



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y  
Neurocirugía de Chile  
Chile

Olivos A., Patricio

La mente delirante. Psicopatología del delirio

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 47, núm. 1, marzo, 2009, pp. 67-85

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527715008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# La mente delirante. Psicopatología del delirio

## Delusional mind. Psychopathology of delusion

Patricio Olivos A.<sup>1</sup>

*Psychopathology studies mental issues in mental illnesses, being a fundamental tool in Psychiatry. With the introduction of neuroimaging, neuropsychology and molecular genetics, a new understanding of mental disorders can be reached, provided we furnish them with precise psychopathological concepts; in turn, psychopathology needs to be renewed and re-calibrated to guide and understand the neurobiological investigation. In psychopathology and in psychiatric clinic, delusion has been considered as the “central subject” (Jaspers<sup>1</sup> 1913, Ey<sup>2</sup> 1958). In this paper we review: a) the conceptual history of delusion, b) pre-delusional states and delusion diacronism, c) new conceptions regarding language and delusion, and d) new cognitive models.*

**Key words:** Delusion, psychopathology, conceptions.  
*Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2009; 47 (1): 67-85

### Delirio: Pensamiento histórico-psiquiátrico

**D**elirio viene del latín *delirare*: salirse del surco, no arar derecho (*De*: fuera y *lirare*: arar, *lira*: surco). Remo Bodei plantea que el delirio implica exceso y esterilidad, salir de la colectividad<sup>3</sup>. En inglés se usa *delusion*, del latín *deludo*: creencia u opinión falsa sostenida en relación a cosas objetivas. En alemán *Wahn*, originalmente expectación, más adelante opinión vana, o ilusión. Legalmente, lo contrario a una verdad probada, lo opuesto a un juicio racional. Un término relacionado es *paranoia*: del griego *pará*, que expresa la idea de ajeno, externo o próximo a la vez (como: parásito o paralelo) y *nous*: mente.

Berríos y Fuentenebro, plantean que el saber psiquiátrico es en todo momento, saber histórico, y el psiquiatra clínico, quiéralo o no, está sumergido en el tejido conceptual de su propia historia<sup>4</sup>. Fuentenebro agrega que es necesaria la aventura semiológica precisa, para entender su evolución, atender al desarrollo “interno” o conceptual del saber psicopatológico y clínico y, además, del proceso “externo”, contextual o de reflexión sociohistórica<sup>5</sup>.

Para presentar la historia conceptual del delirio hasta el s. XIX seguiremos básicamente las revisiones de Berríos y Fuentenebro<sup>4</sup> y de Jacques Lacan<sup>6</sup>, por su sapiencia y su facilidad para acceder a fuentes que en Chile no están disponibles. Del s. XX en adelante ya podemos decir más nosotros.

Recibido: 15 de enero de 2009

Aceptado: 27 de febrero de 2009

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra.

Sin conflictos de intereses.

### **Primeras concepciones científicas del delirio**

Con la obra de Newton y su idea de un universo con leyes físicas definidas la visión deísta de la Edad Media fue siendo paulatinamente sustituida por otra de carácter científica y mecánica del Renacimiento. La obra de los pensadores más importantes participó de esta perspectiva en su visión de la psicología y la locura.

Thomas Hobbes (1588-1679) dice “Todas las pasiones que producen una conducta extraña y fuera de lo normal reciben el nombre general de locura. Sin embargo, el comportamiento agitado o enloquecido no es necesariamente un rasgo característico de la locura. Si un hombre en un manicomio nos amenizara con su discreta conversación y, al despedirse, nos dijese que es Dios Padre, no necesitaríamos otro comportamiento extravagante para confirmar su locura” y John Locke (1632-1704) afirmó que “El defecto de los imbéciles procede de la carencia de prontitud, actividad y movimiento en las facultades intelectuales, de donde resulta que están privados de razón. Los locos, en cambio, parece que padecen del extremo contrario porque no veo que hayan perdido la facultad de razonar, sino que, habiendo unido muy fuera de propósito algunas ideas, las toman por verdades, y yerran como los hombres que razonan bien pero que han partido de principios equivocados”.

Como se ve, ya en el s. XVII se inició la *controversia entre las concepciones “emotivas” e “intelectualistas” de la locura*. Otto Dörr, en su trabajo *Delirio: racionalidad e irracionalidad*, plantea que “racionalidad e irracionalidad han de permanecer en un perfecto equilibrio, en una *metría*, en una proporción antropológica. El delirio nada tiene que ver con la irracionalidad; es, por el contrario, *el producto de un imperio ilimitado de la razón*, de ese afán totalizador y abarcativo que pretende coger la realidad toda en un solo acto de conocimiento, obteniendo con ello que los límites de la realidad se difuminen, que lo que es deje de ser lo que es, y que lo que no es sea”<sup>22</sup>.

En el s. XVIII la *Encyclopédie* (1754) define *le délire* como un “error del juicio por el espíritu,

durante la vigilia, de cosas conocidas por todos”. Usa la misma palabra para referirse a delirio y delirium, ofreciendo los mismos mecanismos causales para ambos, que debieran estudiarse en función de la etiología, curso, intensidad y presencia o ausencia de fiebre. Todas las formas de *délire* son “orgánicas”: “el alma está siempre en el mismo estado y no es susceptible de cambio. Así, el error de juicio del *délire* no puede ser atribuido al alma sino a la disposición de los órganos corporales”.

*Le délire* sería universal (delirium orgánico) o particular (delirio). La severidad sería proporcional a “la fuerza de las sensaciones internas”, que en el *délire* serían más fuertes que las externas. En un primer momento las sensaciones internas inciden sobre la conciencia sin que se efectúe juicio sobre ellas (carencia de introspección); luego comienzan a aparecer juicios erróneos y, al final, las emociones agravan el cuadro.

En el paso del s. XVIII al s. XIX se intenta así lo que se ha denominado “la captura de lo invisible”, para referirse a las dificultades teóricas que genera el intento de construir una ciencia empírica de los fenómenos psíquicos y su relación con la existencia del alma y el hecho de que la vida no aparece como *forma* sino que invisible, como el espíritu y lo sutil del entendimiento humano, con la capacidad de conocer lo exterior y lo interior, y de comunicarse a través de la palabra. El camino para ello fue:

- 1º Intentar capturar lo “invisible” a través de sus expresiones visibles.
- 2º Traducir la noción de alma en conceptos más empíricos: *sprit*, *moral*.
- 3º En la corriente más radical y materialista el alma se reduce al cuerpo; las funciones morales e intelectuales se ven desde un punto de vista fisiológico.

El hombre es visto como una entidad corporal dinámica capaz de interactuar con su entorno a través de las funciones corporales y los mensajes sensitivos. Está dotado de instinto y de sensibilidad. Únicamente un cuerpo dotado de una red nerviosa con una sensibilidad compleja pue-

de postularse como asiento de las funciones otra atribuidas al alma.

La *psicopatología descriptiva* se desarrolló durante la primera mitad del s. XIX, creando las palabras y conceptos usados para describir las manifestaciones de la enfermedad mental. Se estableció un lenguaje descriptivo, en que el significado de cada término se relacionaba con una forma comportamental dada (signo-función) y con otros términos dentro del sistema (función de compatibilidad). Pronto llegó a ser una semiología, es decir un sistema cognitivo. Que buscó legitimidad científica.

Comenzó analizando datos del comportamiento manifiesto. La utilización de datos “psicológicos” o “subjetivos” fue gradual y comenzó en 1840. Las nociones de conciencia e introspección legitimaron poco después el valor semiológico de los “contenidos de conciencia”.

Para Philippe Pinel (1745-1826), la mente es un conjunto de facultades independientes, que cuando se lesionan producen la manía. Aisla de estos estados delirantes la locura razonante (*folie raisonnée*), que conservan las facultades intelectuales, residiendo la alteración exclusivamente en las facultades emocionales.

Para Jean Esquirol “un hombre tiene *délire* cuando sus sensaciones no están en relación con objetos externos, cuando sus ideas no están en relación con sus sensaciones, cuando sus juicios y decisiones no se relacionan con sus ideas, y cuando sus ideas, juicios y decisiones son independientes de su voluntad”. Este fue el primer planteamiento de la *multidimensionalidad del delirio*.

Esquirol en 1834, diferencia la *Monomanía*, con un compromiso parcial de la mente, de la *manía*, con compromiso total: “La *monomanía intelectual* se concentra en objetos circunscritos. Partiendo de principios falsos los enfermos deducen sin desviación los razonamientos lógicos, de los cuales obtienen consecuencias que modifican sus afectos y voluntad. Fuera de este delirio parcial sienten y se comportan como todo el mundo”. Esquirol considera el delirio como una alteración de la esfera intelectual. Y hasta hoy el comportamiento afectivo no es incluido en los crite-

rios diagnósticos de los principales sistemas clasificatorios de la actualidad<sup>7</sup>.

