

¿Qué es el delirio? ¿Tiene sentido su contenido? ¿Qué significa en la psicosis?

Preguntas elaboradas por la redacción de Átopos a los psiquiatras Antonio Díez Patricio y José Uriarte

Antonio Díez Patricio*

¿Qué es el delirio?

En la concepción de delirio queda mucho por hacer, como ocurre en tantos capítulos de la psicopatología. Sin pretender ser exhaustivo, en primer lugar habría que diferenciar *delirio* e *idea delirante*. Por delirio entiendo el conjunto sistematizado de ideas delirantes, es decir, el discurso delirante¹. Respecto al concepto de idea delirante, es preciso advertir que clásicamente se reconocen varios tipos de ideas delirantes; por ejemplo, Jaspers distingue en las *ideas delirantes primarias* la percepción delirante, la cognición delirante, el recuerdo delirante, etc. Yo distinguiría básicamente tres tipos: la *interpretación delirante* –similar a la percepción delirante de Jaspers y Schneider–, la *fantasía delirante* –representación delirante de Jaspers, ocurrencia delirante de Schneider– y, por último, las ideas delirantes que constituyen interpretaciones de pseudopercepciones (ilusiones, alucinaciones).

En la fantasía delirante lo que ocurre es que el sujeto toma sus representaciones mentales como si se tratasen de objetos de la realidad empírica. Cabaleiro Goas dice que los delirios constituidos por este tipo de ideas delirantes son de tipo “sensorial”, pues la actividad fantástica se basa en imágenes. Me extenderé algo más sobre la interpretación delirante, ya que suele ser el constituyente fundamental de la mayoría de los delirios. En la interpretación delirante el sujeto delirante, sin poseer suficientes indicios y/o argumentos en los que basarse, dota su interpretación de completa certeza². Ahora veremos esto con mayor extensión.

Para ver esto con suficiente extensión haré una breve digresión sobre la lógica de la interpretación. Parto de la idea de que la interpretación se realiza sobre la conducta y los objetos producidos mediante ella, esto es, los objetos naturales o artificiales, pues los objetos naturales no se interpretan, se explican; de este modo, no interpretamos el árbol o la roca que vemos en el borde de una carretera, pero sí el grabado en la corteza del árbol o el mojón indicativo. Interpretar una conducta o un objeto no natural consiste en conferirle sentido, es decir, en atribuirle motivos y/o intenciones. Y como toda conducta remite a un sujeto actor, podemos preguntarnos acerca de los motivos e intenciones que éste tuvo al realizarla. Por ejemplo, respecto a un sujeto que se halla en la puerta de El Corte Inglés leyendo el periódico El País, podemos preguntarnos “¿qué hace ese sujeto ahí?”, es decir, “¿con qué intención está ahí?”. La respuesta más probable a estos interrogantes es que el sujeto en cuestión tiene una cita y aprovecha la espera para leer el periódico. Pero la lectura del periódico también podría tratarse de una señal dirigida a un sicario para que mate a alguien. Esto es, el sentido de la conducta no es unívoco: una misma conducta puede ser interpretada de múltiples maneras, todas plausibles, unas más que otras, pero ninguna de ellas totalmente verdadera o falsa. No se puede hablar, por tanto, de verdad o falsedad de una interpretación, sino, todo lo más, de grados de probabilidad.

A la hora de llevar a cabo una interpretación, y para que ésta sea racional, partimos de hipótesis que hemos de contrastar con los datos que aporta el contexto en que la conducta a interpretar se dio. Es asimismo sumamente importante valorar

*Psiquiatra. Profesor Asociado. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

¹ Para una teoría del discurso aplicada a la psicosis vid. Díez Patricio, A. *Análisis del discurso psicótico*. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2006. Especialmente el cap. 4: El discurso psicótico.

² Díez Patricio, A. *Psicopatología de la interpretación delirante*. En Op. Cit.

correctamente la relevancia de la información que aporta el contexto.

