



**Universitat Autònoma de Barcelona**

Departament de Psiquiatria i Medicina Legal  
Doctorat de Neurociència Cognitiva. Període d'Investigació curs 2005/2006  
Hospital Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental

**Alteraciones Cognitivas del Trastorno Delirante: Un estudio  
descriptivo basado en evaluaciones empíricas**

Presentada por:

Nieves del Carmen González Castro

Supervisada por:

Dr. Jorge Cervilla  
Dr. Antoni Bulbena

***Este estudio ha sido realizado gracias al financiación del "Fondo de Investigaciones Sanitarias" (FIS 02/1813)***

---

## INDICE

---

INDICE .....	3
RESUMEN .....	4
INTRODUCCIÓN .....	5
Historia y clasificación del trastorno delirante .....	5
Alteraciones neuropsicológicas del trastorno delirante .....	6
METODOLOGÍA .....	9
Diseño .....	9
Participantes.....	9
Medidas .....	10
Análisis estadístico .....	13
RESULTADOS .....	15
Tabla 1. Características Sociodemográficas y Clínicas.....	15
La tabla 2 presenta las puntuaciones medias de las pruebas clínicas administradas. Las puntuaciones medias en la PANSS, revelan que los individuos presentaban sintomatología psicótica de baja intensidad. ....	15
Tabla 2. Puntuaciones medias en las escalas clínicas .....	16
Tabla 3. Puntuación Media (desviación estándar) en las distintas pruebas neuropsicológicas .....	17
Tabla 4. Coeficiente de Correlación de Pearson entre variables Neuropsicológicas y PANSS .....	18
Gráfica 1. Correlaciones Neuropsicología y PANSS Puntuaciones Significativas .....	19
DISCUSIÓN .....	21
CONCLUSIÓN .....	26
ANEXOS.....	27
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....	29

---

## RESUMEN

---

**Introducción:** El trastorno delirante (TD) es una entidad clínica infraestudiada desde el punto de vista empírico. La literatura actual ofrece pocos datos sólidos, particularmente en el terreno del funcionamiento cognitivo de los pacientes con TD. La asunción, basada en descripciones clásicas no cuestionadas como las de Kraepelin o Kreschtmer, postula una no-alteración del funcionamiento cognitivo en estos pacientes en los que se considera únicamente alterada la función mental en lo que a su delirio se refiere. **Objetivos:** Establecer el patrón de alteraciones cognitivas propias del TD mediante su estudio empírico y sistemático. **Metodología:** Diseño: Estudio transversal de una muestra de 77 pacientes ambulatorios con Diagnóstico para DSM IV de Trastorno Delirante. Material: Se administró una batería neuropsicológica que incluía: MMSE, Vocabulario, Semejanzas, Clave de Números y Dígitos de la Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III), WCST, TMTa-b, STROOP, CPT, FAS y Memoria. Con el Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense. La psicopatología se evaluó administrando la Escala del Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (PANSS) y el módulo de psicosis de la Entrevista estructurada para trastornos del eje I del DSM IV(SCID-I). **Conclusión:** Los pacientes con TD presentan alteraciones cognitivas a nivel de atención y de función ejecutiva. Se podría decir, que es una alteración cognitiva leve, ya que no son todas las áreas cognitivas las que presentan alteraciones.

---

## INTRODUCCIÓN

---

### **Historia y clasificación del trastorno delirante**

El Trastorno Delirante (TD) y los trastornos paranoides, son algunos de los trastornos más fascinantes de la psiquiatría. Inicialmente el Trastorno Delirante fue conocido con el nombre de "paranoia", término utilizado originalmente para nombrar a un delirio aislado. Kraepelin (1912) lo definió como un *"trastorno de desarrollo insidioso, bajo las dependencias de causas internas y según una evolución continua de un sistema delirante duradero e imposible de sacudir y que se instaura con una conservación completa de la claridad y del orden en el pensamiento o el querer"*. El trastorno delirante, fue una entidad importante a finales del siglo XIX y principios del siglo XX y hasta la fecha su diagnóstico ha generado múltiples confusiones entre psiquiatras y especialistas. El propio concepto de trastorno delirante es relativamente nuevo, siendo el término *"paranoia"* el que ha primado en las clasificaciones psiquiátricas previas a lo largo de los siglos XIX y XX, hasta que su uso coloquial e inadecuado acabase por desvirtuarlo. Aunque el diagnóstico de paranoia casi cesó durante muchos años, la enfermedad y sus pacientes no desaparecieron. Cuando el fenómeno del trastorno llamaba la atención, tendían a suceder una de dos cosas: que los pacientes fueran etiquetados de esquizofrénicos, esquizoafectivos, psicosis atípica, etc. (McKenna, PJ, 1994; McKenna, PJ, 1994) o que se fijaran en una característica específica de la sintomatología delirante y se describieran falsos síndromes. En 1987, la Clasificación Americana de los Trastornos Mentales en su 3ra Edición Revisada, (DSM-III-R;(APA, 1987) reintrodujo el concepto Kraepeliniano de paranoia renombrándolo como Trastorno Delirante.

Los delirios pueden aparecer en una variedad de trastornos y en una variedad de formas fenomenológicas. Detrás de estas variedades se suele aceptar generalmente que los delirios son una creencia falsa y fija, mantenida bajo la certeza de su presencia e imposible de ser probada como lo contrario. Hoy en día, de acuerdo al Texto Revisado de la cuarta versión de la Clasificación Americana de los Trastornos Mentales (DSM IV-TR; (APA, 2000), se establece que las características principales del Trastorno Delirante son las siguientes:

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

En el TD se pueden identificar los siguientes subtipos: **erotomaniaco**: idea delirante de que otra persona, en general de estatus superior está enamorada del sujeto; **grandiosidad**: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad o relación especial con una divinidad; **celotípico**: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel; **persecutorio**: ideas delirantes de que la persona está siendo perjudicada de alguna forma; **somático**: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una enfermedad médica; **mixto**: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores; **no especificado** (American Psychiatric Association, 1995; American Psychiatric Association, 2000; APA, 2000). En la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su Décima Versión se incluyen también los subtipos **auto-referencial, y litigante**. (World Health Organization, 1992)

En la actualidad se ha evidenciado que la prevalencia de este trastorno es mayor en mujeres que en hombres, con una ratio de hasta 3:1 (Yamada, N., Nakajima, S., & Noguchi, T., 1998; Roth, M. & Kay, D. W., 1998; Munro, A., 1999; Evans, J. D., Paulsen, J. S., Harris, M. J., Heaton, R. K., & Jeste, D. V., 1996). Este número varía dependiendo del subtipo. Además se ha observado que el TD tiene una edad de inicio tardía, a partir de los 45 años. (APA, 2000).