En la primera mitad del s.XIX es importante la tenaz labor de Jean Pierre Falret que en 1839 afirmó que “el dato central en el delirio concierne a la falta de conciencia del carácter mórbido de su estado que el enfermo no puede jamás recobrar si no es por la interrupción del delirio”. Efectivamente, el delirante no puede decir “Yo deliro”. No sabe, no cree, que delira. Cree en su delirio. Que no es una queja, un motivo de consulta que podamos captar literalmente y comprender empáticamente. El paciente está afectado, ¿por el contenido del delirio? Que no es lo que nos conmueve, sino su delirar. Que nos resulta incomprensible, que nos extraña, que nos separa.

En *De la non-existence de la monomanie*, 1854, Falret rompe con su maestro Esquirol: “no admitimos la unidad del delirio en la alienación mental”. Y en *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés* de 1864 establece: “Se ha querido estudiar la locura como enfermedad única en lugar de buscar en ese grupo vasto y mal limitado especies verdaderamente distintas, caracterizadas por un conjunto de síntomas y un curso determinado”. Para Falret es necesaria una semiología “que se realice en un *corpus* verdadero de signos bien definidos, con una observación activa, marcada por el paso de la unidad tradicional de la alienación mental a la pluralidad discontinua y abierta de las enfermedades mentales y por la necesidad de montar la *clínica* sobre ella misma, sin recurrir a la psicología de las facultades ni a las disecciones cadavéricas”.

Falret aborda así con lucidez el problema de la especificidad de la psiquiatría. La psiquiatría es psicopatológica o no es.

Ernest Lasègue en *Du délire de persécutions* (1852) introdujo la noción de que los delirios paranoides constituían un trastorno separado. Las alucinaciones auditivas podían estar presentes pero no eran ni la causa ni el efecto de los delirios; sin duda éstos eran fenómenos primarios. Formuló también los mecanismos proyectivos del delirio paranoide, anticipando los apor-

tes de Freud: “Aquí me encuentro en condiciones extrañas que no dependen de mi salud ni de mi posición, ni del medio en que vivo: algo del exterior, independiente de mí, interviene; sufro, soy infeliz; sólo enemigos pueden tener interés en causarme pena; debo pues sospechar intenciones hostiles en vista de estas impresiones dañinas”.

Una paciente nuestra lo dice así: “Alguien, ¿en mi familia?, me quiere cortar la vida o envejecer a la fuerza, sin respetar mi cuerpo. Porque así me siento”.

En la segunda mitad del s. XIX Jules Cotard (1840-1889) presenta sus estudios sobre el *délire de negations*, delirios nihilistas, depresivos. Son también significativas las sesiones de la Société Médico-Psychologique (1886-1888), primera sociedad médica que tuvo como objetivo el estudio de la patología y fisiología del sistema nervioso, así como la mejoría de los locos en los asilos. Participaron entre otros Falret, Cotard, Laségue, Magnan, en una serie de debates monográficos en que se manifiestan las diferentes posturas teóricas y conceptuales y se plantean las grandes preguntas sobre el delirio: mecanismos de producción, evolución y papel de la personalidad previa.

Jules Séglas (1856-1939), definió el delirio como “un conjunto de ideas mórbidas que conciernen al yo o a sus relaciones con el mundo exterior, y que el enfermo tiene por verdaderas, sin verificación previa, y hace gala al respecto de una absoluta falta de crítica”. Plantea así *la incorregibilidad del delirio*, y agrega que la organización de las concepciones delirantes llevará a una transformación radical de la personalidad. En el *delirio de interpretación* el alienado llega a formular las ideas delirantes a través de un razonamiento lógico pero surgiendo de premisas falsas con convicción inquebrantable debido al orgullo y desconfianza en su carácter. En los *delirios de percepción inmediata* las concepciones delirantes tienen su origen en ilusiones y alucinaciones que introducen en la conciencia percepciones erróneas.

Emil Kraepelin en 1899, limita la paranoia al “desarrollo insidioso, bajo la dependencia de cau-

sas internas y según una evolución continua, de un sistema delirante duradero e imposible de sacudir, y que se instaura con una conservación completa de la claridad y del orden en el pensamiento, el querer y la acción”.

Distingue el *Delirio de perjuicio* (persecución, celos, hipocondría) y *de grandeza* (inventores, místicos, erotomanía). En la octava edición de su Tratado, de 1915, definió a la Paranoia como “un delirio de comienzo insidioso y evolución crónica, originado en causas internas, bien sistematizado, carente de alucinaciones, a mecanismo interpretativo, y sin deterioro de la personalidad”<sup>7</sup>. Plantea lo psicógeno de la paranoia: “el delirio de persecución descansa sobre disposiciones deficientes, de las cuales resulta una insuficiencia en la lucha por la vida”. El delirio de grandeza es “la trama, proseguida en la edad madura, de los planes de alto aliento de la mocedad”. “Lo que explica la cronicidad es la permanencia de las disposiciones deficientes para la lucha vital”.

Kraepelin raramente dio a los delirios mucha importancia diagnóstica o pronóstica; la índole de la enfermedad se desprende ante todo de su evolución, introduciendo factores longitudinales o diacrónicos como la irreversibilidad y la historia natural. Niega toda existencia de las paranoias agudas; quedan eliminadas del marco de la paranoia aquellas formas cuya evolución se demostraría como curable, abortiva o intermitente.

En el s. XIX tiene lugar la construcción del delirio como una creencia errónea o imposible o perversa. Fue definido ya como una creencia mórbida con contenido equivocado, originándose súbitamente y sin razón.

- El contenido, modo de comienzo y relación con otros síntomas llegan a ser el principal criterio para la clasificación del delirio.
- Los llamados posteriormente criterios de Jaspers ya estaban presente.
- Se habían establecido los siguientes criterios para demarcarlo:
  - Una creencia que no claudicaba.
  - Convicción abrumadora.
  - Contenido erróneo.

- Sin conciencia de enfermedad.
- Relación “incierto” con la conducta.
- Primario (no susceptible a comprensión (Verstehen)).
- Clasificado en términos de contenido.
- Ajeno al contexto cultural (incluyendo religión).

El s. XX agregó poco a estos criterios. Podemos señalar a Sérieux y Capgras que en 1909 distinguieron *Le Délire d'interprétation*: psicosis sistematizada crónica con: 1) multiplicidad y organización de interpretaciones delirantes; 2) ausencia o infrecuencia de alucinaciones; 3) persistencia de lucidez y actividad psíquica intacta; 4) evolución por extensión progresiva de las interpretaciones y 5) incurabilidad sin demencia terminal; y Targowla y Dublineau en 1931 aportaron *L'Intuition Délirante*, “un juicio que surge repentina y espontáneamente a la conciencia, aparte de la voluntad y de una manera incoercible, sin ningún intermediario psico-sensorial o intelectual, sintético y directo, completo desde la partida; se impone por una evidencia inmediata, independiente de toda prueba”: “yo sé”.

La psiquiatría francesa reconocía entonces cuatro fuentes para la producción del delirio: alucinaciones (*délire hallucinatoire*), intuición (*intuition délirante*), interpretación (*délire d'interprétation*) e imaginación (*délire d'imagination*).

Ernst Kretschmer en 1918, frente al dogma kraepeliniano de la cronicidad de la paranoia, publica su libro sobre el *Delirio sensitivo de referencia*<sup>8,9</sup>: reacción paranoica caracterizada por la tríada *carácter* (sensitivo), *vivencia* (clave, “de insuficiencia vergonzante”) y *ambiente* (determinantes sociales).

## La fenomenología

A comienzos del s. XX ciertos psiquiatras tenían el sentimiento creciente de que el cuadro referencial psicológico clásico resultaba ya inadecuado para la exploración de muchos fenómenos psicopatológicos. Blondel, en *La conscience morbide*, hizo ver que no comprendemos realmen-

te lo que experimenta el enfermo psicótico. Cuando decimos que “una alucinación es una percepción sin objeto” recurrimos a una fórmula verbal que, sin ser técnicamente falsa, no puede darnos la menor idea de lo que significa para el paciente su experiencia alucinatoria y qué es lo que siente en ella<sup>10</sup>. La psicopatología descriptiva, que se había estancado en sus fundamentos conceptuales, encontró entonces en la fenomenología - que buscaba describir con la máxima exactitud los estados de conciencia en sus formas más puras, tal como las experimentaba el sujeto-, un nuevo y fecundo camino<sup>11-13</sup>. Y a su vez la fenomenología requería de un anclaje empírico.

Karl Jaspers, en 1912 definió el enfoque fenomenológico en psicopatología, planteando que “este trabajo preliminar de representar, definir y clasificar *los fenómenos psíquicos*, llevado a cabo como una actividad independiente, constituye la *fenomenología*”<sup>14</sup>. Con Jaspers la fenomenología se puso a trabajar en un problema concreto, al utilizarla como método de investigación psicopatológica. Un año después publicó su *Psicopatología General*.