Atendiendo a los fundamentos expuestos, ¿qué ocurre en el caso de la interpretación delirante? Desde mi punto de vista, el sujeto delirante no parte de una hipótesis cuya verosimilitud ha de contrastar con datos relevantes y argumentos de carácter lógico, sino que parte de una tesis cierta que corrobora mediante datos irrelevantes para lo que se trata de demostrar. Esta tesis de partida constituye el tema del delirio. Por ejemplo, en el delirio de celos la tesis sería "Mi pareja me es infiel"; en el de persecución "Me persigue la Guardia Civil", etc. Clerambault llamó postulado a esta tesis, esto es, una proposición que tiene para el delirante un carácter axiomático, evidente, y del que se deriva todo un sistema deductivo pues a partir de él el delirante "elige" los acontecimientos que mejora se adaptan a él. Por eso las interpretaciones delirantes tienden a sistematizarse, radicando en la mayor o menor sistematización la mayor o menor certeza de que se le da a las ideas delirantes. El tema del delirio proporciona coherencia al sistema delirante, el cual en realidad está basado en un conjunto inconexo de interpretaciones. Me explico: ninguna relación ha de tener el que haya una colilla en el cenicero del salón con el hecho de que una mujer mire a la calle desde la ventana de su dormitorio, pero para su pareja delirante de celos estos dos hechos constituyen una unidad temática y son pruebas irrefutables de la infidelidad de aquella.

Respecto al concepto de delirio, como antes he dicho, denomino así al discurso delirante, esto es, a un conjunto de ideas delirantes que se desarrolla y sistematiza alrededor de un tema y en el cual el sujeto delirante tiene un papel protagonista, es decir, el sujeto delirante es a su vez el sujeto del discurso delirante. Estos dos conceptos, el de tema y sujeto del discurso son esenciales para la comprensión del sentido del delirio.

¿Tiene sentido su contenido?

Es muy discutible la existencia de factores orgánicos en la génesis y mantenimiento del delirio. El delirio es una conducta y, como tal, tiene significado y cumple una función en la vida del sujeto. Desde mi punto de vista, el problema del delirio es el problema del sentido en general, de cómo le damos sentido a nuestras vidas de sujetos sociales. El contenido del conflicto que se trata de subsanar mediante el delirio depende de los valores culturales dominantes en cada momento histórico; esto es así hasta el punto de que hoy en día, por ejemplo, es excepcional ver en nuestras consultas un delirio sensitivo de masturbadores, cosa habitual antaño; lo mismo comienza a ocurrir con el delirio de alusión homosexual.

Existen tres hechos fundamentales que nos permiten pensar que el delirio es un síntoma del sujeto –del nivel del sujeto, no del organismo– y que, por lo tanto, ha de guardar alguna clase de relación con la identidad o *self*³. El primero de estos hechos es su carácter monotemático. En efecto, como dije anteriormente, el delirio constituye un discurso, entendiendo como tal un conjunto de conductas verbales que posee una unidad de sentido, denominada tema. El tema es el significado global del discurso, el núcleo de lo que Van Dijk llama *macroestructura*. Tal vez el siguiente ejemplo se útil para inteligir lo que trato de decir: en un sistema delirante según el cual el sujeto se cree perseguido por la CIA, el tema sería "persecución" y la macroestructura "un sujeto que delira con que es perseguido por la CIA".