### **Alteraciones neuropsicológicas del trastorno delirante**

El TD ha sido una entidad clínica infraestudiada en nuestro entorno, que frecuentemente ha conllevado dificultades diagnósticas por su heterogeneidad clínica y evolutiva. Se ha establecido que, aparte de las ideas delirantes y alucinaciones, las respuestas conductuales y emocionales de los pacientes con TD parecen ser apropiadas y que el deterioro de la actividad

social o la personalidad es mínimo o nulo. Del mismo modo, tanto el funcionamiento laboral como el intelectual aparecen preservados.(Manschreck, T. C., 1996).

Es poco lo que a la fecha ofrece la literatura respecto al funcionamiento neuropsicológico del paciente con TD. Muchos estudios se han centrado en subtipos específicos del TD, como por ejemplo el erotomaniaco (Rudden, M., Sweeney, J., & Frances, A., 1990; Gillert, T., Eminson, S. R., & Hassanyeh, F., 1990) o el somático (Ota, M. et al., 2003; Munro, A., 1988a; Munro, A., 1988b; Jibiki, I. et al., 1994). Se ha observado que el rendimiento de estos pacientes se encontraba dentro del rango de la normalidad, como es el caso del estudio de Conway, C. R. et al., 2002, aunque fue una pequeña muestra de pacientes (n=10), estos no encontraron diferencias significativas en el rendimiento de los pacientes con TD frente a los sujetos controles en la batería de pruebas neuropsicológicas aplicada. Sin embargo, otros estudios (Levy, R., Naguib, M., & Hymas, N., 1987) refieren que estos pacientes presentan un funcionamiento significativamente inferior al de sujetos normales de la misma edad (Almeida, O. et al., 1995; Jeste, D. V. et al., 1995). En concreto, se ha descrito que los pacientes con TD presentan alteraciones de la memoria episódica, específicamente en el recuerdo libre (Herlitz, A. & Forsell, Y., 1996). Igualmente, se ha reportado un bajo rendimiento en el Wisconsin Card Sorting Test (WCST), un test que evalúa la flexibilidad cognitiva, lo cual podría sugerir un déficit cognitivo de funcionamiento frontal. En efecto, se ha evidenciado que bajos resultados en el WCST implica alteración del lóbulo frontal, debido a la gran asociación de esta prueba con la función prefrontal dorsolateral (PFDL), responsable del funcionamiento ejecutivo (Jibiki, I. et al., 1994).

Del mismo modo, en pruebas que requieren habilidad viso-espacial, estos pacientes muestran un rendimiento intermedio, que estaría entre el de los sujetos con esquizofrenia y los controles sanos (Hardoy, M. C. et al., 2004). Finalmente, en un estudio que comparó pacientes con TD con pacientes con esquizofrenia, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en una serie de variables neuropsicológicas (atención, habilidad verbal y motora, psicomotricidad, memoria, abstracción y flexibilidad, etc.) (Evans, J. D., Paulsen, J. S., Harris, M. J., Heaton, R. K., & Jeste, D. V., 1996; Jeste, D. V. et al., 1995). A la luz de la literatura revisada, es posible

inferir que existen pocos datos respecto al funcionamiento neuropsicológico de los pacientes con TD y que los estudios disponibles presentan datos controvertidos. Por todo lo anterior, el presente estudio tiene por objetivo describir el funcionamiento neuropsicológico de un grupo de pacientes ambulatorios con TD de larga evolución, comparando entre los subtipos con mayor prevalencia dentro de la muestra. En función del conocimiento actual, podríamos hipotetizar que los pacientes con TD no sólo no tienen un funcionamiento cognitivo normal sino que podrían presentar alteraciones a nivel de memoria, habilidades viso-espaciales y flexibilidad cognitiva.

---

## METODOLOGÍA

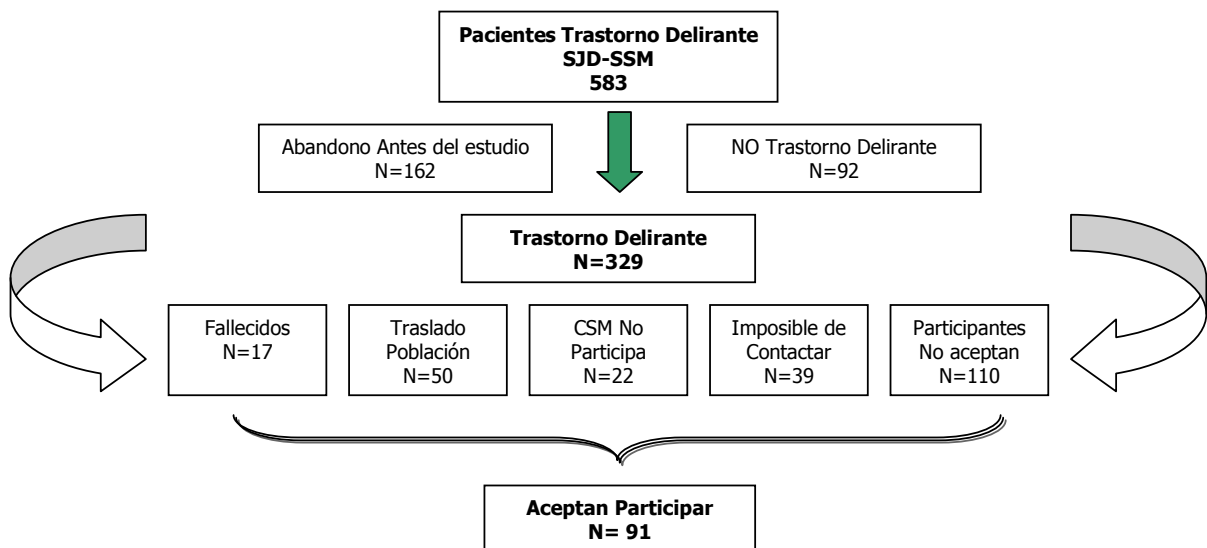
---

### Diseño

Estudio observacional de diseño transversal basado en un registro de casos atendidos en equipamientos de atención psiquiátrica especializada.