## Fenomenología del delirio: Karl Jaspers

En la Primera Parte de su *Psicopatología general*, 1913<sup>1</sup>, en el Capítulo Primero, *Las manifestaciones subjetivas de la vida psíquica enferma* (*Fenomenología*), Jaspers plantea el método: “la fenomenología tiene la misión de *presentarnos intuitivamente* los estados psíquicos que experimentan realmente los enfermos, de considerarlos según sus condiciones de afinidad, de *limitarlos y distinguirlos* lo más estrictamente posible y de aplicarles términos precisos”. Y acota su campo: “La palabra *fenomenología* ha sido empleada por Hegel para la totalidad de las manifestaciones del espíritu en la conciencia, la historia y el pensamiento. Nosotros la empleamos para el dominio mucho más estrecho de la *vivencia psíquica* individual. Husserl empleó la palabra al comienzo para designar la “psicología descriptiva” de las manifestaciones de la conciencia -en este sentido se aplica a nuestras investigaciones-, pero después



la empleó para la “contemplación de la esencia”, que no manejamos aquí. La fenomenología es para nosotros, aquí, un procedimiento empírico; es mantenida en marcha por el hecho de la comunicación por parte del enfermo. El que experimentó por sí mismo encuentra con facilidad la descripción adecuada. El psiquiatra, que solamente observa, se esforzará en vano por formular lo que puede decir el enfermo de sus vivencias. Estamos, pues, a merced del “juicio psicológico” de los enfermos. (...) La representación, o actualización de lo que ocurre realmente en el enfermo, de lo que experimenta propiamente, cómo se da en él algo en la conciencia, es el comienzo, en el que hay que hacer abstracción de conexiones, de vivencias como totalidad, de lo añadido mentalmente con vistas a algo, de lo pensado como fundamental, de las representaciones teóricas. Sólo lo realmente existente en la conciencia debe ser representado; lo no dado realmente en la conciencia no existe”.

Y quizás justamente al abordar *La conciencia de la realidad y las ideas delirantes* es donde Jaspers alcanza mayores logros con el método fenomenológico. Comienza planteando que “el delirio fue en todos los tiempos algo así como el fenómeno fundamental de la locura; delirante y enfermo mental eran una misma cosa. ¿Qué es el delirio? Es en realidad un problema básico de la psicopatología”. Al abordarlo Jaspers no se detiene a rendir tributo a quienes trabajaron antes que él en el tema y, poniendo entre paréntesis todo lo por ellos alcanzado -tal es su *epojé*-, parte de cero.

Para Jaspers el delirio es un fenómeno primario, que tiene lugar en la experiencia y el pensamiento de la realidad. Es una transformación en la vasta conciencia de la realidad, experiencia indescriptible, cargada de ansiedad y presentimiento, (*Wahnstimmung*), que se anuncia secundariamente en juicios de realidad.

Jaspers analiza entonces:

a) El concepto del delirio: El delirio se comunica en *juicios*. Se llaman *ideas delirantes* a los juicios patológicamente falseados en los que el sujeto se afirma con convicción *extraordinaria*, con

*certeza subjetiva incomparable*. No son influibles por la experiencia, y son imposibles de contenido. No pueden ser seguidas psicológicamente; son fenomenológicamente algo último, a diferencia de las *ideas deliroides*, que surgen comprensiblemente de fenómenos afectivos.

b) Las *Vivencias delirantes primarias*: “Aparecen en los enfermos sensaciones primarias, sentimientos vivaces, disposiciones de ánimo, cogniciones. Todo tiene para ellos una *nueva significación*. En el “temple delirante” (*Wahnstimmung*) hay siempre un “algo”, aunque enteramente oscuro, germen de un valor y una significación objetivas”. (...) “Nuestra percepción no es una fotografía de las excitaciones de los sentidos, sino al mismo tiempo la percepción de una significación, que no nos es manifiesta en nuestra percepción. *Las vivencias primarias del delirio son análogas a ver significaciones*. La conciencia de la significación experimenta una transformación radical. El saber inmediato que se impone de las significaciones es la vivencia primaria del delirio”.

c) La incorregibilidad: “Después de la primera producción de ideas delirantes a partir de las vivencias, da el enfermo el segundo paso, el de aferrar esas ideas como verdades, el de mantenerlas contra todas las otras experiencias y contra todos los motivos en una convicción que supera la certidumbre normal, incluso para sofocar en absoluto las ocasionales dudas iniciales. (...) El extravío de los sanos es extravío común. La convicción tiene sus raíces en lo que todos creen. La corrección no se produce por razones, sino por transformación de la época. El *extravío delirante* de individuos es el apartamiento de lo que todos creen (de lo que “se” cree)”.

d) La elaboración delirante: “En base a las vivencias primarias es hecha por el pensamiento una elaboración delirante, que a veces insume toda la energía. Así surge el sistema delirante, que es enteramente comprensible en su coherencia, y tan sólo se nos vuelve incomprensible en las últimas fuentes de las vivencias primarias.

e) Auténticas ideas delirantes e ideas deliroides: “Sólo aquellas ideas delirantes que encuentran como fuente una vivencia patológica primaria, o

exigen como condición previa para su explicación una transformación de la personalidad, son llamadas por nosotros ideas delirantes auténticas. En cambio a aquellas ideas delirantes que han surgido comprensiblemente para nosotros de otros procesos psíquicos, que podemos seguir psicológicamente en las emociones, los instintos, los deseos y temores, y que más bien se entienden por la disposición permanente de la personalidad o por un estado de ánimo transitorio, las llamamos ideas deliroides”.

En Chile, los abordajes a la psicopatología del delirio siguieron la línea de la psiquiatría europea, especialmente la *summa* realizada por Jaspers. Podemos destacar los trabajos de:

Max Letelier, C. Ojeda, P. Olivos, siguiendo también las ideas de Kretschmer<sup>8,9</sup>, publican en 1976 un *Análisis psicopatológico de 14 casos de desarrollo paranoide*<sup>15</sup>, que estudia la forma en que se estructuran y relacionan los fenómenos psíquicos anormales en estos desarrollos. Y su contenido, que tiene para el paciente una significación esencialmente degradante.

En el momento delirante las personas se transforman en seres genéricos e inasibles, y las cosas en significaciones puras. El mundo del delirante ha perdido sus propiedades particulares, aparece desustancializado; y el paciente está, correspondientemente, despersonalizado.

En el delirio el sujeto queda desconectado de la experiencia concreta; prescinde de las relaciones que estructuran los hechos del mundo real, sustituyéndolas por relaciones delirantes, lo que le impide actuar efectivamente sobre su circunstancia y, a su vez, ser modificado por ella. Delirio y autismo son inseparables, aunque en estos casos el autismo se circunscribe al ámbito del delirio.

Armando Roa: *Sobre el delirio*, en “Enfermedades Mentales. Psicología y clínica”, 1980 plantea una amplia visión clínica sobre el delirio con alteración de conciencia y en conciencia lúcida, siguiendo pero también discutiendo los hallazgos de Jaspers<sup>16</sup>.

César Ojeda, en *Delirio realidad e imaginación*, 1987, pone también en cuestión algunas afirma-

ciones de la fenomenología tradicional y concibe el delirio como traslocación mórbida del acto de conciencia a partir de la pérdida de la normal exclusión recíproca de los actos perceptivos e imaginativos en la mente sana. “Hablar de percepción o recuerdo delirante es un contrasentido. Si es percepción no es delirio, si es recuerdo no es delirio. El delirio es sólo delirio, un acto que presenta una traslocación intencional formando una unidad noético-noemática nueva, irreductible a los modos normales de la conciencia”<sup>17</sup>.

Juan Marconi en *El delirio y sus estructuras psicopatológicas*, 2000, define el delirio como la afirmación y conducta de realidad, basadas en evidencias mutadas, insólitas y productivas. Lo insólito implica un cambio no esperado respecto al aprendizaje endocultural previo, o la maduración psicobiológica. Productivo se refiere a la aparición de criterios nuevos de realidad<sup>18</sup>.

Otto Dörr ha hecho importantes estudios sobre el delirio con un abordaje de fenomenología categorial y análisis existencial.

## Fenomenología categorial y Análisis existencial

La fenomenología puede utilizar su propio cuadro categorial. Esto significa que el fenomenólogo intenta reconstruir el mundo interior de sus pacientes sobre el análisis de categorías como su manera de experimentar el tiempo, el espacio, la causalidad, la materialidad, lo que se ha denominado *fenomenología categorial*.

Ludwig Binswanger denominó *análisis existencial* a una síntesis de psicoanálisis, fenomenología y conceptos existencialistas modificados por nuevas intuiciones originales. Es una reconstrucción del mundo interior de los pacientes psiquiátricos con la ayuda de una armazón conceptual inspirada en los estudios de Heidegger sobre la estructura de la existencia humana<sup>11</sup>.

Así lo definió Binswanger: “Entendemos por “análisis existencial” un sistema antropológico de investigación científica que apunta a la esencia del ser humano<sup>19</sup>. Su nombre y su base filosófica derivan del “Análisis del ser” de Heidegger. Es un



mérito suyo el haber descubierto una estructura fundamental de la existencia y el haberla descrito en sus partes esenciales, es decir, en su estructura de ser-en-el-mundo, que pertenece al orden de una tesis ontológica, es una afirmación sobre una condición esencial que determina la existencia en general. Sin embargo, el análisis existencial no es ni una ontología ni una filosofía, solamente la denominación de *antropología fenomenológica* responde a los hechos y a la situación”.