El segundo de los hechos a que me refería más atrás es que en el delirio, en la trama que lo constituye, el sujeto delirante siempre ejerce el rol de protagonista. El tercer hecho, que guarda relación con los dos anteriores, está recogido en la conocida sentencia de De Clerambault: "On peut dire qu'au moment où le délire apparaît la psychose est déjà ancienne." (Es decir, "Se pue-

³ Vid. Díez Patricio, A. El *self* en la construcción del delirio, en Díez Patricio, A. y Luque Luque, R. (eds.) *Psicopatología de los síntomas psicóticos*. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2006.

de decir que cuando el delirio aparece, la psicosis es ya antigua")⁴. Esto es, la sistematización del delirio exige un trabajo de elaboración, un tiempo durante el cual el sujeto delirante va estableciendo conexiones entre unas interpretaciones predelirantes y otras, teniendo todas ellas en común su relación temática con la macroestructura del discurso que constituye el delirio. Una "experiencia clave" vendría a cerrar el círculo de lo que hasta el momento habían sido sospechas, suposiciones, presentimientos, etc., confiriéndole certeza absoluta al conjunto del sistema.

¿Qué lugar ocupa el delirio en la identidad del sujeto delirante? Para dar respuesta a esta pregunta seguiré el modelo de formación del delirio propuesto por Roberts⁵. Este modelo consta de tres fases; la primera, a la que el autor llama "prepsicótica", se caracterizaría por la existencia de factores predisponentes y precipitantes, cuya conjunción daría lugar a la segunda fase, que el autor denomina "aguda" o "prodrómica" y cuya característica principal sería la aparición de determinadas sensaciones anómalas a las que el sujeto trataría de adjudicarle un sentido interpretándola delirantemente, constituyéndose de este modo un delirio "primario" o "simple", el cual, en la tercera fase, es elaborado hasta constituir un sistema delirante. Lo que Roberts denomina delirio "primario" o "simple" podría corresponder a lo que algunos autores clásicos denominan *idea directriz* (Sérieux y Capgras), *idea prevalente* (Wernicke) o *postulado* (De Clerambault). La idea directriz surgiría a partir de un "complejo ideoaectivo", es decir, un conjunto de representaciones, recuerdos e ideas ligados a una experiencia afectiva, que se activaría al encontrarse el sujeto ante una situación de conflicto que no es capaz de solucionar mediante mecanismos normales. Aunque generalmente considerados formas de inicio de la esquizofrenia paranoide, algunos de los denominados estados predelirantes podrían deberse a la conjunción de factores predisponentes y pre-

cipitantes y constituir el punto de partida de un delirio paranoico. Los estados predelirantes constituyen un conjunto de alteraciones ideoaectivas y de la conciencia no muy bien precisadas pues, entre otras cosas, dado su carácter efímero, no es muy común su observación en la clínica. En cualquier caso, el estado predelirante desaparece cuando, mediante el delirio, el sujeto logra darle sentido a las sensaciones desconocidas que lo constituyen.

Se puede discutir acerca de la naturaleza de esta "experiencia anómala", de si lo que la genera es una alteración cerebral, de la índole que sea, o se trata de la ansiedad consecutiva a una crisis del *self*. No obstante, cualquiera que sea su origen, es evidente que el sujeto afectado ha de tener una especial predisposición para que su respuesta a estas sensaciones cuyo origen desconoce sea precisamente una interpretación delirante. Desde mi punto de vista, esta predisposición consiste en, por una parte, una extrema intolerancia a la incertidumbre -ya descrita en el sujeto paranoide-, y, por otra, puesto que la respuesta delirante implica a la concepción que tiene el sujeto de sí mismo, esto es, a su *self*, en un cuestionamiento de éste. Determinados modos de ser, como los inseguros, los esquizoides y paranoides parecen ser especialmente vulnerables al delirio.

Numerosos autores (por ejemplo, Freeman y Garety⁶) piensan que la ansiedad parece jugar un papel esencial en la formación y el mantenimiento del delirio. Mujica-Parodi et al.⁷ describen el razonamiento del sujeto delirante semejante al de sujeto normal sometido a estrés o miedo. En este sentido, la ansiedad puede ser entendida como un síntoma-señal de un *self* amenazado que, al igual que la ansiedad de cualquier otro origen, actúa como focalizadora de la atención y el juicio; asimismo, en el caso del delirio persecutorio, la hipervigilancia a que da lugar la ansiedad persecutoria podría contribuir a su extensión y mantenimiento.

