

Génesis de los delirios en el trastorno por estrés postraumático de combate

Pablo Zuleta González¹

Resumen

De los pacientes que desarrollan trastorno de estrés postraumático (TEPT) de combate o eventos traumáticos muy fuertes, la mayoría presenta todos los síntomas descritos en el numeral 3 del ítem B de los criterios del DSM-IV, donde están incluidos diferentes tipos de trastornos sensorio-perceptivos. Sin embargo, no hay referencia precisa de ideas delirantes secundarias y, a la vez, estos delirios son considerados generalmente síntomas de una enfermedad diferente y se diagnostican dos entidades diferentes sin considerar el origen y la evolución de estos delirios. Este trabajo tiene como objetivo describir el origen de las ideas delirantes en pacientes con TEPT que presentan trastornos sensorio-perceptivos graves, sin que estos fenómenos impliquen un diagnóstico asociado.

Palabras clave: trastorno de estrés postraumático (TEPT), alucinaciones, delirio.

Title: Genesis of Delusions in Combat Posttraumatic Stress Disorder

Abstract

Most patients developing Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) after combat or very stressful events present all symptoms described in Criterion B3 of the DSM-IV, which includes different types of perceptual disturbances. There is no precise reference, however, as to secondary delusions as these are generally considered to be symptoms of a different illness and so the diagnosis of two different disorders is made, without taking into consideration the origin or evolution of these delusions. The objective of this paper is to describe the origin of delusions in patients with PTSD presenting with severe perceptual disturbances without these disturbances implying an associated diagnosis..

Key words: Post-Traumatic Stress disorders (PTSD), delirium.

Introducción

Durante los últimos años, la formación psiquiátrica en Colombia ha

perdido interés en diferenciar las ideas delirantes, tanto en el origen como en el contenido, a través del registro de la narración del paciente

¹ Médico psiquiatra de la Clínica de Nuestra Señora de la Paz, Bogotá Colombia. Profesor de cátedra del Posgrado de Psiquiatría de la Fundación Juan N. Corpas.

(primera persona), así como de la narración de los parientes y el cuerpo médico (en segunda persona). Los motivos que han llevado a menospreciar el valor de estos fenómenos pueden residir en el avance de los medicamentos antipsicóticos y de la capacidad de control y manejo que éstos dan, al igual que en el avance de las neurociencias. Esta pérdida de interés ha sido gradual, y en la actualidad es claro que se está despertando el interés en la investigación de estos fenómenos desde el punto de vista descriptivo (de lenguaje), sin que con ello se esté demeritando la importancia de investigar más a fondo la relación posible con los cambios neurofisiológicos.

Para el caso del trastorno por estrés postraumático (TEPT), la falta de atención a las descripciones *semiológicas* se pone en evidencia en casos de la literatura internacional y en discusiones académicas de nuestro medio, donde se dice que no existe el subtipo de TEPT con síntomas psicóticos. Esto es, de fondo, una falta de atención profunda a la lectura simple de los criterios del DSM-IV (1), en el cual se incluyen, en el *ítem b numeral 3*, las alucinaciones y el fenómeno de *flash back*. Es claro que es discutible si el *flash back* de un individuo que mata a su hija menor y arremete contra el resto de su familia en pleno “estado crepuscular o confusional” corresponde a un estado disociativo y no un estado psicótico franco (2), pero

lo que no es discutible es que el término *alucinación*, siguiendo la definición con aceptación actual, es un síntoma psicótico.

El gran problema conceptual que conlleva lo anterior es que tanto la clasificación internacional como la del DSM-IV (1) consideran en su estructura la diferencia entre psicosis y neurosis, que es la base conceptual de la psiquiatría. Sin embargo, para el TEPT puede haber presentaciones clínicas sin alucinaciones, *flash back* o algún otro trastorno sensorio-perceptivo, pero también hay pacientes con todos los trastornos descritos en los criterios diagnósticos de forma florida y, sorprendentemente, ambos cumplen con los criterios suficientes para ser llamados TEPT, sin que se pueda establecer si es un trastorno psicótico o neurótico.

