

EL INDIVIDUO PARANOIDE

INDICE

- Las tres expresiones de la conducta paranoide
 - o Enfermedad
 - o Personalidad
 - Psicasténicos
 - Origen de la personalidad paranoide
 - Descripción de la personalidad paranoide
 - Relación entre personalidad paranoide y trastorno delirante
 - El paranoidismo-rasgo
 - o Estado
- Paranoidismo estrecho *versus* paranoidismo amplio
- Conclusión

Enfermedad

La paranoia

El término *paranoia* fue acuñado en la antigua Grecia uniendo las raíces *para* (de lado, paralelo) y *noia* (espíritu, pensamiento) y se utilizó para referirse a las enfermedades mentales en general, y especialmente a las que cursaban con un mayor deterioro y pérdida de la razón. Nada que ver, pues, con su moderno sentido. Posteriormente el vocablo caería en desuso y no sería hasta 1818 que el alemán Heinroth lo resucitó (15), dándole ese mismo significado vago que había tenido en la Antigüedad.

En 1863, otro alemán, Kahlbaum, en su *Clasificación de las enfermedades mentales*, formulaba una concepción de la paranoia -como *delirio sistematizado progresivo*- que es la que se acabaría imponiendo definitivamente. Desde entonces se ha venido considerando como aquella enfermedad que, en esencia, se caracteriza por la irrupción de un delirio (una “idea falsa resistente a cualquier argumentación lógica”) que se instala en la vida del sujeto, la invade y la condiciona, produciéndole malestar subjetivo y conduciéndole a conductas desajustadas que finalmente interfieren con su vida familiar, social y laboral.

Por su parte, los psiquiatras franceses de la segunda mitad del XIX también aislaban, con distintas denominaciones, cuadros caracterizados por el desarrollo de un delirio omnipresente en la vida psíquica del enfermo, en ausencia de otros síntomas como las alucinaciones. Pero estas denominaciones (“*folies raisonnantes*”, “*persécuteurs-persécutés*”, etc) acabaron cayendo en desuso en el propio país galo, aceptándose finalmente el término “paranoia” propuesto por la psiquiatría alemana.

Kraepelin -el auténtico padre de la moderna clasificación de las enfermedades psiquiátricas- incluyó la paranoia en las sucesivas ediciones de su tratado, publicadas entre 1883 y 1904, diferenciándola netamente de la psicosis maníaco-depresiva y de la demencia precoz. La importancia histórica de la nosología kraepeliniana, junto a la claridad de su definición del trastorno, dio una definitiva carta de naturaleza a la enfermedad.

El individuo paranoide

Paranoia.

“Desarrollo insidioso, determinado por causas internas y según una evolución continua, de un sistema delirante duradero, inquebrantable, junto a la conservación absoluta de la claridad y el orden en el pensamiento, el querer y la acción” (13).

La concepción kraepeliniana de la paranoia implica que un fenómeno mórbido, el delirio, irrumpe en una persona previamente sana, respetando su caudal de inteligencia, su capacidad para razonar, su volición, sus emociones, etc. Todos estos aspectos de la persona se verían afectados únicamente en tanto y en cuanto se hallan sujetos a la influencia del delirio. Por lo demás, el paciente seguiría siendo enteramente normal, y con un comportamiento bien adaptado.

De acuerdo con la propuesta de Winokur, que en el año 1977 sugería en un artículo la denominación de “trastorno delirante” (22), las dos grandes clasificaciones psiquiátricas internacionales han tendido últimamente a sustituir el término “paranoia” por esta nueva expresión.

ICD 9. 1979. Paranoia

DSM-III. 1980. Paranoia.

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

CIE 10. 1992. Trastorno de ideas delirantes.

DSM-IV. 1994. Trastorno delirante.

Llámesese como se llame, la paranoia es una entidad clínica aceptada, diagnosticada y tratada por la mayoría de psiquiatras clínicos, a partir de la cual vieron la luz el conjunto de enfermedades que asociamos hoy al espectro paranoide. Pero antes de iniciar la presentación de estas patologías nos referiremos brevemente a sus formas concretas.

Los subtipos de la paranoia

Más allá de la delimitación definitiva de la enfermedad respecto a otras patologías, hay que mencionar dos aspectos del trabajo de Kraepelin que merecen ser resaltados.

1) El primero de ellos es la descripción que realizó, detallada y con abundantes ejemplos, de los principales *temas* de los delirios, aquellos *temas* que tienden a repetirse en los pacientes. En ningún momento propuso una subclasificación de la paranoia basada en dichos contenidos y, más bien al contrario, subrayó el hecho de que unos y otros delirios tienden a superponerse en un mismo paciente.

Pero aunque la intención de Kraepelin no fuera la de trocear la enfermedad, lo cierto es que posteriormente la Psiquiatría transformó lo que en Kraepelin eran simplemente los *temas característicos* en entidades nosológicas cuasi-independientes, cada una con su propia denominación. Así, los clínicos suelen diagnosticar a un determinado enfermo de “celotipia”, o de delirio de infestación dermatozoica, y no de paranoia.

Concretando, los contenidos delirantes más característicos son los siguientes:

- Celotipia. El enfermo está convencido de que su pareja le es infiel (o desea serlo).
- Delirios hipocondríacos. El paciente se cree víctima de alguna enfermedad (siempre grave).