4 Clerambault, G. G. de. Automatismes mentales et scission du moi. En Oeuvres Psychiatriques. Paris, Fréne-sie Éditions. 1987. P. 466.

5 Roberts, G. Delusional Belief Systems and Meaning in Life: A Preferred Reality. *British Journal of Psychiatry*, 1991, 159 (Suppl. 14), 19-28.

6 Freeman, D. and Garety P. A. *Paranoia. The Psychology of Persecutory Delusions*. Hove (UK), Psychology Press. 2004.

7 Mujica-Parodi, L. R.; Malaspina, D. and Sackeim, H. A. Logical processing, affect and delusional thought in schizophrenia. *Harvard Review of Psychiatry*, 2000, 8 (2), 73-83.

Castilla del Pino, desde su modelo psicodinámico y social de *self*, propone clasificar e interpretar los delirios sistematizados a partir de su tema, ya que "El tema representa el sector débil del sujeto, aquel en el que se le suscita el conflicto que le hace delirar"⁸. Según este autor, la intelección de estos delirios exige partir de la personalidad prepsicótica, la cual se caracterizaría por la conciencia de la vulnerabilidad del *self*: "...sujetos con una inseguridad básica en una o varias áreas del *self*, y que viven con la y para la permanente confirmación y defensa de esta inseguridad respecto de las interacciones con los otros."⁹. El delirio constituiría, por tanto, un intento de restitución de un *self* cuestionado, un *self* tan intolerable para el sujeto que ha de ser sustituido por un falso *self*, el *self* delirante.

¿Mediante qué mecanismos este falso *self* logra restablecer la autoestima del sujeto delirante? En cualquier caso, por lo que implica de negación del *self* cuestionado; pero, además, cada tipo de delirio, en virtud de la intercambiabilidad de los diferentes aspectos o áreas del *self*, así como del resto del trabajo de elaboración propio la dinámica psíquica, entraña diferentes mecanismos. Por ejemplo, si el delirio de grandeza constituye por sí mismo un *self* sobrevalorado, en el delirio de celos es característica la proyección del conflicto, probablemente la infravaloración del *self* sexual, en los demás, en este caso la pareja sexual y el presunto rival. En el delirio persecutorio, aparte la negación del conflicto y su proyección en los demás, el *self* aparece implícitamente sobrevalorado en virtud de la importancia que suele conferírsele a los supuestos perseguidores. Los delirios de inculpación y condenación podrían constituir formas de expiación de sentimientos inconscientes de culpa cuyo origen el sujeto no es capaz de asumir. En suma, no hay que entender el delirio como la expresión directa y simple de un *self* necesitado de reparación sino como el conjunto simbólico que constituye todo discurso.

¿Qué significa en la psicosis?

La idea delirante es el síntoma común a todas las psicosis; tan es así que se puede decir que sin delirio no hay psicosis. Como se sabe, los síntomas psicóticos son de dos tipos: ideas delirantes y pseudopercepciones. En estas últimas distinguimos las alucinaciones, las ilusiones y las dislusiones (descritas por Castilla del Pino como distonías psicóticas¹⁰). Mientras que existen psicosis constituidas exclusivamente por ideas delirantes, como es el caso de la paranoia, no es así en lo que respecta a las pseudopercepciones, ya que, por ejemplo, toda alucinación, para serlo, ha de ser interpretada delirantemente, pues la interpretación no delirante, esto es, correcta de la alucinación es la crítica de ésta.

