCIDO ALUCINACIONES?

1. SI 2.NO

B1a. ¿DE QUE TIPO?

AUDITIVAS	1
VISUALES	2
OLFATIVAS	3

GUSTATIVAS 4

TACTILES 5

B1b. ¿PROMINENTES?

1. SI 2.NO

B2. ¿SE DA EN EL PACIENTE LENGUAJE DESORGANIZADO?

1. SI 2.NO

B3. ¿SE HA DETECTADO COMPORTAMIENTO CATATONICO O GRAVEMENTE DESORGANIZADO?

1. SI 2.NO

B4. ¿SE HAN IDENTIFICADO SINTOMAS NEGATIVOS DE LA ESQUIZOFRENIA COMO APLANAMIENTO AFECTIVO, ABULIA O ALOGIA...?

1. SI 2.NO

C1. ¿SE CONSIDERA DETERIORADA LA ACTIVIDAD PSICOSOCIAL DEL PACIENTE?

1. SI 2.NO

EN CASO AFIRMATIVO

C1a. ¿SE DEBE EL DETERIORO A LA TEMATICA DE LAS IDEAS DELIRANTES?

1. SI 2.NO

D1. ¿SE HAN PRODUCIDO EPISODIOS AFECTIVOS SIMULTANEAMENTE A LAS IDEAS DELIRANTES?

1. SI 2.NO

D1a. ¿LA DURACION DE ESTOS EPISODIOS HA SIDO MÁS BREVE QUE LA DURACION DE LOS PERIODOS DELIRANTES?

1. SI 2.NO

E1. ¿LAS IDEAS DELIRANTES SE HAN DADO BAJO LOS EFECTOS DE UNA SUSTANCIA (ANFETAMINAS, COCAINA...)?

1. SI 2.NO

E2. ¿LE HA SIDO DIAGNOSTICADA ALGUNA ENFERMEDAD QUE PUDIERA OCASIONAR IDEAS DELIRANTES?

1. SI 2.NO

E3. ¿PRESENTA SINTOMAS QUE PUDIERAN SUJERIR DEMENCIA?

1. SI 2.NO

¿CUMPLE CRITERIOS?

1. SI 2.NO 3.DUDOSO

SOBRE SINTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

1. ¿SE HAN IDENTIFICADO PROBLEMAS CONYUGALES O LABORALES ASOCIADOS A LAS IDEAS DELIRANTES?

1. SI 2.NO

2. ¿TIENE FRECUENTEMENTE IDEAS AUTORREFERENCIALES (COMO QUE ACONTECIMIENTOS CASUALES TIENEN UN SIGNIFICADO ESPECIAL...?)

1. SI 2.NO

3. ¿SE DA A MENUDO UN ESTADO DE ANIMO IRRITABLE O DISFORICO?

1. SI 2.NO

4. ¿SE DAN ACCESOS DE IRA O COMPORTAMIENTO VIOLENTO?

1. SI 2.NO

5. ¿SE HA IDENTIFICADO UN DEFICIT AUDITIVO PREMORBIDO?

1. SI 2.NO

6. ¿SE HAN IDENTIFICADO ESTRESORES PSICOSOCIALES GRAVES (IMIGRACION, DESEMPLEO)?

1. SI 2.NO

7. ¿PERTENECE EL PACIENTE A UNA CULTURA DISTINTA DE LA OCCIDENTAL?

1. SI 2.NO

En caso afirmativo

7^a. ¿PODRIAMOS CONSIDERAR LAS IDEAS DELIRANTES COMO NORMALES EN EL MARCO DE ESA CULTURA?

1. SI 2.NO

8. ¿EXISTEN ANTECEDENTES DE ESQUIZOFRENIA EN LA FAMILIA?

1. SI 2.NO

9. ¿EXISTEN ANTECEDENTES DE TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD EN LA FAMILIA?

1. SI 2.NO

10. ¿EXISTEN ANTECEDENTES DE TRSTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACION?

1. SI 2.NO

Anexo 2.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nº Historia _____

Apellido _____, Nombre _____

Yo _____, declaro que se me ha solicitado participar en un estudio de investigación de Sant Joan de Déu- Serveis de Salut Mental sobre la enfermedad que padezco.

Antes de firmar este consentimiento he sido informado por _____ sobre el estudio de que trata la investigación, de los propósitos del mismo y de la metodología con que va a ser llevado a cabo.