El individuo paranoide

- Delirio de infestación dermatozoica. Afecta prioritariamente a mujeres de edad media y de clase social baja que afirman tener parásitos moviéndose por debajo de su piel. Los notan, los palpan e incluso los ven.
- En el delirio dismórfico el paciente se halla apesadumbrado por padecer una deformidad importante y claramente visible para los demás, las más de las veces en la cara (asimetría, nariz prominente, etc). De nada sirve que le reiteren que su aspecto es normal.
- Los pacientes con un síndrome de referencia olfativa perciben un exagerado mal olor de su propio cuerpo y están convencidos de que quienquiera que se les acerque también lo percibirá.
- Los delirios de invención se distinguen porque sus protagonistas exhiben sorprendentes teorías científicas y artilugios por ellos concebidos, a menudo destinados a resolver grandes problemas de la Humanidad.
- Los pacientes con delirios místicos sienten una especial unión con Dios, con quien se hallan en comunicación, y pueden verse a sí mismos como sus portavoces en la Tierra.
- En el delirio erotomaníaco, las pacientes, casi siempre mujeres, hallan indiscutibles indicios de que determinado personaje, a quien no suelen conocer personalmente pero al que aman, también las ama. Casi sin excepción, el supuesto amante posee un superior *status* social.
- Los afectados por delirios de filiación afirman que sus verdaderos padres, los biológicos, son otros, normalmente personas de superior prestigio o posición social.
- Los delirios prototípicos, sin embargo, y quizá los más frecuentes, son los de persecución y perjuicio, en los que el paciente se siente y se cree seguido, espiado y víctima de las trampas y maldades que a plena conciencia le inflingen personas concretas, grupos de personas compinchadas entre sí, organizaciones o, en el peor de los casos, todo el mundo, o casi.
- En fin, estos temas delirantes “primarios” pueden combinarse entre sí, como en el caso del paciente convencido de padecer una grave enfermedad (delirio hipocondríaco) fruto de un envenenamiento a través del café (delirio de perjuicio).

Todas estas variantes, tendrían un elemento en común: el hecho de delirar, mientras que se diferenciarían entre sí no solamente en los contenidos de los delirios sino en las conductas y emociones que derivan de los mismos. Así, por ejemplo, los pacientes con delirios persecutorios realizan repentinos cambios de residencia, agreden inexplicablemente a quienes creen sus enemigos, o tienden a esconderse y pasar desapercibidos... los pacientes celosos siguen, espían e interrogan a sus mujeres y ponen a prueba su deseo sexual... y las enfermas con delirios de infestación dermatozoica se rascan la piel hasta lesionarse y traen a la consulta en una cajita los invisibles insectos que les desesperan.

2) Ha tenido menos notoriedad la observación kraepeliniana de que, bien mirado, el conjunto de estos contenidos delirantes se agrupan en dos campos y no más: a) los que suponen perjuicio, peligro, traición o persecución y b) los que conllevan una anormal megalomanía.

Episodios psicóticos agudos

Una vez identificada y aislada la paranoia, no tardó en hacerse evidente, por contraposición a ésta, que existían pacientes en los que el delirio tenía una duración

El individuo paranoide

recortada, autolimitándose en el tiempo y cediendo sin dejar secuelas. Pudo comprobarse que algunos pacientes sufrían repetidamente episodios de este tipo a lo largo de su vida, mientras que en otros casos se trataba de un episodio único. Los delirios, según numerosas observaciones, responderían a menudo a situaciones de tensión, y especialmente a algunas en particular, como el aislamiento (carcelario) o la emigración.

Paranoia benigna

“Desde 1905, Friedmann llama la atención sobre un cierto número de casos con los que crea un subgrupo de la paranoia de Kraepelin. En estos casos, el delirio aparece netamente como una reacción a un acontecimiento vivido determinado y la evolución es relativamente favorable. Los designa con el nombre de *paranoia benigna...*” (15).

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

Las fijaciones paranoiodes: delirio de reivindicación, psicosis pasionales, idealistas apasionados

En 1909 Sérieux y Capgras dividían “lo que en Alemania se denomina paranoia” en “delirios de interpretación” y “delirios de reivindicación” basándose en un supuesto mecanismo diferenciado de producción de la enfermedad.

De este modo:

Delirio de interpretación.

“(...) es una psicosis sistematizada crónica caracterizada por: 1º la multiplicidad y la organización de las interpretaciones delirantes; 2º la ausencia o penuria de alucinaciones, su contingencia; 3º la persistencia de lucidez y de actividad psíquica; 4º la evolución por extensión progresiva de las interpretaciones; 5º la incurabilidad sin demencia terminal” (20).

Delirio de reivindicación

“El delirio de reivindicación puede ser definido como una psicosis sistematizada crónica caracterizada por el predominio exclusivo de una idea fija que se impone al espíritu de una manera obsesiva; ella sola orienta por completo la actividad en un sentido manifiestamente patológico y la exalta en razón de los obstáculos encontrados. Este estado de monoideísmo... (20).

Delirio de reivindicación

“(...) quienes, bajo el imperio de una idea obsesiva, emplean toda su inteligencia y toda su actividad anormal no para la construcción de una novela delirante [como en el delirio de interpretación], sino para la satisfacción de una pasión mórbida” (20).

Ambos

El individuo paranoide

“El delirio de reivindicación tiene por punto de partida una idea fija; en el delirio de interpretación se llega a una idea fija tras una larga fase preparatoria. Desde el origen, el reivindicador tiene su sistema establecido, su objetivo único consiste en hacer triunfar su idea obsesiva. Por el contrario, el intepretador comienza por emitir juicios falsos sin un plan determinado, y tan sólo los coordinará secundariamente alrededor de una idea principal” (20).

A su vez, y según estos mismos autores, los delirios de reivindicación se dividían en dos grupos: los de carácter egocéntrico y los altruistas.

Entre los primeros incluían a los pleitistas, los “perseguidores hipocondríacos” y ciertos “perseguidores amorosos”. Se trata de pacientes que, probablemente, hoy, en su mayoría, adscribiríamos a alguno de los subtipos de la paranoia. No así una curiosa categoría mencionada por Sérieux y Capgras, la de los “artistas y literatos incomprendidos”. Por su parte, la mayoría de delirios de reivindicación altruistas, se clasificarían actualmente entre los delirios megalómanos: inventores, profetas, taumaturgos... con otra excepción, la de los *reformadores*, cuyas ideas, que no suelen amoldarse al concepto de *delirio*, no permiten el diagnóstico de un trastorno delirante.