El delirio es el constituyente fundamental, si no el único, de las psicosis delirantes crónicas (trastorno de ideas delirantes persistentes de la ICD-10). En estas psicosis, clásicamente, la psiquiatría francesa distinguía el delirio de interpretación de Sérieux y Capgras¹¹, constituido por interpretaciones delirantes, y el delirio de imaginación de Dupré y Logre¹², elaborado mediante ocurrencias delirantes, es decir, mediante fantasías que el sujeto delirante toma como reales. Más pormenorizadamente, la escuela francesa diferencia cuatro apartados en las "estructuras delirantes crónicas"¹³:

1. Las psicosis paranoicas (en principio sin alucinaciones), que incluyen los delirios pasionales (celosos y erotómanos), los de reivindicación (querulantes, inventores e idealistas apasionados), el delirio sensitivo de Kretschmer y los delirios de interpretación de Sérieux y Capgras.

2. Las psicosis alucinatorias crónicas.

3. Los delirios parafrénicos y fantásticos.

4. Los delirios esquizofrénicos.

Aquí nos interesan esencialmente los grupos antes señalados, es decir el 1 y el 4. Mientras que las psicosis paranoicas se caracterizan por su construcción aparentemente lógica y basada en

⁸ Castilla del Pino, C. Introducción a la psiquiatría 2. Psiquiatría general. Psiquiatría clínica. Madrid, Alianza. 1980. P. 180.

⁹ Idem, P. 185.

¹⁰ Castilla del Pino, C. *Teoría de la alucinación. Una investigación de teoría psico(pato)lógica*. Madrid, Alianza. 1984.

¹¹ Sérieux, P. et Capgras, J. *Les folies raisonnantes. Le délire d'interprétation*. Marseille, Lafitte Reprints. 1982. 1ª edic. 1909.

¹² Dupré, E. *Les délires d'imagination*. En *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité*. París, Payot. 1925.

¹³ Bernard, P. y Trouvé, S. *Semiología psiquiátrica*. Barcelona, Toray-Masson. 1978.

interpretaciones, los delirios parafrénicos se caracterizan por el carácter fantástico de los temas delirantes y su riqueza imaginativa. Éstos se corresponden con la parafrénia de Kraepelin y su construcción se realiza a expensas de un mecanismo “imaginativo”, es decir, mediante fantasías tomadas como reales.

Creo que no es necesario decir que ambos tipos de delirio rara vez existen en estado puro, siendo lo más habitual que en un delirio interpretativo existan elementos de carácter imaginativo, y viceversa. Llama la atención al respecto un hecho ya advertido por Dupré¹⁴: el contenido de los delirios de imaginación suele ser de grandeza, mientras que los delirios de interpretación tienden a ser de autodepreciación (delirios de persecución, de celos). Si este hecho tiene alguna significación, es algo que desconozco.

José J. Uriarte Uriarte*

¿Qué es el delirio?

El delirio** es una alteración psicopatológica del contenido del pensamiento. Etimológicamente la palabra delirio procede del latín *delirare*, salirse, apartarse del surco (en el sentido del surco que hace el arado durante la labranza). Como Bartolomé Llopis señalaba (1919), en el idioma castellano se emplea la misma palabra, delirio, para expresar de forma indistinta dos conceptos diferentes y que utilizan palabras distintas en otros idiomas como el alemán *wahn* y *delir*, o el inglés *delusion* y *delirium*. De esta manera su origen etimológico varía entre las lenguas románicas, el alemán y el inglés. La procedencia del vocablo latino *delirare* es la utilizada y la que está presente en idiomas como el castellano, el portugués, el italiano y el francés. En inglés, el término *delusion* procede del latín *deludo* designando “una creencia u opinión falsa sostenida con relación a cosas objetivas”. El

término alemán *Wahn* “expectación, sentido de sospecha y de asunción incierta”, se emplea también como equivalente a lo “contrario de la verdad probada, lo opuesto a un juicio racional” (Berrios y Fuentenebro, 2000).

El estudio sistemático del delirio se inicia en nuestra cultura en 1800, con las aportaciones fundamentales de Pinel y Esquirol, y ya se define como:

“una persistencia de una actitud mental que se sale de lo convencional y que juzgada por otras personas, la cualifican de absurda, que afecta a la experiencia y a la idea de la realidad”.

