

La idea delirante se puede definir como una idea patológica, falsa e irreductible pese toda la argumentación lógica y objetiva que le podamos o pudiésemos dar al paciente que la sufre. Esta idea, única o múltiple, es la base del Trastorno delirante.

Además de definir el Trastorno delirante, la edición vigente del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), especifica distintos tipos dentro del citado trastorno y entre éstos habla del Tipo erotomaniaco, refiriéndose a cuando el tema central del delirio que tiene el paciente es que otra persona está enamorada él.

El Trastorno delirante erotomaniaco es conocido también como síndrome de Clérambault en honor a este psiquiatra francés (1872-1934) que publicó un profundo y exhaustivo estudio acerca del mismo dentro de su famoso libro *Las Psicosis Pasionales* (1921), refiriéndose además en él al delirio de celos, que ya abordé en un artículo publicado aquí con el título de *Celos patológicos*. Aprovecho la ocasión para mostrar mi absoluta admiración por aquellos tratados de tan riqueza descriptiva sobre los trastornos mentales y cuya lectura es de gran ayuda para entenderlos, o por lo menos, acercarse a ellos. La literatura psiquiátrica, créanme, es muy apasionante.

En la consulta, si el paciente acude por otra clínica distinta (hipomanía, depresión, etc), se llega además al citado diagnóstico indagando tras escuchar un ambiguo y raro relato referido a cierta "relación amorosa". Como sabemos, en medicina se dice que "sólo se diagnostica lo que se sabe" y este caso, a quién no conozca el síndrome o no se acuerde de él, le pasará desapercibido.

La persona, que el paciente con el delirio cree estar enamorada de él, es frecuentemente de un estatus superior al suyo, suele ser cercana o de su entorno (con trato o no), pero puede ser también distante: un personaje del mundo de la radio, de la televisión, de revistas del corazón, etc. Al preguntarles a estos pacientes que por qué están seguros de tal enamoramiento, dan unos argumentos sistematizados y con una construcción aparentemente lógica, pero basados en unas percepciones reales delirantemente interpretadas (que son las que forman el núcleo patológico de su idea), como determinados movimientos o posturas, una sonrisa, o palabras sacadas de contexto; otras veces falta incluso esa percepción real, partiendo todo de una ilusión delirante. Sólo el trato y el estudio siguiente irán mostrando el "carácter paranoico" que los perfila: desconfianza, orgullo, agresividad, rigidez psíquica, etc.

El síndrome de Clérambault es más frecuente en mujeres, sobre todo a partir de la cuarta década de la vida y más común cuando existe el factor castidad. Si el curso del trastorno es continuo en el tiempo y no episódico, entrando así ya en el campo de los delirios crónicos, se observa muy bien el patrón fásico que caracteriza su curso.

El síndrome de Clérambault evoluciona en tres fases: esperanza, despecho y fase de rencor. En la fase de esperanza, los gestos o las cortesías realizadas por parte de una persona son interpretadas delirantemente por el paciente como manifestaciones "seguras e inequívocas" de enamoramiento por parte de aquélla. Paralelamente, el paciente corresponde a ese amor de

forma expectante y esperanzada, que a su vez se va nutriendo por fantasías sentimentales y eróticas añadidas, configurando un auténtico “romance delirante”; esta fase se suele vivir al principio con recogimiento, como en secreto y ocasionalmente puede revelarse a personas de mucha confianza.

También pueden aparecer cambios comportamentales en el paciente, como en su forma de vestir, frecuentar más los sitios donde encontrar a esa persona “enamorada”, etc. En la segunda, la fase de despecho, el paciente muy suspicaz, interpreta que hay personas que se están “interponiendo maliciosamente” en la “relación” con el fin de frustrar su amor; piensan que amigos, vecinos, u otros, movidos sobre todo por la envidia, pueden acabar con esa aventura. La última, la fase de rencor, y como así nos podemos figurar, es sin duda la de más trascendencia en psiquiatría legal, incluso por su potencial valor criminológico; en ella el paciente es consciente de la “ruptura” y admite el fracaso inequívocamente por culpa de aquéllos, punto de partida que le puede llevar a tramar venganza, programando y realizando actos agresivos contra todas las personas que, interpreta, se han interpuesto en la que podría haber sido una “buena relación” y con un “buen partido”, lo que puede acabar en graves consecuencias.

En esta última fase, el paciente puede llegar a la consulta por dos motivos, el primero porque ya haya sido realmente amenazado o incluso denunciado por esas terceras personas y como consecuencia, ahora ya con razón, se sienta una vez más víctima de ellas; el segundo motivo, por la heteroagresividad absurda y con poco fundamento en su comportamiento, ésta ya referida por los familiares o personas cercanas que lo acompañan a la entrevista.

En general, el interés psiquiátrico-forense de este síndrome se basa en estudiar y buscar si la actuación, las conductas y el modo de comportarse de la persona que padece el trastorno, se llevan a cabo de acuerdo con su delirio, de su propia “realidad patológica”, siendo ello la causa de infringir el conjunto de normas o leyes.

En referencia a ello y como sabemos, en Derecho se consagra el principio de la existencia de la “autodeterminación”, ésta vinculada a la integridad de las facultades de conocimiento y de voluntad por parte de un individuo, y por tanto la imputabilidad que se le pudiera atribuir al sujeto en cuestión, va siempre en función de la entidad de la merma que éste experimente en las nombradas facultades intelectivas y volitivas, y en definitiva, en esa capacidad de autodeterminación. Por ello, en los casos confirmados de síndrome de Clérambault, el Tribunal admite que los actos de estos pacientes no deben ser considerados como actos realizados en libertad, “por la profunda alteración cognitiva que suponen y el condicionamiento patológico implícito de ellos”.