

J. M. López Santín¹
F. Molins Gálvez²

Ideas sobrevaloradas: cuestiones psicopatológicas

¹Psiquiatra
CSMA Martí i Julià
Consorci Parc de Salut Mar de Barcelona
Santa Coloma de Gramanet (España)

²Psiquiatra
C.A. Emili Mira i Lopez
Consorci Parc de Salut Mar de Barcelona
Santa Coloma de Gramanet (España)

Se revisa críticamente la posición atribuida en los últimos años a las ideas sobrevaloradas entre el delirio y la obsesión, y que deriva de la reducción del constructo mismo a una de sus características, el *insight*. A través de un caso con ideas dismorfofóbicas se plantearán las dificultades para delimitarlo y diferenciarlo del delirio y se esbozarán distintas aproximaciones psicopatológicas que permitan reconstruir el caso de modo distinto.

Palabras clave:

Dismorfofobia, ideas sobrevaloradas, obsesión, delirio, psicopatología, valores.

Actas Esp Psiquiatr 2011;39(1):70-4

Overvalued ideas: psychopathologic issues

The position attributed in recent years to overvalued ideas between delusion and obsession and that are derived from the reduction of the construct per se to one of its characteristics, that is, insight, has undergone a critical review. Using a case with dysmorphophobic ideas, the difficulties to define it and differentiate it from delusion are proposed and different psychopathological approaches are outlined that make it possible to reconstruct the case differently.

Key words:

Dysmorphophobia, overvalued ideas, obsession, delusion, psychopathology, values

Correspondencia:
José Manuel López Santín
C/ Avenida Prat de la Riba 171
08921 Santa Coloma de Gramanet(España)
Tel: +34 934628900
Fax +34 934683742
Correo electrónico: jmlsantin@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

En nuestra práctica clínica encontramos en no pocas ocasiones individuos que presentan ideas, con un contenido más o menos normal para el resto de individuos de su comunidad, que determinan de una manera importante su conducta y su estado afectivo y lo hacen de forma muy por encima de lo habitual en los demás. El diferenciar si éstas se pueden calificar desde un punto de vista psiquiátrico de ideas delirantes o ideas sobrevaloradas no es en absoluto sencillo en algunas ocasiones. Así lo indica la comunidad científica internacional a través de la definición de idea delirante del manual diagnóstico DSM-IV-TR¹, en la que alude a la firmeza con que se mantiene semejante idea para distinguir entre estos dos constructos.

El mismo problema se traslada al corazón de determinados trastornos que tienen como síntoma nuclear la idea sobrevalorada. Son los casos del trastorno dismórfico corporal, la hipocondría o la anorexia nerviosa². Asimismo, existen otras condiciones en las que se da el mismo problema, pese a no estar claramente explicitado en los manuales diagnósticos. Es el caso de los celos patológicos. En otros casos, véase psicosis afectivas y psicosis esquizofrénicas, las ideas sobrevaloradas se presentan como síntomas precursores de delirios³. En qué momento se establece ese paso es cuestión a dilucidar. La cuestión que se desprende de todo ello es, ¿cuándo hablamos de una idea sobrevalorada y cuándo de una idea delirante?

Durante los últimos años este problema ha sido abordado, sobretudo al hilo del trastorno dismórfico corporal. Resumiendo mucho, la idea que se propone es la de la existencia de un *continuum* sintomático que permitiría un paso bidireccional entre la obsesión, la idea sobrevalorada y el delirio en función del *insight* de la idea en cuestión^{4, 5, 6}. De esta forma hablaríamos de dismorfofobia y dismorfofobia delirante, y de la misma manera se podría hacer extensible a la hipocondría, el trastorno obsesivo-compulsivo o la anorexia⁷.

En nuestra opinión, para hacer este paso transitable es necesario hacer una revisión crítica de las definiciones de obsesión, idea sobrevalorada y delirio. Y puesto que la obsesión y el delirio han sido ampliamente estudiados, nosotros nos centraremos en las ideas sobrevaloradas, que han ido quedando en un segundo plano conceptual, pero que la práctica clínica se encarga a menudo de reactualizar. No obstante, se hará referencia durante todo el artículo a los constructos de delirio y obsesión, puesto que las definiciones se han ido definiendo históricamente por oposición entre ellas⁸.

CONTINUUM OBSESIÓN-IDEA SOBREVALORADA-DELIRIO

El primero en acuñar el término de idea sobrevalorada fue Wernicke, para definir aquellas creencias solitarias firmemente sostenidas y relacionadas con la personalidad del individuo, y que él diferenciaba de las obsesiones y los delirios.