Si doy mi consentimiento para participar deberé asistir a las sesiones en las que seré evaluado.

Me han informado también de que no existen efectos perjudiciales que puedan derivarse de esta investigación, y que aunque preste mi colaboración libre y voluntariamente, puedo suspenderla en el momento que desee sin que esto repercuta a mi tratamiento.

Los datos del estudio, y en especial mis datos personales, serán CONFIDENCIALES y usadas sólo a efectos de investigación.

Así pues, doy mi consentimiento para participar en el estudio y declaro que he sido informado, se han contestado mis preguntas y dudas y he recibido una copia del impreso que he tenido la oportunidad de leer.

Barcelona _____ de _____ 200__

Firma del Paciente

DNI:

Firma del Terapeuta

DNI:



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nº Historia : _____

Apellidos: _____, _____ Nombre: _____

El Sr. Sra. _____, declaro que se me ha solicitado participar en un estudio de investigación de Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental sobre la enfermedad que padezco. Dicho estudio pretende evaluar la evolución a largo plazo de las necesidades de los pacientes con esquizofrenia que viven en la comunidad. Que lleva por título técnico: Funcionamiento neuropsicológico, signos neurológicos menores y marcadores de neurodesarrollo como determinantes de necesidades, respuesta al tratamiento y evolución en personas con esquizofrenia: un estudio de seguimiento a cinco años.

ANTES DE FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO HE SIDO INFORMADO POR _____
del estudio de que se trata, de los propósitos del mismo y de la metodología con que va a ser llevado.

Si consiento en participar deberé asistir a dos sesiones en las cuales será evaluado por dos psicólogas adscritas al proyecto.

Me informan también de que no existen efectos perjudiciales que puedan derivarse de estas actividades y, aunque presto mi colaboración libre y voluntariamente, puedo suspenderla en cualquier momento que desee, sin que esto repercuta en mi tratamiento .

Los datos del estudio, y en especial mis datos personales, serán confidenciales y usados solo a efectos de esta investigación según la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales 15/99 (LOPD).

Así pues, doy mi consentimiento para participar en el estudio y declaro que he sido informado, se han contestado mis preguntas y he recibido una copia del impreso que he tenido la oportunidad de leer.

Barcelona a ___ de _____ del 2003.

Firma del paciente:

Firma del informante:

(Terapeuta)

10. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Referencia Bibliografica

www.dsm5.org/proposedrevisions/pages/proposedrevisions.aspx?rid=145#. (2011).

www.dsm5.org/proposedrevisions/pages/proposedrevisions.aspx?rid=145# .

Ref Type: Internet Communication

Abdel-Hamid, M. & Brüne, M. (2008). Neuropsychological Aspects of Delusional Disorder. *Curr.Psychiatry Rep*, 10, 229-234.

Almeida, O., Howard, R. J., Levy, R., & David, A. S. (1995a). Psychotic states arising in late life (late paraphrenia). Psychopathology and nosology. *Br.J Psychiatry*, 166, 214.

Almeida, O., Howard, R. J., Levy, R., David, A. S., Morris, R. G., & Sahakian, B. J. (1995b). Cognitive features of psychotic states arising in late life (late paraphrenia). *Psychol Med*, 25, 685-698.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition, revised (DSM-III-R)*. Washington: American Psychiatry Association.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manuals of mental disorders DSM IV*. (4th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Barcelona: **MASSON, S.A.**
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (2013a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM - 5*. (Fifth Edition ed.) Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013b). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:DSM-5*. (Fifth ed.) Washington: American Psychiatric Publishing.
- APA (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition, revised (DSM-III-R)*. (3rd Edition ed.) Washington: American Psychiatry Association.
- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.DSM-IV-TR*. Washington: American Psychiatry Press.
- Bada, A., Albert, U., Maina, G., & Bogetto, F. (2000). Gender effects on clinical features in delusional disorder. *Italian Journal of Psychopathology*, 6.
- Benedet, M. J. & Alejandre, M. A. (1998). *TAVEC: Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense*. Madrid: TEA Ediciones.