Las “psicosis pasionales” de Clérambault (3) y los “idealistas apasionados” de Dide (4) apenas traspasaron los límites de la Psiquiatría francesa y gozan de una nula aceptación en el momento actual. De todos modos nos recuerdan la existencia de determinados cuadros que no se caracterizan por una idea delirante sino por una *idea igual de fija que la delirante pero sin serlo*, una idea egosintónica que tampoco es obsesiva, que afecta al enfermo de un modo tan severo y le conduce a unos trastornos de la conducta tan importantes como los que se producen en el trastorno delirante.

En este grupo variopinto de *tipos raros*, cabe destacar, concretamente, al *trastorno querulante*, a los *reformadores*, a los *fanáticos de la naturaleza* y a los *celosos retrospectivos*.

Querulantes.

“Para los estudios comparativos de investigación podría ser beneficioso un nuevo término, ‘síndrome querulante’ (...) Se podría definir como sigue:
Una condición en la que existe una idea sobrevalorada de haber sido víctima de un trato injusto, que domina la vida mental, y produce una conducta dirigida al logro de justicia, que causa problemas significativos en la vida social y personal del individuo. Habitualmente, pero no siempre, conlleva reclamaciones en los tribunales de justicia y otras instancias administrativas” (19).

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

El individuo paranoide

constante de apelaciones contra las sentencias adversas , que habitualmente dura muchos años” (19).

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

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

Reformadores.

Entre las psicosis pasionales de los autores franceses figuraban los “reformadores”, un estrafalario grupo de enfermos todavía más escasos que los querulantes en las consultas de los psiquiatras. Como sucede entre estos últimos (los querulantes, no los psiquiatras), algunos reformadores se pueden diagnosticar como afectados por un trastorno delirante, concretamente de tipo grandioso, pero lo cierto es que en muchos casos es dudoso que sus grandes proyectos de cambio social se puedan clasificar como delirios, por lo que hoy nos encontramos con la misma imposibilidad de ubicación nosológica.

Una de las más completas descripciones de los reformadores es la de Dide (4), que los incluye entre sus “idealistas apasionados”, junto a los “apasionados del amor” (que hoy catalogaríamos como delirantes erotomaniacos y místicos), junto a pacientes y personajes históricos que se podrían diagnosticar como enfermos querulantes, delirantes o simplemente con un trastorno de la personalidad y junto a otras variantes curiosas. Dide presenta varios casos históricos de reformadores (Jean de Leyde, el dirigente anabaptista creador de una utopía comunista en la ciudad de Münster, Robespierre y algunos profetas del socialismo utópico decimonónico), así como pacientes hospitalizados de los cuales el autor nos aclara que, sin padecer ningún tipo de psicosis, sí son enfermos lo suficientemente graves como para precisar el internamiento.

Reformadores. Caso Eduardo V.

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

El individuo paranoide

sin amargura y sin tristeza. Su desgracia es una necesidad ineludible; sufre con orgullo por una causa justa y está seguro de que la fuerza de sus ideas triunfará a pesar de la reclusión a la que se halla sometido” (4).

Fanáticos de la naturaleza.

Entre los “idealistas apasionados” figura todavía alguna otra curiosidad. Los *fanáticos de la naturaleza* son unos individuos hostiles al mundo civilizado y a la sociedad, que hallan en la contemplación de los espacios naturales toda su felicidad y que característicamente “vagabundean por los caminos de Europa”. Serían la caricatura de un fenómeno que Genil-Perrin asociaba al carácter paranoico: el amor por la naturaleza (que, por supuesto, siempre tiene en los paranoicos un reverso: el desprecio y el rechazo a la sociedad humana y a la civilización).

Celosos retrospectivos.

Un fenómeno sumamente interesante, que en algunas ocasiones puede aparecer como problema primordial en la consulta, mientras que en otras, las más, constituye un síntoma más que simplemente acompaña a otros fenómenos paranoicos, complicando el cuadro, son los *celos retrospectivos*. Estos se diferencian de los celos habituales en que el enfermo no duda de la fidelidad actual de su pareja, como sucede en los celos propiamente dichos. El enfermo simplemente vive obsesionado por las relaciones afectivas y sexuales anteriores de su pareja (o por una relación en particular). El *celoso retrospectivo* se atormenta día y noche con preguntas que atañen principalmente a las relaciones sexuales que su actual mujer mantuvo en el pasado. Obviamente, no necesitan vigilar ni espiar a sus cónyuges, ni limitarles el movimiento, sino que sus celos les hacen, ante todo, *cavilar, compararse e interrogar incansablemente*.

Psicasténicos

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

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

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

“En 1898, [Janet] nota la aparición de delirios de persecución que él denomina *paranoia rudimentaria*, entre los mismos sujetos que presentan el síndrome al

El individuo paranoide

que él mismo ha dado el expresivo nombre de ‘obsesión de los escrupulosos’. Los modos de invasión de este delirio, sus mecanismos psicológicos, el fondo mental sobre el que se desarrolla, resultan idénticos al fondo mental y a los accidentes evolutivos de la psicastenia. Señalemos que, en sus observaciones, Janet destaca que el delirio aparece como una reacción a ciertos acontecimientos traumatizantes. En cuanto a las predisposiciones constitucionales, son las de la psicastenia: el sentimiento de la insuficiencia de su propia persona, la necesidad de apoyo, la bajada de la tensión psicológica...” (15).

Esta línea fue magistralmente seguida por Kretschmer en su conocido trabajo sobre el “delirio sensitivo de referencia” propio de las personalidades “asténicas” (astenia = cansancio).