Jaspers⁹ considera que el delirio es cualitativamente distinto de una creencia normal o sobrevalorada. La certeza e incorregibilidad son manifiestas. Existe una transformación radical del individuo y su experiencia. En la idea sobrevalorada se trata de una creencia sostenida con mayor convicción de lo normal, pero en consonancia con la personalidad y el afecto del individuo. Para Fish¹⁰ en cambio, lo fundamental es la discrepancia observada en los delirios entre la convicción sostenida y la repercusión en las acciones. La idea sobrevalorada determinaría repetidamente la conducta. No así los delirios.

En su artículo de 1984, McKenna¹¹, revisa los trastornos en los que las ideas sobrevaloradas son el síntoma central. Él realiza la distinción con las obsesiones en base al grado de *insight* y extrañeza respecto al Yo, con las fobias, pues en las ideas sobrevaloradas no aumenta el miedo y la angustia de manera directamente relacionada con un estímulo o idea, y con los delirios en base a 'una calidad distinta, difícil de definir, pero fácilmente reconocible', pero sin concretar nada más.

Kozak y Foa¹² se aplican en analizar las obsesiones, ideas sobrevaloradas y delirios en pacientes con TOC. Tras revisar los artículos que se refieren a la transición de obsesiones a ideas sobrevaloradas y delirios concluyen que la distinción entre estos tres constructos no está suficientemente clara. Además afirman que el *insight* no es un constructo dicotómico, que la transición es posible y tiene implicaciones terapéuticas (peor respuesta a ISRS) y pronósticas (síntomas del espectro esquizofrénico pueden conllevar peor pronóstico), y que el modelo continuista parece más satisfactorio.

David Veale¹³ revisa este concepto en el año 2002 enumerando distintas características históricamente atribuidas desde la psiquiatría continental a la idea sobrevalorada. Veale menciona que se trata de una creencia firmemente mantenida (sin llegar a la intensidad delirante), que preocupa al individuo, egosintónica, que a menudo se desarrolla desde una personalidad anormal, que normalmente es comprensible dentro de la experiencia pasada y la personalidad del individuo, que el contenido es anormal para la población general (pero no bizarro), que altera el funcionamiento y causa distrés al individuo y a otros, que está altamente asociada al afecto, que conduce a acciones repetidas y justificadas por parte del individuo, que pueden progresar a idea delirante, por las que normalmente el paciente no solicita ayuda y que son similares a creencias políticas o religiosas. Desde una perspectiva cognitiva Veale hace una distinción entre creencias y valores y define la idea sobrevalorada como creencias asociadas con valores específicos idealizados, rígidos y excesivamente identificados con el *self*. Las características históricas que Veale repasa no tienen traducción en la definición estricta que nos proveen los manuales diagnósticos.

CASO CLÍNICO

Varón de 48 años que consulta por un cuadro depresivo de 2 meses de evolución con ideas intensas, recurrentes y ansiógenas de que la cadera derecha se está ensanchando. En Traumatología se realizan pruebas complementarias que descartan patología orgánica. Como antecedentes psiquiátricos previos destaca un ingreso hospitalario a los 17 años por cuadro compatible con anorexia nerviosa tipo restrictivo que se resolvió en dos semanas sin tratamiento farmacológico y se ha mantenido estable hasta la fecha. No presenta rasgos de personalidad desadaptados aparentes. Sobrepeso en la infancia. Elevada actividad física durante los 15 años previos a consulta (corría varios kilómetros al día y participaba con frecuencia en maratones). Antes de llegar a nuestra consulta se inicia tratamiento con fluoxetina hasta dosis de 40 mg/día y se añade tratamiento neuroléptico con perfenazina que tolera mal a dosis de 4 mg/día. Cuando llega a consulta presenta tristeza, aislamiento social, apatía, ansiedad que aumenta en situaciones sociales, disminución importante del autocuidado y la idea de que su cadera se ensancha de manera continua. Realiza comprobaciones delante del espejo del tamaño de su cadera y ha solicitado exploraciones complementarias para objetivar esta sensación subjetiva. Se realizaron análisis y TAC craneal que resultaron normales.