En la *Daseinsanalyse* de Binswanger el modo de “estar en el mundo” está en el centro. Se trata de examinar los proyectos de mundo de los enfermos y describirlos. El delirio primario significa la irrupción brutal de un modo de *Dasein* fundamental y radicalmente diferente del habitual. Son analizadas las etapas de la experiencia normal y de la delirante que dan lugar a la “*constitución del ser delirante*”. Plantea que el texto delirante es ilegible; está dictado por una conciencia “salida de sus goznes”. La fenomenología del delirio implica, por tanto, una descripción, comprensión y análisis de la conciencia constituyente en el delirante, ver en él lo que es o tiene como posibilidad para constituir un mundo unitario, un yo o un *alter ego*.

Otros destacados exponentes del análisis fenomenológico-existencial del delirio son: Hubertus Tellenbach, con sus trabajos sobre *Ilusión, delirio y locura en el Edipo de Sófocles*, 1982 y *El camino de Otelo hacia el delirio*<sup>20-22</sup>; Otto Dörr, que aborda, con finos análisis, los temas y controversias fundamentales en sus trabajos sobre *Delirio: racionalidad e irracionalidad*, *Verdad y Delirio*, *Fenomenología de la corporalidad en la depresión delirante* y *Aproximación al tema del delirio como posibilidad humana*<sup>23-26</sup>.

## Psicopatología descriptiva actual y DSM-IV. La devaluación del delirio

En el DSM-IV el delirio ya no tiene una importancia sustantiva, independiente; ni siquiera figura en el índice como tal. Aparece en el capítulo sobre Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En la introducción del capítulo se dice que

una definición restrictiva del término *psicótico* se refiere a las ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas. En la esquizofrenia el término *psicótico* se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico. En el trastorno delirante y en el trastorno psicótico compartido, *psicótico* es equivalente a delirante.

En el DSM-IV existe la asunción tácita de que el reconocimiento del síntoma es independiente del contexto y se basa exclusivamente en los rasgos intrínsecos del fenómeno. Sin embargo, para la definición de la idea delirante, parecería que se debe recurrir a los criterios externos (DSM-IV APA, 1994)<sup>27</sup>: “Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no es tan aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto (p. ej. no es un artículo de fe religiosa). Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor, sólo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad. La convicción delirante se produce a lo largo de un *continuum* y a veces puede inferirse del comportamiento del sujeto”.

## El estado actual del tema

Según Berríos esta devaluación del tema capital del delirio, reflejada en los criterios clasificatorios actuales, tiene que ver con el hiato teórico que se ha abierto en estos últimos años entre estas concepciones psicopatológicas y clínicas –que quizás ya dijeron lo que tenían que decir-, y las nuevas aproximaciones cognitivas, atribucionales, neurobiológicas, etc.

Lo previó Henri Ey en 1958: “Los estudios han conducido a un *impasse*: el átomo delirante. Pero éste no es primario, es “fisible”. Esta fisión es una necesidad para el clínico; sólo ella puede dividir

la sustancia del delirio para hacernos penetrar mejor en su comprensión y explicación". Si Lacan tiene razón en aquello de que "la *impasse* da el pase", ésta situación podría dar lugar a nuevos caminos de abordaje del síntoma<sup>2</sup>. Revisaremos a continuación cuáles son estas nuevas aproximaciones, aparte del abordaje psicoanalítico -que lleva ya mucho transitado y avanzado-, y que no presentaremos aquí porque daría para otro artículo y porque hay quienes están mejor capacitados que este autor para ello.

### **Diacronía del delirio: Los estados predelirantes**

Una forma de fisionar el delirio es atender a su curso temporal. El delirio remite a un pasado, no es sino la culminación de una serie de acontecimientos anteriores. De Clérambault (1872-1934) ya lo planteó así: "Puede decirse que, en el momento en que aparece el delirio, la psicosis ya era antigua. El delirio no es más que una superestructura". Y propuso una arquitectura del delirio a partir de los estados predelirantes, y como *mecanismos generadores de la psicosis* a los *automatismos*: pensamiento adelantado, enunciación de actos, impulsiones verbales, tendencia a fenómenos psicomotores, y el *delirio* como elemento secundario, explicativo, *ideico*.

También lo vio así Jaspers: "En el temple delirante (*Wahnstimmung*) hay siempre un «algo», aunque enteramente oscuro, germen de un valor y una significación objetivas. Surge en el enfermo un sentimiento de inconsistencia y de inseguridad, que le impulsa instintivamente a buscar un punto sólido en que afirmarse; lo encuentra sólo en una idea. Podría dudarse si los enfermos han hallado para su vivencia el contenido adecuado. Es pensado quizás sólo por azar y nunca con precisión. Pero es dudoso que tal progreso, en lo que concierne a la evolución, sea así en todos los casos. En algunos el delirio parece estar presente de modo inmediato con plena claridad".

Los estados predelirantes son los acontecimientos psicopatológicos que preceden inmedia-

tamente a la cristalización del delirio. Alteraciones de la cognición, afectividad, conciencia y motricidad, solas o en combinación, a menudo efímeras. Muchos autores los han mencionado, aunque pocos los han estudiado en detalle. Es importante saber si los estados predelirantes son el primer estadio en el proceso de formación delirante o constituyen los pródromos inespecíficos para cualquier tipo de psicosis. En todo caso son acontecimientos de gran importancia clínica, en tanto pueden ayudar a diferenciar subtipos de delirios y, más importante aún, pueden ofrecer información sobre aquellos módulos cerebrales implicados en su producción, así como del efecto del tratamiento. Los han investigado especialmente:

H.C. Rümke 1950: *Significación de la fenomenología en el estudio clínico de los delirantes*: "Lo que llamamos delirio es una "abstracción artificial". El delirio que nos comunica el enfermo es un "producto final", ¿expresión de la personalidad enferma?, ¿esfuerzo grandioso para encontrarse a sí mismo? Lo que se expresa en palabras está en relación con un estado interior a veces inconsciente. No se da una alteración formal en el pensamiento o en el juicio, sino una alteración total de la existencia, irrupción brutal de un "modo de estar en el mundo" radicalmente diferente".

Klaus Conrad (1958). *La esquizofrenia incipiente*, 1963<sup>28</sup> hace un análisis diacrónico de las etapas del desarrollo psicótico a partir del surgimiento del estado predelirante -*trema*- y su evolución final hacia un estado defectual.

Kurt Schneider en *Patopsicología clínica*, 1970<sup>29</sup>, plantea que "la percepción delirante no es derivable de un estado del humor, pero puede verse precedida por el humor delirante que brota del proceso básico. No es preciso que coincidan en cuanto a tonalidad afectiva: el primero puede ser inquietante; la segunda, beatífica".

Los estados predelirantes se han conceptualizado y clasificado:

**Como trastorno de la cognición:** El componente primario es una cognición intrínseca que implica percibir el mundo y el yo como extraños, y con-

tiene el núcleo de una pregunta a la que el enfermo debe responder creando así el delirio. Una vez que esto ocurre se dispara un proceso que culmina en un acto declarativo.

Un ejemplo es el trabajo de Magnan y Sérieux sobre los “estados delirantes crónicos”, donde se reconocen cuatro estadios: incubación o “intranquilidad interna”, persecución, grandiosidad y “demencia”.

Maher en 1988, propone un modelo en “casca”; los delirios entendidos como intentos de dar sentido a “experiencias anómalas”, lo que veremos más adelante al revisar los modelos cognitivos.

**Como trastorno del afecto:** Resalta el componente “afectivo” del estado predelirante. Un afecto anormal podría interrumpir el proceso de información y la cadena lineal del pensamiento lógico o establecer el contexto en el cual la formación del delirio tiene lugar. Eugen Bleuler (1906)<sup>30</sup>, además de la predisposición del individuo y la desconfianza, da un lugar primordial a las fuerzas “catatímicas”, “el poder transformador” del afecto, que rompe las asociaciones y supera la lógica.

Para Lange (1942), el afecto especial y la perplejidad son los componentes básicos del “humor o temple delirante” (*Wahnstimmung*). Agregó: “No está claro de qué modo este ‘temple’ y las formaciones delirantes se relacionan mutuamente. Lo más probable es que sean dos aspectos de una modificación global y que no pueda establecerse entre ellos una relación causal”.

Otros autores han subrayado la naturaleza inefable y afectiva del humor delirante. Klaus Conrad<sup>28</sup>, fue quien investigó esta visión en detalle con respecto al desarrollo de la esquizofrenia, que incluía cinco estadios: *trema* (estado prepsicótico), *apofanía* y *anastrophé* (desarrollo del delirio), *apocalipsis* (presencia de catatonía y otros síndromes), *consolidación* y *estado residual* o *de defecto*. Es estado predelirante se incluye en el momento del *trema*, al que Conrad considera como predominantemente afectivo en su naturaleza. También lo considera así Jaspers en el *Wahnstimmung*.

**Como trastorno de la motricidad:** Los trabajos de Störing (1944) y MacCurdy han destacado algunos aspectos comportamentales, motrices y volitivos en el estado predelirante, fundamentalmente un estado de perplejidad, sorpresa, estupefacción, conciencia angustiada, en el cual la extrañeza del enfermo en relación a la inefabilidad de su experiencia es transmitida a través del lenguaje, posturas motoras y estereotipias.