### Participantes

Pacientes ambulatorios con diagnóstico de TD (DSM IV-TR; APA 2000) pertenecientes a la red asistencial de Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental (SJD-SSM) con edades entre 18 y 85 años. Un total de 583 casos con diagnóstico de TD fueron identificados seleccionados a partir de los diagnósticos con criterios DSM-IV introducidos por los psiquiatras clínicos en la historia clínica informatizada (HCI) a lo largo de los primeros 5 años de existencia desde el año 2000 al 2004. Las historias clínicas electrónicas de todos esos casos fueron sistemáticamente evaluadas mediante administración de un [checklist](#) (ANEXO) con los criterios DSM-IV para Trastorno Delirante. Se seleccionaron aquellos casos correctamente diagnosticados y que siguieran activos en la red de SJD-SSM. Tras esta selección:



Todos los sujetos fueron informados por su terapeuta sobre el estudio y dieron su consentimiento informado para ser incluidos. Los 91 pacientes que aceptaron participar fueron evaluados por una psicóloga predoctoral entrenada en la aplicación de las pruebas (NGC). En la aplicación de la batería de pruebas se emplearon, por término medio, 4 horas repartidas en tres visitas (una hora para la valoración de la sintomatología clínica y tres horas para la

neuropsicológica). Tras las entrevistas, 12 pacientes cumplieron criterios de Esquizofrenia, 1 de Trastorno Esquizoafectivo, 1 de Trastorno Psicótico debido a Enfermedad Médica, 1 de Psicosis Inducida por Sustancias y 77 pacientes cumplieron criterios de TD, conformando la muestra del presente estudio (n=77).

## **Medidas**

### *Diagnóstico*

El diagnóstico de TD se estableció mediante la aplicación del módulo de psicosis de la *Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del eje I del DSM- IV (SCID-I)* (First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W, 2001).

### *Psicopatología*

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

### *Funcionalidad*

El funcionamiento psicosocial se evaluó con la *Escala de Evaluación de Actividad General* (Bobes, J., G-Portilla, MP., Bascarán, MT., Sáiz, PA., & Bousoño, M., 2002). Se trata de una escala que evalúa el funcionamiento general al momento de la evaluación que sitúa al paciente en un punto de un continuo de salud a enfermedad. A mayor puntuación mejor funcionamiento psicosocial global.

### *Neuropsicología*

#### Funcionamiento Cognitivo Global

El funcionamiento cognitivo global fue evaluado con el *Mini Examen Cognoscitivo, versión de 30 ítems* (Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., & Día, J. L., 1999) es una prueba diseñada para la

### *Neuropsicología y Trastorno Delirante*

detección de deterioro cognitivo, a través de 30 ítem que exploran áreas cognitivas como la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata, la concentración y el cálculo, la memoria diferida, el lenguaje y la praxis. A menor puntuación, mayor deterioro cognitivo. Categorialmente el deterioro cognitivo en esta escala se considera cuando la puntuación es de 23 o menos puntos.

#### Memoria y aprendizaje Incidental

fueron evaluados con el *Test de Aprendizaje verbal España-Complutense* (Benedet, M. J. & Alejandre, M. A., 1998). Esta prueba consiste en el aprendizaje de una lista de dieciséis palabras a lo largo de cinco ensayos, tras los cuales se propone al sujeto el aprendizaje –en un sólo ensayo-, de una lista de interferencia constituida por otras dieciséis palabras. Hay una serie de recuerdo a corto y largo plazo, sin y con interferencia, sin y con ayuda y una prueba de reconocimiento. Las listas poseen una estructura semántica, permitiendo con ellas la evaluación de múltiples estrategias y procesos implicados en el aprendizaje y el recuerdo de materia verbal. A mayor puntuación, mejor capacidad de memorización.

#### Habilidad Verbal

La habilidad verbal se evaluó con la versión española de la sub-escala de *Vocabulario de la Wechsler Adult Intelligence Scale –WAIS III* (Wechsler, D. A., 1999). A través de 35 palabras que el sujeto tiene que definir se evalúa la cantidad de material que un sujeto recuerda dependiendo tanto de la información que ha almacenado durante toda su vida, como de su eficacia en el proceso de recuperarlo. Esta prueba, ha sido identificada como la mejor medida individual para valorar tanto habilidad verbal como mental.

#### Atención

Evaluada con el *Continuous Performance Test* (Conners C.K., 2002), que ha sido considerado como el test más fiable para estudiar experimentalmente a los sujetos esquizofrénicos en situaciones que exigen atención sostenida. Además, el bajo rendimiento en esta prueba representa un marcador de vulnerabilidad para la esquizofrenia (Cornblatt, B. A. & Kelip, J. G, 1994). También se administró la versión española de la sub-escala *Dígitos del WAIS-III*

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

### Función Ejecutiva

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

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

2) *Test de Fluencia Verbal* (Benton, A. L., Hamsher, K. deS., Varney, N. R., & Spreen, O., 1983; Jeste, D. V. et al., 1995; Butman, J., Allegri, R. F., Harris, P., & Drake, M., 2000). Esta prueba mide la habilidad de mantener una estrategia mental, a partir de un criterio fonológico y de otro semántico. La puntuación total se obtuvo a partir del número de palabras correctas pronunciadas por minuto.

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

4) Sub-escala de *Semejanzas de la WAIS-III* (Wechsler, D. A., 1999). Esta prueba evalúa el grado de pensamiento abstracto del sujeto y la capacidad de razonamiento a través, de la presentación de estímulos auditiva verbales simples (comprensión de palabras sencillas). A mayor puntuación mejor funcionamiento.

5) *Test de Colores y Palabras*, (Golden, C. J., 1994). Esta prueba evalúa la habilidad para inhibir respuestas automáticas. En esta prueba se presentan laminas con palabras ordenadas al azar, en las que se intenta interferir al paciente al mezclar palabras de nombres de colores con el color de la tinta con la que está impresa la palabra. A menor puntuación en interferencia, peor funcionamiento.

### Habilidad Motora

Fue evaluada con las siguientes pruebas:

- 1) La parte A del *Trail Making Test* (Reitan, R. M., 1969). Al igual que en la parte B (explicada anteriormente), el sujeto debe enlazar números organizados al azar. El menor tiempo de ejecución implica una mejor puntuación y mejor funcionamiento.
- 2) Sub-escala de *Cubos* y *Clave de Números* del WAIS-III (Wechsler, D. A., 1999). La sub-escala de *Cubos* valora el aprendizaje por ensayo y error, la coordinación viso-motora, la visualización espacial y el procesamiento simultáneo. La sub-escala de *Clave de números* valora la información codificada para posterior proceso cognitivo, la organización perceptiva, secuenciación, velocidad de proceso y memoria a corto plazo (Visual).