- Bentall, R., Corcoran, R., Howard, R. J., Blackwood, N. J., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev*, *21*, 1143-1192.
- Bentall, R., Rowse, G., Shryane, N., Kinderman, P., Howard, R. J., Blackwood, N. J. et al. (2009). The cognitive and affective structure of paranoid delusions: a transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorder and depression. *Arch.Gen.Psychiatry*, *66*, 236-247.
- Bentall, R. P., Kinderman, P., & Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. *Behav.Res Ther.*, *32*, 331-341.
- Benton, A. L. & Hamsher, K. d. (1976). *Multilingual aphasia examination*. Iowa City: University of Iowa.
- Benton, A. L., Hamsher, K. d., Varney, N. R., & Spreen, O. (1983). *Contributions to neuropsychological assessment*. New York: Oxford Univesity Press.
- Black, D. W., Yates, W. R., & Andreasen, N. C. (1988). *Delusional (paranoid) disorders*. In *Textbook of Psychiatry*, ed J.A. Talbott. Washington, DC: American Psychiatry Association.
- Bobes, J., G-Portilla, MP., Bascarán, MT., Sáiz, PA., & Bousoño, M. (2002). *Banco de Instrumentos Básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Madrid: Psiquiatria Editores SL.

- Bömmner, I. & Brüne, M. (2006). Social Cognition in "pure" delusional disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11, 493-503.
- Bousoño, M., Paino, M., & Bascaran, M. T. (2004). Sistema dopaminergico y funcion cognitiva. In E.Baca-Baldomero & M. Roca (Eds.), *Dopamina y Esquizofrenia* (pp. 187-198). Barcelona.
- Brüne, M., Basilowski, M., Bömmner, I., Juckel, G., & Assion, HJ. (2010). Machiavellianism and executive functioning in patients with delusional disorder. *Psychol Rep*, 106, 205-215.
- Butman, J., Allegri, R. F., Harris, P., & Drake, M. (2000). [Spanish verbal fluency. Normative data in Argentina]. *Medicina (B Aires)*, 60, 561-564.
- Campana, A., Gambini, O., & Scarone, S. (1998). Delusional disorder and eye tracking dysfunction: preliminary evidence of biological and clinical heterogeneity. *Schizophr.Res*, 30, 51-58.
- Capgrass, J. & Reboul-Lachaux, J. (1923). L'illusion des "sosies" dans un delire systematise chronique. *Bull Soc Clin Med Ment*, 2, 6-16.
- Castle, D. J. & Murray, R. M. (1993). The epidemiology of late-onset schizophrenia. *Schizophr.Bull.*, 19, 691-700.

- Chadwick, P. D., Trower, P., Juusti-Butler, T. M., & Maguire, N. (2005). Phenomenological evidence for two types of paranoia. *Psychopathology, 38*, 327-333.
- Christenson, R. & Blazer, D. (1984). Epidemiology of Persecutory ideation in an elderly population in the community. *Am J Psychiatry, 141*, 1088-1091.
- Christodoulou, G. N. (1978). Syndrome of subjective doubles. *Am J Psychiatry, 135*, 259-251.
- Coltheart, M., Langdon, R., & McKay, R. (2007). Schizophrenia and Monothematic delusions. *Schizophr Bull, 33*, 642-647.
- Conners C.K. (2002). *CPT II: Continuous Performance Test II*. Canada: MHS.
- Conway, C. R., Bollini, A. M., Graham, B. G., Keefe, R. S., Schiffman, S. S., & McEvoy, J. P. (2002). Sensory acuity and reasoning in delusional disorder. *Compr Psychiatry, 43*, 175-178.
- Copeland, J. R., Dewey, M. E., Scott, A., Gilmore, C., Larkin, B. A., Cleave, N. et al. (1998). Schizophrenia and delusional disorder in older age: community prevalence, incidence, comorbidity, and outcome. *Schizophr.Bull., 24*, 153-161.
- Cornblatt, B. A. & Kelip, J. G. (1994). Impaired attention, genetics and the pathophysiology of schizophrenia. *Schizophr Bull, 20*, 31-46.