**Como trastorno de la conciencia:** El déficit en alguna de las dimensiones de la conciencia podría romper el procesamiento de la información -captura y organización- acerca del mundo, el cuerpo o el yo.

Mauz (1931), ha enfatizado el hecho de que el estado predelirante puede acompañarse con un sentimiento de “lucidez e incremento de la conciencia”. Pensó que esto se debía al sentimiento simultáneo de “transformación del yo” o “aniquilamiento psicológico”, y que cuanto más “lúcido” estaba el sujeto en relación a su estado, peor pronóstico tendría.

Henri Ey 1958<sup>2</sup>: El estado predelirante acontece en el contexto de un trastorno de la conciencia como una “reorganización de los límites de la realidad”. Las experiencias delirantes primarias son el *fait primordial*, estados de desorganización de la conciencia, “momentos fecundos” a partir de los cuales se genera, cristaliza y sistematiza el delirio, que es como el reflejo en la superficie.»

## El modelo creencial

En relación a los delirios el modelo de formación de síntomas más popular es el *creencial*: los delirios son generados por los mismos mecanismos que las creencias normales con excepción de que algo sucede para hacer que su contenido sea grandioso, bizarro o no verdadero. El modelo “creencial” ha permanecido vigente hasta nuestros días. El constructo de Jaspers ha devenido canónico e impregna los criterios actuales de clasificación, como el DSM-IV. Veremos como desde un punto de vista lingüístico presupone la existencia de un acto de habla declarativo peculiar:

una creencia subjetiva incorregible y de contenido imposible.

El delirio, ¿es una *creencia patológica categórica*? *Creencia* como proposición o declaración acerca del mundo o del propio yo. *Patológica* por lo fallida o incorrecta y debida a un trastorno. *Categórica* porque es sin gradación: todo o nada.

El delirio ¿necesita ser siempre idea o creencia? ¿Podría ser primariamente emoción o acto? Una emoción o acto ¿conlleva o transporta siempre una idea o creencia? Para el DSM-IV “la convicción delirante se produce a lo largo de un *continuum* y a veces puede inferirse del comportamiento del individuo”. El acto *bizarro* y la *conducta delirante* permitirían inferir la existencia de un delirio en su base.

El modelo creencial ha sido útil para facilitar el estudio de los delirios desde el punto de vista estructural -por su forma-, asumiendo la existencia de una continuidad entre las creencias “normales» y los delirios. Abre la puerta a la aplicación de teorías psicoanalíticas y atribucionales.

## Lenguaje y delirio

El postulado jaspersiano de una “creencia subjetiva incorregible y de contenido imposible” establecía que: a) los delirios son actos de habla semánticamente preñados y pueden así configurarse como creencias erróneas o patológicas; b) surgen como cualquier otro acto de habla declarativo, y por tanto son portadores de información acerca del mundo o del yo.

Sin embargo, desde estos presupuestos los análisis lingüísticos sintácticos y semánticos del delirio se han mostrado ineficaces. Berríos<sup>4</sup>, plantea que esto ocurre porque estos presupuestos están anclados en una teoría obsoleta del lenguaje y en unos criterios de intencionalidad que no podían dar cabida a la existencia de otros tipos de actos de habla, como son los *actos lingüísticos vacíos*. El considerar el delirio como un acto de lenguaje vacío permite explicitar que:

- La información que facilita el delirio es una información trunca.

- Su origen procede del azar o de acontecimientos neurobiológicos “remotos para el observador clínico, que queda fascinado por la apariencia formal.
- La consideración del delirio como creencia errónea no tiene una base sólida que la justifique.
- El contenido del delirio no supone sino un fragmento de información, atrapado al azar en el momento de su cristalización, que hace que ciertos temas socio-culturalmente redundantes tengan más posibilidad para prestarse a etiquetar esos fragmentos.
- Abordar desde esta perspectiva el estudio del delirio necesita que se replantee el estudio de la secuencia diacrónica que lo hace posible: los estados predelirantes.

## El delirio como *acto de habla vacío*. La *dialogicidad delirante*

Lo anterior pone de relieve la importancia de adoptar una nueva visión del acontecer delirante. Berríos cree que el camino abierto por la pragmática en los estudios contemporáneos de lingüística inaugura una nueva avenida del conocimiento para entender el delirio y para el paso de la consideración del sujeto “monológico” -delirante- a una *dialogicidad delirante* (Fuentenebro, 2007)<sup>31</sup>.

El filósofo Charles Morris, interesado en esbozar el perfil general de una ciencia de los signos o semiótica distinguió tres ramas diferentes: la sintáctica (o sintaxis), que es el estudio de la relación formal de los signos entre sí; la semántica, el estudio de las relaciones de los signos con los objetos a los que dichos signos son aplicables; y la pragmática, el estudio de las relaciones de los signos con los intérpretes.

La Pragmática del lenguaje se configura como una disciplina que incluye en su análisis los diversos factores que determinan la estructura de la comunicación verbal y sus consecuencias. Estudia su función en tanto medio de comunicación, como *forma de acción*.

J.L. Austin, en sus conferencias dadas en Harvard en 1955 y publicadas póstumamente en "How to do things with words" (1962)<sup>32</sup>, formuló lo que llamó *actos de habla*. Hizo una primera distinción entre los enunciados "constatativos" -utilizados con un valor aclarativo para proporcionar información- y los "performativos" o realizativos -empleados, de forma activa, para hacer cosas, realizar acciones-. No se conformó con tal distinción: todos los constatativos también realizan acciones y los performativos llevan información, por lo que sugirió un nuevo marco para el estudio de los enunciados, distinguiendo:

- a) Actos locucionarios o locutivos: equivalen a expresar cierta oración con un sentido y referencia determinados. Son los que poseen significado.
- b) Actos ilocutivos o ilocucionarios: informar, ordenar, advertir, etc. Son actos que tienen una cierta fuerza convencional asociada.
- c) Actos perlocutivos o perlocucionarios: los que producimos o logramos porque decimos algo. Consiguen o buscan efectos en la audiencia por el hecho de decir algo.

Austin afirmó que "decir algo es hacer algo, o que al decir algo hacemos algo, o aún porque decimos algo hacemos algo". Para que estos actos de habla salgan bien deben concurrir una serie de circunstancias. Si no es así son un fracaso, no por falsedad sino por infortunios.

Para Searle (1990)<sup>33</sup> hablar consiste en "realizar actos de habla, tales como hacer enunciados, dar órdenes, plantear preguntas, hacer promesas, y estos actos son en general posibles gracias a, y se realizan de acuerdo con, ciertas reglas para el uso de los elementos lingüísticos".

Para entender el modelo lingüístico pragmático del delirio que plantea Berríos es necesario considerar la naturaleza dialógica del lenguaje, como la propuesta por Mijail Bajtín<sup>34</sup>: el yo es una relación, la del yo y el otro, y la metáfora para su unidad es el diálogo -compuesto de una proposición, una respuesta y una relación entre los dos-. El lenguaje es siempre social; el hablante está adaptando y apropiándose de formas de lenguaje social -dialógico- a las que dota de su ex-

presividad y tino. El enunciado se ubica en el «terreno compartido» entre el hablante y el oyente; la experiencia discursiva se forma y desarrolla gracias a la constante integración con los enunciados del otro. Por ese motivo la dialéctica de esa situación hablante-oyente, es decir la dialogicidad, es especialmente importante para poder formular si una pragmática de los enunciados delirantes puede articular la explicación del delirio como acto de habla vacío. Las dos secuencias a analizar corresponden a esa especial situación de comunicación que son la producción y la recepción delusiva.

## Pragmática de la producción delirante

Dascal (1983), propone distinguir dos subdominios en la pragmática del lenguaje: a) El correspondiente a los usos mentales o internos, que puede calificarse de "psicopragmática" o pragmática del lenguaje del pensamiento, reservado a aquellas acciones que no necesitan "forzosamente" ser comunicadas ("actos mentales" tales como juzgar, inferir, recordar, soñar, etc) y b) El socio-pragmático, reservado al estudio de los usos sociales, externos o públicos; allí donde el lenguaje tiene una vertiente comunicativa.

Los estados predelirantes pueden ser elegidos como el paradigma de una "psicopatopragmática" pues plantean una doble dificultad: a) el enfermo habrá de enfrentarse con un nuevo "lenguaje del pensamiento", desconocido hasta entonces y que resulta intraducible, cuando no inefable; b) el clínico trata de captarlo con constructos psicopatológicos que subrayan un aspecto parcial y establecen la polisemia de este estado: humor delirante, trema, intuición delirante, etc. El síntoma permanece invisible al resultar imposible su traslación al código "normal" o "comunicativo". Los actos de lenguaje delusivos están de tal forma sobredeterminados por el estado psicopatopragmático previo, que conducen a un fracaso pragmático de la comunicación.