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

(...) La finura de percepción ética de estos enfermos provoca reflexiones y reproches, con la duda de que su propia conducta sea la que ofrezca el material necesario para las persecuciones de sus supuestos enemigos. No se forma un delirio de referencia *general*, no hay desconfianza frente al médico y la clínica, sino que muchas veces llega a existir una verdadera necesidad de médico. Las explicaciones facultativas pueden eliminar pasajeramente el delirio, y los enfermos hasta pueden llegar a reconocer temporalmente la motivación de sus primitivas explicaciones delirantes. Pero el delirio de referencia se conserva, sin embargo, durante años, a veces muchos, y se va elaborando lógicamente, libre de ideas fantásticas. Raras veces se observan alucinaciones de los sentidos. El talante varía diariamente, siguiendo el estilo de las oscilaciones psicopáticas. No todos los casos siguen un curso progresivo; algunos permanecen estacionarios, y otros, remiten. El delirio de referencia no está generalizado, ni es unilateral; *la idea sobrevalorada no predomina* en la sintomatología con la misma intensidad que en los pleitistas. Es característica la absoluta modestia de los enfermos, que aún al cabo de años, jamás manifiestan ideas de grandeza. Los *rasgos generales de la paranoia abortiva*, según Gaupp, son: disposición básica psicasténico-neurótico-obsesiva. Durante la enfermedad, formación delirante insidiosa, afecto pasajeramente depresivo-temeroso, reconocimiento a medias de la enfermedad, oscilaciones del curso y ausencia de egoísmo destructor (14).

El “delirio sensitivo de referencia” (que quizá debería haberse traducido como “delirio de referencia *de las personas sensibles*”) es una de esas entidades nosológicas que, pese a no haberse hecho un hueco en las clasificaciones psiquiátricas, son ampliamente conocidas y ocasionalmente utilizadas por los clínicos. Y es que, efectivamente, los pacientes a los que se aplica este diagnóstico difieren sustancialmente de los pacientes paranoicos propiamente dichos. Las fluctuaciones en la actividad delirante, la dubitación e incluso la reactividad a las circunstancias ambientales son justo lo opuesto

El individuo paranoide

de la rigidez y la tenacidad de los delirios de los pacientes que habitualmente identificamos como paranoicos.

Por otro lado, las características de la personalidad “asténica” de Kretschmer también contrastan marcadamente con el otro trastorno de la personalidad que los clínicos asociaron a los delirios: la personalidad paranoide.

Origen de la personalidad paranoide

Históricamente, el concepto de personalidad paranoide se materializó a finales del siglo XIX y principios del siguiente, al observar distintos psiquiatras que algunos de sus pacientes delirantes parecían compartir un patrón común de rasgos premórbidos de personalidad. Un patrón más frecuente y completamente opuesto al de los neurótico/asténicos, con su tendencia a la duda, a los auto reproches, a depender de la figura del médico, a la modestia, a dejarse influir.

No se puede señalar un primer autor que identificara y describiera la personalidad paranoide, un descubridor, sino que fue más bien una obra colectiva, paulatina, acumulativa, en la que distintos clínicos fueron aportando los elementos que acabarían aglutinándose en un patrón específico de trastorno de la personalidad.

Según Kretschmer, los primeros esbozos del trastorno se asociaron a dos entidades diagnósticas concretas.

“(…) cuya coloración dura y esténica [por oposición a la *asténica* de los psicasténicos] provenía de los tipos del pleiteador y del perseguidor-perseguido” (14).

El *délire des persecutions* de Lasègue (1852) gozó de una amplia aceptación en la psiquiatría francesa de los años subsiguientes, pero pronto se hizo evidente que daba cabida a un número excesivamente grande y heterogéneo de pacientes, por lo que la psiquiatría gala realizó un gran esfuerzo para delimitar enfermedades más restringidas y precisas. Es en este contexto en el que se sitúa la descripción de Falret (1876) de los “perseguidores-perseguidos” (incluidos en el grupo de los “enajenados razonadores”).

Perseguidores-perseguidos de Falret.

“(…) completamente desprovistos de sentimientos morales y altruistas, teniendo una alta opinión de su propia persona, no tardan en entrar en conflictos con sus iguales y sobre todo con sus superiores. Incapaces a la vez por vanidad y por incorrección nativa del juicio, de reconocer que se pueden equivocar, persisten en el camino que han iniciado y aplican su cabezonería y su gran actividad intelectual a hacer triunfar frente y contra todos su manera de ver. Los inevitables fracasos les irritan. Cada vez más desafiantes y agresivos, pronto se ven expuestos a la malevolencia y se defienden preventivamente atacando. Es en eso que son a la vez perseguidos y perseguidores” (Citado en 9).

En 1878, M Bourdin daba una interesante charla en la “Société médico-psychologique” sobre la persecución.

El individuo paranoide

“La persecución considerada en sí misma se presenta bajo dos formas principales. Ora es relativamente anodina y consiste en simples inoportunidades, o en vejaciones que no llegan a ser penosas más que como consecuencia de su tenacidad persistente, ora, por el contrario, la persecución es violenta, agresiva, despiadada, empujando al enemigo por todos los caminos, sin preocuparse por la honestidad ni la justicia” (2).

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

“Entre los enajenados y los hombres sanos de espíritu situamos a personas que conservando, al menos en apariencia, la integridad más o menos completa de sus facultades intelectuales y morales, se hallan no obstante poseídas por el genio infernal de la persecución. Para estas personas reservamos la calificación de *anomalianos* perseguidores” (2).

Pues bien, la descripción de estos *anomalianos* nos aporta una interesante aproximación a algunos de los rasgos de la futura personalidad paranoide. Como la crueldad y la insensibilidad frente al sufrimiento ajeno.

“Desde la más tierna edad hasta la vejez extrema, son el tormento de quienes les rodean” (2).

La energía y el ardor con el que se consagran a sus objetivos.

“Hombre o mujer, ponen el mismo ardor en la persecución de quienes contemplan como sus enemigos” (2).

“(…) llenos de audacia…” (2).

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

“Envidioso de la autoridad y marcadamente ambicioso…” (2).

“Para cualquier cosa, es de la oposición” (2).