Curiosamente, la clasificación del DSM-IV incluye este trastorno dentro de los demás trastornos de ansiedad, a pesar de que es fundamental para su diagnóstico que se presente *un evento traumático específico* que genere estrés y que con posterioridad aparezca la sintomatología. La clasificación internacional incluye este trastorno en una categoría aparte y la define como *reacciones a estrés severo y trastornos de adaptación*, la cual está incluida en los *trastornos neuróticos, por estrés y somatoformes*. Es más que evidente la herencia psicoanalítica en la clasificación de estos trastornos.

La presencia de alucinaciones ha sido considerada un factor determinante en el desarrollo de ideas delirantes, debido a la modificación que puede generar en los procesos cognoscitivos y en la forma de interacción con el ambiente. Sin embargo, como muchos señalan, el concepto de delirio es vago, no tiene consenso y el problema de su definición aún persiste (3-5). Para el caso del TEPT, debido a la dificultad conceptual generada por su clasificación y a los problemas conceptuales relacionados con la historia de los conceptos de neurosis y psicosis, las ideas delirantes han sido motivo de modificación diagnóstica y en muy pocas oportunidades estudiadas como *desarrollos delirantes* originados a consecuencia de los trastornos sensorio-perceptivos floridos (6-9).

El presente trabajo tiene como objetivo señalar de qué manera hay *desarrollo delirante* en pacientes con TEPT. Se busca, a la vez, si el fenómeno que ocurre en estos pacientes corresponde o no a un delirio.

Los cambios cognoscitivos

Los pacientes que sufren de TEPT consultan mucho tiempo después del inicio de los síntomas. En muchos casos, las personas con quienes conviven buscan ayuda médica. Lo anterior es parte de las razones, por lo que es difícil establecer el curso de la aparición de los síntomas.

La valoración del riesgo

En el caso de los soldados, hay elementos de su forma de vida que lleva a suponer que el nivel de suspicacia es exagerado por conveniencia adaptativa. En medio de cualquier enfrentamiento continuo, donde se esté en peligro de morir, es natural que se genere un ambiente de prevención ante los desconocidos. Se desarrolla y se mantiene distancia de los demás, en especial de quienes no pertenecen a su grupo. En los casos de conflictos irregulares, es necesario mantener un escrutinio constante de sus compañeros por riesgo a que existan traidores al grupo. Esa distancia genera en todos los que viven esta situación cambios paulatinos en su forma de relacionarse con los demás.

Es obvio que en las áreas donde hay guerra, en los lugares donde *el enemigo* ha tenido presencia, y eventualmente dominio, la distancia y la prevención ante la gente que vive ahí se aumenta de forma muy fuerte. En casos específicos, donde ha habido batallas con muertos y heridos, la necesidad de prevención y suspicacia permanente, basados en la experiencia vivida, les puede salvar la vida. El número de soldados muertos de un grupo reducido (pelotón, compañía, etc.) genera, a su vez, suspicacia extrema en los sobrevivientes y, en muchas ocasiones, conductas paranoides francas, que a la luz de la idea de conserva-

ción de la vida se pueden llegar a considerar como adaptativas.

No necesariamente se puede señalar que estas conductas están basadas en ideas delirantes. Sin embargo, cuando estos individuos cambian de lugar de domicilio, dejan de patrullar y de combatir, con mucha frecuencia mantienen el mismo nivel de suspicacia y prevención que tenían en las zonas de combate y para los ambientes adonde llegan este nivel y la forma de mantener la distancia de los demás en francamente desadaptativa y genera miedo a quienes conviven con ellos.