Se aumentaron dosis de fluoxetina hasta 60 mg/día con mejoría del síndrome depresivo y se inició tratamiento con olanzapina con importante mejoría global y menor recurrencia y repercusión emocional (disminución de ansiedad e inquietud) y conductual (aislamiento y conductas de com-

probación) de ideas sobre su cadera. Con el aumento progresivo de olanzapina (hasta 20 mg/día) ha presentado mejoría objetiva progresiva (tristeza, comunicación, ansiedad, preocupación) y subjetiva. Posteriormente, y dado que no se obtuvo remisión completa y presentaba importante ganancia de peso, se sustituyó olanzapina por pimozide con mala tolerancia (aumento de inquietud y nerviosismo) por lo que se resolvió mantener la olanzapina. No obstante, persiste la creencia de que la cadera se ensancha cada día. Explica que igual que los huesos crecen en longitud en la infancia, cuando llega una edad crecen en grosor. Afirma que los demás no lo notan porque no se fijan tanto como él y es un crecimiento muy lento. Y refiere notar una 'sensación' en la zona 'difícil de definir, como presión'. Pese a continuar con esta idea y estas percepciones, no presenta angustia ni piensa tanto en la idea. En repetidas ocasiones califica esta idea de 'ridícula', pero afirma que él la cree así.

DISCUSIÓN

El caso expuesto nos traslada al problema planteado ya sobre la diferenciación de idea sobrevalorada y delirio, así como a sus análogos nosológicos, dismorfofobia y psicosis monosintomática hipocondriaca, y sus implicaciones diagnósticas y terapéuticas¹⁴⁻²³.

Tanto en Wenicke como en Jaspers, como luego, en la tradición continental, se hace mención de una personalidad predisponente sobre la cual se desarrollan las ideas sobrevaloradas. Y lo mismo se afirma de los delirios paranoicos, reconociendo así el peculiar estatuto nosológico de la paranoia. Asimismo, como afirma Fish, la repercusión de las ideas sobrevaloradas en la conducta es elevada. Pero de la misma manera sucede en los delirios paranoicos. La postura de Fish se correspondería más con los delirios esquizofrénicos o parafrénicos y la contabilidad por partida doble descrita por Bleuler.

Las propuestas posteriores revisadas no ofrecen una solución fácil a la dificultad para distinguir ambos constructos. La mayoría lo hacen en base al *insight* o grado de certeza que el individuo afecto tiene de la idea en particular. La propuesta básica de este *continuum*, que se ha asumido en gran medida en la psicopatología anglosajona, no alcanza a diferenciar las ideas sobrevaloradas de los delirios más que en el grado de *insight*, constructo que entraña complejidades conceptuales como bien han estudiado Markova y Berrios²⁶. Se plantea el problema de que es muy posible que no estemos valorando lo mismo cuando evaluamos el *insight* de un síntoma obsesivo y el *insight* de un síntoma psicótico. Como consecuencia de la aproximación continuista, se han construido escalas que intentan dar cuenta del grado de convicción de una creencia concreta. Ejemplos de ello son la Brown Assessments of Belief Scale (BABS)²⁷ o la más recién-

temente confeccionada Overvalued Ideas Scale (OVIS)²⁸. Creemos que los modelos dimensionales que en los últimos años han acaparado gran parte del interés científico son la consecuencia del intento de dar cabida a esa información que no encuentra lugar dentro de los sistemas diagnósticos o de las definiciones estrictas de los síntomas, cosa que ocurre más en síntomas difíciles de delimitar como las ideas sobrevaloradas (así, la escala OVIS evalúa concienzudamente la fuerza, razonabilidad, extensión, incorregibilidad, etc., de la idea, y la actitud que el paciente adopta hacia la idea particular, ya sean cogniciones o conductas o emociones). En nuestro caso el *insight* varía durante la misma entrevista y entre entrevistas sucesivas, como ya habían reportado Insel y Akiskal²⁹ en su análisis de pacientes TOC con síntomas psicóticos. Éstos además caracterizan las ideas sobrevaloradas en base a un hiato entre el *insight* intelectual y emocional, es decir, que intelectualmente describen sus obsesiones como sin sentido, pero conductualmente las parecen adoptar sin resistencia alguna. Todo ello se aproxima de manera importante a nuestro paciente. En el delirio, supuestamente, no habría ese distanciamiento intelectual.

Sin embargo, la visión que equipara delirio con nulo *insight* no está exenta de críticas. Luchelli et al.³⁰ evidencian este problema a través de 4 casos expuestos diagnosticados de Trastorno dismórfico corporal y que presentan distintos grados de *insight* sin relación estricta con la gravedad de su trastorno y los síntomas psicóticos que presentan. En base a lo expuesto terminan proponiendo mantener una visión categorial que diferencie el Trastorno Dismórfico Corporal y la Psicosis Monosintomática Hipocondriaca aludiendo a la globalidad del cuadro clínico y no exclusivamente al grado de *insight* de una idea concreta, que puede ser variable. Por otro lado, un reciente estudio³¹ que compara dos grupos de pacientes, unos con delirios y otros con ideas sobrevaloradas, encuentra que el grado de convicción y el *insight* no se diferencian entre los dos grupos y no permite discriminar entre ambos síntomas. Sin embargo, concluyen que hay diferencias entre los dos síntomas en base a otras variables investigadas como plausibilidad, extensión, preocupación, conciencia de idiosincrasia, desagrado, entre otras, y apoyan la visión de Jaspers del delirio como una experiencia dada frente a una desarrollada en la idea sobrevalorada.