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

“(…) una serie de facultades intelectuales que dormitan constantemente para el bien, pero que se vuelven activas, e incluso ardientes, para el mal. Devorado por el instinto de la persecución, M** pone al servicio de este instinto facultades cuya existencia ni se sospechaba” (2).

Comentando la intervención de Bourdin, Falret aludía al sentimiento de superioridad de sus enajenados razonadores con delirio de persecución.

“Tienen un orgullo incomparable, son estériles inventores, rechazados, incomprendidos, tienen notables facultades…” (7).

El individuo paranoide

Las descripciones de la *manía querulante* de Kraepelin y otros autores son la segunda fuente de la que manan los elementos que acabarían confluyendo en la personalidad paranoide. Así, llamó la atención de Kraepelin el inconfundible estilo cognitivo de estos pacientes: la inaccesibilidad a los razonamientos, la seguridad con que se aferran a evidencias falaces, la credulidad ante quienquiera les dé la razón, la memorización enciclopédica, la agotadora propensión monotemática de sus pensamientos y su discurso, etc. Tampoco le pasaron desapercibidos ni la alta opinión que de sí mismos tenían sus pacientes querellantes, ni su moralismo extremo para con los demás, ni su vehemencia, ni su celo proselitista, a veces exitoso.

Sobre este molde inicial de los perseguidores-perseguidos y de los enfermos querulantes, la descripción de ese patrón de personalidad asociado a la paranoia se iría completando paulatinamente...

“Así, por ejemplo, en el intento de agrupación caracterológica efectuado por Tiling, el paranoico aparece sobre todo como un hombre orgulloso, despreciativo, terco, de mucho amor propio, de una gran decisión combativa, vengativo, rencoroso y ambicioso” (14).

“Friedman destaca la capacidad de decisión del paranoico, su pensamiento prematuro, apasionado, obtusamente fijo y su decisiva diferencia con respecto a la personalidad neurótico-obsesiva” (14).

Dupré (5) apoyó el diagnóstico de la *constitución paranoica* en tres pilares, a saber:

- 1) “Hipertrofia del yo”: orgullo y sentimientos de superioridad.
- 2) Desconfianza.
- 3) Falsedad del juicio, caracterizado por la rigidez y la paralogía.

La importancia de la *constitución paranoica* de la psiquiatría francesa radica no tanto en que aportara elementos descriptivos novedosos sino en que aunaba en una entidad diagnóstica nueva e independiente lo que hasta ese momento no habían sido más que pinceladas inconexas.

Los autores franceses posteriores mantuvieron esta aproximación diagnóstica basada en tres rasgos nucleares, afinando la descripción de cada uno de ellos y añadiendo otros síntomas secundarios como el proselitismo y altruismo mórbidos, el fanatismo, el autodidactismo, el amor patológico por la naturaleza, etc. (9).

Con el paso del tiempo, sin embargo, los términos *paranoia/paranoico* se acabarían identificando con el trastorno delirante, mientras que *paranoide* acabaría utilizándose únicamente para aludir al trastorno y a los rasgos de personalidad.

Descripción de la personalidad paranoide

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

Criterios operativos:

El individuo paranoide

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

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

Otros rasgos de la descripción clínica del DSM-IV:

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

Utilizando un sofisticado método de evaluación de la personalidad y análisis multivariado, Westen (21) obtuvo varios perfiles de personalidad patológica, en su mayoría coincidentes con los tradicionales. Los siguientes ítems, ordenados de mayor a menor “peso”, son los que, en su investigación, se aglutinaban en la dimensión paranoide.

- Tiende a aferrarse a los rencores, a cavilar sobre los insultos y desaires durante prolongados períodos de tiempo.
- Tiende a sentirse incomprendido, maltratado o víctima.
- Fácilmente piensa que los demás quieren dañarle o aprovecharse de él, tiende a percibir intenciones malévolas en las palabras y actos de los demás.
- Tiende a expresar una cólera intensa e inadecuada, sin proporción con la situación que la provoca.
- Tiende a ser crítico con los demás.
- Tiende a entrar en luchas de poder.
- Consciente o inconscientemente, tiende a estar enfadado y a mostrarse hostil.

El individuo paranoide

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

Como se puede comprobar fácilmente, estos ítems conforman un perfil de individuo muy próximo a la descripción del DSM-IV.

Relación entre personalidad paranoide y trastorno delirante

Más allá de los orígenes históricos, ¿cuál es la relación real entre el trastorno paranoide de la personalidad y el principal exponente de las enfermedades paranoides, es decir, la paranoia? Aquí caben dos visiones opuestas y extremas: la de quienes piensan que se trata de dos diagnósticos completamente independientes y, por lo tanto, de dos alteraciones entre las que no existe ninguna relación sustancial, y la postura de quienes pensaban que se trata de una única patología con distintos grados de gravedad.

MODELO DICOTÓMICO

A pesar de que, históricamente, la descripción de la personalidad paranoide nació estrechamente vinculada al trastorno delirante, lo cierto es que en las clasificaciones psiquiátricas actuales constituyen dos diagnósticos independientes. Esta visión dicotómica responde a hechos objetivos incuestionables. En la clínica, la inmensa mayoría de sujetos con un trastorno paranoide de la personalidad no acaban desarrollando un sistema delirante, y un porcentaje no desdeñable de los enfermos delirantes no parten de un patrón previo de la personalidad de tipo paranoide.

Visto desde otro plano, el delirio se ha abordado con un modelo básicamente médico, como el síntoma de una enfermedad orgánica -desconocida- que en un momento dado

El individuo paranoide

afecta al encéfalo, lo invade y altera su funcionamiento, dando lugar a unas afirmaciones absurdas, que son las que catalogamos como delirios, para las que no cabe más explicación que una disfunción biológica. Y no parece muy plausible que una simple *forma de ser* del individuo, su personalidad, pudiera predisponer a una determinada enfermedad cerebral.

Delirio de persecuciones de Lasègue.