Esquirol (1814) decía que “el hombre delirante es aquel en el que las sensaciones no están en relación con los objetos exteriores, cuando sus ideas no encuentran relación con sus sensaciones, cuando sus juicios y sus determinaciones son independientes de la voluntad”.

Falret en su capítulo *Sobre la Alienación Mental* (1864), separa nítidamente la locura del delirium, y afirma:

“con el estado de razón vigorosa, pueden existir los fenómenos que caracterizan, de la manera más positiva, la locura, las alucinaciones...”.

Karl Jaspers es, sin duda, el autor más reconocido y citado en el análisis psicopatológico del delirio, al que dedica dieciséis páginas de su *Psicopatología General*, con el subtítulo: “La conciencia de realidad y las ideas delirantes”. En el mismo afirma Jaspers:

“El delirio, fenómeno fundamental de la locura, es un problema básico de la psicopatología, fenómeno primario que no podemos resolver rápidamente con una definición”. “El delirio es una transformación de la vasta conciencia de realidad, que se anuncia secundariamente en juicios de realidad”. “Se llaman ideas delirantes de modo vago, a los juicios patológicamente falseados, de convicción extraordinaria, no influenciados por la experiencia e imposibles de contenido”. “Según el origen del delirio distinguimos

* Psiquiatra. Hospital Psiquiátrico de Zamudio. Osa-kidetza-Servicio Vasco de Salud.
jota.jota@telefonica.net
josejuan.uriarteuriarte@osa-kidetza.net

¹⁴ Op. Cit.

** Es importante discriminar el término delirio-ideas delirantes del de delirio-delirium, utilizado para describir las alteraciones psicopatológicas que acompañan a los estados confusionales.

dos grandes clases: las que nacen comprensiblemente, ideas deliroides, y las auténticas ideas delirantes que no pueden ser seguidas psicológicamente, son fenomenológicamente algo último”, “no logramos imaginarnos clara y concretamente ese proceso tan extraño”. “El verdadero delirio es incorregible a causa de una alteración de la personalidad”.

De acuerdo con la definición anglosajona, las ideas delirantes son creencias irreales, irreductibles a la argumentación lógica y a la contrastación con la realidad y que no son compartidas por el grupo social y cultural: “una idea o creencia falsa, incorregible, que no está en consonancia con la procedencia social y cultural del paciente y que es sostenida con una convicción extraordinaria y certeza subjetiva” (Fish y Sims). Para la escuela francesa (Ey) las ideas delirantes no deben entenderse únicamente como las creencias que se expresan a través de las temáticas delirantes, sino que deben incluirse todos los fenómenos ideoaffectivos que lo acompañan. Tal y como afirmara Ey (1950), “el delirio no es sólo la idea delirante, ni es reducible a su contenido”. El concepto de delirio tanto en la psiquiatría alemana como en la anglosajona hace hincapié fundamentalmente en la propia creencia, a la falsedad y discordancia con la realidad de su contenido. La psiquiatría francesa (Ey) y en cierta medida la española, amplía la esencia de la idea delirante al componente afectivo y emocional en el que la idea surge y se desarrolla.

En resumen, las características básicas de las ideas delirantes se concretan en:

- Son creencias falsas, derivada de una inferencia incorrecta de la realidad.
- Firmemente sostenidas en contra de lo que el resto de la gente cree, y a pesar de pruebas obvias e incontrovertibles de su falsedad (convicción y falta de introspección).
- La creencia, más allá de su extrañeza, no es compartida por el entorno cultural o subcul-

tural de la persona (creencias religiosas, paranormales, etc.).

Este último componente o característica básica del delirio lo separa como fenómeno psicopatológico individual de las locuras de masas, tal y como las relataba Charles Mackay (*Madness of Crowds*, 1841) incluyendo supersticiones y creencias populares, algunas inofensivas y otras no tanto (como por ejemplo, las que condujeron a la persecución de brujas). Prudentemente, al menos en aquellos tiempos, Mackay dejó de lado en sus descripciones de “delirios populares” a los relacionados con las creencias religiosas, algo que por cierto no ha hecho Richard Dawkins en su reciente libro “*The God Delusión*” en el que defiende el ateísmo y ataca a las creencias religiosas como un modo de pensamiento irracional, cuasidelirante.