Surge así el acto de lenguaje vacío en forma de infortunios, ruptura de las reglas que rigen el len-



guaje. El delirio está habitado por las “voces” del predelirio, que tornan el acto de habla comunicativo. Falret decía que el enfermo encontraba “la fórmula” de su delirio tras flotar en la incertidumbre y creaba “una novela más o menos ingeniosa”. Sérieux y Capgras percibían en el *thème romanesque* de la concepción delirante que esas fórmulas delirantes no tenían más que un “valor contingente”.

Rümke planteó que los temas o motivos que resuenan en el delirio estaban en relación con “estados interiores apenas describibles”, y que lo más importante del delirio “no es el delirio mismo, sino lo que está en su base”.

Todo esto nos lleva a una situación de relativización o devaluación del acto de lenguaje delusivo final, que queda desprovisto, vaciado, de contenido comunicativo.

## Pragmática de la recepción

Minkowski (1980)<sup>33</sup> planteó que «todo psiquiatra sabe que instintivamente se conduce de modo enteramente distinto cuando tiene frente a sí un caso de psicosis maniaco-depresiva que cuando tiene que ver con un esquizofrénico, y hará de su propio comportamiento un elemento de diagnóstico, tratando de darse cuenta de si existe o no un contacto afectivo entre él y su enfermo”.

Pero nadie como Rümke se ha adentrado en ese “síntoma-eje”, el *Praecoxgefühl*, con tanta agudeza: “En el encuentro con el esquizofrénico surge en el investigador una curiosa incertidumbre y un sentimiento de extrañeza conectados a la ruptura de la relación mutua normal cuando dos personas se encuentran. No es sólo el movimiento que pierde su carácter comunicativo y de reciprocidad sino también el instrumento comunicativo más importante: el lenguaje”. “Estamos golpeados por los intentos desesperados del paciente para establecer el contacto”.

Berrios concluye que el *Praecoxgefühl* mostraría la imposibilidad del oyente clínico para recrear el texto recibido, lo que condicionará su incomprensión, por la ausencia de “elementos dialogantes” en el material que se le ofrece, muy

determinado, probablemente, por un “lenguaje de pensamiento predelirante” que establece una carcasa de *actos de lenguaje vacíos*. Esta imposibilidad de re-creación del texto recibido condicionará su incomprensión.

Se pregunta entonces si ¿podrían ser los delirios una suerte de *tics verbales* generados directamente por una disfunción cerebral? Sería válido entender su contenido como una especie de cuerpo extraño aleatoriamente atrapado o cristalizado en el momento clave en que los delirios se forman.

Una posición intermedia entre las hipótesis del *tic verbal* y la *creencial* es contemplar los delirios como creencias fallidas, malas copias o imitaciones de éstas. Los delirios como fenómenos *sui generis*: emisiones lingüísticas portadoras de ideas o imágenes aleatorias, pseudoemociones y acciones. Todas ellas, por razones desconocidas, se generan en algún lugar cerebral con una disfunción neurobiológica y, en el momento de su manifestación, debido a que son transmitidas a lo largo de sistemas expresionales muy reducidos, adquieren una serie de similitudes con los comportamientos que habitualmente son reconocidos como creencias.

## Modelos multidimensionales

La mayoría de las teorías actuales para explicar la formación del delirio están ancladas en la consideración de su naturaleza “cognitiva” intrínseca. Y el énfasis ha derivado en los últimos años a los modelos multidimensionales. Desde el s. XIX las definiciones operacionales del delirio han incluido «rasgos clínicos» combinados con la especulación etiológica, como los criterios del DSM-IV.

En 1814 Esquirol escribió: “Un hombre delira cuando sus sensaciones no corresponden a objetos externos, cuando sus ideas no están en relación con sus sensaciones, cuando su juicio y decisiones no se adecúan a sus ideas y cuando sus ideas, juicios y decisiones no están bajo el control de su voluntad”.

Y Griesinger en 1861: “Los delirios están en



relación con un trastorno del proceso mental en su totalidad. A menudo están en contradicción con las opiniones previas del enfermo. Este no puede librarse de ellos. Y éstos resisten al ajuste y corrección permaneciendo, por tanto, en una relación diferente con las emociones y la voluntad; dependen de un trastorno del cerebro”.

En oposición a los criterios “categóricos” Carl Schneider en 1930 sugirió nuevas dimensiones: plausibilidad del contenido, grado de certeza vinculado a la experiencia, importancia para el enfermo, relación del contenido con las experiencias vitales y forma en que el pensamiento delirante es llevado a cabo.

En 1983 Kendler y cols<sup>36</sup>, consideraron el valor de una Escala de 5 dimensiones: convicción, extensión, rareza, desorganización y presión. Concluyeron que los delirios serían fenómenos multidimensionales, con diversas dimensiones que cambian independientemente durante un episodio psicótico.

Garety y Hemsley<sup>37,38</sup>, han desarrollado una escala autoadministrada para evaluar 10 características de las experiencias delirantes: convicción, preocupación, interferencia, resistencia, rechazo, contenido absurdo, evidencia, búsqueda de reaseguramiento, infelicidad y penetración, encontrando una baja correlación entre esos rasgos. El análisis factorial estableció cuatro componentes fundamentales: afectación, intensidad creencial, intrusividad e implicación. A pesar de no conceptualizar estos factores como “estructurales”, los autores están de acuerdo con Kendler sobre la falta de utilidad que tiene el considerar una serie de variables simultáneamente.

Los modelos multidimensionales han estimulado la integración de la psicopatología descriptiva dentro de la psicología normal y han permitido que algunos síntomas mentales -como los delirios- sean aptos para la descripción matemática y, por tanto, posibles de investigación cuantitativa.

Appelbaum, Robbins y Roth<sup>39</sup>, también efectuaron un abordaje dimensional de los delirios, haciendo una comparación entre tipos y diagnósticos.

## Modelos cognitivos

En los últimos 30 años, y desde una aproximación fundamentalmente psicológica han surgido una serie de investigaciones cognitivas sobre los delirios, y que pueden agruparse en los siguientes modelos<sup>40</sup>:

### I. Razonamiento no alterado

*Modelos basados en experiencias anómalas:* Consideran que el delirio es una interpretación racional de experiencias anómalas.

Maher (1993), considera el delirio como una explicación de experiencias anómalas procesadas neurobiológicamente. En este sentido los procesos cognitivos implicados en la formación de los delirios serían idénticos a los que sostienen las creencias normales. Los delirios son miniteorías que usa el individuo y cuya finalidad es dar sentido y ordenar los datos observados. La necesidad de tal teoría surge cuando la realidad se presenta como nueva, insólita y generadora de tensión. Esta explicación alivia reduce la tensión y alivia al sujeto. Los datos que no encajan son ignorados o reinterpretados. Y una teoría delirante, como las demás, no se abandona hasta que se reemplaza por otra que explique mejor las experiencias sensoriales inusuales.

### II. Razonamiento alterado<sup>41-62</sup>

*Teorías de razonamiento probabilístico con estímulos neutros:* Garety y Hemsley sugieren que el razonamiento probabilístico está implicado en la formación y/o mantenimiento del delirio. A través de diversos estudios han demostrado que los sujetos delirantes tienden a “precipitarse en las conclusiones” (*jumping to conclusions*). Los trabajos realizados empleando este paradigma concluyen, en la gran mayoría de los casos, que los sujetos delirantes, comparados con sujetos normales, se precipitan al extraer conclusiones; esto es, necesitan menor cantidad de información para llegar a una conclusión. Además confían más en lo acertado de sus decisiones. Cuando a los delirantes se les proporciona la información necesaria para llegar a una conclusión son capaces de

llegar a la correcta. A esto se ha llamado *sesgo de saltar a conclusiones* (*jumping to conclusions bias*, JTC, Garety, 1991).

**Razonamiento probabilístico con material emocional:** El JTC se hace más precipitado e irreflexivo cuando el material tiene contenido emocional y está relacionado con la forma en que somos percibidos por los demás. Los delirantes sufren de gran vulnerabilidad al *arousal* emocional, que causa alteraciones en el razonamiento similares a los hallados en sujetos normales bajo estrés grave.

Kruglanski y Bentall, agregan que los sujetos delirantes tienen necesidad de una clausura o conclusión que reduzca la incertidumbre y confusión.

Una paciente, C.M., 40 años, en tratamiento hace años, puede decir:

“A veces estoy con paranoia, pero ahora me doy cuenta de que estoy con paranoia: creo que tal persona está haciendo algo específico para dañarme a mí. Es muy rápida la sensación, y ahora me doy cuenta de lo perseguida que soy. Y tiene que ser rápido, ¡si te están persiguiendo! Y no importa que surja rápido, porque “¡Es esto!”.

Freeman y Garety<sup>45</sup>, han explorado en su programa de investigación los orígenes y contenidos de las creencias persecutorias; las relaciones entre emociones y delirios; cómo las personas delirantes responden a evidencia desconfirmatoria y a las amenazas percibidas, y los procesos metacognitivos que acompañan la ideación delirante. Sus investigaciones los han llevado a un modelo cognitivo de los delirios persecutorios que recuerda lo que Cameron<sup>46</sup> denominó “crystalización final: la seudocomunidad paranoide”, hace 50 años.