“El delirio de persecuciones no es la consecuencia de una forma de carácter; se produce en individuos muy diferentes en su humor habitual, en su naturaleza y en el grado de su inteligencia, y en su posición social” (16).

Transcurrido más de un siglo, la opinión mayoritaria sigue respaldando el modelo dicotómico. El siguiente ejemplo, referido a una variante concreta del trastorno delirante, lo ilustra.

Trastorno hipocondríaco delirante monosintomático.

“El resto de la personalidad se encuentra notablemente bien preservada, pero el sistema delirante, a pesar de su encapsulamiento, domina gran parte del modo de vida del sujeto. Se producen cambios secundarios profundos y sorprendentes en el afecto, la actitud y la lógica cuando el paciente vira del modo normal al delirante o viceversa” (18).

No obstante, alguna investigación sugiere que esta división radical entre a) la parte sana del paciente y b) la delirante, que incluye el delirio y las repercusiones conductuales que derivan del mismo, podría ser algo simplista.

Paranoia.

“(…) se asocia con **acciones violentas incluso cuando las víctimas no parecen haber sido incorporadas en los delirios**” (12).

El enfoque dicotómico resulta claro y práctico y es el que se desprende de la definición de Kraepelin y de la lectura de los sucesivos DSM. Resulta coherente con la evidencia que nos proporciona la práctica clínica de que los trastornos delirantes a menudo no asientan sobre una personalidad paranoide, y con la obviedad de que la gran mayoría de sujetos con un trastorno paranoide de la personalidad no evolucionan a un trastorno delirante. Además este modelo dicotómico es congruente con esa opinión que se remonta a Jaspers, que tanto impacto ha tenido en la Psiquiatría, que lleva a distinguir tajantemente entre los fenómenos *comprensibles*, y entre ellos estarían las variantes extremas de la personalidad, y aquellos –como los delirios y las alucinaciones- que no tienen más *explicación* que una afectación orgánica.

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

“Así vemos por ejemplo cómo un individuo anteriormente desconfiado, cerrado, amante de la soledad, un día se imagina perseguido, cómo un hombre brutal, egoísta, con puntos de vista erróneos sobre sus derechos, da un querulante, cómo un excéntrico religioso cae en la paranoia mística” (Krafft-Ebbing. Lehrbuch der Psuchiatrie, 3 Aufl. 1888, p. 436, citado en 15).

El individuo paranoide

MODELO UNITARIO

“Para estos autores, un tipo único de personalidad premórbida predispone a la aparición de la psicosis” (9).

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

Delirio de interpretación.

“(…) psicosis constitucionales que no modifican la personalidad, de la cual ellas son una exageración” (20).

Delirio de interpretación.

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

También, dicen nuestros autores ‘en el delirio de interpretación la importancia de esta constitución paranoica es capital, ya que contrariamente a lo que sucede en las psicosis demenciales, no hay, nos consta, ni modificación radical, ni disolución del carácter, sino un desarrollo hipertrofiado y unilateral de algunas tendencias preexistentes. Ninguna ruptura entre la personalidad anterior del sujeto y la personalidad del interpretador. Esta no es más que la floración de la primera ...’ (15).

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

DEL ELEMENTO COMÚN

En contraste con lo que propugna este modelo unitario, sin embargo, ya sabemos que en un importante porcentaje de casos el trastorno delirante emerge en individuos con otro tipo de alteraciones de la personalidad, e incluso aparentemente normales, y, por otro lado, que la mayor parte de individuos con un trastorno paranoide de la personalidad no desarrollan una paranoia-enfermedad siendo incluso más frecuentes otro tipo de síntomas (ansiedad, depresión, abuso de alcohol, disfunciones sexuales...).

Admitiendo, pues, que la paranoia y la personalidad paranoide son cosas bien distintas, no por ello deja de saltar a la vista que existe algún *elemento común* a ambas. Ese elemento compartido se pone de manifiesto en el plano puramente descriptivo y no necesariamente en el de la concatenación cronológica entre personalidad y delirios, tal como propugnaban los defensores de la *constitución paranoica*. Pero lo cierto es que la terna diagnóstica clásica de los autores galos –orgullo, desconfianza y rigidez- es aplicable por igual a la personalidad paranoide, a los trastornos delirantes crónicos y al

El individuo paranoide

resto de enfermedades del espectro paranoide, y es esta similitud clínica la que hace pensar en un necesario substrato común.

Comentemos en primer lugar el último de los elementos de la terna: la rigidez. Cualquier clínico experimentado es capaz de identificar una forma peculiar de pensar -obtusa, terca y opuesta al cambio- y de expresarse propia de los pacientes con un trastorno paranoide de la personalidad. En cuanto a los delirios de los pacientes paranoicos sabemos que la inflexibilidad forma parte de la propia definición del delirio, aunque investigaciones cognitivas recientes sugieran que los delirios no son tan inmodificables como se ha venido afirmando. La obstinación, la impermeabilidad a la influencia exterior, la tendencia a las visiones en blanco o negro y al rechazo de los matices... son características comunes a los delirios de los paranoicos y al estilo cognitivo de las personalidades paranoicas.

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

1) No deja de resultar curioso que absolutamente todos los típicos temas delirantes nos remitan a uno u otra: delirios megalómanos y delirios persecutorios. Ahora bien, es preciso utilizar un concepto amplio de sospecha-desconfianza en el que la incapacidad para confiar no se refiere únicamente a los seres humanos sino que se extiende también a microorganismos o partes del propio cuerpo (delirios hipocondríacos), seres inmateriales (brujas y demonios) e incluso a las circunstancias sociales y naturales (delirios de catástrofe, que con frecuencia se acompañan de ideas mesiánicas).

2) La realidad clínica, especialmente cuando se tiene la oportunidad de seguir a los pacientes durante años, nos muestra cómo en el mismo enfermo se suceden a menudo distintos delirios y preocupaciones, unos de predominio persecutorio, otros de contenido más megalómano. Una mezcla que les asemeja algo más a los sujetos con un trastorno paranoide de la personalidad, en los que la soberbia y la desconfianza siempre se combinan en proporciones variables.