### **Tipificación de Puntuaciones**

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

### **Análisis estadístico**

Las características socio-demográficas y clínicas fueron analizadas con estadísticos descriptivos (frecuencias, media con desviación estándar). Las comparaciones entre subtipos de TD fueron realizadas con ANOVAs. En los casos de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, se realizaron contrastes a posteriori (Sheffé o Tamhane en función de la prueba de Levene). Para explorar la correlación entre la sintomatología clínica de acuerdo a la PANSS y las variables neuropsicológicas se calculó el coeficiente de correlación de Pearson.

Finalmente, para explorar la asociación entre la sintomatología clínica y las variables neuropsicológicas, se realizaron cuatro modelos de regresión lineal, incluyendo la PANSS

positiva, PANSS negativa, PANSS General y PANSS total como variables dependientes (cada una para un modelo) y las variables neuropsicológicas, la edad de inicio de la enfermedad, los años de evolución de ésta, la cantidad diaria de miligramos de antipsicóticos prescritos (reconvertidos según una tabla de equivalencias a valores de haloperidol), el sexo, la edad y el subtipo de TD como variables independientes. Los modelos se realizaron mediante el método STEPWISE con un criterio de entrada del 0,20 y de permanencia de 0,05.

## RESULTADOS

La tabla 1 muestra las características sociodemográficas y clínicas de la muestra, la mayoría de la población la conformaban mujeres (52,1%) con una edad media 55,03 años (13,99). Un 54,5% estaban casados o viviendo en pareja y un 72,8% presentaban entre cero y ocho años de estudios. Un 62,3% presentaban antecedentes psiquiátricos familiares y alrededor de un 43% antecedente personal de otras enfermedades psiquiátricas, mayoritariamente trastorno afectivos (14,3%), seguidos de trastorno de ansiedad (13%). La media de edad de inicio del TD de 40,87 años y la media de años de evolución del TD fue de con 14,27. Entre los subtipos de TD el más frecuente fue el persecutorio, seguido del mixto, el celotípico y el de grandiosidad.

**Tabla 1. Características Sociodemográficas y Clínicas**

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Mujer	50	52,1
<b>Años de Educación</b>		
0-8	56	72,8
>9	21	27,2
<b>Estado Civil</b>		
Casado/a-En pareja	42	54,5
Soltero/Divorciado/Separado/Viudo	35	45,5
<b>Subtipo Trastorno Delirante</b>		
Erotomaniaco	2	2,6
Grandiosidad	3	3,9
Celotípico	10	13
Persecutorio	45	58,4
Somático	1	1,3
Mixto	15	19,5
No especificado	1	1,3
<b>Antecedentes psiquiátricos familiares</b>		
SI	48	62,3
<b>Antecedentes psiquiátricos personales</b>		
SÍ	33	42,9
	<b>Media</b>	<b>D.E.</b>
Edad en años	55,03	13,99
Edad de Inicio	40,87	14,30
Edad Inicio 1er contacto con salud mental	44,83	14,86
Años de Evolución de la enfermedad	14,27	11,73
Nº. hospitalizaciones psiquiátricas	0,95	1,27
Dosis de miligramos al día (Mg. Haloperidol)	6,71	9,13

D.E. Desviación estándar

La tabla 2 presenta las puntuaciones medias de las pruebas clínicas administradas. Las puntuaciones medias en la PANSS, revelan que los individuos presentaban sintomatología psicótica de baja intensidad.

**Tabla 2. Puntuaciones medias en las escalas clínicas**

	<b>Media (D.E.)</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
PANSS Positiva	13.32 (4.79)	7	31
PANSS Negativa	9.62 (2.78)	7	21
PANSS General	22.90 (4.80)	17	41
PANSS Total	46,12 (10,42)	31	91
E.E.A.G.	63.05 (17.06)	0	90

D.E. Desviación estar; PANSS Escala de Síntomas Positivos y Negativos de la Esquizofrenia; E.E.A.G: Escala de evaluación de actividad general

La tabla 3 presenta un resumen de las puntuaciones medias en las pruebas neuropsicológicas. Según las áreas evaluadas, los pacientes con TD presentaron un mejor funcionamiento en las pruebas que evaluaban habilidad motora, TMT-A, clave de números, que en pruebas que evaluaron memoria y atención sostenida. En lo relacionado a las pruebas que evaluaban función ejecutiva, encontramos que en algunas pruebas los sujetos puntuaron por debajo de la media, (WCST categorías completadas y FAS) y en otras pruebas como es el caso del TMT-B, STROOP y semejanzas del WAIS-III las puntuaciones estaban dentro de la norma.

En general no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los subtipos persecutorio, celotípico y otros (que agrupaba los subtipos erotomaniaco, grandiosidad, somático, mixto y no especificado). Sin embargo, los pacientes del subtipo celotípico, presentaron una puntuación significativamente menor que los otros subtipos en la escala de dígitos del WAIS-III.