A nuestro entender, la propuesta de Veale aporta algo más, pues se interesa en recopilar otras características asociadas a la idea sobrevalorada que exceden las definiciones estrictas, y plantea una hipótesis que abre nuevas posibilidades, puesto que intenta hacer transitable el paso de una creencia a una idea sobrevalorada o delirante a través de la idealización, rigidificación e introyección de valores determinados, y no solamente nombrar una serie de características observadas en las ideas sobrevaloradas o en los delirios. De esta forma Veale puede, por ejemplo, entender el caso concreto de la dismorfofobia a través de la rigidificación e introyección excesiva del valor estético de belleza. Ya en el

pasado, algunos autores³² han diferenciado la idea centrada en la apariencia (estética) del cuerpo y la preocupación centrada en la transformación activa del cuerpo con objeto de discernir entre trastornos nosológicamente distintos. Sin embargo, en la distinción que nos atañe, el artículo de Veale no deja de seguir planteando, en otros términos, lo mismo, el *continuum* idea sobrevalorada-delirio a través del *insight*, puesto que tanto el afecto, como la personalidad anormal (término genérico que poco informa), como la comprensibilidad en la biografía y el carácter del individuo, como su influencia conductual no son decisivas en dicha distinción. Para él, la transición entre ambos constructos sería dependiente del grado de intensidad que el valor adquiere. No queremos dejar de mentar la complejidad del término intensidad a la hora de aplicarse a una idea. El análisis que Lakoff y Johnson³³ realizan del papel de las metáforas en la conceptualización de lo mental, nos ayuda a tener en cuenta los equívocos a que nos puede llevar el lenguaje cuando hablamos de la intensidad de una idea, como si de una magnitud física cuantitativamente medible se tratara. Nuestra opinión es que hablar de la intensidad de una idea es una conceptualización metafórica que conviene desplegar y explicitar en distintos aspectos, cosa que ya se viene haciendo, como hemos apuntado más arriba al hilo de la escala OVIS. En nuestro paciente hay datos que indican una posible idealización del valor estético de la belleza (importancia del sobrepeso en la infancia y su influencia posterior en el cuadro anoréxico, importante actividad física durante años que su esposa atribuye a su cuidado por el aspecto, atribución de gran importancia al aspecto externo de las personas que conoce). No obstante, creemos importante dotarnos de una mayor formación para la exploración y el reconocimiento de valores en el paciente que nos pueden proporcionar una información fundamental a la hora de comprender el cuadro que tenemos delante y de ayudarnos a organizar la sintomatología presente.

Tras todo lo expuesto, advertimos que la diferenciación entre idea sobrevalorada y delirio presenta muchos problemas, especialmente con el delirio paranoico. Parece más bien que se da una transición fluida, pese a no haber ensayos clínicos controlados que lo apoyen con fiabilidad. Veale aporta algo original respecto a las aproximaciones previas a las ideas sobrevaloradas. Y es que nos dota de una teoría que nos ayuda a entender la formación de diversos cuadros con ideas sobrevaloradas como síntoma central. Interpretación que se lleva a cabo a través del concepto de valor. Sin embargo, no deja de ser una interpretación que ha de ser contrastada empíricamente y para ello necesitamos dotarnos de una mayor formación para la exploración y el reconocimiento de valores en nuestros pacientes. Además, no nos dice nada acerca de la relación de unos síntomas del cuadro con otros. Nosotros entendemos la psicopatología como una herramienta que nos ayuda a proporcionar inteligibilidad a lo que se genera en el encuentro entre el psiquiatra y el paciente. Los síntomas se inscriben sobre una totalidad cam-