- Courbon, P. & Fail, G. (1927). Syndrome d'illusion de Fregoli et schizophrénie. *Bull Soc Clin Med Ment*, 15, 121-125.
- Courbon, P. & Tusques, J. (1932). Illusion d'intermetamorphose at de charme. *Ann.Med.Psychol*, 90, 401-405.
- Crow, T. J. (1985). The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophr Bull*, 11, 471-486.
- Cummings, J. (1985). Organic delusions: phenomenology, anatomical correlations and review. *Br.J Psychiatry*, 146, 184-197.
- Cummings, J. (1992). Psychosis in neurologic disease - neurobiology and pathogenesis. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*, 5, 144-150.
- De Portugal E. & Cervilla, J. A. (2004a). Historia y conceptos del Trastorno Delirante. In Grupo Aula Medica S.A. (Ed.), *Trastorno Delirante* (1ed ed., pp. 11-30). Madrid.
- De Portugal E. & Cervilla, J. A. (2004b). *Trastorno Delirante*. Madrid.
- De Portugal E. & Cervilla, J. A. (2004c). Trastorno Delirante: aspectos clinicos y terapeuticos. *Aula Medica Psiquiatria*, 6, 343-388.
- De Portugal E., Gonzalez, N., Haro, J. M., Autonell, J., & Cervilla, J. A. (2008). A descriptive case-register study of delusional disorder. *Eur.Psychiatry*, 23, 125-133.

- De Portugal E., Gonzalez, N., Vilaplana, M., Haro, J. M., Usall, J., & Cervilla, J. A. (2009). Estudio empírico de los parámetros psicosociales y clínicos correlacionados con el trastorno delirante: el estudio DELIREMP. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*, *2*, 72-82.
- De Portugal E., Gonzalez, N., Vilaplana, M., Haro, J. M., Usall, J., & Cervilla, J. A. (2010). Gender differences in delusional disorder: evidence from an outpatient sample. *Psychiatry Res*, *177*, 235-239.
- Delis, D. C., Freeland, J., Kramer, J. H., & Kaplan, E. (1988). Integrating clinical assessment with cognitive neuroscience: construct validation of the California Verbal Learning Test. *J Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 123-130.
- Dowbiggin, I. (2000). Delusional diagnosis? The history of paranoia as a disease concept in the modern era. *Hist Psychiatry*, *11*, 37-69.
- Dozier, M. e. a. (1991). Attachment organization and familiar overinvolvement for adult with serious psychopathological disorders. *Dev Psychopathol*, *3*, 475-489.
- Dudley, R. E., John, C. H., Young, A. W., & Over, D. E. (1997). Normal and abnormal reasoning in people with delusions. *Br.J Clin Psychol*, *36 (Pt 2)*, 243-258.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch.Gen.Psychiatry*, *33*, 766-771.

- Estevez-Gonzalez, A., Garcia-Sanchez, C., & Barraquer-Bordas, L. (2000). [Frontal lobes: the executive brain]. *Rev Neurol.*, *31*, 566-577.
- Evans, J. D., Paulsen, J. S., Harris, M. J., Heaton, R. K., & Jeste, D. V. (1996). A clinical and neuropsychological comparison of delusional disorder and schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.*, *8*, 281-286.
- Fear, C., Sharp, H., & Healy, D. (1996). Cognitive processes in delusional disorders. *Br.J Psychiatry*, *168*, 61-67.
- Fenigstein, A. & Venable, P. (1992). Paranoia and self-consciousness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *62*, 129-138.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2001). *SCID - I : Version Española de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (Versión Clínica)*. Barcelona: MASSON.
- Foster Green, M., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive Deficits and Functional Outcome in Schizophrenia: Are we measuring the "Right Stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, *26*, 119-136.
- Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., & Bebbington, P. E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *Br.J Clin Psychol*, *41*, 331-347.
- Freud, S. (1958). *The Disposition of Obsessional Neurosis*. (Estandard Ed ed.) (vols. 12) London: Hogarth Press.

- Gambini, O., Colombo, C., Cavallaro, R., & Scarone, S. (1993). Smooth pursuit eye movement and saccadic eye movement in patients with Delusional Disorder. *Am.J.Psychiatry, 150*, 1411-1414.
- Garety, P., Freeman, D., Jolley, S., Dunn, G., Bebbington, P., Fowler, D. et al. (2005). Reasoning, emotions and delusional conviction in psychosis. *J Abnorm.Psychol, 114*, 373-384.
- Garety, P., Hemsley, D., & Wessely, S. (1991). Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients: biases in performance on a probabilistic inference task. *J.Nerv.Ment.Dis., 179*, 194-201.
- Garside, R. F., Kay, D. W., & Roth, M. (1965). Old age mental disorders in Newcastle-upon-Tyne. 3. A factorial study of medical, psychiatric and social characteristics. *Br.J.Psychiatry, 111*, 939-946.
- Gaupp, R. (1974). The scientific significance of the case of Ernst Wagner. In *Themes and Variation of European Psychiatry* (pp. 121-134). Charlottesville, VA: University Press of Virginia.
- Gharabawi, G., Lasser, R. A., Bossie, C. A., Zhu, Y., & Amador, X. (2006). Insight and its relationship to clinical outcomes in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder receiving a long-acting risperidone. *Int.Clin.Psychopharmacol., 21*, 233-240.