3) Pero es que un análisis más pausado de la fenomenología de los trastornos delirantes deja patente que ambos, superioridad y perjuicio-persecución, coexisten en el seno del propio delirio. Corresponde a Kraepelin la observación de que los pacientes con delirios persecutorios se sienten, a la vez que perseguidos, seres fuera de lo común, dado que son precisamente ellos, y no otros, las víctimas de las conspiraciones y tramas más importantes. Si se encuentran en el punto de mira de la ETA o la CIA es únicamente en la medida en que poseen algún conocimiento o capacidad especial que, desde luego, no tiene todo el mundo.

Paranoia.

“Ya la enormidad de los medios que el paciente cree que se están empleando contra él, apunta a una considerable sobreestimación de su propia personalidad, el supuesto objetivo de esos esfuerzos” (13).

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

El individuo paranoide

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

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

Esta coexistencia de superioridad y desconfianza que se produce en el trastorno delirante también lo acerca a la personalidad paranoide.

El paranoidismo-rasgo

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

Existe una aproximación completamente distinta a las alteraciones de la personalidad que procede de las facultades de Psicología y del uso de los tests de respuesta múltiple. Este abordaje produce una serie de dimensiones, aplicables todas ellas a cualquier individuo, y en las que es posible obtener una gama de distintas puntuaciones.

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

En el caso del 16PF, sin embargo, la escala recibe una denominación peculiar: *-protensión-* (derivada de *paranoia trend*) y supuestamente mide solamente un aspecto concreto de la personalidad paranoide: la suspicacia. Hay dos facetas de esta dimensión que merecen ser comentadas:

- La escala agrega en dos “factores de segundo orden”. El primero de ellos corresponde a una personalidad neurótica y nos remite a la psicastenia de Janet. El segundo de ellos (denominado Q_{IV}), en el que se agrega junto a escalas que miden la tendencia a dominar, a la rebeldía, al radicalismo y a un pensamiento original y centrado en temas abstractos, nos conduce inequívocamente a las descripciones clásicas de la constitución paranoica.
- Trabajos recientes sugieren que lo que verdaderamente refleja la escala de *protensión* es “ansiedad y rigidez”, y no la suspicacia (11).

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

El individuo paranoide

Se están desarrollando igualmente métodos experimentales de valoración con un gran potencial. En una interesante investigación experimental Freeman et al (8) sometieron a cien hombres y cien mujeres a un paseo de cuatro minutos por el metro, con un dispositivo de realidad virtual, durante el cual se cruzaron con distintos transeuntes. Pues bien, frente a una ligera mayoría que describía las interacciones con el resto de viajeros como positivas o neutras, nada menos que un 40% de los sujetos experimentó pensamientos de tipo paranoide: personas hostiles, o que se ríen de uno, o que hacen gestos despectivos, que desafían con la mirada, que quieren provocar discusiones...

Paranoidismo-estado

Aunque los clínicos pensamos siempre en el paranoidismo como *algo patológico y que afecta únicamente a nuestros pacientes* lo cierto es que el comportamiento paranoide constituye una potencialidad humana universal que, *en mayor o menor medida*, todo el mundo puede manifestar *en algún momento*.

De hecho el propio lenguaje coloquial entre profesionales de la Psiquiatría lo acepta inadvertidamente cuando utiliza la expresión informal “ponerse parana” para referirse a personas que no son nuestros pacientes y a los que suponemos sanos.

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

Resumiendo, *lo paranoide* puede ser una enfermedad que *se tiene*, algo que *se es* (una personalidad) o un estado en el que el sujeto -sano- *se pone*.

Paranoidismo estrecho versus paranoidismo amplio

Un forma de entender “lo paranoide” de la que nos apartaremos radicalmente a lo largo de este libro es la que lo equipara con la sospecha-desconfianza-persecución. Frente al modelo de la *constitution paranoïaque* que fundamentaba el diagnóstico en tres grandes patas de similar importancia (orgullo, desconfianza y rigidez), este enfoque únicamente toma en consideración el segundo elemento de la terna.

Esta es la aproximación más común en el seno de la Psiquiatría actual, y tiende a ponerse de manifiesto tanto en la forma de entender los trastornos delirantes como en la forma de entender la personalidad paranoide.

1) Aunque la *paranoia* kraepeliniana incluyera el conjunto de los delirios crónicos, lo cierto es que posteriormente, como ya hemos señalado, se ha producido una marcada tendencia a reservar el término *paranoia* para los delirios persecutorios y de perjuicio, dándole al resto de temas delirantes una denominación específica. Las clasificaciones oficiales mantienen la unidad nosológica de la paranoia, pero al optar por la denominación “trastorno delirante”, en vez de paranoia, también facilitan esta forma restrictiva de usar el término.

2) La ecuación paranoide = sospecha-perjuicio se pone también de manifiesto en la definición que el DSM-III y sucesivos hacen de la personalidad paranoide.

El individuo paranoide

Personalidad paranoide.

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

Coherente con esta definición, todos los criterios diagnósticos con los que se diagnostica la personalidad paranoide se conciben como meras manifestaciones de la desconfianza. Pero, al mismo tiempo, la descripción clínica que precede a la exposición de los criterios diagnósticos revela una concepción de la personalidad paranoide mucho más cercana a la antigua “constitución paranoica” pues es evidente que no todas las características de la personalidad paranoide que se mencionan derivan de la desconfianza. De este modo, y hasta cierto punto, la *descripción* que hace el DSM-IV de la personalidad paranoide difiere de la *definición* que nos proporciona el manual.

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

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

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

Grupúsculo sectario-leninista. SLA.