Entienden las creencias persecutorias como derivadas de la búsqueda de significado frente a experiencias inusuales con el estilo de razonamiento de la persona paranoide -con tendencia a saltar a conclusiones sobre la base de evidencia limitada- quizás exacerbada por presiones ambientales y un estado emocional vulnerable. Una vez identificada la explicación paranoide, como Cameron primero sugirió, la persona experimen-

ta alivio de su ansiedad, como resultado de “conocer” la causa de las experiencias anómalas.

Los delirios se mantienen, a pesar de la usual ausencia de datos confirmatorios directos -p.ej. la ocurrencia del daño temido- por una tendencia a desconsiderar la evidencia desconfirmatoria y a enfocarse en los datos confirmatorios. Las personas paranoides p.ej. suelen atribuir su bienestar continuado -a pesar de las malvadas persecuciones- a las medidas de autoprotección que han tomado, que los autores denominan “conductas de seguridad”. Y su preocupación por sus creencias delirantes, con la correspondiente ansiedad, incrementan su búsqueda de evidencia aparentemente confirmatoria, algunas de las cuales -tales como las respuestas hostiles de la gente a la que acusan de querer dañarlos- pueden ser generada por sus propias acciones.

Las **teorías atribucionales** abordan cómo los seres humanos hacen juicios acerca de otros o sobre su propio comportamiento. Las *causas* a las que atribuyen tales comportamientos.

Las dimensiones centrales estudiadas son el *locus* (donde reside la causa), la *estabilidad* y el *grado de control* (Fiske y Taylor, 1991).

Existiría un estilo atribucional característico en los delirantes, que asignan los estímulos de forma automática a categorías preestablecidas sin prestar atención al contexto (Brennan y Hemsley, 1984), y muestran un *sesgo autosirviente* (la tendencia a aceptar una mayor responsabilidad personal para las situaciones o eventos positivos que para los negativos) *exagerado* a la hora de percibir control, como una reacción defensiva a la amenaza (Chadwick y Taylor, 2000).

### ***Delirio y estilo atribucional*<sup>55-58</sup>**

Sujetos delirantes y depresivos muestran un estilo atribucional causal opuesto que consiste en la *externalización de la causa de los eventos negativos* en los sujetos paranoides y su *internalización* en los sujetos deprimidos (Kanay y Bentall, 1989)<sup>55</sup>.

El delirio de persecución surgiría como resultado de un *patrón de atribución externalizante y personalizante para los eventos negativos*, con una *función de protección* que previene la activación de

las discrepancias entre las dimensiones del yo a expensas de activar las discrepancias entre el yo y los otros. Esta hipótesis sostiene que los delirantes tienen un *autoconcepto negativo implícito, negado de manera explícita* (Kinderman y Bentall, 1996).

### Teorías atencionales

Los pacientes con delirios de persecución atienden selectivamente a estímulos amenazantes y los identifican muy rápidamente; son especialmente sensibles a la expresión de emociones negativas por parte de los demás; recuerdan más la información con contenido amenazante y estiman los eventos con este contenido como más frecuentes en general que la población normal o de sujetos deprimidos (Bentall y cols, 2001).

### Teorías sobre mentalización: Teoría de la Mente<sup>63-68</sup>

Frith y cols, realizaron una serie de estudios con pacientes esquizofrénicos, en que aquellos con delirios paranoides y síntomas negativos muestran dificultades en inferir estados mentales de otros, mientras que los pacientes en remisión ejecutan la tarea correctamente.

Bentall y cols 2001, encuentran correlaciones entre déficit en las capacidades de teoría de la mente (ToM) y psicosis, pero no específicamente en el delirio de persecución. Distintos estudios, desde un enfoque cognitivo neuropsicológico, hallan fallos de mentalización en pacientes con síntomas más típicos del espectro negativo de la esquizofrenia (Langdon y cols, 2006)<sup>66</sup>. Sólo 3 trabajos han podido demostrar una relación específica entre delirios paranoides y déficit de ToM. (Harrington y cols 2005)<sup>67</sup>.

### Hacia modelos cognitivos integradores

Bentall 2001<sup>69</sup>, sugiere que no todos los delirios han de explicarse bajo un único modelo. Propone cuatro mecanismos etiologicos diferentes:

- 1) Algunos delirios podrían entenderse como un intento de explicación de sensaciones extrañas que resultan inefables.
- 2) Una segunda vía la constituyen las creencias,

sobre todo de contenido paranoide y de grandiosidad, que surgen a consecuencia de procesos atribucionales.

- 3) Una tercera explicación es aquella que sugiere anomalías en el proceso de entendimiento de los estados mentales de los otros, es decir, en los procesos de mentalización.
- 4) Otro elemento relevante en la formación y mantenimiento del delirio puede consistir en una necesidad emocional fuerte de seguridad o certidumbre.

### Conclusiones

- Somos herederos de más de dos siglos de trabajo psicopatológico sobre los delirios. Que sin embargo, siguen siendo enigmáticos.
- El “modelo de creencia” del delirio es insatisfactorio: está basado en una teoría obsoleta de creencia y no ha bastado como fundamento para la investigación neuropsicológica y/o neurobiológica. El análisis del delirio debe partir desde el comienzo. Y considerando que el estado predelirante y el delirio cristalizado son distintos.
- Sus características multidimensionales pueden requerir un modelo heterogéneo.
- El delirio como “acto de habla” (vacío) puede ser un camino útil.
- Una propuesta relevante actual es que las experiencias psicóticas pueden describirse en términos psicológicos, en un continuum con el pensamiento normal. Tal vez podamos llegar a clasificar las creencias delirantes basándonos en diferentes procesos psicológicos en lugar de en su contenido. O consigamos desarrollar un modelo unificado del sistema delirante que muestre cómo estos procesos psicológicos interactúan.
- Estas investigaciones han permitido ir desarrollando abordajes terapéuticos para los delirios y otros síntomas psicóticos, con resultados interesantes. Dadas las limitaciones de los psicofármacos en el tratamiento de los delirios puede esperarse un uso creciente de estas terapias cognitivas<sup>70</sup>.

## Resumen

*La Psicopatología estudia lo mental de las enfermedades mentales, y es una herramienta básica de la Psiquiatría. Con la introducción de avances y técnicas de neuroimagen, neuropsicológicas y de genética molecular podremos llegar a una mayor comprensión de los trastornos mentales, y para ello los resultados que arrojan dichas técnicas deben referirse a conceptos psicopatológicos precisos. A su vez la Psicopatología necesita ser actualizada y “recalibrada” periódicamente para así poder guiar e interpretar los estudios neurobiológicos. Si no es así, corre el peligro de ser simplemente un listado de términos usados para el entendimiento entre profesionales y para los manuales diagnósticos. En psicopatología y clínica psiquiátrica el delirio ha sido reiteradamente percibido como “el tema central” (Jaspers<sup>1</sup>, Ey<sup>2</sup>. En este trabajo revisamos: a) la historia conceptual del delirio, b) los estados predelirantes y la diacronía del delirio, c) nuevas concepciones sobre lenguaje y delirio, y d) nuevos modelos cognitivos.*

**Palabras clave:** Delirio, psicopatología.

## Referencias

1. Jaspers K. Psicopatología General. Editorial Beta, Buenos Aires 1966; pp. 1005.
2. Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría. Toray-Masson, Barcelona 1965; pp. 965.
3. Bodei R. Las lógicas del delirio: Razón, Afectos, Locura. Ediciones Cátedra, Madrid, 2002, 144 pp.
4. Berríos G E, Fuentenebro de Diego F. Delirio. Historia. Clínica. Metateoría. Ed. Trotta, Madrid 1996; pp. 230.
5. Fuentenebro de Diego F, Huertas García-Alejo R. Historia de la Psiquiatría en Europa. Modos de hacer historia de la Psiquiatría. VERTEX 2004; XV - Nº 55.
6. Lacan J. De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad. Siglo XXI. México 1987, pp. 353.
7. Rebok K, Díaz E J, Pérez M L. Paranoia, personalidad y psicosis. Alcmeon. Rev Arg Clín Neuro-psiquiatr 2008; 15 (2): 121-6.
8. Kretschmer E. El delirio sensitivo de referencia. Contribución al problema de la paranoia y a la teoría psiquiátrica del carácter. Tricastela. Madrid, 2000.
9. Díez A. La psicogénesis del delirio en la obra y en la época de E. Kretschmer. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2001; 21 (80): 73-100.
10. Blondel Ch. La conscience morbide, París, Alcan, 1914.
11. Ellenberger H. Fenomenología psiquiátrica y análisis existencial. En Existencia, Ed. Gredos, Madrid 1967; pp. 523.
12. Figueroa G. La Psicopatología general de K. Jaspers en la actualidad: fenomenología, comprensión y los fundamentos del conocimiento psiquiátrico. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2000; 38 (3): 167-86.
13. Figueroa G. La psicología fenomenológica de Husserl y la psicopatología. Rev Chil Neuro Psiquiat 2008; 46 (3): 224-37.
14. Jaspers K. The phenomenological Approach in Psychopathology. Brit J Psychiat 1968; 114: 1313-23.
15. Letelier M, Ojeda C, Olivos P. Análisis psicopatológico de 14 casos dedesarrollo paranoide. Rev Chil Neuro-Psiquiat 1976; 15 (1): 27-36.
16. Roa A. Enfermedades Mentales. Psicología y clínica. Ed. Universitaria, Santiago, Chile, 1980, 427 pp.
17. Ojeda C. Delirio, realidad e imaginación. Ensayo de psicopatología fenomenológica. Ed. Universitaria, Santiago de Chile, 1987; pp. 96.
18. Marconi J. El delirio y sus estructuras psicopatológicas. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2000; 38 (1): 37-43.
19. Binswanger L. La escuela de pensamiento de análisis existencial. En Existencia, Ed. Gredos, Madrid, 1967, pp. 523.
20. Tellenbach H. El camino de Othello hacia el delirio/Othello's steps toward delusion. Rev Chil Neuro-psiquiatr 1984; 22 (4): 251-8.