biante. Explicitando la información obtenida en el encuentro psiquiátrico, esquematizándola y reconstruyéndola es como produciremos sentido. Un sentido abierto y no determinado³⁴. La propuesta de Veale no nos ayuda a organizar la sintomatología que el paciente nos trae a consulta de una forma coherente. Nos proporciona una hipótesis causal. Sin embargo, hay otras formas de aproximarse al caso. Sería el caso de la planteada por Thomas Fuchs al respecto del Trastorno dismórfico corporal, y que emplea la vergüenza como organizador psicopatológico alrededor del cual se organiza la sintomatología de manera coherente y comprensible³⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1998.
2. Steinglass JE, Eisen JL, Attia E, Mayer L, Walsh BT. Is anorexia nervosa a delusional disorder? An assessment of eating beliefs in anorexia nervosa. *J Psychiatr Pract* 2007;13(2):65-71.
3. Møller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophr Bull* 2000;26(1):217-32.
4. Phillips KA. Psychosis in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res* 2004;38(1):63-72.
5. Eisen JL, Phillips KA, Coles ME, Rasmussen SA. Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2004;45(1):10-5.
6. Phillips KA, McElroy SL. Insight, overvalued ideation, and delusional thinking in body dysmorphic disorder: theoretical and treatment implications. *J Nerv Ment Dis* 1993;181(11):699-702.
7. Phillips KA, McElroy SL, Hudson JI, Pope HG Jr. Body image disturbance in body dysmorphic disorder and eating disorders. Obsessions or delusions? *Psychiatr Clin North Am* 1995;18(2):317-34.
8. Rejón Altable C. Concepción de la psicopatología como lógica. *Archivos de psiquiatría* 2004;67(1):35-46.
9. Jaspers K. Psicopatología general. México: FCE, 1993.
10. Hamilton M. Fish's clinical psychopathology. Bristol: John Wright, 1978.
11. McKenna PJ. Disorders with overvalued ideas. *Br J Psychiatry* 1984;145:579-85.
12. Kozak MJ, Foa EB. Obsessions, overvalued ideas and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1994;32(3):343-53.
13. Veale D. Over-valued ideas: a conceptual analysis. *Behav Res Ther* 2002;40:383-400.
14. Munro A. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 1988;(2):37-40.
15. Birtchnell SA. Dymorphophobia--a centenary discussion. *Br J Psychiatry Suppl* 1988;(2):41-3.
16. Weintraub E, Robinson C. A case of monosymptomatic hypochondriacal psychosis treated with olanzapine. *Ann Clin Psychiatry* 2000;12(4):247-9.
17. Phillips KA. Olanzapine augmentation of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162(5):1022-3.
18. Fawcett RG. Olanzapine for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *J Clin Psychiatry* 2002;63(2):169.
19. Chand PK, Anand S, Murthy P. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis: atypical presentation and response to olanzapine. *J Clin Psychiatry* 2005;66(6):800-1.

20. Phillips KA. Placebo-controlled study of pimoziide augmentation of fluoxetine in body dysmorphic disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162(2):377-9.
21. Phillips KA. Pharmacologic treatment of body dysmorphic disorder. *Psychopharmacol Bull* 1996;32(4):597-605.
22. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci* 2010;12(2):221-32.
23. Ipser JC, Sander C, Stein DJ. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;21(1):CD005332.
24. Kretschmer E. *El delirio sensitivo de referencia*. Madrid: Triacastela, 2000.
25. Marková IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry. A new model. *J Nerv Ment Dis* 1995;183(12):743-51. Review.
26. Marková IS, Berrios GE. The 'object' of insight assessment: relationship to insight 'structure'. *Psychopathology* 2001;34(5):245-52.
27. The Brown Assessment of Beliefs Scale: Reliability and Validity. Jane L Eisen, Katharine A Phillips, Lee Baer, Douglas A Beer, Katherine D Atala, and Steven A. Rasmussen. *Am J Psychiatry* 1998;155:102-8.
28. Neziroglu F, McKay D, Yaryura-Tobias JA, Stevens KP, Todaro J. The Overvalued Ideas Scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 1999;37(9):881-902.
29. Insel TR., Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry* 1986;143(12):1527-33.
30. Lucchelli JP, Bondolfi G, Bertschy G. Body dysmorphic disorder, psychosis and insight: a report of four cases. *Psychopathology* 2006;39(3):130-5.
31. Mullen R, Linscott RJ. A comparison of delusions and overvalued ideas. *J Nerv Ment Dis* 2010 Jan;198(1):35-8.
32. Dr. Bernstein and Dr. Gaw reply. *Am J Psychiatry* 1991;148(9):1278-80.
33. Lakoff G, Johnson M. *Philosophy in the flesh. The embodied mind and its challenge to Western thought*. New York: Basic Books, 1999
34. Ramos P. y Rejón C. *El esquema de lo concreto. Una introducción a la psicopatología*. Madrid: Triacastela, 2002.
35. Fuchs T. The phenomenology of shame, guilt and the body in body dysmorphic disorder and depression. *Journal of Phenomenological Psychology* 2003;33(2):223-43.