Es muy difícil que se logre el cambio de estos comportamientos paranoides. La idea de que es posible que los estén persiguiendo para matarlos es válida, si se conoce a fondo el tipo de violencia que han vivido y la magnitud de la violencia en la que han vivido. Sin embargo, a pesar de que pase un período largo viviendo en un lugar claramente seguro, es poco lo que cambian las conductas basadas en la suspicacia.

Dado este *estado paranoide adaptativo*, la descripción del proceso para que se generen los síntomas floridos de TEPT debe tener en cuenta que la base de relaciones interpersonales de estos individuos está enmarcada en un contexto muy especial que es el *tipo de violencia de la guerra*.

El paso del tiempo en situaciones constantes de guerra, con alto riesgo de muerte, de secuestro o de

ser herido modifica de forma profunda la evaluación del riesgo y la capacidad de confiar en los demás. El tiempo que se gasta en vigilar su entorno hasta sentirse en un lugar seguro crece de forma drástica y, en algunos casos, la conducta de vigilancia y chequeo se hace permanente.

El momento en el cual los humanos somos más susceptibles ante los demás (cualquier potencial agresor) es el momento en que dormimos, principalmente las fases III y IV del sueño no MOR. La actitud de vigilancia constante produce de forma intencional la disminución de las horas de sueño y a su vez disminuye las horas de descanso profundo.

La experiencia de haberse quedado dormido durante el tiempo de centinela hace que se mantenga desconfianza en los demás, debido a que se conoce que hay un momento en que el sueño logra vencer la intención de mantenerse alerta. Al parecer, esto lleva a que se interrumpa el sueño antes de entrar en las fases de profundización y muy probablemente también hay interrupción del sueño MOR.

Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño aparecen mucho antes de las primeras consultas. El *insomnio* es evidente y manifiesto, pero se considera adaptativo y bueno para los combatientes. Muchos de ellos se *entrenan*

para no dormir. La característica fundamental de éste es que es mixto. Cuando salen de las áreas de combate, la recuperación del sueño se da pero con algunos agravantes. El más importante es que aparecen o bien se aumentan la frecuencia e intensidad de las pesadillas. La descripción de éstas, por lo general, impacta porque dudan de si de verdad sucedió o sólo fue un sueño (fenómeno relativamente común en la población general).

La crítica sobre los *sucesos* que narran de sus sueños es bastante pobre. Los contextos cultural y religioso llevan a considerar que los *sucesos* de los sueños están relacionados con la *vida de los muertos*, y la forma como los contactan para mantener el espíritu de lucha. A través de los sueños, sugieren o en algunos casos ordenan que se maten por la culpa, porque todos debieron morir o por no haber sido capaces de salvar a sus compañeros.

En algunos pacientes, a las pesadillas se asocian *terrores nocturnos*, que los llevan tener conductas de violencia extrema, dentro de un *estado crepuscular o confusional* (como se prefiera denominar), y actúan acorde con lo que perciben, que por lo general corresponde a modificaciones preceptuales de los objetos presentes, donde la intensidad de la luz desempeña un papel muy fuerte en la *percepción errática*. La magnitud (tiempo e intensidad de respuesta motora) de los terrores

nocturnos varía; en algunos casos puede revertirse la condición con encender la luz, el llamado enérgico a la persona por su nombre indicándole que es un sueño o de forma espontánea, pero en otros casos puede llegar a ser dramático, debido a que la persona actúa de forma *coherente* con la *experiencia* que vive en este *estado de conciencia*.

En un periodo corto estas personas *viven un estado de realidad diferente y falso*, debido a un trastorno en la integración de la percepción en el un momento de transición de sueño, o bien del sueño-vigilia. En algunos casos, hay amnesia pero en otros no la hay. Los actos que realizan pueden ser completamente contrarios a sus deseos y a sus intenciones, debido a que identifican a su familia, incluidos los niños, como agresores reales.