**Tabla 3. Puntuación Media (desviación estándar) en las distintas pruebas neuropsicológicas**

Pruebas Neuropsicológicas	Pacientes Trastorno Delirante n = 74			
	Total n=77	Persecutorio n=45	Celotípico n=10	Otros Subtipos n=22
<b>Funcionamiento Cognitivo General</b>				
M.E.C	27,3 (2,5)	27,75 (1,79)	26,00 (2,75)	27,24(3,42)
<b>Memoria (TAVEC)</b>				
Recuerdo inmediato 1er ensayo	40,04 (10,11)	41,07 (10,71)	33,37 (4,86)	40,79 (9,71)
Recuerdo inmediato 5to ensayo	40,53 (14,25)	40,68 (14,93)	34,53 (9,71)	42,91 (14,11)
Total de palabras recordadas (1-5)	40,24 (12,75)	41,14 (13,39)	35,57 (8,13)	40,37 (13,06)
Recuerdo libre corto plazo	40,85 (12,19)	41,36 (12,40)	36,00 (8,05)	41,91 (13,20)
Recuerdo libre corto plazo con claves	39,53 (12,97)	40,68 (13,39)	31,56 (10,56)*	40,58 (12,24)
Recuerdo libre largo plazo	40,83 (12,08)	41,43 (12,03)	36,48 (8,90)	41,47 (13,49)
Recuerdo libre largo plazo con claves	39,18 (13,23)	40,79 (13,88)	32,44 (9,73)	38,67 (12,65)
Reconocimiento Falsos positivos	42,39 (17,29) 60,21 (18,29)	39,88 (17,90) 57,17 (15,75)	44,31 (15,15) 67,78 (26,08)	47,05 (16,37) 63,49 (18,96)
<b>Habilidad Verbal (WAIS III)</b>				
Vocabulario	46,48 (7,80)	46,66 (7,90)	41,48 (6,69)	48,33 (7,37)
<b>Atención</b>				
Inatención (CPT)	69,53 (23,85)	70,18 (25,37)	70,78 (15,77)	67,50 (23,71)
Vigilancia(CPT)	42,56 (16,37)	42,08 (14,55)	45,30 (27,05)	42,56 (16,37)
Impulsividad (CPT)	104,85 (70,71)	105,76 (76,61)	109,61 (52,73)	100,86 (65,15)
Dígitos Totales (WAIS III)*	49,90 (8,51)	49,54 (8,96)	45,00 (5,93)	53,16 (7,52)
<b>Habilidad Motora</b>				
TMT-A	36,89 (11,03)	37,36 (11,59)	31,75 (5,97)	37,95 (11,20)
Clave de números (WAIS III)	41,19 (9,93)	42,38 (10,52)	34,07 (4,65)	41,92 (9,31)
Cubos (WAIS III)	42,28 (9,46)	44,52 (9,45)	39,63 (6,75)	45,96 (10,27)
<b>Función Ejecutiva</b>				
Categorías Completadas (WCST)	1,66	1,93	0,57	1,44
Fonética (FAS)	31,43 (13,56)	32,43 (15,25)	22,97 (12,24)	33,46 (8,04)
Semántica (FAS)	39,56 (10,38)	39,43 (10,25)	37,50 (7,23)	40,87 (12,13)
TMT-B	40,09 (9,56)	41,93 (9,93)	35,71 (3,82)	37,72 (9,54)
Semejanzas (WAIS III)	47,92 (8,41)	48,93 (7,93)	41,66 (9,42)	48,16 (8,41)
STROOP	52,26 (8,57)	51,44 (6,22)	53,68 (7,48)	53,44 (12,98)

D.E. Desviación estándar; \*p<0,05; MMSE: Mini Mental State Examination; TAVEC: test de aprendizaje verbal España complutense; CPT: Continuous Performance Test; TMT-A y B: Trail Making test parte A y B; STROOP: test de las palabras y colores. Interferencia; WAIS-III: Weschler Adult Intelligence Scale; WCST: Wisconsin Card Sorting Test; FAS: Test de Fluencia Verbal.

**Tabla 4. Coeficiente de Correlación de Pearson entre variables Neuropsicológicas y PANSS**

Pruebas Neuropsicológicas		PANSS			
		Positiva	Negativa	General	Total
<b>Funcionamiento Cognitivo General</b>	M.E.C.	-0,118	-0,02	-0,275*	-0,215
<b>Memoria Verbal</b>	Recuerdo inmediato 1er ensayo	-0,237	-0,14	-0,176	-0,228
	Recuerdo inmediato 5to ensayo	-0,247*	-0,118	-0,148	-0,26*
	Total ensayos 1-5	-0,225	-0,241*	-0,209	-0,272*
	Recuerdo libre corto plazo	-0,252*	-0,235*	-0,215	-0,282
	Recuerdo libre largo plazo	-0,308**	-0,297*	-0,324**	-0,388**
	Reconocimiento	-0,126	-0,245*	0,19	-0,22
	- TMT-A	-0,268*	-0,194	-0,083	-0,218
<b>Habilidad Motora</b>	- Clave de números	-0,292*	-0,291*	-0,211	-0,327**
<b>Atención CPT</b>	Inatención	0,238	0,249*	0,129	0,276*
	Impulsividad	0,153	0,125	0,052	0,157
	Vigilancia	0,115	0,044	0,132	0,118
<b>Función Ejecutiva</b>	TMT-B	-0,279*	-0,353**	-0,146	-0,284*
	Interferencia (STROOP)	0,062	-0,003	0,012	0,006
	Semántica (FAS)	-0,067	-0,254*	-0,263*	-0,234*
	Errores no Perseverativos (WCST)	0,275*	0,136	0,131	0,227

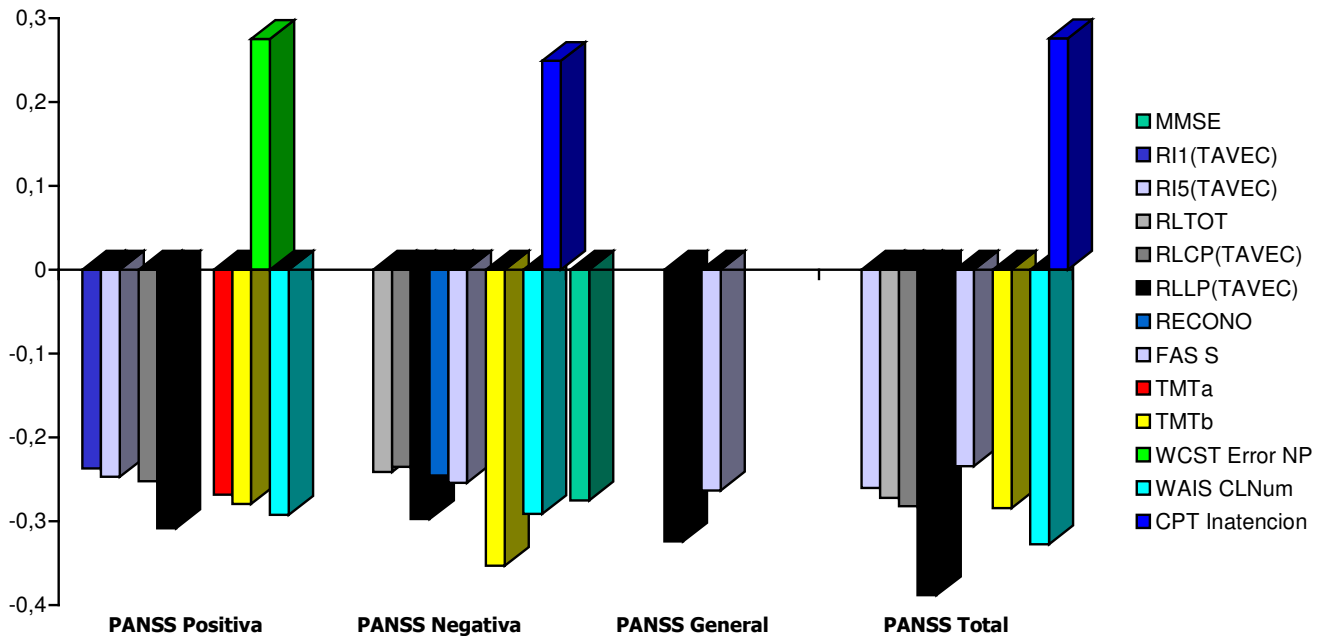
**\*p<0,05 \*\*p<0,01**

PANSS: Escala de síntomas positivos y negativos de la Esquizofrenia; M.E.C. Mini Examen Cognoscitivo: Mini Mental State Examination; WCST: Wisconsin Card Sorting Test; STROOP: Test de las palabras y los colores; TMT-A: Trail Making Test parte A