- Gilleen, J. & David, A. S. (2005). The Cognitive Neuropsychiatry of Delusions: from psychopathology to neuropsychology and back again. *Psychol Med*, 35, 5-12.
- Gillert, T., Eminson, S. R., & Hassanyeh, F. (1990). Primary and secondary erotomania: clinical characteristics and follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, 82, 65-69.
- Gold, J., Randolph, C., Carpenter, C. J., Goldberg T.E, & Weinberger, D. R. (1992). Forms of memory failure in schizophrenia. *J Abnorm.Psychol*, 101, 487-94.
- Goldberg, T. E., David, A. S., & Gold, J. (2004). Neurocognitive deficits in schizophrenia. In S.R.Hirsch, Weinberger, & D.R (Eds.), *Schizophrenia* (2nd Edition ed., pp. 168-184). Bath: Blackwell.
- Golden, C. J. (1994). *STROOP: Test de Colores y palabras*. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Gourovitch, M. & Goldberg T.E (1996). Cognitive deficits in schizophrenia: Attention, Executive Functions, Memory and Language Processing. In C.Pantelis, H. E. Nelson, & T. R. E. Barnes (Eds.), *Schizophrenia: A neuropsychological Perspective* (Chichester: John Wiley & Sons.
- Green, M. F. (1998). *Schizophrenia from a Neurocognitive Perspective. Probing the Impenetrable Darkness*. Boston: Allyn & Bacon.

- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive Deficits and Functional Outcome in Schizophrenia: Are We Measuring the "Right Stuff"? *Schizophr Bull*, *26*, 119-136.
- Hardoy, M. C., Carta, M. G., Catena, M., Hardoy, M. J., Cadeddu, M., Dell'Osso, L. et al. (2004). Impairment in visual and spatial perception in schizophrenia and delusional disorder. *Psychiatry Res.*, *127*, 163-166.
- Harris, M. J. & Jeste, D. V. (1988). Late-onset schizophrenia: an overview. *Schizophr.Bull.*, *14*, 39-55.
- Hayashi, H., Oshino, S., Ishikawa, J., Kawakatsu, S., & Otani, K. (2004). Paroxetine treatment of delusional disorder, somatic type. *Hum.Psychopharmacol.*, *19*, 351-352.
- Heaton R.K. (2000). *WCST-64:CV. Computer Version for Windows-Research Edition*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. Inc.
- Herlitz, A. & Forsell, Y. (1996). Episodic memory deficit in elderly adults with suspected delusional disorder. *Acta Psychiatr Scand*, *93*, 355-361.
- Hill, S., Ragland, JD., Gur, R. E., & Gur, R. C. (2002). Neuropsychological profiles delineate distinct profiles of schizophrenia: an interaction between memory and executive function, and uneven distribution of clinical subtypes. *J.Clin.Exp.Neuropsychol*, *24*, 765-780.

- Horan, W. P., Braff, D. L., Nuechterlein, K. H., Sugar, C. A., Cadenhead, K. S., Calkins, M. E. et al. (2008). Verbal working memory impairments in individuals with schizophrenia and their first-degree relatives: findings from the Consortium on the Genetics of Schizophrenia. *Schizophr Res*, *103*, 218-228.
- Howard, R. J., Almeida, O., Levy, R., Graves, P., & Graves, M. (1994). Quantitative magnetic resonance imaging volumetry distinguishes delusional disorder from late-onset schizophrenia. *Br.J Psychiatry*, *165*, 474-480.
- Howard, R. J., Rabins, P. V., Seeman, M. V., Jeste, D. V., & and the International Late-Onset Schizophrenia Group (2000). Late-Onset Schizophrenia and Very Late Onset Schizophrenia-Like Psychosis: An International Consensus. *Am J Psychiatry*, *157*, 172-178.
- Ibanez-Casas, I. & Cervilla, J. A. (2012). Neuropsychological Research in Delusional Disorder: A Comprehensive Review. *Psychopathology*, *45*, 84-101.
- Ibanez-Casas, I., De Portugal E., Gonzalez, N., McKenney, K. A., Haro, J. M., Usall, J. et al. (2013). Deficit in executive and memory processes in DD: a case control study. *PLoS One*, *8*, e67341.
- Jeste, D. V., Harris, M. J., Krull, A., Kuck, J., McAdams, L. A., & Heaton, R. (1995). Clinical and neuropsychological characteristics of patients with late-onset schizophrenia. *Am.J.Psychiatry*, *152*, 722-730.

