

Ester Gamarra Cabré

**CASO CLÍNICO DEL PERSONAJE LITERARIO ALICE GOULD
El trastorno delirante**

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

Dirigido por la Dr. Núria Vázquez Orellana

Grado de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

**Tarragona
2020/2021**

Índice

1. Introducción teórica	4
1.1. Marco teórico de la patología.....	4
1.1.1. Evolución etimológica del Trastorno Delirante	4
1.1.2. Concepto de Trastorno Delirante	7
1.1.3. Etiología	10
1.1.4. Epidemiología.....	11
1.1.5. Curso y pronóstico.....	12
1.2. Marco contextual e histórico de la psiquiatría de los años 70.....	13
2. Objetivos.....	16
2.1. Objetivos del trabajo.....	16
2.2. Elección e importancia del caso en relación a la patología.....	16
2.3. Hipótesis del Caso Clínico	17
3. Metodología.....	18
4. Resultados.....	19
4.1. Caso Clínico Alice Gould	19
4.1.1. Historia clínica.....	19
4.1.1.1. Identificación personal.....	19
4.1.1.2. Motivo de consulta.....	19
4.1.1.3. Historia del problema actual.....	20
4.1.1.4. Antecedentes clínicos.....	21
4.1.1.5. Historia familiar	21
4.1.1.6. Genograma.....	22
4.1.1.7. Observaciones.....	22
4.1.2. Exploración física y psicológica.....	22
4.1.3. Sintomatología.....	27
4.1.3.1. Delirio principal tipo no especificado.....	27
4.1.3.2. Delirio de persecución.....	31
4.1.3.3. Delirio de grandeza.....	33
4.1.4. Procedimiento diagnóstico	34
4.1.5. Diagnóstico diferencial	35
4.1.6. Juicio clínico.....	36
4.1.7. Tratamiento desde un modelo cognitivo-conductual.....	40

4.1.7.1. Técnicas.....	40
4.1.8. Evaluación.....	45
5. Conclusión y Discusión.....	45
6. Bibliografía.....	48
7. Anexos.....	51
7.1. Anexo 1: Personajes principales de la novela.....	51
7.2. Anexo 2: Resultados del test de Rorschach.....	53
7.3. Anexo 3: STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo.....	54
7.4. Anexo 4: Escala para la valoración de los síntomas psicóticos.....	56

1. Introducción teórica

1.1. Marco teórico de la patología

En el marco teórico voy a presentar todos los aspectos propios y confluentes con la patología principal, desde el origen etimológico del concepto, pasando por su historia, los aspectos conceptuales, el estudio epidemiológico, el curso y pronóstico de la enfermedad, hasta la pertinente afectación en el ser humano.

1.1.1. Evolución etimológica del Trastorno Delirante

La etimología del concepto trastorno delirante ha sufrido cambios hasta el momento actual, tanto a nivel de forma estructural como de significado. La actual revisión va a permitir conocer la evolución desde el momento histórico en que se aplicó el término paranoia en relación al delirio, concepto propuesto por S.G Vogel en el siglo XVIII (Salavert et al., 2003), hasta los autores posteriores más relevantes.

Las escuelas alemana y francesa son las que recogen más información acerca de la delimitación nosológica y fenomenológica del concepto de paranoia hasta la fecha (Salavert et al., 2003). La palabra paranoia proviene del griego, de *para*, que significa 'al lado', 'contra' o 'fuera', y *nous*, que se traduce en 'mente' (2014). Es decir, fuera de la mente.

El autor dominante del pensamiento delirante en Francia, fue J.J.V Magnan (1835-1916). Magnan, propone la división del delirio crónico a partir de la teorización de una base sana y otra degenerativa (Conti, 2009).

Magnan plantea que la base degenerativa se constituye a partir de algún tipo de alteración física o psíquica. Este grupo incluye: delirios episódicos polimorfos, delirios de la demencia paranoide y algunos delirios sistematizados con inicio brusco. En oposición al grupo anterior, las psicosis alojadas en una base sana, vale decir, sin antecedentes degenerativos, se caracterizan por una única entidad, el delirio, definido por Magna como: *delirio crónico de evolución sistemática*. Su desarrollo estaba compuesto por 4 periodos: 1) Inquietud e Interpretación, 2) Persecución y Sistematización, 3) Grandeza y 4) Demencia (Conti, 2009).

En 1911, el autor francés Gilbert-Ballet (1853-1916), reacciona y se opone a las ideas de Magnan por una excesiva y arbitraria clasificación de los enfermos delirantes crónicos. Gilbert-Ballet propone un grupo más heterogéneo, las psicosis alucinatorias crónicas, que incluyen el componente alucinatorio, delirante y la supuesta cronicidad del trastorno. Este grupo pasa a ocupar un lugar intermedio entre la hebefrenia (Hecker, 1871 y Kahlbaum, 1874) y las psicosis delirantes crónicas no alucinatorias, equivalente al de las parafrenias en la clasificación alemana de Kraepelin, 1913 (Conti, 2009) (Hoche, 2009).

Por otro lado, el máximo exponente de la psiquiatría alemana fue Wilhelm Griesinger (1817-1868) quien, en 1845, utiliza el término *verrücktheit* (locura) para dar lugar a una serie de cambios, entre 1860-1890 (Conti, 2009) (Evrard, 2019). El cambio más importante es el que realiza Karl Kahlbaum (1828-1899), en 1863, al introducir el concepto de paranoia para definir a los enfermos delirantes sin ningún tipo de deterioro afectivo ni deterioro de las capacidades intelectuales. Este autor creía que la paranoia era una forma de locura parcial que tan solo afectaba al contenido del pensamiento y que este, junto con la consecuente conducta, se mantenían aproximadamente estables a lo largo del tiempo (Salavert et al., 2003).

Sobre estas bases del pensamiento, nacen las ideas modernas de Kraepelin (1856-1926) en relación a la paranoia. Kraepelin considera que las paranoias son de origen endógeno, de instauración gradual, evolución crónica, sistematizada, con una manifestación de carácter interpretativo, sin presencia de alucinaciones y con la personalidad y capacidad volitiva preservada. El autor clasifica los delirios paranoicos en: persecutorios, erotomaniacos, celotípicos, grandiosos e hipocondríacos (Salavert et al., 2003).

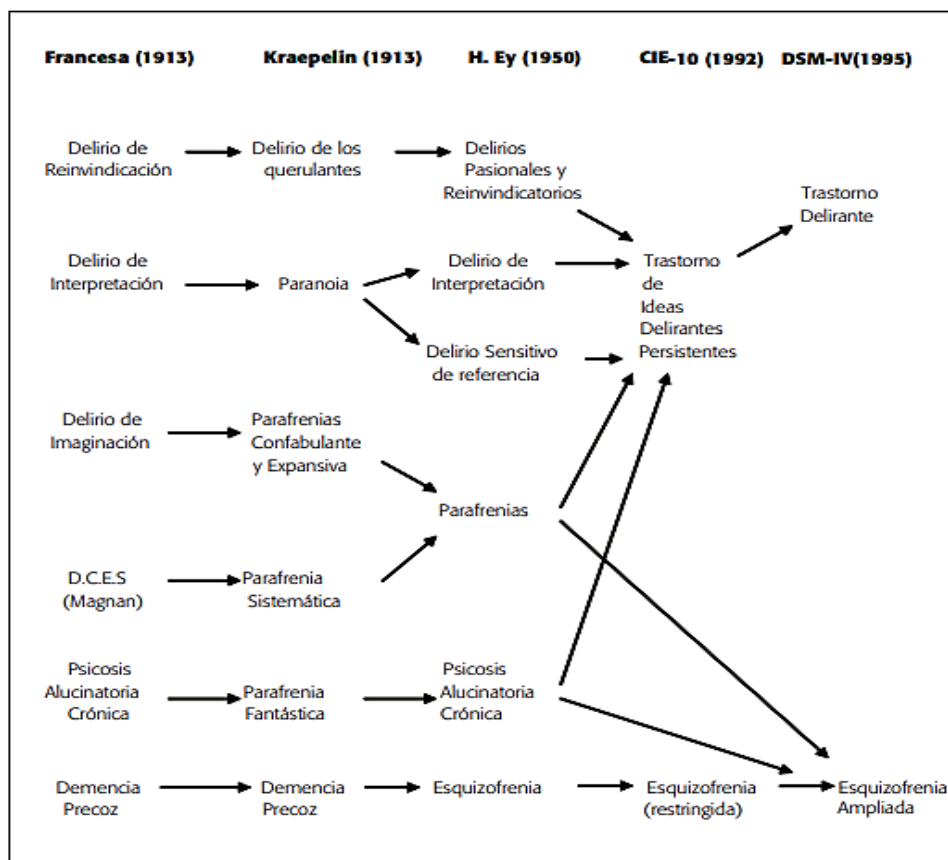
En la obra *Estudios sobre los delirios*, el psiquiatra y psicoanalista francés Henry Ey (1900-1977) habla sobre el carácter constitucional del delirio y la relación entre la personalidad y la continuidad de este (Salavert et al., 2003). Propone la diferenciación entre *paranoide*, para los delirios mal o no sistematizados, y *paranoico* para los delirios sistematizados (Conti, 2009).

Iniciada la década de los 80, grupos de expertos de Europa (ICD) y Estados Unidos (DSM) empiezan importantes avances en la clasificación, a pesar de la buena aceptación que tuvo el pensamiento de Henry a finales de los años 70 (Conti, 2009).

Vamos a finalizar esta revisión con la perspectiva nosológica actual del trastorno delirante. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) introduce el concepto de estados paranoides diferenciado de la esquizofrenia en su *Diagnostic and Statistical Manual, Second Edition* (1968). El ítem de trastorno delirante no es introducido hasta la edición DSM-II-R (1987) y se mantiene estable hasta el DSM-IV (1994). La categoría diagnóstica definida por la presencia de ideas delirantes de al menos 1 mes de duración, a diferencia del CIE-10 que son 3 meses, y la exclusión del criterio A para la esquizofrenia (Conti, 2009) (Salavert et al., 2003) .

Figura 1

Psicosis Delirantes Crónicas: evolución histórica nosográfica



Nota. Recuperado de Norberto Aldo Conti, 2004.

1.1.2. Concepto de Trastorno Delirante

Finalizada la revisión histórica, en este punto voy a introducir la definición conceptual y clínica del trastorno delirante (paranoia). Pretendo mostrar también, a pesar de la escasa información comórbida entre artículos, la etiología del trastorno, junto a factores de riesgo o precipitantes.

Esta patología presenta un juego dual, donde se comprende contemporáneamente a dos sistemas de pensamiento: la razón y el delirio.

Kraepelin afirma que la paranoia actúa desprovista de cuadros alucinatorios y deterioro cognitivo. Define la enfermedad como un constructo de "Desarrollo insidioso, bajo la dependencia 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, el querer y la acción" (Cortese, 2004, p.145).

El síntoma imprescindible y característico del trastorno delirante, en redundancia a este, es el delirio. Las ideas delirantes están basadas en una convicción errónea que el sujeto cree y sostiene firmemente. Este, realiza una inferencia equivocada de la realidad exterior, que a pesar de ser una evidencia demostrable, la niega. Cabe destacar que la falsa creencia no está supeditada a ninguna orden religiosa ni compartida por otras personas. La principal diferencia para no errar y confundir las ideas delirantes con ideas sobrevaloradas, es la tenacidad con la que se defienden las primeras (APA, 2002).

Sigmund Freud (1856- 1939), en cambio, pensaba que las ideas delirantes eran parte del proceso de curación y no síntoma del trastorno (Sadock & Sadock, 2009).

Algunas de las principales características semiológicas que caracterizan al trastorno delirante son:

- Evolución crónica y progresiva de la enfermedad, con picos de mayor o menor activación, pero siempre bajo una actividad delirante (Salavert et al., 2003).