Presencia de trastornos sensoperceptivos

Se suma a los anteriores la presencia de trastornos *sensoperceptivos*. En la mayoría de los casos, éstos aparecen alrededor del sueño y son las llamadas alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas, con posterior aparición en la vigilia. Es importante señalar que hay *alucinaciones* y *alucinosis*, que de acuerdo con la difusión actual de estos conceptos su diferencia radica en la capacidad de crítica que existe en la alucinosis. También aparecen *ilusiones* con crí-

tica y sin ésta. El marco general de estos momentos, más allá de la crítica presente o no, es la angustia relacionada con los fenómenos.

Alrededor de los trastornos sensorceptivos hay dos formas diferentes de cómo son afrontadas. La primera tiene que ver con la concepción de la muerte, que está arraigada con las ideas religiosas particulares, y la segunda está relacionada con la idea de mejorar la capacidad de vigilancia sobre el espacio y sobre las personas con las que convive. En este momento entramos a hacer diferencia sobre el juicio de la realidad que viven los individuos con TPET, debido a que se hace evidente que la forma como reconocen el medio tiene múltiples alteraciones, que son fluctuantes, y no existe opción real de hacer diferencia con otras formas de percibir el mundo, ya que en el momento sólo cuentan con ésta.

Generalmente, ante las confrontaciones sobre la memoria que tienen de cómo es (era) el mundo antes de que iniciaran estos fenómenos, los pacientes sustentan que el cambio para ellos tiene que ver con los actos cometidos y la realidad que se vive. Es decir, lo que vivieron en el pasado se hace presente a través de los cambios señalados, y no hay opción de crítica con respecto a estas vivencias.

'Flash back'

El fenómeno más dramático es el del llamado *flash back*, durante

el cual toda la realidad del mundo exterior está modificada, así como la temporalidad y el sentido del espacio. En este estado el sujeto actúa viviendo una realidad de terror de la cual no logra salir y no tiene posibilidad alguna de entender y asimilar su falsedad.

La aparición del delirio

Es necesario aclarar que la definición existente de delirio es vaga y no hay acuerdo sobre ésta (3-5). La referencia general que hago en virtud de entendimiento es que el delirio corresponde a una *certeza falsa* que un individuo tiene sobre algún aspecto de la realidad, y no a una *creencia falsa* (5). Para el caso del TPET, la aparición del delirio tiene una explicación causal (de subtipo mental), ya que aparecen luego de que la arquitectura cognoscitiva trabaja según la neurofisiología cognitiva que permite la realidad perceptual del sujeto (3). Es decir, estos individuos experimentan un conjunto de percepciones (reales y falsas) que provienen del exterior y del interior, y la integración que se logra (posiblemente el tálamo-ganglios de la base [10]) muestra una conciencia alterada del individuo en relación con el mundo.

La valoración sistemática del mundo está enmarcada en la forma de integración de los estímulos externos e internos (7,11). Para el caso, es importante la referencia de

Dennet en la propuesta de las *versiones múltiples*, donde describe los inconvenientes que tiene un sistema como el cerebro en integrar los diferentes tipos de estímulos y la necesidad de *editarlos*, para que para la conciencia aparezcan integrados.

El término *editar* es bastante discutible, pero la referencia a la necesidad de integración y las posibilidades de lograrlo son muy importantes. Para el caso de las formas de trastornos en la sensopercepción, se sabe que existen diferentes formas de presentación en cuanto a la fuerza de éstas, donde algunos tipos de fenómenos no permiten que el individuo fije la atención en fenómenos diferentes a los alucinatorios, y en otros no sólo los individuos tienen la opción de seguir los otros estímulos (reales), sino que además hacen crítica de éstos y *reconocen* estos fenómenos como algo *anormal*.

Para el caso del TEPT, sí hay alucinaciones fuertes sin que esto implique que no se logre permear la atención sobre éstas y lograr que el individuo encuentre, de forma paulatina, las diferencias entre estos fenómenos y los estímulos reales. Se desprende de lo anterior que no existe un trastorno en el juicio, sino que corresponde a una forma de conocimiento donde en algún lugar (o lugares) del proceso cognoscitivo hay una falla, que para el caso del TEPT está centrado en la integración perceptual.