- Jibiki, I., Kagara, Y., Kishizawa, S., Kurokawa, K., Fukushima, T., Furuta, H. et al. (1994). Case study of monosymptomatic delusion of unpleasant body odor with structural frontal abnormality. *Neuropsychobiology*, *30*, 7-10.
- Joshua, N., Gogos, A., & Rossell, S. (2009). Executive functioning in schizophrenia: a through examination of performance on the Hayling Sentence Completion Test compared to psychiatric and non-psychiatric controls. *Schizophr Res.*, *114*, 84-90.
- Junque, C. (1999). El lobulo frontal y sus disfunciones. In C.Junque & J. Barroso (Eds.), *Neuropsicologia* (3rd ed., pp. 349-400). Madrid: Sintesis Psicologica.
- Kahlbaum, K. (1863). *Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Einteilung der Seerlentorungen*. Danzig.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr.Bull.*, *13*, 261-276.
- Kendler, K. S. (1980). The nosologic validity of paranoia (simple delusional disorder). A review. *Arch.Gen.Psychiatry*, *37*, 699-706.
- Kendler, K. S. (1982). Demography of paranoid psychosis (delusional disorder): a review and comparison with schizophrenia and affective illness. *Arch.Gen.Psychiatry*, *39*, 890-902.

- Kendler, K. S., Gruenberg, A. M., & Tsuang, M. T. (1985). Psychiatric illness in first-degree relatives of schizophrenic and surgical control patients. A family study using DSM-III criteria. *Arch.Gen.Psychiatry*, *42*, 770-779.
- Kretschmer, E. (1974). The sensitive delusion of reference. In *Themes and Variations in European Psychiatry* (pp. 153-196). Charlottesville, VA: University Press of Virginia.
- Kretschmer, E. (2000). *El delirio sensitivo de referencia*. (4th Edition ed.) Madrid.
- Kurtz, M. M. & Tolman, A. (2011). Neurocognition, Insight into illness and Subjective quality of life in schizophrenia: What is their relationship? *Schizophr Res*, *127*, 157-162.
- Landis, J. R. & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, *33*, 159-178.
- Langdon, R., Ward, P. B., & Coltheart, M. (2008). Reasoning anomalies associated with delusions in schizophrenia. *Schizophr Bull*, *36*, 321-330.
- Lapcin, S., Guler, J., Ceylan, E., Maner, F., Ger, C., & Satmis, N. (2008). Attention impairment in patients with paranoid schizophrenia and delusional disorder: a controlled study. *Int.J Neuropsychopharmacol*, *11*, 251.
- Levy, D. L., Holzman, P. S., Matthyse, S., & Mendell, N. R. (1993). Eye tracking dysfunction and schizophrenia: a critical perspective. *Schizophr Bull*, *19*, 461-536.

Levy, R., Naguib, M., & Hymas, N. (1987). Late paraphrenia. *Br.J.Psychiatry*, 151, 702.

Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological Assessment*. (3 ed.) Oxford: Oxford University Press.

Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., & Dia, J. L. (1999). Revalidación y estandarización del Mini Examen Cognitivo (Primera versión española del Mini -Mental Status Examination) en una población geriátrica general. *Med Clin (Barc)*, 112, 767-774.

Lunt, L., Bramham, J., Morris, R. G., Bullock, P. R., Selway, R. P., Xenitidis, K. et al. (2012). Prefrontal cortex dysfunction and "jumping to conclusions": bias or deficit? *J.Neuropsychol*, 6, 78.

Lysaker, P., Bryson, G., & Bell, M. (2002). Insight and work performance in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 190, 142-146.

Maher, B. A. (1992). Delusions: Contemporary Etiological Hypotheses. *Psychiatric Annals*, 22, 260-268.

Maina, G., Albert, U., Bada, A., & Bogetto, F. (2001). Occurrence and clinical correlates of psychiatric co-morbidity in delusional disorder. *Eur.Psychiatry*, 16, 222-228.