- El origen del trastorno es primario. No se requiere de ninguna alteración física o psicológica que lo desencadene (Salavert et al., 2003).
- Los sujetos suelen tener una buena higiene y visten adecuadamente. En ocasiones pueden parecer extravagantes, extraños, desconfiados u hostiles (Sadock & Sadock, 2009).
- Clara sistematización y coherencia interna de la estructura delirante, siendo estas posiblemente factibles. El discurso puede presentarse redundante, presuntuoso, pretencioso o idiosincrásico. No aparecen otras alteraciones del pensamiento (Sadock & Sadock, 2009).
- Ausencia de demencia o disociación de la personalidad, pero la tipología del delirio puede influir en el funcionamiento habitual de la persona (Cortese, 2004) (Salavert et al., 2003).
- Como anteriormente hemos señalado, se produce por una interpretación errónea inmodificables a pesar de la argumentación lógica. El delirio es irrefutable e no-influenciable (Salavert et al., 2003).
- El contenido se desarrolla uniforme y normalmente en torno a una sola idea delirante. (Salavert et al., 2003).
- El estado de ánimo o humor es concordante con la naturaleza del delirio, por ejemplo, un paciente con ideas de grandiosidad se sentirá eufórico (Sadock & Sadock, 2009).
- Por lo general, los pacientes con este tipo de trastorno no presentan alteraciones perceptivas, es decir, alucinaciones, o estas no están sostenidas en el tiempo. Según el DSM-IV-TR, si las alucinaciones son congruentes con el delirio pueden ser de carácter táctil u olfativas (Sadock & Sadock, 2009).
- Desprovista de alteraciones sensoriales o cognitivas. La memoria y otros procesos cognitivos se mantienen intactos (Sadock & Sadock, 2009).
- Carente de juicio propio e introspección, lo que conlleva una imposibilidad para pedir ayuda (Sadock & Sadock, 2009).

Eludiendo las evidentes críticas a los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales, siendo estos fundamentales para el estudio de los fenómenos, existen algunas diferencias entre el DSM-5 y el CIE-10.

En cuanto a los criterios diagnósticos, la clara diferencia la encontramos a la hora de delimitar la temporalidad del delirio. El DSM-5 propone que la duración mínima debe ser de al menos 1 mes y el CIE-10, de 3 meses (APA, 2013) (Pan American Health Organization, 2015). Otra de las diferencias entre los manuales es la tipología del delirio. Ambos coinciden en los tipos erotomaniaco, de grandeza, celotípico, persecutorio y somático. En cambio, el CIE-10 incluye el subtipo litigante y autorreferente y el DSM-V incluye el tipo mixto y el tipo no especificado (APA, 2013) (Pan American Health Organization, 2015). Las demás diferencias que podemos encontrar son de forma pero no de contenido.

La Dra. Cortese, Médica Especialista Universitaria en Psiquiatría (UBA), describe cuáles son algunos de los rasgos característicos de la personalidad paranoide:

1. Son individuos **rígidos**, autoritarios, que difícilmente toleran que se les lleve la contraria. Son incapaces de hacer autocrítica o llevar a cabo un juicio de su sistema de valores (Cortese, 2004).
2. Actitud fácilmente detectable, la **desconfianza**. Estos sujetos tienen una creencia desmesurada de que el otro va a conspirar contra ellos o van a tener actitudes agresivas hacia él. Dichos sujetos se sienten aludidos, como si fueran el centro del mundo. Las relaciones sociales que van a formar pueden presentarse de dos maneras: con reticencia oculta bajo una excesiva gentileza, o por el contrario, con una agresividad directa o disfrazada en proyecciones (Cortese, 2004). El autor Harv Ment Health Lett (1999), apunta que estos sujetos están dotados de un sistema de alarma hipersensible, que les permite detectar la traición y la hostilidad (Salavert et al., 2003).
3. **Hipertrofia del yo**. Es una obsesión por el yo, un egocentrismo y narcisismo muy marcado donde el sujeto sobrevalora y acentúa sus virtudes, éxitos, destrezas, etc. (Cortese, 2004).

4. **Juicios erróneos pasionales.** Este concepto es un sistema donde el sujeto rechaza todo aquello que puede ser distinto o crítico en relación a sus ideas. Intenta argumentar lógicamente su pensamiento, pero en realidad es un racionalismo mórbido (Cortese, 2004).
5. Para terminar, están caracterizados por una alta y estricta concepción de la **justicia**, seguimiento de las normas y lealtad, con las que enmascarar los sentimientos de resentimiento y agresividad. Estos sujetos tienden a realizar prácticas con las que fortalecer la autodefensa. Justifican la conducta agresiva en favor de la causa y suelen tener problemas de adaptación social (Cortese, 2004).

1.1.3. Etiología

Los datos respecto a la etiología del trastorno delirante no son precisos. Actualmente se desconoce cuál es la causa principal del TD, pero se ha encontrado una serie de factores biológicos, ambientales y de personalidad que podrían tener algo que ver (Sadock & Sadock, 2009).

Se ha encontrado que un gran número de enfermedades orgánicas no psiquiátricas pueden desencadenar ideas delirantes, pero no necesariamente siempre son causa-efecto. Las ideas delirantes se relacionan con mayor frecuencia a alteraciones del sistema límbico y de los ganglios basales, aunque también puede darse en pacientes con funciones cerebrales intactas. Los factores cerebrales y de personalidad posiblemente van a ser importantes para la fisiopatología del delirio. Si las experiencias del entorno, del sistema nervioso periférico (SNP) o del sistema nervioso central (SNC), son anormales, el trastorno delirante puede aparecer como respuesta normal a esto (Sadock & Sadock, 2009).

Las teorías psicodinámicas han considerado que factores como el aislamiento social, la personalidad hipersensible, la falta de confianza en el otro o en el entorno y los mecanismos de defensa específicos del yo, podrían tratarse de factores de riesgo. Otros factores de riesgo que podrían aumentar la vulnerabilidad de los trastornos delirantes son: la edad avanzada, el aislamiento social, los antecedentes familiares, los trastornos

de personalidad, las deficiencias auditivas y visuales, la inmigración reciente, etc (Sadock & Sadock, 2009).

Como he mencionado, los pacientes utilizan mecanismos de defensa, entendiéndose éstos como mecanismos con los que el inconsciente opera para hacer frente a la realidad y mantener el equilibrio psicológico. Algunas de las contribuciones de Freud, en 1896, fue demostrar que la proyección era el mecanismo de defensa principal en la paranoia. Mecanismo de protección que consiste en proyectar en los demás aquellos impulsos o actitudes inaceptables de uno mismo. Segundo, la negación. Estos sujetos, incapaces de aceptar la dolorosa realidad, la niegan. Y para finalizar, el mecanismo de formación reactiva. Este, consiste en la transformación opuesta de un deseo reprimido, es decir, convertir la necesidad de dependencia en independencia (Cortese, 2004) (Sadock & Sadock, 2009).

1.1.4. Epidemiología

Los datos referentes a estudios epidemiológicos sobre el trastorno delirante son muy escasos y discrepantes. Esta afirmación se debe a la baja frecuencia de la enfermedad frente a los demás trastornos psiquiátricos y a la divergente aceptación nosológica, lo que eso incluye, criterios diagnósticos diferentes dependiendo de la época y país donde se realiza el estudio.

Otra dificultad a la hora de detectar y recoger datos estadísticos sobre este trastorno, es que la propia detección esconde una contradicción, ya que asistir voluntariamente al psicólogo o psiquiatra sería asumir que sus pensamientos (delirios) son erróneos (Salavert et al., 2003).

Kendler, en 1982, realizó el estudio descriptivo y longitudinal más importante y completo sobre el trastorno delirante hasta la fecha. La muestra estaba compuesta por pacientes psiquiátricos de EE.UU, Canadá, Inglaterra e Irlanda. El estudio duró sesenta años y los resultados mostraron que la prevalencia del trastorno era del 1-4%, con una incidencia de 1-3 casos por 10.000 habitantes (Salavert et al., 2003).

Los datos epidemiológicos actuales recogidos por el DSM-IV, estiman que la prevalencia es de 0.03% en la población de los EE.UU, una prevalencia

levemente inferior a la esquizofrenia que es un 1%, y a los trastornos del estado de ánimo, con una prevalencia del 5% (Elenitza, 2012)(Sadock & Sadock, 2009).

La edad de inicio de pacientes con trastorno delirante fluctúa entre los 35-55 años (promedio, 40 años). Se han encontrado resultados dispares a la hora de la distribución por sexos, algunos artículos declaran que el trastorno delirante es más frecuente en mujeres que en hombres, con una proporción de 4 a 3 (Elenitza, 2012).

Según el estudio que realizó Román et al. (2015), los delirios más comunes en hombres son el delirio de grandeza, de perjuicio, el celotípico y, los delirios generalizados. En cambio en mujeres se dan en mayor proporción los delirios erotomaníacos, de percepción y, el humor delirante, es decir, el estado de ánimo previo al delirio.

1.1.5. Curso y pronóstico

El curso de la enfermedad es variable, puede ir desde la remisión total de los signos y síntomas, a la cronificación del trastorno (Salavert et al., 2003).

Contamos con evidencias de que la evolución de la enfermedad es favorable y presenta mejoras en un 10% de los pacientes, a pesar de la persistencia de las ideas delirantes. De un 30% a un 50% de los casos presenta remisión clínica completa y del 30% al 40% restante no muestran ninguna mejora (Elenitza, 2012).

Por otro lado, la evolución diagnóstica del trastorno suele ser estable. Menos de $\frac{1}{4}$ cuarta parte de los pacientes evoluciona hacia una esquizofrenia y menos del 10% hacia un trastorno del estado de ánimo. Estos datos confirman que el trastorno delirante no se trata de una etapa previa a otros trastornos (Sadock & Sadock, 2009).

Para finalizar, los factores relacionados con el buen pronóstico de la enfermedad son: una buena posición social y ocupacional, un inicio antes de los 30 años, ser del sexo femenino, comienzo súbito y evolución rápida de

la enfermedad (aparición aguda), episodios delirantes de tiempo breve y la presencia de factores estresantes o precipitantes (Salavert et al., 2003).

1.2. Marco contextual e histórico de la psiquiatría de los años 70

La novela está centrada en los años setenta, en una España maltrecha por el paso del franquismo, que entra en los primeros años de la Transición democrática. Nos enmarcamos en una época de importantes cambios y transformaciones, tanto políticas y sociales como aquellas relacionadas con el concepto de "locura". Es también una época de muchas limitaciones por parte de la ciencia psiquiátrica, donde el conservadurismo, la concepción que se tenía acerca de los trastornos mentales y su tratamiento, era muy rígida (Huertas, 2017).

En esta década empieza a definirse un cambio cultural, un nuevo discurso respecto a la concepción de enfermedad mental derivado de importantes novedades, donde aparece una actitud social distinta a la que había habido hasta ese momento y orientada hacia el Estado de Bienestar.

El inicio del nuevo período democrático y concretamente la victoria de izquierdas (PSOE), en 1982, da lugar a la llamada Reforma Psiquiátrica (1985). Es en ese momento cuando se ponen en marcha transformaciones que garantizan una mayor atención y respeto por los derechos ciudadanos y humanos de los enfermos mentales y la aparición de profesiones como la psicología clínica (Desviat, 2011). También se inicia una revisión de la formación de los profesionales del ámbito de la salud mental: enfermería, trabajo social, educación social, terapia ocupacional y demás (Alegre et al., 2018).

Se plantean también las bases asistenciales y la planificación en salud mental, incluidas dentro de la Ley General de Sanidad (Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, abril 1985). Estas bases, en las que se va a fundamentar la asistencia psiquiátrica, adoptan un modelo comunitario, descentralizado y con una integración total en la sanidad general. Con esta Ley se buscaba romper con el estigma que envolvía al enfermo mental y romper con la marginación tanto en el ámbito institucional como social (Desviat, 2011).

Algunos de los principales puntos que se incluían y que permanecieron desde los años 70 a los 90 son: la integración de la psiquiatría y la salud mental dentro del campo sanitario, una concepción biopsicosocial de la enfermedad, equipos interdisciplinarios en salud mental, la garantía de los derechos civiles de los enfermos, la hospitalización psiquiátrica pasó a realizarse en hospitales, etc. (Menéndez, 2005).

Durante el período de desarrollo de las reformas psiquiátricas no todo fueron concepciones teóricas universales sino que se dieron en un clima de debate; donde profesionales con concepciones e ideologías diversas, debatían, planteaban y discutían. Esto permitió un enriquecimiento teórico dentro del campo de la salud mental. Las nuevas reformas se basaron en las aportaciones de la psiquiatría social, el psicoanálisis, el cognitivismo, el modelo sistémico, etc. No obstante, toda esta riqueza de ideas y de propuestas chocó en su implantación con las limitaciones impuestas por la realidad económica y de gestión (falta de recursos económicos, medios y personal válido en el campo de la salud mental), dificultades referidas a las diferentes competencias de las CC.AA, etc. Esto hizo que el Informe ministerial de las reformas psiquiátricas quedara muy desvirtuado y disminuido en su aplicación práctica (Menéndez, 2005).