En la tabla 4 se encuentran resumidas las correlaciones de Pearson entre las variables neuropsicológicas y las escalas de la PANSS. Se observó una correlación positiva estadísticamente significativa entre los errores no perseverativos del WCST y la PANSS positiva, lo que nos indica que a mayor número de errores no perseverativos más sintomatología positiva. También se encontró correlación positiva estadísticamente significativa entre la inatención del CPT con la escala negativa de la PANSS, indicándonos que a más inatención más síntomas negativos. Igualmente se observó correlación estadísticamente significativa negativa entre memoria (recuerdo libre a corto plazo, recuerdo libre a largo plazo, reconocimiento y

aprendizaje), habilidad motora (clave de números) y función ejecutiva (TMT-B y FAS semántica) con la sub-escala positiva, negativa y general de la PANSS.

**Gráfica 1. Correlaciones Neuropsicología y PANSS Puntuaciones Significativas**



Se realizaron cuatro modelos de regresión lineal realizados para valorar la asociación entre las pruebas neuropsicológicas y las distintas sub-escalas de la PANSS. Se introdujeron todas las variables neuropsicológicas, edad de inicio y años de evolución de la enfermedad, todos fueron ajustados por sexo y edad y se excluyeron todas aquellas variables que mostraban significación estadística con las escalas de la PANSS. De este modo las variables las variables descritas a continuación fueron las que mejor pudieron explicar cada modelo. Para el modelo de PANSS Positiva (modelo 1), se observó que la única variable que muestra una asociación estadísticamente significativa fue la habilidad motora evaluada con el TMT-A. De este modo, se observa como a medida que aumenta la puntuación del TMT-A disminuye la sintomatología de la PANSS. En el modelo 2, PANSS Negativa, se observaron tres pruebas neuropsicológicas que se relacionan directamente con la PANSS Negativa, fueron la memoria verbal (TAVEC), a corto plazo y largo plazo, el CPT y el TMT-B. Lo que nos dice este modelo es que cuando hay peor rendimiento en pruebas como el TMT-B y la memoria a corto plazo la sintomatología negativa es mayor, cuando hay más inatención hay más síntomas negativos y cuando hay buena

memoria a corto plazo la sintomatología negativa de la PANSS es menor. El modelo 3, explica la relación del CPT con la PANSS general y el modelo 4, la relación de la habilidad motora con la PANSS total.

---

## DISCUSIÓN

---

Aunque la muestra del estudio en cuestión no es muy amplia, son muy pocos los estudios que hasta la fecha hayan podido ofrecer datos empíricos sobre la psicopatología psicótica y el funcionamiento neuropsicológico de pacientes con TD. Hasta nuestro nivel de conocimiento, la presente muestra constituye la mayor cohorte de pacientes con TD estudiados empíricamente psicopatológica y neuropsicológicamente.

En nuestra muestra, al igual que en estudios previos (Yamada, N., Nakajima, S., & Noguchi, T., 1998; Roth, M. & Kay, D. W., 1998; Munro, A., 1999; Jeste, D. V. et al., 1995; Evans, J. D., Paulsen, J. S., Harris, M. J., Heaton, R. K., & Jeste, D. V., 1996), encontramos que el trastorno delirante tiene un inicio tardío, alrededor de los 40 años, con una mayor prevalencia en mujeres, así como un nivel educativo medio, de entre cero y ocho años, mayoritariamente estaban casados o en pareja. El subtipo con mayor número de casos fue el persecutorio, seguido del mixto, celotípico y de grandiosidad.

El objetivo principal de este estudio era comprobar que en el trastorno delirante existían alteraciones a nivel cognitivo. Aunque la literatura del tema en cuestión no nos ofrece mucha información y la misma no es concluyente acerca de las posibles alteraciones cognitivas; en el presente estudio encontramos alteración en diferentes áreas neuropsicológicas. A nivel de funcionamiento cognitivo global nuestra muestra no presentó alteraciones significativas. En cuanto a memoria verbal no presentó alteración significativa en las pruebas aplicadas, sin embargo, aunque el rendimiento parecía estar dentro de los rangos de normalidad, ya que las puntuaciones medias no exceden los rangos de normalidad, encontramos desviaciones estandar alteradas (por debajo de 1,5 desviaciones estándar). Es destacable también, que dentro de las pruebas de memoria nuestra muestra presentó un peor rendimiento en prueba de recuerdo libre que no en las que implican reconocimiento, cierto es que los resultados no son del todo similares a los encontrados por (Herlitz, A. & Forsell, Y., 1996), en el que encontraron una leve alteración en sujetos con TD en el recuerdo libre en memoria episódica, sin embargo

coinciden en la posible alteración leve que presentan en recuerdo libre. Esto nos indica que aunque la alteración no es generalizada a nivel de memoria, nuestro pacientes si muestran cierto deterioro.

En atención sostenida y la vigilancia al igual que la función ejecutiva, nuestra muestra mostró alteración. El escaso número de categorías completadas del WCST y la baja puntuación en las pruebas de fluencia verbal nos indican baja capacidad de abstracción y la incapacidad de estos pacientes de mantener la estrategia cognitiva. Datos similares a los presentados por pacientes esquizofrénicos en su rendimiento en estas pruebas (Everett, J et al., 2001). Debido a los resultados presentados en esta prueba, prueba que valora el funcionamiento ejecutivo, relacionado directamente con el funcionamiento del lóbulo frontal, podríamos asumir igual que Jikibi et al., 1994, que estos pacientes presentan un posible déficit frontal.

A nivel de habilidad visoespacial, área que evaluamos con la sub-escala de cubos del WAIS-III, los sujetos no mostraron alteración. Estos resultados no coinciden con los encontrados en el estudio de Hardoy, M. C. et al., 2004, donde pacientes con TD mostraron un rendimiento intermedio entre sujetos esquizofrénicos y controles en un test de habilidad visoespacial.