Manschreck, T. C. (1996). Delusional disorder: the recognition and management of paranoia. *J Clin Psychiatry*, 57 Suppl 3, 32-38.

- Manschreck, T. C. & Khan, N. L. (2006). Recent Advances in the Treatment of Delusional Disorder. *Can.J Psychiatry, 51*, 114-119.
- Marino, C., Nobile, M., Bellodi, L., & Smeraldi, E. (1993). Delusional Disorder and Mood Disorder: can they coexist. *Psychopathology, 26*, 58-61.
- Marneros, A., Pillmann, F., & Wustmann, T. (2010). Delusional Disorders--Are They Simply Paranoid Scizophrenia? *Schizophr Bull.*
- McKenna, P. (1994). *Schizophrenia and related syndromes*. Oxford: Oxford University Press.
- Mirabell, J., Soriano, J. J., Lopez-Cancio, E., Arenillas, J. F., Dorado, L., Barrios, M. et al. (2010). Vascular Risk factors and Cognitive Performance in Patients 50 to 65 Years-Old. *Neurologia, 25*, 422-429.
- Mirowsky, J. & Ross, C. (1983). Paranoia and the structure of powerlessness. *American Sociological Reviews, 48*, 228-239.
- Morimoto, K., Miyatake, R., Nakamura, M., Watanabe, T., Hirao, T., & Suwaki, H. (2002). Delusional disorder: molecular genetic evidence for dopamine psychosis. *Neuropsychopharmacology, 26*, 794-801.
- Moritz, S. & Woodward, T. S. (2005). Jumping to conclusions in delusional and non delusional schizophrenic patients. *Br.J.Clin.Psychol, 44*, 193-207.
- Munro, A. (1982). Paranoia revisited. *Br.J Psychiatry, 141*, 344-349.

- Munro, A. (1988a). Delusional (paranoid) disorders: etiologic and taxonomic considerations. I. The possible significance of organic brain factors in etiology of delusional disorders. *Can.J Psychiatry, 33*, 171-174.
- Munro, A. (1988b). Delusional (paranoid) disorders: etiologic and taxonomic considerations. II. A possible relationship between delusional and affective disorders. *Can.J Psychiatry, 33*, 175-178.
- Munro, A. (1994). Delusional disorders are a naturally occurring 'experimental psychosis'. *Psychopathology, 27*, 247-250.
- Munro, A. (1999a). *Delusional Disorder: Paranoia and related Illnesses*. New York, New York: Cambridge University Press.
- Munro, A. (1999b). Delusional disorders and delusions: introductory aspects. In Cambridge University Press (Ed.), *Delusional Disorder: Paranoia and Related Illnesses* (1st ed., pp. 1-41). Cambridge.
- Munro, A. & Mok, H. (1995). An overview of treatment in paranoia/delusional disorder. *Can.J Psychiatry, 40*, 616-622.
- Nieuwenstein, M. R., Aleman, A., & de Haan, E. H. (2001). Relationship between symptom dimensions and neurocognitive functioning in schizophrenia: a meta-analysis of WCST and CPT studies. Wisconsin Card Sorting Test. Continuous Performance Test. *J.Psychiatr.Res., 35*, 119-125.

- Ormrod, J., Shaftoe, D., Cavanagh, K., Freeston, M., Turkington, D., Price, J. et al. (2012). A pilot study Exploring the Contribution of Working Memory to "jumping to conclusions" in people with First Episode Psychosis. *Cognitive Neuropsychiatry.*, 17, 97-114.
- Ota, M., Mizukami, K., Katano, T., Sato, S., Takeda, T., & Asada, T. (2003). A case of delusional disorder, somatic type with remarkable improvement of clinical symptoms and single photon emission computed tomography findings following modified electroconvulsive therapy. *Prog Neuropsychopharmacol.Biol.Psychiatry*, 27, 881-884.
- Penades, R., Boget, T., Salamero, M., Catarineu, S., & Bernardo, M. (2000). Alteraciones neuropsicológicas en la esquizofrenia y su modificación. *Actas Esp.Psiquiatr.*, 28, 59-69.
- Peralta V, C. MJ. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, 22, 171-177.
- Peters, E. & Garety, P. (2006). Cognitive functioning in delusions: A longitudinal analysis. *Behav.Res.Ther.*, 44, 481-514.
- Phillips, K. A., Hart, A. S., Simpson, H. B., & Stein, D. J. (2014). Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: recommendations for DSM-5. *CNS Spectr*, 19, 10-20.