Por otro lado, se fueron imponiendo formulaciones teórico-prácticas en salud mental de pensamiento único en base a la gestión, formas neoliberales, formas pragmáticas y la formulación técnica de la neurociencia. Ahora las formas de poder y exclusión ya no estaban supeditadas bajo la represión política sino que se clasificaban en base a términos científicos, objetivables, operativos y realistas. El resto de teorías quedaron relegadas, inservibles y etiquetadas de históricas e idealistas (Menéndez, 2005).

Como hemos visto, la novela tiene una base histórica importante. Los hechos reflejan la lucha hegemónica, que estaba viviendo la España sometida por el franquismo, entre clases. Vamos a ver cómo a lo largo de la novela se delimitan unas fronteras entre dos grupos sociales (enfermos-personal sanitario) y entre dos tipologías de la asistencia médica en los

hospitales psiquiátricos que pueden representar la vieja y la nueva sociedad española. Se puede afirmar que el Hospital Psiquiátrico de Nuestra Señora de la Fuentecilla (Zamora), es una institución imaginaria pero copiada, al igual que los personajes, de la realidad (Huertas, 2017).

Luca de Tena representa las clases sociales, que dividían la España de los años 70, en los personajes del sanatorio. La diferenciación más clara entre las dos concepciones se ve reflejada entre Alice Gould, una mujer de clase social elevada gozosa de privilegios, y el Doctor Samuel Alvar (director del centro) quien encarna la oposición al régimen autoritario y desprecia el clasismo. Por otro lado también, encontramos esta diferencia en el personal sanitario; grupo dominante, con mayor poder, y los enfermos mentales; con menor prestigio. Dentro de ambos grupos también hay subgrupos y microestructuras de poder.

Dentro del sanatorio se representan dos caras de la misma moneda, dos mundos opuestos separados por una línea invisible e intangible. Una evidencia de lo expuesto anteriormente lo observamos en este acontecimiento que se produce entre Alicia y una enfermera:

“Y llena de despecho lanzó al suelo la pieza de oro blanco [...]

- ¡Recójalo! - ordenó con tono y modales que no admitían réplica.
[...]
- Esta señora - intervino Montserrat - no es residente «todavía».
- ¡Sí, es residente! ¡Acababan de darme su «ingreso»! ¡Vamos, recójalo!” (Luca de Tena, 2010, pp. 37-38)

Se empieza a criticar la situación psiquiátrica por los mismos profesionales debido a la falta de espacio, la excesiva medicación y la deshumanización de los enfermos (Barbero, 2020).

Samuel Alvar representa la nueva España. Es considerado un antipsiquiatra, siendo estos el grupo de profesionales que querían transformar y cambiar la visión dictatorial de la psiquiatría por una visión menos rígida. Algunas de las reformas que instaura en el sanatorio, puestas en duda por el personal sanitario, son las de: un régimen abierto para enfermos no peligrosos, la supresión de las rejas en las ventanas, la posibilidad de salir a pasear

mediante las "tarjetas amarillas", la creación de talleres, la prohibición del trato violento, etc. Todas las nuevas políticas instauradas por el director se ven fuertemente criticadas por tener un carácter político (Luca de Tena, 2010, p 253).

El modelo antipsiquiátrico lidiaba a pesar de no contar con las infraestructuras adecuadas, con la hostilidad del personal, la falta de medidas políticas, económicas y de falta de colaboración por mejorar el sector (Luca de Tena, 2010).

En otras palabras, el sanatorio es un reflejo de la sociedad postfranquista donde encontramos una disputa entre los profesionales que defendían y apoyaban las reformas, y quienes tenían ideas conservadoras y tradicionales en cuanto al trato con los enfermos y la práctica psiquiátrica (Barbero, 2020).

2. Objetivos

2.1. Objetivos del trabajo

Objetivo general:

1. Profundizar en el Trastorno Delirante tanto en los aspectos teóricos como aplicados, a través del análisis de un caso práctico extraído de la literatura.

Objetivos específicos:

2. Elaborar un tratamiento eficaz que se adapte a las características del caso desde un modelo cognitivo-conductual.
3. Detectar que actitudes son consideradas de mala praxis o inapropiadas por parte del personal sanitario en la relación con la paciente.

2.2. Elección e importancia del caso en relación a la patología

La elección de este caso se ha realizado en base a la escasa frecuencia y visibilidad de esta enfermedad en el ámbito clínico y psiquiátrico. La entidad nosológica del Trastorno Delirante, en consecuencia a las inconsistencias de

validez diagnósticas, se ha visto ocultada tras la Esquizofrenia, que ha abarcado un mayor interés y estudio (González, 2014).

La ambigüedad con la que se presentan los síntomas de la enfermedad en la novela, permitirá dudar, hipotetizar, errar, aprender y emplear una retahíla de constructos de aprendizaje a la hora de determinar con exactitud un diagnóstico clínico.

La decisión de utilizar un modelo cognitivo-conductual para el tratamiento de la paciente se ha elegido en base a los estudios psicológicos que realizaron Palencia y Romera, que demostraron que el abordaje de la enfermedad desde este modelo de intervención producía avances en el tratamiento integral de la patología y permitía un tratamiento psiquiátrico complementario (Martínez, 2016). La utilización de este enfoque cognitivo-conductual, también se ha debido a una mayor familiarización y dominio de este enfoque por mi parte.

No hay que perder de vista que Alice Gould es un personaje ficticio basado en una aproximación suficientemente fiel a la realidad. El autor se documentó e informó con la ayuda de especialistas para la elaboración de la novela. Además, ingresó voluntariamente en un manicomio de Santiago de Compostela fingiendo una psicosis depresiva para conocer de primera mano cómo era la vida de estos enfermos mentales (Huertas, 2017).

2.3. Hipótesis del Caso Clínico

¿Es realmente Alice Gould una enferma mental cuyas ideas obsesivas y recurrentes son las de acabar con la vida de su marido, o hubo un fallo por parte del sistema psiquiátrico que la retuvo injustamente por la atribución errónea de un diagnóstico paranoide (trastorno delirante)?

3. Metodología

El procedimiento para llevar a cabo la presente investigación y el estudio del caso clínico se ha realizado mediante dos estilos de recogida de información.

En primer lugar, para la elaboración teórica de la patología y el contexto histórico se ha realizado un estudio de artículos científicos seleccionados, por medio de una revisión bibliográfica, en las bases de datos como: SciELO, Google Académico, Dialnet y el CRAI de la URV. Los criterios de inclusión definidos para el previo cribaje antes de la recopilación de los artículos fueron: artículos originales, revisiones bibliográficas, manuales y libros de psicopatología, psiquiatría o psicología, publicados en cualquier país. También hacer referencia a cuales fueron las palabras clave utilizadas en la búsqueda de artículos, siendo estas: trastorno delirante, delirio, *paranoia*, modelo cognitivo-conductual y reforma psiquiátrica. No hubo criterio de fecha.

En segundo lugar, el estudio y la información extraída del libro con el que se ha realizado el caso clínico, *Los Renglones Torcidos De Dios* de Torcuato Luca de Tena (2010), se ha llevado a cabo a partir de la hermenéutica. Método que implica la interpretación de textos (Real Academia Española, s.f., definición 3).

El análisis y la construcción de los apartados: procedimiento diagnóstico, diagnóstico diferencial, juicio clínico y tratamiento se ha realizado personalmente a partir de la información explícita del trabajo y los conocimientos implícitos sobre la materia. Cabe mencionar que no se han tenido en cuenta las ideas y el juicio que han sostenido los personajes a lo largo de la novela para el diagnóstico de la paciente.

Se incluyeron de manera implícita artículos cuyo contenido era únicamente estructural y de normativa a la hora de realizar un caso clínico.

4. Resultados

4.1. Caso Clínico Alice Gould

(Descripción y esquema de los personajes principales, Ver Anexo 1)

4.1.1. Historia clínica

4.1.1.1. Identificación personal

Nombre completo: Alice Gould (Alicia, La Almenara, La Rubia y La Detective)

Edad: 40 años

Fecha de nacimiento: Desconocida

Lugar de nacimiento: Inglaterra

Estado civil: Casada

Ocupación Detective Diplomado, licenciada en Filosofía y Letras

Domicilio: Madrid

Persona que la refirió: Doctor Donadío

Parentesco más próximo: Heliodoro Almenara (marido).

4.1.1.2. Motivo de consulta

No hay motivo de consulta por parte de la paciente.

Alice Gould es ingresada en el Hospital Psiquiátrico de Nuestra Señora de la Fuentecilla (Zamora) bajo una recomendación de internamiento por parte del médico personal, el Dr. Donadío, quien se encarga de realizar el informe médico. En dicho informe, el doctor relata y explica la paranoica obsesión de Alice por atentar contra la vida de Heliodoro Almenara, y aconseja su internamiento.

La solicitud de ingreso al centro es firmada por el pariente más próximo, su marido Heliodoro. Según la legislación respecto a la reclusión de enfermos en los sanatorios psiquiátricos, el secuestro legal es llevado a cabo.

4.1.1.3. Historia del problema actual

Alice Gould, es una mujer de 40 años que nació en Plymouth, Inglaterra. Dice tener una gran habilidad para descubrir las trampas y mentiras con las que se disfrazan los delincuentes. Este es el motivo principal por el cual decide hacerse detective privada, cuyo trabajo desconoce su marido. Dice estar convencida de que su agudeza e inteligencia es muy superior a la de la media y que debía utilizar eso para hacer algo útil para la sociedad. En su caso, combatir la delincuencia.

La situación familiar de la paciente se desarrollará en el apartado de historia familiar, pero podemos anticipar que el único familiar cercano y con el que mantiene algún tipo de relación, es su marido Heliodoro.

La pareja lleva 16 años casados. La paciente explica que existía una compenetración, pero por la desgana y el aburrimiento de ambos. Durante la primera entrevista, expresa verbalmente en varias ocasiones que su marido es mediocre y poco inteligente. Pone en duda sus estudios, incluso llega a compararlo con un objeto puramente decorativo y carente de carácter. Contrariamente a su aspecto exterior, que dice ser perfecto.

Heliodoro estudió derecho, pero ahora se dedica a jugar al póquer y al golf. Nunca han tenido hijos pero la paciente expresa su deseo por haber adoptado uno, es más, dice haber realizado las gestiones legales, pero su marido se opuso.

La paciente es internada en el sanatorio psiquiátrico por haber intentado atentar tres veces contra la vida de Heliodoro, a través del envenenamiento. La paciente desmiente haber aceptado eso ante el Doctor Donadío. Dice carecer de motivos y conocimientos para realizar dicho acto. Afirma ser acusada por un médico incompetente y poco inteligente, que concluyó que estaba "loca".

La paciente contraataca afirmando que quien había intentado envenenarla había sido su marido Heliodoro, no ella, mientras estaban un día comiendo y este insistió mucho en que lo hiciera. Como no consiguió envenenarla, le tendió una trampa. Heliodoro introdujo veneno en sus propias medicinas y las envió a analizar a su médico de confianza, el Doctor Donadío. Este,

aconsejó que sometieran a la señora Almenara a la observación de un psiquiatra y la legislación de entonces permitió su secuestro legal. El motivo, según la paciente, que tenía Heliodoro para llevar a cabo el secuestro, era la reducción de gastos que le había impuesto Alicia debido a la gran cantidad de dinero que estaba gastando en el juego (póquer), y empezaba a acumular deudas. De esta manera, si se declaraba su incapacidad, Heliodoro se convertiría en el administrador legal de sus bienes y así podría pagar también sus deudas.

4.1.1.4. Antecedentes clínicos

Primera vez que la paciente es recluida en un sanatorio psiquiátrico. No ha estado sometida anteriormente a ningún tratamiento, ni consumo de fármacos.

4.1.1.5. Historia familiar

No hay constancia de antecedentes médicos ni psicológicos familiares relevantes para el caso.

No tiene parientes próximos por parte materna. La madre murió cuando Alice era una niña. Se desconoce la causa del fallecimiento.

El recuerdo de su madre es como un ideal al que debe alcanzar. Puede observarse una relación de adoración y estima aunque no llegara a conocerla. La paciente dice no haberse sentido apartada o molesta por la figura materna que su padre había ensalzado.