En lo relacionado a la psicopatología, la sintomatología clínica evaluada con la PANSS mostró que hay una mayor prevalencia de síntomas positivos que de negativos, tal y como era de esperar.

Se ha de destacar la interesante correlación negativa del recuerdo libre a largo plazo con todas las escalas de la PANSS. La correlación negativa del TMT-B con la PANSS negativa y la relación directa de las pruebas neuropsicológicas que evalúan función ejecutiva con esta sub-escala, nos hace evidente que en estos pacientes al igual que en los esquizofrénicos un marcado deterioro de la función ejecutiva esta presente en aquellos pacientes que muestran sintomatología negativa.

Sin embargo lo mas interesante de destacar, son las correlaciones positivas entre la sub-escala positiva de la PANSS y el aprendizaje incidental, el TMT-A y los errores no perseverativos del

WCST ya que estas pruebas no correlacionan con ninguna otra sub-escala de la PANSS) y la correlación entre el CPT y la sub-escala negativa de la PANSS

Bien es cierto, que hasta la fecha, el Trastorno delirante, aparte de ser una de las entidades nosológicas con mas controversiales, ya por la duda de su validez diagnostica ya que se ha establecido los pacientes con TD aparte de las ideas delirantes y alucinaciones, las respuestas conductuales y emocionales (Manschreck, T. C., 1996) y por otro lado, el aparente apropiado funcionamiento cognitivo y psicosocial (Almeida, O. et al., 1995; Jeste, D. V. et al., 1995). Sin embargo, en nuestro estudio, aunque no en todas las áreas evaluadas, si podríamos decir que los sujetos muestran un funcionamiento cognitivo general inferior al de sujetos normales, indicándonos que los sujetos de nuestra muestra no están completamente preservados en cuanto a funcionamiento cognitivo aparte del esperado debido a los delirios y alucinaciones y que si hay un deterioro cognitivo "leve" presente en estos pacientes.

Estos resultados nos indican que se necesitan aún más estudios sobre el tema. Estudios que nos ayuden a conocer mejor cuáles son realmente las características de esta entidad nosológica, la que debido a la poca investigación sobre el tema hasta la fecha ha sido tan difícil de diferenciar.

Sin embargo, para considerar estos resultados concluyentes hemos de considerar las siguientes limitaciones: primeramente la procedencia de la muestra. Los sujetos incluidos en el estudio fueron seleccionados a partir de casos prevalentes que se tratan en los CSMs que participan en el estudio. No disponíamos de información sobre casos que no se tratan en los CSMs, bien porque no se vincularon al dispositivo, bien porque no fueron diagnosticados o no fueron remitidos nunca al sistema público de atención a la Salud Mental.

Es posible que la muestra estudiada no sea representativa de la población de personas con Trastorno Delirante que viven en la comunidad. Esto nos permitiría hipotetizar que aquellos pacientes con TD con un mejor funcionamiento no son los que fueron incluidos en este estudio. Consideramos que otra de las limitaciones principales de este estudio es la no inclusión de aquellos sujetos con trastorno delirante que no son diagnosticados como tal si no de otros

trastornos. Para minimizar este riesgo de error clasificatorio, incluimos a todas las personas que en algún momento han recibido un diagnóstico de trastorno delirante aunque en la actualidad tengan otro trastorno. Con estos datos, se realizó un análisis entre la muestra total, es decir, los 583 casos, y la muestra final, todos los pacientes evaluados, para valorar diferencias entre sexo y edad. No se encontraron diferencias entre ambas. Con estos resultados podríamos asumir nuestros resultados como representativos del grupo original de pacientes con TD de la población evaluada en SJD-SSM.



---

## **CONCLUSIÓN**

---

Las conclusiones principales derivadas del presente trabajo son:

1. Los pacientes con TD presentan alteraciones cognitivas a nivel de atención y de función ejecutiva. Se podría decir, que es una alteración cognitiva leve, ya que no son todas las áreas cognitivas las que presentan alteraciones.
2. La alteración de las áreas ejecutivas nos podría sugerir un presumible déficit frontal a medio camino entre la función normal y la función alterada de los pacientes con esquizofrenia.
3. Los pacientes con TD con mayor presencia de síntomas negativos tienden significativamente a funcionar peor desde un punto de vista neuropsicológica, al menos en las áreas...

---

## ANEXOS

---

### 1) CHECK LIST

A1. ¿SE HAN PRODUCIDO IDEAS DELIRANTES?

1. SÍ 2.NO

A2. ¿HAN DURADO MAS DE 1 MES?

1.SI 2.NO

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

1.SI 2.NO

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

1.SI 2.NO

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

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

B1. ¿SE HAN PRODUCIDO ALUCINACIONES?

1.SI 2.NO

B1a. DE QUE TIPO?

AUDITIVAS	1
VISUALES	2
OLFATIVAS	3
GUSTATIVAS	4
TACTILES	5

B1b. ¿PROMINENTES?

1.SI 2.NO

B2. ¿SE DA EN EL PACIENTE LENGUAJE DESORGANIZADO?

1.SI 2.NO

B3. ¿SE4 HA DETECTADO COMPORTAMIENTO CATATONICO O GRAVEMENTE DESORGANIZADO?

1.SI 2.NO

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

1.SI 2.NO

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

1.SI 2.NO

EN CASO AFIRMATIVO

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

1.SI 2.NO

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

1.SI 2.NO

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

1.SI 2.NO

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

1.SI 2.NO

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

1.SI 2.NO

E3. ¿PRESENTA SINTOMAS QUE PUDIERAN SUJERIR DEMENCIA?

1.SI 2.NO

¿CUMPLE CRITERIOS?

1.SI 2.NO 3.DUDOSO

#### SOBRE SINTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

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

1. SI 2.NO

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

1.SI 2.NO

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

1.SI 2.NO

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

1.SI 2.NO

5. ¿SE HA IDENTIFICADO UN DEFICIT AUDITIVO PREMORBIDO?

1.SI 2.NO

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

1.SI 2.NO

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

1.SI 2.NO

En caso afirmativo

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

1.SI 2.NO

8. ¿EXISTEN ANTECEDENTES DE ESQUIZOFRENIA EN LA FAMILIA?