Rankin, P., Bentall, R., Hill, J., & Kinderman, P. (2005). Perceived relationships with parents and paranoid delusions: comparisons of currently ill, remitted and normal participants. *Psychopathology, 38*, 16-25.

Reitan, R. M. (1969). *Trail Making Test Manual for Administration and Scoring*. Indianapolis: Indianapolis Neuropsychological Laboratory, Indianapolis Medical Centre.

Ross, D. E., Thaker, G. K., Holcomb, H. H., Cascella, N. G., Medoff, D. R., & Tamminga, C. A. (1995). Abnormal smooth pursuit eye movements in schizophrenic patients are associated with cerebral glucose metabolism in oculomotor regions. *Psychiatry Res, 58*, 53-67.

Roth, M. & Kay, D. W. (1998). Late paraphrenia: a variant of schizophrenia manifest in late life or an organic clinical syndrome? A review of recent evidence. *Int.J Geriatr.Psychiatry, 13*, 775-784.

Rudden, M., Sweeney, J., & Frances, A. (1990). Diagnosis and clinical course of erotomanic and other delusional patients. *Am J Psychiatry, 147*, 625-628.

Sanchez Gomez, P., Elizagarate Zabala, E., & Eguiluz Uruchurtu, I. (2007). Trastorno Delirante Cronico. In Ars Medica (Ed.), *Trastornos Psicóticos* (1 ed., pp. 513-554). Barcelona.

- Seltzer, J., Conrad, C., & Cassens, G. (1997). Neuropsychological profiles in schizophrenia: paranoid versus undifferentiated distinctions. *Schizophr Res.*, *23*, 131-138.
- Specht, G. (1901). *Ueber den pathologischen affect in der chronischen paranoia*. Leipzig, East Germany: Bohme.
- SPSS Inc. (2004). SPSS for Windows, Version 13.0 (Version 13) [Computer software]. Chicago: SPSS Inc.
- Torres, A., Mendez, L., Olivares, J. M., & Vaamonde, A. (2001). Déficit cognitivo y esquizofrenia. *Actas Esp.Psiquiatr.*, *29*, 1-9.
- Trower, P. & Chadwick, P. (1995). Pathways to the defense of the self: a theory of two types paranoia. *Clinical Psychology*, *2*, 263-278.
- van Hooren, S., Versmissen, D., Janssen, I., Myin-Germeys, I., Campo, J., Mengelers, R. et al. (2008). Social cognition and neurocognition as independent domains in psychosis. *Schizophr Res*, *103*, 257-265.
- Wada, T. & Kawatsu, S. K. A. O. N. o. K. (1999). Possible association between delusional disorder, somatic type and reduced regional blood flow. *Progress in Neuropharmacology & Biological Psychiatry*, *23*, 353-357.
- Wechsler, D. A. (1999). *WAIS-III Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos III*. Madrid: TEA Ediciones.

- Wessely, S., Buchanan, A., Reed, A., Cutting, J., Everitt, B., Garety, P. et al. (1993). Acting on delusions. I: Prevalence. *Br.J Psychiatry*, *163*, 69-76.
- Whaley, A. L. (1998). Cross-cultural perspective on paranoia: a focus on the black American experience. *Psychiatr Q.*, *69*, 325-343.
- Winokur, G. (1977). Delusional disorder (paranoia). *Compr Psychiatry*, *18*, 511-521.
- Winokur, G. (1985). Familial psychopathology in delusional disorder. *Compr Psychiatry*, *26*, 241-248.
- World Health Organization (1992). *ICD-10: International Classification of Diseases, Mental and Behaviour Disorders*. (10th ed.) Geneva, Switzerland.
- Wustman, T., Pillmann, F., & Marneros, A. (2011). Gender-related features of persistent delusional disorder. *Eur.Arch.Psychiatry Clin Neurosci.*, *261*, 29-36.
- Yamada, N., Nakajima, S., & Noguchi, T. (1998). Age at onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. *Acta Psychiatr Scand*, *97*, 122-124.
- Yassa, R. & Suranyi-Cadotte, B. (1993). Clinical characteristics of late-onset schizophrenia and delusional disorder. *Schizophr.Bull.*, *19*, 701-707.
- Zigler, E. & Glick, M. (1988). Is paranoid schizophrenia really camouflage depression? *American Psychologist*, *43*, 284-290.