El padre murió hace 16 años cuando Alicia tenía 24. Trabajaba al servicio de una compañía inglesa en las minas del Rio Tinto, en Huelva. La relación con este era muy buena, de amor y admiración recíproca, dice la paciente.

Define a su padre como un hombre excepcional, en ningún momento verbaliza que este sea superior a los demás, pero por su discurso daba la impresión de que sí.

A pesar de expresar que la relación entre ambos era buena, no destacamos que esta fuera íntima o fusionada.

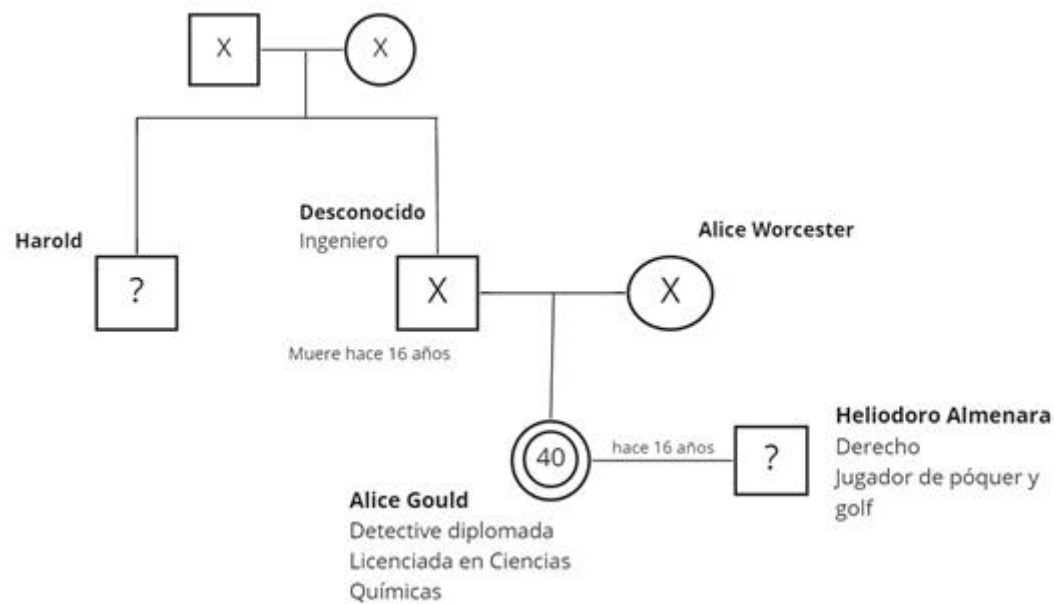
Por parte paterna, cabe destacar la existencia de un pariente. El padre de la paciente tiene un hermano, Harold, que reside en California. La relación con

su tío es casi nula, mantienen el contacto, tan solo, a través de felicitaciones Navideñas.

4.1.1.6. Genograma

Figura 2

Genograma familiar



Nota: Elaboración propia.

4.1.1.7. Observaciones

Bebe alcohol en ocasiones por las tardes con su marido.
Dice no haber consumido otras sustancias.

4.1.2. Exploración física y psicológica

En la primera entrevista entre el Doctor Ruipérez y la paciente, se han podido observar varios elementos de la comunicación no verbal que analizaré y relacionaré en profundidad en apartados subsiguientes. Las características percibidas en el primer encuentro, hacen referencia a las dimensiones de: aspecto físico y postura corporal.

- *Aspecto físico:* la paciente va bien vestida, incluso demasiado para la situación. Lleva un vestido de color crema correspondiente a la estación

del año que se encuentra, la primavera. Se observa una armonía en los accesorios del vestir, estos han sido perfectamente elegidos y combinados. Higiene y aspecto físico bien cuidado que denota una buena autonomía personal.

- *Postura corporal*: antes de entrar a la sala, parece dudar. Acompaña su cuerpo con pasos lentos antes de sentarse en el borde de la silla. Presenta una postura erguida. Tiene las manos tendidas sobre sus piernas y mantiene las rodillas juntas.

En esta primera entrevista se ha obtenido la información para construir el motivo de consulta, la historia del problema actual, los datos personales, los antecedentes clínicos, la historia familiar, el genograma de la paciente, pero sobretodo de la interesante personalidad de esta.

A partir de una segunda entrevista, el doctor Cesar Arellano, pretende recoger información y almacenar datos acerca de la paciente y derivarlos al director del Hospital, Don Samuel Alvar, encargado de realizar el diagnóstico de Alicia.

Al segundo día de su internamiento, la paciente es llamada a consulta para realizar diversos test: la escala de inteligencia de Weschler, un test de conocimientos, un test de aptitudes y el test Rorschach; todos ellos administrados por la enfermera y psicóloga, Montserrat Castell. Además, hace uso del método de la asociación libre mientras explora el lenguaje de la paciente.

También se le administra el test de razonamientos aritméticos, que resuelve con facilidad. Se le pasa un test suplementario de personalidad y varias pruebas elementales para confirmar que no presenta trastornos psicomotores, del lenguaje o de desorientación alopsíquica.

Aquí se presentan los diversas subtests de la escala de inteligencia realizadas durante la exploración y algunas observaciones a destacar:

Tabla 1

Subtests de la escala de inteligencia de Weschsler para adultos (WAIS-IV)

Subtests	Observaciones
Preguntas de comprensión <i>(comprensión verbal)</i>	Resuelve las preguntas satisfactoriamente.
Repetición de frases <i>(comprensión verbal)</i>	Resuelve la prueba satisfactoriamente..
3 palabras que rimen <i>(comprensión verbal)</i>	Nada a destacar. Resuelve la prueba correctamente.
Test de semejanzas <i>(comprensión verbal)</i>	Nada a destacar, correcto.
Definición de palabras <i>(comprensión verbal)</i>	Descripción correcta de las palabras: abstruso e inefable.
Repetición de trabalenguas <i>(memoria de trabajo)</i>	La paciente sugiere otro trabalenguas en otro idioma.
Reconstrucción de frases <i>(memoria de trabajo)</i>	Resuelve satisfactoriamente la prueba.
Alfabeto el revés <i>(memoria de trabajo)</i>	Nada a destacar.
Trazar de memoria el mapa de la península Ibérica <i>(memoria de trabajo)</i>	Descripción muy detallada y precisa. Incluye nombres de las ciudades.
Repetición de series de cifras directas e inversas <i>(memoria de trabajo)</i>	Lo resuelve con facilidad
Explicar la anomalía que presentan los dibujos <i>(razonamiento perceptivo)</i>	Nada a comentar. Resuelve la prueba correctamente.
Prueba de cubos de Kohs	Resuelta correctamente.

Nota: Elaboración propia. No han sido realizadas todas las subpruebas que se incluyen en la escala de inteligencia de Weschsler para adultos, cuarta edición (WAIS-IV) o no tenemos información de ello (J. A. Amador Campos, 2013).

Hemos comentado anteriormente el uso del método de la asociación libre, específicamente el test de asociación de palabras de Jung. Alicia debe decir una palabra sugerida por otra que previamente le han dado. Este tipo de test no son auténticos diagnósticos, deben ser confirmados a través del contraste de respuestas, tan solo son elementos ayudantes o de confirmación.

Respuestas:

- Signo de interrogación – Cisne
- Ferrocarril – Paisajes nuevos
- Cisne – Nieve
- Sol – Vida
- Sombra – Muerte
- Muerte – Luz
- Coito – Maternidad
- Caballo – Lealtad
- Hombre – Seguridad
- Hembra – Oveja
- Mujer – Montserrat (nombre de la enfermera que está pasando el test)
- Enfermedad – Crepúsculo
- Salud – Mediodía
- Duda – Hamlet
- Tesón – Churchill
- Armonía – Rosa
- Mar – Llegada
- Dios – Padre Cristo – Camino
- Orgasmo – Glándulas
- Ley – Orden
- Orden – Equilibrio
- Sonido – Vida
- Movimiento – Vida
- Vibración – Vida
- Psiquiatría – Ciencia inexacta; terapéutica dudosa
- Locura – Conflicto entre el yo real y el anhelado
- Mariposa – Belleza efímera
- Excremento – Exceso
- Ejército – Paz
- Guerrillero – Guerra
- Paz – Libertad
- Libertad – Dignidad “la libertad

- Arte – Inutilidad sublimada no existe”
- Manantial – Nacimiento
- Dignidad - Deberes y derechos

Resultados Test de Rorschach:

Debido a la compleja interpretación y codificación del test de Rorschach, y que no poseo una aceptable comprensión del test ni un alto conocimiento práctico de psicopatología ni de los procesos de inadaptación de la personalidad según (John E. Exner, Jr, 2000, pp. 19-21), no va a ser posible la extracción de conclusiones.

El nivel de contaminación por parte de factores externos, es bajo. La prueba se ha realizado en una habitación tranquila y sin interrupciones. Relación dual, paciente-terapeuta, donde la paciente aporta su proyección y la terapeuta conocimientos. Se crea una relación de reciprocidad (Ps. Raquel Badilla y Ps. Cristián Jorquera, s.f.).

Al tratarse de una prueba administrada por alguien externo, no contamos con la administración protocolada de las instrucciones. De la misma manera en que, no se ha considerado el tiempo como variable a tener en cuenta, ni tenemos información de la categoría de localización. Contamos sólo con la descripción de a que se asemeja la figura y la situación/información personal del sujeto. De forma que introducirse en el proceso interpretativo nos llevaría a obtener conclusiones inexactas e inválidas.

Se le muestra a la paciente las 10 láminas que conforman el test de una en una y se le formula la consigna siguiente: *¿Qué es lo que le sugieren los siguientes dibujos?*

Las respuestas se recogen en los anexos (Ver Anexo 2).

Resultados exploración orgánica:

Para la exploración orgánica, se le realizan diversas pruebas con las que se mide la tensión arterial (antes y después de las comidas y de realizar un gran esfuerzo físico programado), las funciones del hígado, del corazón y de los pulmones. Se le realiza un examen de orina y varios exámenes

sanguíneos. Se le hace un análisis hormonal y del líquido cefalorraquídeo. Para terminar se le realiza un encefalograma.

Todas estas pruebas van a permitir descartar o confirmar que la enfermedad psíquica sea de origen somático (causa fisiológica).

4.1.3. Sintomatología

Física	Náuseas, fiebre y angustia en el pecho son algunos de los síntomas que experimenta Alicia cuando le dan el alta y se está alejando del sanatorio. Dichas somatizaciones cesan una vez vuelve al sanatorio. Salvo en esta situación, la paciente no presenta sintomatología física.
Emocional	Al alejarse del sanatorio, una vez dada el alta, Alicia entristece y su ánimo se vuelve melancólico.
Conductual	No presenta sintomatología conductual a destacar.
Cognitiva	Presencia de ideas delirantes.

4.1.3.1. Delirio principal tipo no especificado

Trataré aquí, y en los apartados consiguientes, los rasgos más característicos de los temas delirantes de Alice Gould, tanto en su puesta en acto como en la palabra. Es importante reconstruir la fábula delirante de la paciente a lo largo de su ingreso en el hospital. La historia es construida en su mente a partir de deformaciones paranoicas, haciéndola creerse ser quien no es, cree ser una detective privada, cuyo único propósito dentro del sanatorio, era el de investigar un crimen. Por lo tanto, todo lo expuesto a

continuación está bajo el orden del pensamiento delirante de la paciente y las interpretaciones van a encontrarse en cursiva.

Alicia decía que se encontraba en el sanatorio al servicio de su cliente, Raimundo García del Olmo, quien había pagado una gran suma de dinero por adelantado para descubrir al posible autor del asesinato de su padre. Raimundo había sido el principal sospechoso ya que conocía el sufrimiento que estaba experimentando su padre a causa de un cáncer de estómago. A sabiendas de esto, Alicia cuenta que la policía acusó a Raimundo de haber adelantado la muerte de su padre para cesar con su dolor.

La policía dedujo que el asesinato se produjo por una sobredosis de morfina. Una vez muerto, el asesino desfiguró el rostro para simular la agresividad de un demente. Raimundo aseguraba que su padre se inyectaba morfina, por lo que era normal que encontraran dicha sustancia en el organismo. A pesar de todas las sospechas y acusaciones, Raimundo tenía coartada, pero la policía seguía investigando y confirmando las declaraciones que hizo al principio.

Después de lo sucedido, Raimundo había estado recibiendo cartas del supuesto asesino. Fue entonces cuando se puso en contacto con la detective Alice Gould, quien descubrió que el autor de dichas cartas era un psicótico que residía en el Hospital Psiquiátrico de Nuestra Señora de la Fuentecilla. Este era el principal motivo por el que ahora se encontraba ingresada allí.