El *juicio* de los individuos está intacto y se defiende y actúan coherentemente con lo que *ven, oyen, huelen, saborean* y *sienten*. Esto es cierto si consideramos el juicio crítico un acto (fenómeno) posterior a la integración cognitiva del proceso de sensopercepción, y la valoración dicha integración perceptual, dentro de las posibilidades neurofisiológicas conocidas hasta el momento, es decir, un proceso cognoscitivo interdependiente, pero con suficiente aislamiento para conservarse intacto a pesar de la falla sensoperceptiva.

El juicio es también un fenómeno posterior a la aparición de los patrones de acción fijos motores (PAF), los cuales se activan luego de la integración perceptual talámica (sistema tálamo-cortical), gracias a la respuesta de la interacción tálamo-ganglios de la base (10). El juicio sólo aparecería luego de que se den los PAF emocionales que involucran una integración funcional aún más compleja (hipotálamo, rinencéfalo y amígdala). Las estrategias que sigue un individuo ante la percepción del medio son profundamente complejas. Cuando la percepción es errada y se conservan intactas las capacidades de respuesta (los PAF), éstas siguen estrategias acordes con lo que “ven”, así esto no esté ocurriendo en realidad, debido a que no se tiene un camino diferente para percibir la realidad. Con el tiempo, estos individuos desarrollan un *conocimiento de la rea-*

lidad que es falso, y actúan en consonancia con dicho *conocer*.

Esto no implica que para otro tipo de delirios el juicio pueda estar afectado o no. Sólo tiene valor para los casos de TEPT. La certeza en estos individuos, con el paso del tiempo, bajo tratamiento y con cambios ambientales seguros sostenidos, modifica la *incoregibilidad* que ésta inscribe en el concepto de delirio. Esto conlleva inscribir el delirio de los pacientes con TEPT como potencialmente corregible, dadas las circunstancias posibles para la modificación de los *inputs* en cierto tipo de cognición. Sin embargo, no es éste el único caso que sabemos de la modificación parcial o total de la incorregibilidad, principalmente con el uso de psicofármacos. En el caso de TEPT, hay reaparición del delirio cuando vuelven a surgir los cambios sensorceptivos de forma súbita. Hay reactivadores de los síntomas (sustancias psicoactivas, insomnio, asociación de lugares, asociación con las imágenes corporales formas de vestir, voces reales) que revierten la crítica desarrollada. En muchos casos, ante una confrontación sistemática, asociada con atenuación sintomática y modificación del medio sostenido estando en lugares seguros, los pacientes solicitan ayuda: “doctor, quíteme esto”.

La posibilidad de modificar el delirio (en TEPT) existe y se puede lograr al menos de dos formas: (1) la posibilidad de “reaprender” las res-

puestas ante los trastornos sensorceptivos, modificando de alguna manera los llamados PAF (motores y emocionales), que cambiarían la experiencia individual ante estos fenómenos y, por ende, la idea de riesgo real. (2) Restableciendo la función normal de la integración sensorceptiva con la necesidad de que en un proceso gradual el individuo pueda darse cuenta de estas modificaciones, generando crítica sobre los fenómenos y su estado de “enfermedad”.

También se presenta una modificación en la forma de vivir del individuo, el cual está confinado a vivir su vida en relación con la realidad que percibe, sin poder modificar estos límites. Ha sido llamada como pérdida de la libertad en los sujetos que deliran. Este aspecto es mucho más difícil de modificar que los otros, ya que, además de que su pensamiento y su forma de actuar están limitados por el delirio, el medio social los margina de forma drástica.