1.SI 2.NO

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

1.SI 2.NO

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

1.SI 2.NO

---

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

---

1. Almeida, O., Howard, R. J., Levy, R., David, A. S., Morris, R. G., & Sahakian, B. J. (1995). Cognitive features of psychotic states arising in late life (late paraphrenia). *Psychol Med, 25*, 685-698.
2. American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Barcelona: **MASSON, S.A.**
3. American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: APA.
4. APA (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition, revised (DSM-III-R)*. (3rd Edition Ed.) Washington: American Psychiatry Association.
5. APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. Washington: American Psychiatry Press.
6. Benedet, M. J. & Alejandre, M. A. (1998). *TAVEC: Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense*. Madrid: TEA Ediciones.
7. Benton, A. L., Hamsher, K. d., Varney, N. R., & Spreen, O. (1983). *Contributions to neuropsychological assessment*. New York: Oxford Univesity Press.
8. Bobes, J., G-Portilla, MP., Bascarán, MT., Sáiz, PA., & Bousoño, M. (2002). *Banco de Instrumentos Básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Madrid: Psiquiatria Editores SL.
9. Butman, J., Allegri, R. F., Harris, P., & Drake, M. (2000). [Spanish verbal fluency. Normative data in Argentina]. *Medicina (B Aires), 60*, 561-564.
10. Conners C.K. (2002). *CPT II: Continuous Performance Test II*. Canada: MHS.

11. Conway, C. R., Bollini, A. M., Graham, B. G., Keefe, R. S., Schiffman, S. S., & McEvoy, J. P. (2002). Sensory acuity and reasoning in delusional disorder. *Compr Psychiatry*, *43*, 175-178.
12. Cornblatt, B. A. & Kelip, J. G. (1994). Impaired attention, genetics and the pathophysiology of schizophrenia. *Schizophr Bull*, *20*, 31-46.
13. Crow, T. J. (1985). The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophr Bull*, *11*, 471-486.
14. Evans, J. D., Paulsen, J. S., Harris, M. J., Heaton, R. K., & Jeste, D. V. (1996). A clinical and neuropsychological comparison of delusional disorder and schizophrenia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, *8*, 281-286.
15. Everett, J., Lavoie, K., Gagnon, J.F., Gosselin, N.(2001). *J Psychiatry Neurosci*, *26*, 123-130.
16. First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2001). *SCID - I : Version Española de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (Versión Clínica)*. Barcelona: MASSON.
17. Gillert, T., Eminson, S. R., & Hassanyeh, F. (1990). Primary and secondary erotomania: clinical characteristics and follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, *82*, 65-69.
18. Golden, C. J. (1994). *STROOP: Test de Colores y palabras*. Madrid: Publicaciones de Psicología Aplicada.
19. Hardoy, M. C., Carta, M. G., Catena, M., Hardoy, M. J., Cadeddu, M., Dell'Osso, L., Hugdahl, K., & Carpiniello, B. (2004). Impairment in visual and spatial perception in schizophrenia and delusional disorder. *Psychiatry Res*, *127*, 163-166.
20. Heaton R.K. (2000). *WCST-64:CV. Computer Version for Windows-Research Edition*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. Inc.

21. Herlitz, A. & Forsell, Y. (1996). Episodic memory deficit in elderly adults with suspected delusional disorder. *Acta Psychiatr Scand*, *93*, 355-361.
22. Jeste, D. V., Harris, M. J., Krull, A., Kuck, J., McAdams, L. A., & Heaton, R. (1995). Clinical and neuropsychological characteristics of patients with late-onset schizophrenia. *Am.J.Psychiatry*, *152*, 722-730.
23. Jibiki, I., Kagara, Y., Kishizawa, S., Kurokawa, K., Fukushima, T., Furuta, H., & Yamaguchi, N. (1994). Case study of monosymptomatic delusion of unpleasant body odor with structural frontal abnormality. *Neuropsychobiology*, *30*, 7-10.
24. Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr.Bull.* *13*, 261-276.
25. Levy, R., Naguib, M., & Hymas, N. (1987). Late paraphrenia. *Br.J.Psychiatry*, *151*, 702.
26. Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., & Dia, J. L. (1999). Revalidación y estandarización del Mini Examen Cognitivo (Primera versión española del Mini -Mental Status Examination) en una población geriátrica general. *Med CLin (Barc)*, *112*, 767-774.
27. Manschreck, T. C. (1996). Delusional disorder: the recognition and management of paranoia. *J Clin Psychiatry*, *57 Suppl 3*, 32-38.
28. McKenna, P. (1994). *Schizophrenia and related syndromes*. Oxford: Oxford University Press.
29. Munro, A. (1988a). Delusional (paranoid) disorders: etiologic and taxonomic considerations. I. The possible significance of organic brain factors in aetiology of delusional disorders. *Can.J Psychiatry*, *33*, 171-174.
30. Munro, A. (1988b). Delusional (paranoid) disorders: etiologic and taxonomic considerations. II. A possible relationship between delusional and affective disorders. *Can.J Psychiatry*, *33*, 175-178.

31. Munro, A. (1999). *Delusional Disorder: Paranoia and related Illnesses*. New York, New York: Cambridge University Press.
32. Ota, M., Mizukami, K., Katano, T., Sato, S., Takeda, T., & Asada, T. (2003). A case of delusional disorder, somatic type with remarkable improvement of clinical symptoms and single photon emission computed tomography findings following modified electroconvulsive therapy. *Prog Neuropsychopharmacol.Biol.Psychiatry*, 27, 881-884.
33. Peralta V, C. MJ. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, 22, 171-177.
34. Reitan, R. M. (1969). *Trail Making Test Manual for Administration and Scoring*. Indianapolis: Indianapolis Neuropsychological Laboratory, Indianapolis Medical Centre.
35. Roth, M. & Kay, D. W. (1998). Late paraphrenia: a variant of schizophrenia manifest in late life or an organic clinical syndrome? A review of recent evidence. *Int.J Geriatr.Psychiatry*, 13, 775-784.
36. Rudden, M., Sweeney, J., & Frances, A. (1990). Diagnosis and clinical course of erotomanic and other delusional patients. *Am J Psychiatry*, 147, 625-628.
37. SPSS para Windows (2002). (Version 11.5.1) [Computer software]. Chicago: SPSS Inc.
38. Wechsler, D. A. (1999). *WAIS-III Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos III*. Madrid: TEA Ediciones.
39. World Health Organization (1992). *ICD-10: International Classification of Diseases, Mental and Behaviour Disorders*. (10th ed.) Geneva, Switzerland.
40. Yamada, N., Nakajima, S., & Noguchi, T. (1998). Age at onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. *Acta Psychiatr Scand*, 97, 122-124.