Alicia descubre que el papel con el que se habían redactado las cartas pertenecía al mismo papel que utilizaban en las oficinas, es decir, no era el mismo que se les proporcionaba a los enfermos. El sospechoso era un hombre de aproximadamente 50 años, de complexión atlética, con la habilidad de escribir, de caligrafía extravagante y portador de un bolígrafo con el que estampar su caligrafía en las cartas, y que ella reconocía.

Alicia cree que cuenta con un cómplice, un aliado dentro del hospital, el único en conocer su verdadera naturaleza. Esta es, que se trataba en realidad de una detective y no de una persona mentalmente enferma.

El director del hospital, Samuel Alvar, amigo íntimo de su cliente, ayudaría a Alicia proporcionándole información respecto a los sospechosos hasta que la investigación cesara. Sin la ayuda del doctor, sería imposible la resolución del caso de asesinato y hasta que este no volviera de sus vacaciones, Alicia no podría salir del sanatorio, donde actualmente se encontraba encerrada. El mismo Samuel Alvar había sido la persona que le había aconsejado que debiera hacerse pasar por una paranoica, por ser especialmente razonadora y desprovista de otros síndromes de anormalidad, ya que Alicia se caracterizaba por poseer una gran inteligencia.

Alicia construye y simula una enfermedad mental, aconsejada por Samuel, la paranoia, para así poder investigar sin levantar sospechas, pudiendo estas ser explicadas por la etiqueta de enferma. Dice fingir un delirio crónico, sistematizado, irrefutable a la argumentación lógica.

La paciente, *sujeta a la fábula delirante*, llega a asegurar que todas sus respuestas son premeditadas y que por su puesto, su ingreso es voluntario. *Idea que mantiene inmutable a lo largo de toda la estancia en el sanatorio.*

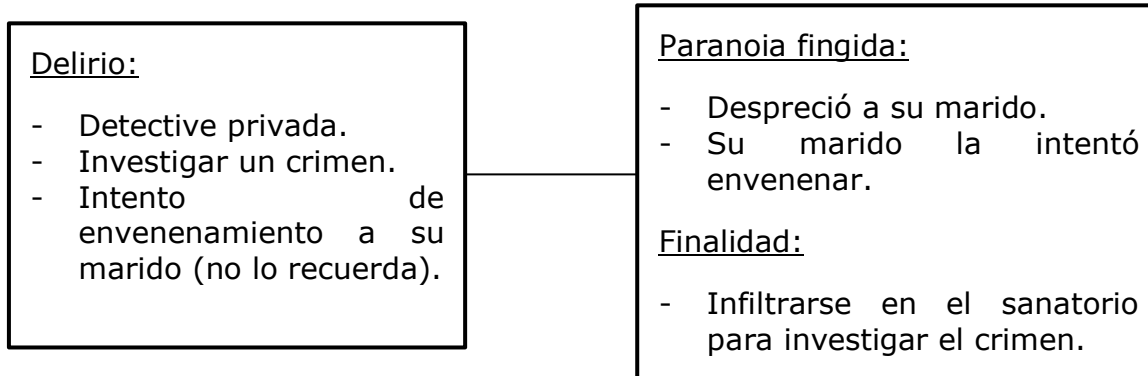
La realidad de todo, según Alicia, era que, las declaraciones que realizó en la primera entrevista con el doctor Ruipérez, respecto a la historia de los venenos, la personalidad de su marido y el menosprecio a este, fueron una mentira para adaptarse a la personalidad psicótica. Dice que mintió también al decir que era licenciada en Químicas, realmente era doctora en Filosofía y Letras y doctorada en Psicología del delincuente infantil. La solicitud de ingreso que firmó su marido, en realidad fue redactada y firmada por ella. Al igual que el informe médico del doctor Donadío, que también estuvo falsificado, con la ayuda de Raimundo, apunta Alicia.

Alicia dice que quien intentó envenenarla fue su marido y que tras los intentos frustrados por parte de este, fue lo que la llevaron al desencadenamiento de la enfermedad (fingida). La finalidad de esto era la de acabar encerrada en el sanatorio para realizar la investigación, bajo la etiqueta de secuestro legal. En realidad, tan solo se trataba de una mentira más para fingir la falsa personalidad paranoica. *Más tarde descubriremos que el factor precipitante es otro, y que el suceso de los envenenamientos por parte de Alicia ocurrió realmente.*

Se trataba de una simulación, un delirio fingido por ella, relata Alicia al doctor Samuel Alvar en su primer encuentro y a la junta de médicos. Y quien tendría que estar al corriente de todo, no lo está. *En este momento, se produce una contradicción del delirio.*

Figura 3

Esquema delirio – paranoia fingida



Nota: Elaboración propia.

En relación a su marido Heliodoro, le había mentado sobre su paradero y cometido. Es interesante recaer en el entramado de mentiras y desprecios que dice haber tenido que tejer, acerca de su marido, para construir y dar veracidad al fingido delirio paranoico delante del doctor Ruipérez en la primera entrevista. Añoraba ahora su compañía de marido.

A medida que avanzaba su estancia en el sanatorio, Alicia cree descubrir dos cosas. La primera, el motivo por el que Samuel Alvar había fingido no conocer el pacto con ella y con García del Olmo, y el segundo, quien era el verdadero asesino.

Lo primero de todo, es que Samuel Alvar era un antipsiquiatra, la personificación del reglamento. Haber ido en contra de este cuando acordó que los documentos se falsificaron habría significado ir en contra de sus principios, y eso, podría haberle causado problemas que no estaría dispuesto a aceptar. Por lo tanto, negarlo era la vía más sencilla pensaba Alicia. Samuel Alvar la había traicionado al no aceptar su verdad.

La misión ahora de la paciente era la de agasajar al director para poder salir del hospital o esperar a que su marido, quien desconocía su paradero, la fuera a buscar. Pero si Samuel iba a impedir que saliera del hospital, Alicia iba a conseguir que le destituyeran de su puesto. Lo llamó operación AA (Anti-Alvar).

Pretendía destruir aquel que contradijo su delirio con la ayuda del personal sanitario que la creía. Para ello, tomó actitudes altruistas y comentarios que ponían en duda la profesionalidad del director, con los que pretendía ganarse la confianza y amistad del personal, y a la vez, afianzar el juicio que tenían estos acerca de su sana mentalidad. Con toda una retahíla de sutiles engaños, Alicia planea que fuera el mismo personal del hospital quien decidiera el traslado del director Samuel Alvar a otro psiquiátrico. Quería a toda costa que Alvar, por haber contradicho su verdad y haberla considerado loca, fuera culpable y hubiera tenido algo que ver con su secuestro.

4.1.3.2. Delirio de persecución

1. Alicia dice tener la sensación de que miles de ojos la espiaba cuando entra por primera vez en la habitación donde se encuentran los demás enfermos.

2. Una vez el doctor Samuel Alvar rechaza las ideas que sostiene Alicia donde él formaba parte, aparecen ideas de persecución. Ahora, Alicia creía que alguien le había tendido una trampa para retenerla indefinidamente en el hospital psiquiátrico. Aun no sabía cuál era el motivo de su secuestro pero se iba a esforzar por descubrirlo y descubrir también al autor material del engaño.

Se sentía confusa, enfadada y humillada por haber colaborado en su propio secuestro. Todo esto había sido planeado para ella, las ideas se le amontonaban en la cabeza. En que se beneficiarían de su encierro, sería por interés, por venganza dada su profesión o para impedir que alcanzara un objetivo determinado, se preguntaba constantemente. *En cualquier caso, por su relato daba la impresión de que todo estaba dirigido hacia ella, alguien había conspirado en su contra y quería algo de ella.*

Alicia llega a la primera conclusión, y es que alguien quería evitar que descubriera el delito y además, contaban con los medios necesarios para encerrarla.

A continuación se presenta un esquema sobre el análisis que realiza Alicia respecto al hipotético motivo para ser secuestrada, que a su vez, mantiene el delirio de persecución.

Tabla 2

Hipótesis de persecución

<u>Sospechosos</u>	
Heliodoro Almenara	Raimundo García del Olmo
<u>Hipotético motivo</u>	
<p>No hay motivo aparente porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gana suficiente dinero para mantener un nivel de vida alto. - Dispone del dinero de Alicia siempre que lo precise. - Según Alicia, Heliodoro no era consciente de que había firmado los papeles de su ingreso. 	<p>Ningún motivo aparente porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supondría un riesgo para alguien de su prestigio. - El crimen ocurrió de verdad, salió en los periódicos. - No sabía que podría ganar con su encierro

Nota: Elaboración propia.

No obstante, en la mente de Alicia aparece una pregunta: *¿Porque el ingreso fue involuntario, y no voluntario?*. Los ingresos voluntarios requieren trámites más sencillos y la posibilidad de salir, en cambio los involuntarios requieren más complicaciones, trámites complejos y la imposibilidad de salir cuando quisiese. Por lo tanto, Alicia llega a la segunda conclusión. Raimundo Garcia del Olmo quiso que su ingreso fuera involuntario para que no pudiera salir. Desconoce aún el motivo.

Las elucubraciones de Alicia van más allá, su cliente Raimundo Garcia del Olmo no podía haber trabajado sólo, era necesaria la colaboración de otras personas. Alicia llega a una tercera conclusión, y es que en esta historia existen dos cómplices, el doctor Samuel Alvar y ella misma, como cómplice indirecta.

3. Alicia piensa y cree que alguien había vertido, en uno de los vasos que se toma cuando está ante la junta de médicos para explicar su historia y su verdad, alguna droga o algo que bloqueara su personalidad, su memoria y los pensamientos para que así no pudiera alcanzar su meta. En su cabeza sólo resonaba una pregunta: descubrir quién y porqué habían querido retenerla en el sanatorio. *Idea que expresa con poca frecuencia.*

4.1.3.3. Delirio de grandeza

Durante algunos momentos del libro, Alicia manifiesta su superioridad intelectual sobre su marido, el Doctor Donadío y cualquier persona de su alrededor. Sólo reconoce la inteligencia de su padre y la equipara a la suya. Tiene una constante confrontación con el doctor Ruipérez, al cual desacredita todas sus preguntas, las tentativas por desestimar y poner a la junta de médicos en contra el doctor Samuel Alvar por haberla traicionado y avergonzado. *Considero que este hecho ayudaría a confirmar la presencia del delirio de grandeza y la necesidad incesante de ponerse por encima intelectual y temperamentalmente del autor de la traición. Se sentía orgullosa y satisfecha de haberse vengado de él.*

Cito textualmente algunos comentarios, que hace Alice Gould a lo largo de su estancia en el sanatorio, en los que puede observarse una superioridad:

- "Nos queríamos y nos apreciábamos". "El primero indica amor. El segundo, estimación intelectual: es decir, admiración y orgullo recíproco" (refiriéndose a su padre) (Alice Gould, 2010, p.20).
- "El doctor Donadío es muy poco inteligente" (Alice Gould, 2010, p.25).
- "Freud es un cretino. Le odio" (Alice Gould, 2010, p.68).
- "Schopenhauer era un majadero" (Alice Gould, 2010, p.103).

- "¡Querida Montserrat: este test es para deficientes mentales!" (Alice Gould, 2010, p.104).
- "Siento la impresión de que estoy llamada a hacer las veces de su madre" (Alice Gould, 2010, p.113).
- "Si yo fuera médico... !te curaría!" (Alice Gould, 2010, p.165).
- "¿Quién se había creído que era ese pobre mequetrefe, ese piltrafa de ciencia mal aprendida y peor digerida?" (Alice Gould, 2010, p.188).

Podemos observar en las citas mencionadas anteriormente que Alicia expresa verbalmente en varias ocasiones un sentimiento de maternidad frente a los enfermos y una llamada a cuidar de ellos.

Sentimientos de satisfacción y orgullo al oír que algunos de los enfermos la consideran como una madre. Se han interpretado los sentimientos a partir de sus reacciones: llantos, muestras de cariño, la falta de respuesta ante la atribución de posición de poder, como es la de la figura de una madre, cuidadora y protectora de esas criaturas abandonadas.

Su último deseo era el de trabajar en el Hospital Psiquiátrico de Nuestra Señora de la Fuentecilla para ocupar el puesto de psicóloga, que había dejado su amiga Montserrat Castell. Sentía que sólo ella era capaz de sustituir con éxito a la antigua psicóloga.