21. Tellenbach H. Ilusión, delirio y locura en el Edipo de Sófocles. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1982; 20 (1): 3-12.
22. Figueroa G. El trastorno mental de Hamlet: Un diálogo con H. Tellenbach. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2000; 38 (2): 72-82.
23. Dörr O. Delirio: Racionalidad e irracionalidad. En: *Psiquiatría Antropológica. Contribuciones a una psiquiatría de orientación fenomenológica-antropológica*. Ed. Universitaria, Santiago, Chile 1995; pp. 513.
24. Dörr O. Verdad y delirio. En: *Psiquiatría Antropológica. Contribuciones a una psiquiatría de orientación fenomenológica-antropológica*. Ed. Universitaria, Santiago, Chile 1995; pp. 513.
25. Dörr O. Fenomenología de la corporalidad en la depresión delirante. *Alcmeon. Rev Arg Clín Neuro-psiquiat* 2000; 9 (3): 250-9.
26. Dörr O. Aproximación al tema del delirio como una posibilidad humana. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2005; 32 (3): 135-142.
27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Edition. Versión española. Masson, Barcelona 1995; pp. 908.
28. Conrad K. *La esquizofrenia incipiente*. Ed. Alhambra. Madrid, 1963.
29. Schneider K. *Patopsicología clínica*. Paz Montalvo, Madrid, 1970.
30. Bleuler E. *Afectividad, Sugestibilidad, Paranoia*. Morata, Madrid, 1969.
31. Fuentenebro F, Valiente C, Díez-Alegría C, Niet M. *Psicopatología de la psicosis: Delirio*. Dialnet Informaciones Psiquiátricas 2007. Número 189.
32. Austin J L. *Como hacer cosas con palabras*, Paidós, Barcelona, 1990.
33. Searle J. *Actos de habla*, Cátedra, Madrid, 1990.
34. Bajtín M M. *Estética de la creación verbal*, Siglo XXI, México, 1985.
35. Minkowski E. *La Esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y de los esquizofrénicos*. Paidós, Buenos Aires, 1980.
36. Kendler K, Glazer W, Morgernstern H. Dimensions of Delusional Experience. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 466-9.
37. Garety P A, Hemsley D R. Characteristics of delusional experience. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 1987; 236: 294-8.
38. Garety P A, Everitt B S, Hemsley D R. The Characteristics of Delusions: A Cluster Analysis of Deluded Subjects. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 1988; 237: 112-4.
39. Appelbaum P S, Robbins P C, Roth L H. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (12): 1938-43.
40. Fuentenebro F, Díez-Alegría C, Nieto M. Investigaciones sobre el delirio. En: *Imágenes de la Psiquiatría Española*. Eds: López-Ibor J.J., Leal C., Carbonell C. Ed. Glosa. Asociación Mundial de Psiquiatría 2005; 319-330. pp. 729.
41. Jones E. The Phenomenology of Abnormal Belief: A Philosophical and Psychiatric Inquiry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 1999; 6 (1): 1-16.
42. Jones E, Watson J P. Delusion, the overvalued idea and religious beliefs: a comparative analysis of their characteristics. *Brit J Psychiat* 1997; 170: 381-6.
43. Díez-Alegría C. Teorías cognitivas de las creencias delirantes. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología* 2006; 24 (1-3): 51-82.
44. Díez A P. Psicopatología de la interpretación delirante. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2003; 87: 85-102.
45. Freeman D, Garety P A. *Paranoia: The Psychology of Persecutory Delusions*; New York, Psychology Press, 2004, 188 pages.
46. Cameron N A. Paranoid Pseudocommunity. En: *The Paranoid States*. Polatin P. *Comprehensive Textbook of Psychiatry II* ed. Freedman A M, Kaplan H I, Sadock B J. The Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1975.
47. Freeman D, Garety P A, Fowler D, Kuipers E, Bebbington P E, Dunn G. Why do people with delusions fail to choose more realistic explanations for their experiences? An empirical investigation. *J Consult Clin Psychology* 2004; 72 (4): 671-80.
48. Freeman D, Garety P A, Kuipers E, Fowler D, Bebbington P E. A cognitive model of persecutory delusions. *Brit J Clinical Psychology* 2002; 41 (4): 331-47.
49. Freeman D, Garety P. Comments on the content of persecutory delusion: Does the definition need clarification? *Brit J Clinical Psychology* 2000; 39: 407-14.



50. Garety P A, Freeman D. Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *Brit J Clinical Psychology* 1999; 38 (2): 113-54.
51. Freeman D, Garety P, Fowler D, Kuipers E, Dunn G, Bebbington P, Hadley C. The London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis. IV: Self-esteem and persecutory delusions. *Br J Clinical Psychology* 1998; 37 (4): 415-30.
52. Hemsley D R, Garety P A. The formation of Maintenance of Delusions: A Bayesian Analysis. *Brit J Psychiatr* 1986; 149: 51-6.
53. Guerrans P. Delusions as performance failures. *J. Cognitive Neuropsychiatry* 2001; 6 (3): 161- 73.
54. Gibbs A A, David A S. Delusion formation and insight in the context of affective disturbance. *Epidemiologia e Psichiatria Sociales* 2003; 12 (3): 167-74.
55. Kaney S, Bentall R P. Persecutory delusions and attributional style. *Brit J Medical Psychology* 1989; 62: 191-8.
56. Lyon H M, Kaney S, Bentall R P. Defensive function of Persecutory Delusions. Evidence from Attribution Tasks. *Brit J Psychiatr* 1994; 164: 637-46.
57. Bentall R P, Rouse G, Kinderman P, Blackwood N, Howard R, Moore R, *et al.* Paranoid Delusions in Schizophrenia Spectrum Disorders and Depression: The Transdiagnostic Role of Expectations of Negative Events and Negative Self-esteem. *J. Nervous & Mental Disease* 2008; 196 (5): 375-383
58. Bentall R.P., Young H.F. Sensible Hypothesis Testing in Delude, Depressed and Normal Subjects. *Am J Psychiatry* 1996; 168: 372-5.
59. Corcoran R, Cummins S, Rowse G, Moore R, Blackwood N, Howard R. *et al.* Reasoning under uncertainty: heuristic judgments in patients with persecutory delusions or depression. *Psychological Medicine* 2006; 36 (8): 1109-18.
60. Blackwood N J, Howard R J, Bentall R P, Murray R M. Cognitive Neuropsychiatric Models of Persecutory Delusions. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 527-39.
61. Bentall R P. The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychol Bull* 1990; 107 (1): 82-95.
62. Fear C, Sharp H, Healy D. Cognitive Processes in Delusional Disorders. *Brit J Psychiatry* 1996; 168: 61-7.
63. Pickup G, Frith C. Theory of mind impairments in schizophrenia: symptomatology, severity and specificity. *Psychological Medicine* 2001; 31(2): 207-20.
64. Pickup G J. Theory of Mind and Executive Function in Schizophrenia: A Systematic Review. *Psychopathology* 2008; 41: 206-13.
65. Corcoran R, Rowse G, Moore R, Blackwood N, Kinderman P, Howard R, *et al.* A transdiagnostic investigation of 'theory of mind' and 'jumping to conclusions' in patients with persecutory delusions. *Psychol Med* 2007; 16: 1-7.
66. Taylor J L, Kinderman P. An analogue study of attributional complexity, theory of mind deficits and paranoia. *Brit J Psychology* 2002; 93 (1): 137-40.
67. Langdon R, Coltheart M, Ward P. Empathetic perspective taking is impaired in schizophrenia: Evidence from a study of emotion attribution and theory of mind. *Cognitive Neuropsychiatry* 2006; 11 (2): 133-55.
68. Harrington L, Langdon R, Siegert R, McClure J. Schizophrenia, theory of mind, and persecutory delusions. *Cognitive Neuropsychiatry* 2005; 10 (2): 87-104.
69. Bentall R P, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. Persecutory Delusions: A Review and Theoretical Integration. *Clinical Psychology Review* 2001; 21 (8): 1143-92.
70. Díez-Alegría C, Muñiz E M. El delirio: teorías psicológicas e intervención. <http://www.comportamental.com/articulos/46.htm>

---

#### Correspondencia:

Patricio Olivos A.

Las Limas 1599, Las Condes, Santiago de Chile

F: 2080935

E-mail: drpolivos@gmail.com