Conclusiones

El concepto de delirio, además de ser vago y de tener muchas definiciones, está incluido como criterio diagnóstico de muchas enfermedades, sin que exista diferenciación explícita en el proceso mental para que se presente. En el caso de TEPT es claro que existe una discusión difundida con respecto a si debe ser parte de los criterios diagnósticos o,

por el contrario, cuando se presenta, debe encontrarse otra patología comórbida o bien pueda ser un criterio de exclusión.

La presentación de las ideas de relación con el mundo y que conciben una forma de *ser del mundo falsa* están presentes en el TEPT. Si corresponde al concepto de delirio o no es en principio un problema semántico muy importante para la psiquiatría, la psicología y la filosofía. Hay propuestas serias en este sentido para avanzar hacia un lenguaje común y tener referencias semiológicas y nosologías mejor concebidas que las presentes (12). Pero es claro que este tipo de pensamiento existe en algunas de las personas con TEPT. Las diferentes categorías del TEPT también constituyen un trabajo pendiente.

Los procesos cognoscitivos que fallan en el desarrollo de un delirio no están definidos, pero existen propuestas, como la presente, que buscan encontrar las diferencias en el proceso de concepción de una idea delirante y una creencia. A la vez, se deben encontrar las diferencias en las diversas formas de presentación de las ideas delirantes, más allá de los aportes realizados hasta ahora. Esto implica no sólo avances en los estudios de la ciencia cognitiva con respecto a los momentos, al tiempo, a las frecuencias y a la integración entre los sistemas cerebrales (tálamo, ganglios basales, corteza, sistema límbico, etc.), sino que es necesario

hacer registros formales de los discursos de las personas con las patologías que tengan delirios, de quienes conviven con ellos y de las relaciones terapéuticas, que busquen establecer los PAF, sus bloqueos, sus modificaciones y los eventos que logren generar cambios en éstos.

Para el TEPT, la aparición de los delirios está relacionado con modificaciones fluctuantes en el proceso de integración de los estímulos, lo cual genera un conocimiento diferente al que está vinculado con el mundo real, sin que en la mayoría de los casos existan modificaciones profundas en procesos “superiores” de la conciencia. La capacidad de discriminación de los estímulos *falsos de los verdaderos* está claramente afectada con posibilidad de corrección en la mayoría de los casos. La movilización del medio social es un elemento más de confrontación que generalmente es vivido como discriminación y genera sinergia en el desarrollo de los delirios, por lo que la posibilidad de encontrar el momento y el espacio para darse cuenta de la alteración en la capacidad de discriminar *las alucinaciones* de los estímulos reales es complejo e inestable.

Referencias

1. American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). 4th ed. Barcelona: Masson; 1995.
2. Braude S. Memory: the nature and significance of dissociation. In: The

- philosophy of psychiatry: a companion. Oxford: Oxford University Press; 2004.
3. Gillet G. Form and content. In: Nature and narrative. Oxford: Oxford University Press; 2003.
 4. Berrios G. The history of mental symptoms. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
 5. Musalek M. Meaning and causes of delusions. In: Nature and narrative. Oxford: Oxford University Press; 2003.
 6. Jaspers K. Psicopatología general. 2nd ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1996.
 7. Ey H. Tratado de psiquiatría. 8th ed. Barcelona: Masson; 1978.
 8. Vallejo H. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Salvat; 1954.
 9. Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Salvat; 1985.
 10. Llinás R. El cerebro y el mito del yo. Bogotá: Norma; 2003.
 11. Dennett D. La conciencia explicada. Madrid: Paidós; 1995.
 12. Block N. Aviso a favor de una semántica para la psicología. En: Rabossi E, editor. Filosofía de la mente y ciencia cognitiva. Madrid: Paidós; 1995.

Recibido para evaluación: 6 de diciembre de 2005

Aceptado para publicación: 15 de febrero de 2006

Correspondencia

Pablo Zuleta González

Clínica de Nuestra Señora de La Paz

Calle 13 # 68F-25

Bogotá, Colombia

Correo electrónico: pablozuletag@yahoo.com