4.1.4. Procedimiento diagnóstico

Trastorno Delirante

Basándome en los criterios diagnósticos del DSM-V:

- A. Se desconoce en qué momento se inicia la sintomatología delirante. Basándonos en el tiempo que se encuentra interna, y en el cual la sintomatología está presente, podemos concluir que la temporalidad del delirio es de más de un mes. Además, apunta que lleva muchos años en el negocio de la investigación privada, confirmando el tiempo necesario para aceptar el criterio.
- B. No se cumple el Criterio A de esquizofrenia, donde dos o más de los siguientes síntomas deben permanecer, cada uno de ellos, durante

un espacio de tiempo de un mes: 1. Delirio, 2. Alucinaciones, 3. Discurso desorganizado, 4. Comportamiento muy desorganizado o catatonia y 5. Síntomas negativos (APA, 2013). Tan solo presenta sintomatología delirante.

- C. El comportamiento y funcionamiento general de la paciente no es extraño ni permanece alterado.
- D. No tenemos información sobre episodios maníacos o depresivos mayores. Por lo que se ha podido observar a lo largo del ingreso, no se han manifestado episodios de este tipo.
- E. En la exploración neurológica que se le realiza, no se han encontrado afectaciones fisiológicas, y en cuanto al consumo de sustancias, únicamente menciona el consumo de alcohol ocasionalmente.

Especificar si:

- **Tipo de grandeza:** "Este subtipo se aplica cuando el tema central del delirio es la convicción de tener cierto talento o conocimientos (no reconocidos) o de haber hecho algún descubrimiento importante" (APA, 2013).
- **Tipo persecutorio:** "Este subtipo de aplica cuando el tema central del delirio implica la creencia del individuo de que están conspirando en su contra, o que lo engañan, lo espían, lo siguen, lo envenenan o drogan, lo difaman, lo acosan o impiden que consiga objetivos a largo plazo" (APA, 2013).
- **Tipo no especificado:** "Este subtipo se aplica cuando el delirio dominante no se puede determinar claramente o no está descrito en los tipos específicos (p. ej., delirios referenciales sin un componente persecutorio o de grandeza importante)" (APA, 2013). Delirio principal del caso clínico.

4.1.5. Diagnóstico diferencial

La cuestión que he planteado en este apartado respecto el caso, es la relacionada con el diagnóstico diferencial, puesto que los síntomas presentes pueden enmarcarse en diferentes categorías diagnosticadas. Se va a exponer una breve revisión de los trastornos con síntomas

coincidentes. A priori surgen los siguientes posibles diagnósticos: trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.

En relación al trastorno psicótico breve, aceptamos el criterio diagnóstico A, presencia de tan solo sintomatología delirante pero, rechazamos el criterio B debido a que la duración del trastorno supera el mes.

En el criterio A del trastorno esquizofreniforme deben aparecer dos o más de los siguientes síntomas: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatonía y síntomas negativos (APA, 2013). Este caso incluye síntomas delirantes pero ausencia de alguno de los otros síntomas. Desestimamos por este motivo, suficiente, el trastorno esquizofreniforme. De tal manera que la esquizofrenia queda también rechazada por la misma razón.

Concluimos con el trastorno esquizoafectivo. Ausencia de episodios del estado de ánimo (maníaco o depresivo mayor) y el criterio A de esquizofrenia anteriormente rechazado.

4.1.6. Juicio clínico

Tras la administración de las diferentes pruebas psicológicas se puede observar que la paciente se encuentra en un buen estado físico y de salud. Por otro lado, la orientación alopsíquica y autopsíquica son correctas. Mantiene una actitud amigable y participativa con la terapeuta durante toda la evaluación y no hay nada relevante a destacar referente a la conducta de Alicia. No se mencionan problemas en la coordinación, tampoco movimientos involuntarios o espasmódicos.

No presenta trastornos del lenguaje. Tanto este como las ideas están bien organizadas: existe una lógica, un tiempo y una coherencia en el discurso. La riqueza del lenguaje y del habla, altamente cultivada, dominio de diferentes idiomas, como podemos comprobar en la prueba del trabalenguas, y con un coeficiente intelectual muy por encima del que le

corresponde por su edad (no se especifica cuánto) permite detectar que estamos delante de una persona muy culta.

Los resultados derivados de la exploración física, permiten descartar que el trastorno sea de origen orgánico, supera todas las pruebas que se le realizan sin problemas. Los resultados del encefalograma no muestran lesión cerebral alguna.

He descartado también, que se trate de un trastorno inducido por sustancias, puesto que desde que ingresó en el sanatorio no ha consumido alcohol y tan solo ha sido medicada para disminuir la ansiedad en un par de ocasiones.

El delirio es el síntoma principal que caracteriza el trastorno delirante, cuya construcción y elaboración está sujeta a una base razonada. La presencia de una anomalía en la vida psíquica de los sujetos ha llevado a muchos autores a profundizar en la psicogénesis del delirio, relacionando este con el desarrollo histórico y afectivo de la personalidad del enfermo (Cortese, 2004).

En este caso, nuestra paciente ha construido el delirio de la misma manera como ha construido su personalidad, en base a la concepción que tiene de sí misma. Ese Yo ideal y dramático es proyectado ante sí como modelo y que mediante el delirio puede realizarlo.

En la novela se menciona la existencia del delirio de interpretación en la paciente y que aparece por primera vez referenciado en la obra de Serieux y Capgras, *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación*. Ese tipo está dedicado a los sujetos, que desprovistos de alucinaciones, manifiestan una anómala articulación entre la locura y la razón, y que produce la deformación de la realidad externa. Las ideas, como bien hemos visto ejemplificadas en el caso, están dotadas de una lógica, un tiempo, una sistematización y una estructura coherente y firme. Al igual que las diversas partes que forman la estructura delirante, también están sólidamente articuladas. Debido a la gran inteligencia que posee Alice Gould, sus ideas son razonadas con extrema lucidez hasta el punto que hace dudar a los profesionales del hospital psiquiátrico de su veracidad o no.

Ha sido difícil enunciar el tipo del delirio principal. Según la tipología del DSM-5, es de tipo no especificado.

El delirio para la enferma es un relato, una historia donde el personaje central es ella misma. La interpretación delirante va formando en la mente de Alicia su historia, su vida, su acción. Es la misma interpretación la que oculta la realidad del envenenamiento (ideas obsesivas). Alicia cree que es una detective privada que ha sido contratada para llevar a cabo la investigación de un asesinato.

Alicia tiene preparado todo el arsenal de argumentos, pruebas, hipótesis, justificaciones, recuerdos, verificaciones, etc. para demostrar que su argumentación es contundente e indudable. El delirio ha sido sometido a un proceso de rigurosas deducciones que lleva a la convicción por parte de la enferma y también de gran parte del medio que la rodea (enfermos y personal sanitario).

Alicia hace todo lo posible por que quienes contradicen su lógica, siendo ella el centro de todo, sean destruidos. Como ocurre con el doctor Samuel Alvar, quien Alicia desea con tanta firmeza que sea cómplice de su verdad que hasta lo cree firmemente.

Un personaje fundamental en la construcción y organización del delirio principal es el doctor Alvar (director del hospital). Sin la ayuda de este, la mente de Alicia se desestabilizará y la estructura que mantiene el delirio caerá. Así ocurre cuando Samuel dice ignorar y desconocer el entramado de la investigación entre la paciente y Raimundo García del Olmo. Se contradice la lógica del discurso delirante y se crea una fuerte reacción emocional, junto con irritabilidad y hostilidad por parte de esta que vemos representada cuando Alicia entra en cólera y abofetea al doctor.

La certeza de que el delirio de persecución puede haber surgido de la contradicción del delirio principal, no es sostenida por dos motivos. El desconocimiento de la temporalidad de este y la poca recurrencia de las ideas de persecución.

En el caso del tipo de grandeza es más complejo, ya que muchas de las actitudes de Alicia son consecuencia de un delirio fingido. Por lo tanto, no podemos considerar las declaraciones de la primera entrevista como

verdaderas, ya que han estado premeditadas para simular el delirio. Considero tarea compleja, con la información presente en este caso clínico, discernir cuales son los comentarios con los que manifiesta una autoexaltación y cuales han sido fingidos.

Contrario a esto, destacar una extravagante y, a veces, egocéntrica personalidad acorde con la clase social de la que procede, puede observarse también en el vestir y en la actitud que manifiesta, siendo Alicia muy consciente de su excepcional inteligencia.

La superioridad que caracteriza a Alicia, puede haberse visto reforzada por una alta atribución de la figura paterna, el cual la admiraba. Se puede observar esto en la asociación libre cuando equipara a *Dios* con *Padre*. No encontramos rechazo o desprecio hacia su madre, sino más bien un sentimiento de añoranza y respeto, inculcado por su padre. A pesar de desconocer información de la infancia de la paciente y por consecuencia cuáles pudieron ser los factores predisponentes, no parece que haya habido situaciones familiares críticas para la enfermedad, pero sí que hayan influido en la personalidad de Alicia.

La descripción del delirio de grandeza que aporta el DSM-IV, menciona que existe la certeza de poseer ciertos conocimientos, sin haber sido reconocidos. Alicia demuestra su inteligencia y el dominio de los temas de los que habla, por ejemplo: explica su tesis sobre delincuencia Infantil a la doctora Dolores Bernardos, demuestra conocer otros idiomas cuando se realiza la prueba del trabalenguas, la asociación libre permite deducir que posee conocimientos sobre literatura al relacionar *Duda* con *Hamlet*, conocimientos sobre política al relacionar *Tesón* con *Churchill* o conocimientos de geografía al trazar de memoria el mapa de la península italiana.

El factor precipitante que hace manifestar el delirio es cuando una prostituta invita a Alicia a compartir cama con su marido Heliodoro, quien había convertido su habitación en un burdel. Antes de ese acontecimiento, Alicia había ido soportando, y conformándose así el futuro delirio, el comportamiento indebido por parte de su marido Heliodoro.

Como he detallado en este apartado, la paciente presenta un trastorno delirante, de tipología no especificada, con ideas obsesivas (envenenar a su marido). Las ideas son reprimidas en forma de delirio para mantener un equilibrio interno.

Para concluir, decir que Alicia ha experimentado algún episodio de ansiedad por separación con la presencia de somatizaciones al alejarse del hospital psiquiátrico. Debería trabajarse con ella antes de que pudiera derivar hacia un trastorno por ansiedad de separación.

4.1.7. Tratamiento desde un modelo cognitivo-conductual

Se va a llevar a cabo un modelo individualizado de tratamiento desde una perspectiva cognitiva-conductual. Diversos estudios han roto con la idea de que las ideas delirantes son inmodificables y han propuesto que es posible debilitar la convicción de dichas ideas. Se han obtenido resultados muy favorables en relación a esta afirmación (Caballo, 1997, p. 676).

El objetivo principal va a ser el de hacer dudar a Alicia sobre lo que ha creído cierto y debilitar la convicción del delirio. Y que empiece a verbalizar las causas del malestar psíquico que hicieron brotar este.

Como objetivo secundario intentaremos proporcionar a la paciente aquellas técnicas más adecuadas para reducir al máximo los episodios de ansiedad por separación y su autoaplicación.

Sería interesante, antes de empezar con el tratamiento de ansiedad, administrar el cuestionario STAI para medir el constructo de ansiedad Estado-Rasgo (Ver Anexo 3).

4.1.7.1. Técnicas

Es fundamental para conseguir resultados positivos con el tratamiento, usar una buena estrategia comunicativa y relacional. Es importante no contradecir la verdad de la paciente. Debemos aceptar su narración como verdadera e intentar usar su mismo lenguaje, siempre desde la escucha activa y la validación de la persona. De esta manera vamos a permitir que se establezca una buena alianza terapéutica, ya que la paciente no nos va a

ver como enemigos a los que hay que destruir, y vamos a evitar también los posibles comportamientos hostiles hacia nosotros.

❖ Disputa verbal

Podemos hacer uso de esta técnica porque la paciente al encontrarse por sí misma con algún fenómeno que contradice el delirio, duda de él.

Antes de cuestionar las creencias, una de las funciones del terapeuta es la de aclarar a la paciente como estas pueden ejercer una fuerte influencia sobre su conducta y su afectividad. La principal creencia sobre la que se desarrolla todo el cuadro delirante, es que Alicia cree ser alguien que no es; una detective privada con un único objetivo, descubrir al culpable de un crimen.