“La paranoia tiene que ser contagiosa, pues en esa casa todo el mundo la había cogido. Cuando Cin un día se dirigió a mí y me dijo que los periódicos informaban de que mi padre había contratado adivinos para averiguar dónde me tenía el SLA, quedé paralizada por el miedo. ‘Ahora no pienses en ningún adivino, no te comuniques con ellos’, me dijo. ‘Fija todo el rato tu mente en otra cosa’. Hice lo que se me dijo. No quería que ningún adivino ni nadie apuntara para el FBI en mi dirección. Para protegerse, y a través de una fuerte disciplina, los miembros del SLA habían aprendido a hablar en voz baja, casi un susurro. Podían incluso gritar con voz susurrante. Su dirigente estaba convencido de que el FBI disponía de instrumentos súper-oyentes que podían apuntar a esa casa desde un coche aparcado en la vecindad. Todos los días grapaban ávidamente las noticias de los periódicos de San Francisco, incluyendo las líneas y párrafos absurdos de relleno al pie de las columnas de noticias. Cin estaba convencido de que esos rellenos eran en realidad mensajes secretos codificados entre agentes de la CIA que operaban en el área. En una ocasión me informó de que cuando el SLA se reunía siempre giraban el aparato de televisión hacia la pared para prevenir que el gobierno pudiera espiar al SLA a través de la pantalla de televisión” (10).

La objeción principal que se puede hacer a este modo restrictivo de entender lo paranoico-paranoide es que limita la atención al elemento que para el clínico resulta más llamativo, o más evidente, o más directamente relacionado con los conflictos interpersonales que traen a los pacientes paranoicos a la consulta, prescindiendo de todo lo demás.

Conclusión

Pensamos que cabe hablar de la existencia de un *patrón de conducta* paranoide que, como la tristeza, la agresividad, el miedo o la conducta de alimentación (también *patrones de conducta* en el sentido etológico del término), se intensifica anormalmente en determinadas situaciones o individuos.

Los distintos cuadros clínicos en que se produce La *activación paranoide* se diferenciarían entre sí en la cronología (estado permanente versus estados transitorios), en la severidad, así como en si la conducta paranoide tiene un carácter *generalizado* o focalizado alrededor de algún *tema* (y en este segundo caso, en el tema elegido), en el grado de asociación a otros síntomas (alucinatorios y afectivos, sobre todo, también disociativos), en la presencia o ausencia de ideación delirante y, finalmente, en el carácter reactivo o no reactivo frente a las situaciones ambientales.

Además, la conducta paranoide no debería contemplarse *sólo* como la manifestación de una enfermedad que un buen día afecta a alguna estructura cerebral o a algún neurotransmisor, ni *sólo* como la expresión de un anormal desarrollo de la personalidad, sino *también* como una conducta enteramente normal en los individuos de nuestra especie o, dicho de otro modo, incorporada al repertorio de conductas biológicamente transmitidas.

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

Referencias

1. American Psychiatric Association. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona (España): Masson, S.A.; 1995.
2. Bourdin M. Du délire de peersécution chez les anomaliens. *Ann Med Psicol.* 1878; 392-413.
3. Clérambault de, G. G. Oeuvre Psychiatrique. París: PUF; 1942. Citado en F. Colina y J. M. Alvarez. El delirio en la clínica francesa. Madrid: Ediciones Dorsa; 1994.
4. Dide M. Les idéalistes passionnés. Alcan. París. 1914.
5. Dupré E. La psychiatrie du médecin praticien. XXII Congrès del médecins aliénistes et neurologistes, Tunis, 62p., Masson et Cie, Paris (1912).
6. Enoch, D. Delusional Jealousy and Awareness of Reality. *British Journal of Psychiatry* 1991; 159 (suppl. 14):52-56.
7. Falret J. Des aliénés persécutés, raisonnants et persécuteurs. *Ann Méd Psychol* 1878: 413-414.
8. Freeman D, Pugh K, Antley A, Slater M, Bebbington P. Virtual reality of paranoid thinking in the general population. *The British Journal of Psychiatry* 2008; 192: 258-263.
9. Guelfi JD. La personnalité paranoïaque. *La revue de Médecine* 1979; 20: 75-85.
10. Hearst P. Patty Hearst. Her own story. New York: Avon Books; 1988.
11. Karson S, O'Dell JW. 16 PF Guía para su uso clínico. Madrid: Tea Ediciones S.A.; 1989.
12. Kennedy HG, Kemp LI, Dyer DE. Fear and Anger in Delusional (Paranoid) Disorder: The Association with Violence. *British Journal of Psychiatry* 1992; 160: 488-492.
13. Kraepelin, Emil. *Psichiatria A Textbook for Students and Physicians.* Canton (MA): Science History Publications; 1990
14. Kretschmer, Ernst. Delirio sensitivo paranoide. Barcelona: Ed. Labor; 1958
15. Lacan, Jacques. De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité. Paris; Ed. du Seuil: 1932.
16. Lasègue, Charles. Du délire des persecutions. *Archives générales de médecine*, 1852. Citado en F. Colina F, Alvarez JM. El delirio en la clínica francesa. Madrid: Ed. Dorsa; 1994.
17. McKenna PJ. Disorders with overvalued ideas. *British Journal of Psychiatry* 1984; 145: 579-585.
18. Munro, Alistair. Phenomenological Aspects of Monodelusional Disorders. *British Journal of Psychiatry* 1991; 159 (suppl.): 62-64.
19. Rowlands MMWD. Psychiatric and Legal Aspects of Persistent Litigation. *British Journal of Psychiatry* 1988; 153: 317-323.
20. Sérieux P, Capgras J. Les folies raisonnantes. Le délire d'interpretation. París: alcan; 1909. Citado en F. Colina F, Alvarez JM. El delirio en la clínica francesa. Madrid: Ed. Dorsa; 1994.
21. Westen D, Shedler J. Revising and assessing axis II, Part II: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156:273-285.
22. Winokur G. Delusional disorder (paranoia). *Comprehensive Psychiatry* 1977; 18: 511-521.