Este procedimiento se divide en 5 etapas:

1. El primer paso consiste en enseñar a la paciente a identificar y diferenciar situación-emoción-pensamiento-conducta a partir de un autorregistro. También se le enseñará a identificar y valorar las emociones desagradables y comportamientos desadaptativos. Por ejemplo: Alicia entra en cólera y abofetea al director cuando este le lleva la contraria. Esta situación provoca en Alicia una emoción desagradable (ira, enfado...) y en consecuencia una reacción conductual desadaptativa, la bofetada.

Se deberá valorar, si es posible, el grado de convicción de los pensamientos, en base a una graduación de 0% (nivel mínimo de convicción) a 100% (nivel máximo de convicción).

Por último, se deberá recoger todas las evidencias (a favor y en contra) sobre las ideas delirantes que permitirán la modificación de estas.

Tabla 3

Tabla de Autorregistro

Fecha y hora	Situación	Emoción/es	Pensamientos	Conducta
	¿Qué estaba haciendo en	¿Qué emoción siento?	¿Qué me vino en ese momento a	¿Cómo reacciono,

	ese momento? ¿Dónde estaba y con quién?	¿En una escala del 1 al 10, cómo de intensa es la emoción?	la cabeza? ¿En qué grado, del 0 al 10 pensaste que esos pensamientos eran ciertos ?	cuál es mi respuesta conductual? ¿Cuánto dura esa respuesta?

Nota: Adaptada. Tabla de autorregistro situación-emoción-pensamiento-conducta.

2. Detectar y discutir las inconsistencias en la lógica del discurso y cuáles son las evidencias. No deberemos cuestionar el delirio en ningún caso, tan solo aquellos hechos que mantienen la creencia. Por ejemplo, observamos una inconsistencia que podría debilitar el delirio cuando Alicia es llevada a ver a su cliente Raimundo García del Olmo, en el sanatorio, y se da cuenta de que no es la misma persona con la que habló la primera vez fuera del hospital.

Evitar siempre la confrontación ya que esto podría causar un aumento del desorden, crear una resistencia o enfrentamiento (estilo de no confrontación).

3. El tercer paso se divide en dos fases:

- Analizar la lógica interna del delirio. Una vez hayamos discutido y analizado las evidencias en las que se basa el delirio, siempre desde un estilo de no confrontación; vamos a pasar a buscar cuáles son esas incoherencias y contradicciones y las vamos a someter a un juicio probabilístico (más efectivo para ideas delirantes con alto grado de convicción).
- Analizar, junto con el paciente, cuales son las ventajas e inconvenientes de seguir manteniendo las ideas delirantes.

4. Una vez debilitada la creencia/delirio, deberemos desarrollar un nuevo modelo, más adaptativo y racional, de creencias que expliquen el

síntoma, los eventos o los acontecimientos sin haber de recurrir a formas delirantes.

- ❖ Comprobación empírica del delirio o prueba de realidad (experimentos conductuales)

Será necesaria la colaboración entre terapeuta y paciente para llevar a cabo y diseñar esta práctica. El objetivo principal consiste en planificar actividades con las que invalidar la idea delirante, o parte de ella, y comprobar las hipótesis planteadas (Caballo, 1997).

Tabla 4

Experimentos conductuales

<p style="text-align: center;"><i>Hipótesis 1</i></p> <p>La paciente es detective diplomada.</p> <p style="text-align: center;"><i>Experimento 1:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Vamos a pedir a Alicia que recoja todas aquellas pruebas que puedan acreditar y verificar los estudios y oficio que dice tener: títulos, informes, casos anteriores, cartas de felicitación, etc.2. Si se confirma la hipótesis, vamos a plantear una segunda hipótesis que siga la misma línea.
<p style="text-align: center;"><i>Hipótesis 2</i></p> <p>Raimundo García del Olmo fue quien encomendó el caso de asesinato a Alice Gould.</p> <p style="text-align: center;"><i>Experimento 2</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Búsqueda de información para verificar si el asesinato ocurrió y si se trata del padre de Raimundo García del Olmo quien falleció.2. Seguidamente, comprobar mediante la comprobación con imágenes, si Raimundo García del Olmo se corresponde con la persona que afirma haber hablado Alicia.3. Si no es así, hacer una lista de amigos, familiares o cualquier persona

que podría haber tenido contacto con Alicia e ir descartando a aquellas personas que no se correspondan con su descripción.

4. Finalmente, le pediremos que recoja cualquier prueba donde aparezca el nombre del supuesto cliente al igual que los informes o documentos supuestamente falsificados.

Nota: Elaboración propia.

Para el tratamiento de los episodios de ansiedad por separación vamos a utilizar una técnica dirigida a modificar la conducta problema; la desensibilización sistemática. El resultado de la descripción que da Alicia respecto a los episodios de ansiedad hace pensar que las cogniciones no están alteradas. Por lo tanto, emplear técnicas puramente cognitivas podría no ser lo más adecuado.

❖ Desensibilización sistemática

1. El primer paso es que la paciente elabore una jerarquía, junto con la ayuda del terapeuta, de las situaciones ansiógenas y valorarlas del 0 al 100 (siendo 0 el mínimo y 100 el máximo) el grado de ansiedad que le producen.
2. Una vez hayamos elaborado la jerarquía, enseñaremos a Alicia algunas estrategias autoaplicadas, más funcionales y adaptativas, para reducir los niveles de ansiedad en el momento que los experimenta.
 - Relajación progresiva de Jacobson dirigida a reducir la sintomatología fisiológica de la ansiedad.
 - Entrenamiento autógeno de Schultz basado en la concentración, de forma pasiva, de las sensaciones que surgen en el cuerpo mediante el uso del lenguaje. El objetivo es conseguir un estado de relajación profunda i disminución del estrés.
3. Guiaremos a la paciente a un estado de relajación profunda.
4. Mediante la técnica de exposición gradual de forma imaginada, la exponaremos a los estímulos y situaciones (de menor a mayor intensidad) productoras de ansiedad.

5. El siguiente paso será guiarla de manera real hasta conseguir la habituación y una nueva asociación: Situación-Miedo, Situación-Relajación/Calma.

4.1.8. Evaluación

Se realizará una evaluación continua de la intervención, donde se comprobará con que fuerza la paciente sigue manteniendo las ideas delirantes y si ha habido algún tipo de reestructuración cognitiva.

Para la evaluación del delirio, podemos hacer uso de la *Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS)* (Haddock et al., 1999). Tan solo se le realizará la parte dedicada a los Delirios ya que no presenta Alucinaciones. Esta escala está diseñada para medir las experiencias delirantes en la última semana (Ver Anexo 4).

Para la evaluación de la ansiedad, al no tratarse aún de un trastorno diagnosticado, sólo debemos comprobar si mediante la técnica de desensibilización sistemática obtenemos unos resultados favorables con remisión total o parcial de la sintomatología.

5. Conclusión y Discusión

Como hemos podido observar, muchas concepciones e ideas de diversos autores han ido surgiendo a lo largo de los años respecto al delirio y a la enfermedad cuyo síntoma principal es este, por lo que ha sido muy difícil su univocidad. Pero lo que no admite discusión alguna es que como dijo Henry Ey (1950), el delirio ha sido el objeto de estudio por muchas disciplinas científicas y ha sido percibido como el tema central en la clínica psiquiátrica y la psicopatología (Diez-Alegría et al., 2001). Por eso considerado de gran importancia la exposición y elección de este caso clínico para el conocimiento de la patología, cuyo eje central es el delirio.

Actualmente la importancia del delirio se ha visto devaluada. Esta devaluación se ve reflejada en los sistemas clasificatorios. Por ejemplo, en el DSM-5 no aparece en el índice como una categoría independiente, sino

que se encuentra en el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Sería interesante, para futuras investigaciones, profundizar desde nuevos modelos que aporten una aproximación más actual de la enfermedad como son el estilo atribucional, el cognitivo o el neurobiológico, en la adecuación y eficacia de los tratamientos.

Centramos ahora la atención en la hipótesis planteada en el inicio del trabajo y que tiene en cuenta aquello relacionado con el caso clínico:

¿Es realmente Alice Gould una enferma mental cuyas ideas obsesivas y recurrentes son las de acabar con la vida de su marido, o hubo un fallo por parte del sistema psiquiátrico que la retuvo injustamente por la atribución errónea de un diagnóstico paranoide (trastorno delirante)?

Después de profundizar en la teoría y realizar un exhaustivo trabajo de diagnóstico práctico, podemos afirmar que la atribución del diagnóstico paranoide de la paciente en la década de los años 70, actualmente bajo el nombre que da por primera vez el DSM-IV (1995) como Trastorno Delirante, fue acertada. Hemos encontrado dificultades a la hora de enunciar el delirio en una tipología específica, ya que se me presentaban ligeras sospechas de que pudiera tratarse de superioridad o persecución, pero sin llegar a ser definitorias, por lo que se ha considerado de tipo no específico.

Declarar a la paciente con un diagnóstico de TD me ha llevado a considerar la necesidad de desarrollar y planificar una intervención psicoterapéutica, desde un modelo cognitivo-conductual, que de alternativa o supla las limitaciones que podría tener un abordaje exclusivamente farmacológico, además de ser un abordaje que se sale de mi campo profesional.

Si pudiera implementarse este tratamiento a un caso real, sería recomendable utilizar un programa integral, que incluyera los dos métodos, psicológico - farmacológica, e incluyera también el trabajo conjunto entre los profesionales de ambos campos, psicología - psiquiatría.

La principal limitación con la que cuenta este estudio, es que no se trata de un caso real, sino de un caso extraído de la literatura como ya

mencionamos en el apartado *2.2 Elección e importancia del caso*. Esto comporta una difícil replicación e aplicación de la intervención en pacientes reales, pero el caso permite dar ejemplo de la manera en que afecta y actúa el trastorno delirante, la presentación de una enfermedad inusual y un posible abordaje desde técnicas empíricamente validadas.

Los reportes de casos clínicos siguen siendo fuentes importantes para el conocimiento y para generar estudios de investigación.

Haciendo alusión ahora a la hipótesis principal, el fallo por parte del sistema y el personal sanitario (psicólogos, médicos y enfermeros) no fue el de retener injustificadamente a la paciente, sino que fue el de realizar conductas inadecuadas. Cabe decir que la práctica profesional del personal dentro del sanatorio, no sólo está supeditada bajo unos principios teóricos y prácticos de la ciencia que ejercen, sino que también, la práctica está sujeta a unos principios éticos recogidos en forma de leyes que conforman el código deontológico o a lo que se le llama, una mala praxis. De ser así puede conllevar a sanciones legales.

El principal error por parte de uno de los profesionales del psiquiátrico, el doctor Samuel Alvar, fue el de contradecir la lógica del discurso delirante de la paciente. Esto conllevó a una desestabilización mental que provocó en la paciente una conducta agresiva y de hostilidad hacia todo aquel que no pensara como ella. Se considera esto una mala práctica ya que conduce a un empeoramiento de la condición emocional de la paciente y a una falla de la prevención de daños. Existe un riesgo de dañar a otros y a sí misma, y ocurre como consecuencia cuando esta abofetea al Doctor Alvar.

Se hace evidente la pérdida de la profesionalidad y Samuel Alvar convierte lo que debería ser una relación asimétrica entre terapeuta y paciente en una relación donde las emociones rigen su ética y conducta profesional.

La pérdida de la asimetría es observada también en otra situación donde el doctor Cesar Arellano establece con la paciente una relación de amistad más íntima fuera del centro psiquiátrico.

En conclusión, la decisión de declarar por unanimidad a Alice Gould como mentalmente sana, a pesar de saber que no lo era, pone otra vez en duda

la cuestión de: ¿Hasta qué punto una decisión puede entenderse bajo un marco de circunstancias excepcionales como éticamente correcta o considerarse por el contrario, de mala praxis?.

6. Bibliografía

Alegre, E., Barceló, J., & Comelles, J. M. (2018). La confusión de los psiquiatras. Las narrativas en torno a la crisis del custodialismo durante el tardofranquismo. *Revista de Historia de la Psicología*, 39, 31–39.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Edition (DSM-5). Washington, DC.: American Psychiatric Association; 2013.

Badilla, Raquel y Jorquera, Cristián. (s.f.). Manual Test de Rorschach, Pruebas Proyectivas SICC 644, p.6.

Barbero, M.A. (2020). *Los renglones torcidos de Dios, de Torcuato Luca de Tena; Alicia de Almenara y la construcción de la psique humana* (Tesis de maestría, Högskolan Dalarna)

Caballo, V. E. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1* (Vol. 1). Siglo XXI ediciones.

Conti, N. A. (2009). Psicosis Delirantes Crónicas. Vertex: Rev. Arg. de Psiquiatría, XX, 187-199.

Cortese, E. (2004). Manual De Psicopatología Y Psiquiatría/ Manual of Psychopatology and Psychiatry (2.a ed.). Nobuko.

Desviat, M. (2011). LA REFORMA PSIQUIÁTRICA 25 AÑOS DESPUÉS DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD. *Rev Esp Salud Pública*, 427–436.

- Diez-Alegría, C., Nieto, M., & Vázquez, C. (2001). Estudio del delirio desde una perspectiva cognitiva: una revisión de modelos teóricos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 1, 51–65.
- Elenitza, I. M. (2012). Trastorno delirante: clínica y tratamiento. *Vertex*, XXIII, 255-259.
- Evrard, S.G (1998). Kahlbaum y el nacimiento de las nosografías. *KARL LUDWIG KAHLBAUM y el nacimiento de las nosografías modernas en Psiquiatría*.
- González, N. (2014). Trastorno delirante: ¿Es realmente diferente a la Esquizofrenia? [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]
- Figura 1 : Aldo Conti, N. (2004). Psicosis Delirantes Crónicas: evolución histórica de sus nosografías [Imagen]. En *Vertex* (p. 193).
- Hoche, A. (2009, marzo). El proceso esquizofrénico. Forma hebefrénica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 15, 168-181.
- Huertas, R. (2017). Psiquiatría y literatura en la España de la transición: los renglones torcidos de Dios (1979). *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo*, 20, 142–164.
- John E. Exner, Jr. (2000). Principios de Interpretación del Rorschach. Un Manual para el Sistema Comprensivo (1.a ed.). Psimática.
- Martínez, J.H (2016). Contribución de la Psicología en la Intervención y Pronóstico de los Síntomas Delirantes. [Modalidad de grado para pregrado en psicología]. Universidad cooperativa de Colombia.
- Menéndez, F. (2005). VEINTE AÑOS DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro. *REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA*, XXV, 69–81.
- Pan American Health Organization. (2015). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la

Salud, CIE-10, Edición 2015, Vol 1, 2 y 3 (Spanish Edition) (2015 ed.). Pan American Health Organization.

Real Academia Española. (s.f.). Hermenéutica. En Diccionario de la lengua española.

Román, N., Esteve, N., Domarco, L., Domínguez, A., Miguélez, C., de Portugal, E., & del Rivero, F. (2015). Diferencias de género en el trastorno delirante. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 37-51. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000100004>

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2009). Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría (Eleventh ed.). LWW.

Salavert, J., Berrospi, M., Miralles, M. L., Dueñas, R. M., Tiffon, M. L., & San Molina, L. (2003). El trastorno delirante. Revisando los aspectos de la paranoia. Original, p. 304-313.

S. (2014, 18 agosto). Significado de Paranoia. Significados. <https://www.significados.com/paranoia/#:%7E:text=Qu%C3%A9%20es%20Paranoia%3A&text=Como%20tal%2C%20la%20palabra%20proviene,esp%C3%ADritu'%2C%20'mente'>.

Torcuato Luca de Tena. (2010). Los renglones torcidos de Dios. Planeta México.

7. Anexos

7.1. Anexo 1: Personajes principales de la novela

Alice Gould	Personaje principal de la novela. Ingresó en el hospital psiquiátrico fingiendo ser paranoica para investigar un caso de asesinato.
Heliodoro Almenara	Marido de Alicia. Es quien firma los papeles del ingreso de Alice en el sanatorio por intentar envenenarla en tres ocasiones.
Raimundo García del Olmo	Cliente de Alice Gould. Es quien le encarga el caso de asesinato.
Doctor Donadio	Doctor y amigo de la pareja. Personaje que se encarga de valorar a Alicia y emitir la solicitud de ingreso en el hospital psiquiátrico.
Junta de médicos	
Don Samuel Alvar	Director del Hospital Psiquiátrico. Antagonista de la novela y supuesto aliado.
Doctor Teodoro Ruipérez	Ayudante del director.
Doctor Don Cesar Arellano	Jefe de los Servicios Clínicos.
Doctor Alberto Rosellini	Jefe de la Unidad de Demencias.
Doctor Salvador Sobrino	Jefe de la Unidad de Recuperación.
Doctora Bernardos	Experta en el manejo de los aparatos médicos.
Personal Sanitario	
Montserrat Castell	<p>Ingresó en el sanatorio como asistente social hace 8 años.</p> <p>Se convierte en monitora y luego accede a la plaza de psicóloga del centro.</p> <p>Funciones: ayudar a los pacientes a dar sus primeros pasos, informarles de las costumbres obligadas del sanatorio y aconsejarles.</p>
Conrada Azpilicueta	Decana del Sanatorio.

Conrada	Una "bata blanca", así es como llamaba Alicia a las enfermeras.
Cecilia	Enfermera.
Roberta	Vigilante nocturna de los enfermos.

7.2. Anexo 2: Resultados del test de Rorschach

1. Un ángel con las alas dobladas, quieto. A los pies de este, descansa en una nube.
2. Un árbol de navidad con múltiples regalos y velas, y lucecitas encendidas colocadas arbitrariamente pero con sentido armónico.
3. Cachorros de perro frente a frente, olfateándose los morros.
4. Un tiesto de cerámica valenciana con azaleas floreciendo.
5. El océano fotografiado desde el borde de una playa y los dos veleros idénticos cerca del horizonte.
6. Una ánfora griega.
7. Dos gatos de angora.
8. Un sauce.
9. Dos cabezas siamesas unidas por el cráneo y fumando una pipa
10. Una caracola de las que si se acerca el oído se oye el murmullo lejano y misterioso del mar.

Figura 1

Láminas Test de Rorschach



Nota. Figuras del test de Rorschach. Numeración ordinal de izquierda a derecha.

7.3. Anexo 3: STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo

N.º 124

STAI

AUTOEVALUACION A (E/R)

A / E	PD = 30	+	-	=
A / R	PD = 21	+	-	=

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

A-E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



Copyright © 1982, by TEA Ediciones, S. A.; Madrid-16 - Publicado con permiso - Copyright original de C. D. Spierberger: © 1968, by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California (USA) - Edita: TEA Ediciones, S. A. Fray Bernardino de Sahagún, 24; Madrid-16 - Todos los derechos reservados - Prohibida la reproducción - Imprime: Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpdo.; Madrid-2 - Depósito legal: M. - 20.080 - 1982.



A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien ...	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente ...	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar ...	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros ...	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto ...	0	1	2	3
26. Me siento descansado ...	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada ...	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas ...	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia ...	0	1	2	3
30. Soy feliz ...	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente ...	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo ...	0	1	2	3
33. Me siento seguro ...	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades ...	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico) ...	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho ...	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia ...	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos ...	0	1	2	3
39. Soy una persona estable ...	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

A TODAS UEBE SI SOLA FRAS RESPUNA ON LAS UES COHATA ESCN
ESTADO

COMPR

7.4. Anexo 4: Escala para la valoración de los síntomas psicóticos

Escala para la valoración de los síntomas psicóticos (PSYRATS) (Haddock et al., 1999)

DELIRIOS

Instrucciones generales

*La siguiente entrevista estructurada está diseñada para elicitación de detalles específicos que tenga en cuenta diferentes dimensiones de las creencias delirantes. Cuando se hacen las preguntas, la entrevista está diseñada para valorar las experiencias del paciente en la **última semana** para la mayoría de los ítems. Hay una excepción para esto. Cuando valoramos la convicción, preguntar al paciente su convicción en el momento de la entrevista.*

Criterios de puntuación

1. Cantidad de preocupación sobre los delirios.

¿Cuánto tiempo dedicas a pensar en tus creencias? (todo el tiempo, diariamente, semanalmente, etc.)

0. El paciente no refiere delirios o refiere pensar en ellos menos de una vez a la semana.
1. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez a la semana.
2. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez al día.
3. El paciente piensa en sus creencias al menos una vez a la hora.
4. El paciente piensa en sus delirios continuamente o casi constantemente.

2. Duración de la preocupación con los delirios.

Cuando piensas en tus creencias, ¿cuánto tiempo piensas en ellas? (unos pocos segundos, minutos, horas, etc.)

0. El paciente no refiere ningún delirio.
1. Los pensamientos sobre las creencias duran unos pocos segundos, son pensamientos fugaces.
2. Los pensamientos sobre las creencias duran varios minutos.
3. Los pensamientos sobre las creencias duran al menos una hora.
4. Los pensamientos sobre las creencias normalmente duran varias horas a la vez.

3. Convicción (en el momento de la entrevista).

En este momento, ¿qué grado de convicción tienes que tus creencias son verdaderas? ¿Puedes valorarlas en una escala de 0 a 100, donde 100 significa que estás totalmente convencido de que tus creencias son auténticas y 0 significa que no estás convencido de ellas?

0. El paciente no está convencido de sus creencias.
1. Muy poca convicción en la realidad de sus creencias, menos del 10%.
2. Algunas dudas con relación a la convicción de sus creencias, entre 10 y 49%.
3. La convicción en sus creencias es muy fuerte, entre 50 y 99%.
4. La convicción es del 100%.

4. Cantidad de angustia.

¿Te causan angustia tus creencias? ¿Cuántas veces te provocan angustia?

0. Las creencias nunca provocan angustia.
1. Las creencias provocan angustia en unas pocas ocasiones.
2. Las creencias provocan angustia aproximadamente en el 50% de las ocasiones.
3. Las creencias provocan angustia en la mayoría de las ocasiones, esto es, entre el 50 y 99% de las veces.
4. Las creencias siempre provocan angustia cuando ocurren.

5. Intensidad de la angustia.

Cuando tus creencias te provocan angustia, ¿con qué grado de intensidad lo sientes?

0. Las creencias no provocan angustia.
1. Las creencias provocan una ligera angustia.
2. Las creencias provocan una moderada angustia.
3. Las creencias provocan una marcada angustia.
4. Las creencias provocan una angustia extrema, no pueden ser peor.

6. Trastorno en la vida diaria causado por las creencias.

¿Cuánto trastorno te provocan tus creencias en tu vida diaria? ¿Te impiden trabajar o hacer otras actividades diarias? ¿Interfieren en tus relaciones con amigos y/o familiares? ¿Te interfieren en tus habilidades para cuidarte a tí mismo, por ejemplo, bañarte, cambiarte de ropa, etc.?

0. Las creencias no trastornan su vida, es capaz de mantener una vida independiente sin problemas en las habilidades para la vida diaria. Es capaz de mantener relaciones familiares y sociales (si se presentan).
1. Las creencias provocan una mínima cantidad de trastorno de la vida diaria, por ejemplo, interfieren en la concentración aunque es capaz de mantener las actividades diarias y las relaciones sociales y familiares y también es capaz de mantener una vida independiente sin apoyo.
2. Las creencias provocan una cantidad moderada de trastorno en la vida, causando algún trastorno en las actividades diarias y/o en las actividades sociales o familiares. El paciente no está ingresado en el hospital aunque puede vivir en recurso protegido o recibir ayuda adicional en las habilidades para la vida diaria.
3. Las creencias provocan un trastorno severo en la vida del paciente, de forma que la hospitalización es normalmente necesaria. Es capaz de mantener algunas actividades diarias, auto-cuidado y relaciones durante su estancia en el hospital. El paciente puede también estar en recurso protegido pero experimentando un trastorno severo en su vida con relación a actividades, habilidades para la vida diaria, y/o relaciones.
4. Las creencias provocan un completo trastorno en su vida diaria siendo necesario la hospitalización. El paciente es incapaz de mantener cualquier actividad diaria y relaciones sociales. El auto-cuidado está gravemente trastornado.

HOJA DE PUNTUACIÓN DE LOS DELIRIOS

Nombre:

Edad:

Sexo: V / M

Diagnóstico:

Tiempo que ha experimentando las creencias (años):

Por favor, especificar las creencias delirantes del paciente:

Items	Puntuación
1. Cantidad de preocupación	
2. Duración de la preocupación	
3. Convicción	
4. Cantidad de angustia	
5. Intensidad de la angustia	
6. Trastorno	