¿Tiene sentido su contenido?

Las ideas se tienen; en las creencias se está.

Ortega y Gasset

El contenido de las ideas delirantes ha sido un material proclive a ser interpretado y explorado en busca de claves para la comprensión de la psicosis. De hecho, el contenido de los delirios ha sido frecuentemente la referencia para su clasificación, incluyendo a los delirios persecutorios, los pasionales o los somáticos. En todo caso, el contenido de los delirios puede ser en extremo variable, aunque de forma general incluye casi siempre un componente de amenaza, perjuicio o persecución. Desde ese punto de vista, desde el de la temática y contenido de las ideas delirantes, ha existido un debate psicopatológico acerca de si el delirio tiene un sentido, remite a una comprensión de algún aspecto de la persona que delira, de su biografía, o de su vida interior. Tal y como afirma Berrios:

Loco: que sufre de un alto grado de independencia intelectual; que no se ajusta a los moldes del pensamiento, habla y acción que han definido los espíritus conformistas tras estudiarse a sí mismos; que discrepa de la mayoría; en dos palabras, poco común. Se ha de destacar que quienes declaran locos a los demás son funcionarios que carecen de pruebas de que ellos mismos estén cuerdos.

Locura: aquel “don y facultad divina” cuya energía dominante y creativa inspira la mente del hombre, guía sus acciones y adorna su vida.

Ambroise Bierce.
El Diccionario del Diablo

Para Freud la idea delirante surge por un mecanismo psicodinámico de defensa fundamental, la proyección, frente a impulsos inconscientes inaceptables.

“se puede concluir por tanto que con respecto al vínculo entre contenido, información, biografía y el YO, todavía está por decir la última palabra y el debate permanece abierto acerca de si los delirios están o no vacíos desde la perspectiva de proporcionar información sobre el YO”.

Para Jaspers, las ideas delirantes primarias son en sí mismas explicables como surgidas del proceso psíquico patológico, pero por eso mismo incomprensibles. La incomprensibilidad absoluta de las ideas delirantes primarias es una característica diferencial de la esquizofrenia, a diferencia de las ideas delirantes secundarias, o deliroides, comprensibles en la medida de que se derivan de un estado afectivo (manía, depresión) o de unas características previas de la personalidad (desarrollo paranoide).

Otros autores han defendido, sin embargo, una posibilidad de comprender, de dar sentido al delirio a través del análisis de su contenido y su correlación con elementos biográficos de la persona, motivaciones inconscientes y fantasías. Autores como Krestchmer señalan (1918) que las temáticas delirantes pueden entenderse e interpretarse en relación con un acontecimiento clave en la vida de la persona. Los síntomas de las enfermedades mentales, especialmente los síntomas psicóticos, podrían ser concebidos como una especie de respuesta comprensible al contexto vital e histórico de la persona. De esta manera sería posible una aproximación a los contenidos delirantes similar a la de los sueños, como una forma de comunicación simbólica, el resultado de una tentativa de adaptación y con un origen intrapsíquico. Tal y como escribiera Jung, *“los síntomas siempre tienen alguna justificación y sirven a un propósito”.*

Para Freud la idea delirante surge por un mecanismo psicodinámico de defensa fundamental, la proyección, frente a impulsos inconscientes inaceptables; los delirios paranoides se desarrollan a partir de impulsos homosexuales reprimidos. A través del famoso análisis de los

escritos del juez Schreber, concluye que su enfermedad deriva de un proceso de negación y proyección de impulsos homosexuales hacia su padre. Desde otras escuelas psicoanalíticas, la idea delirante puede ser entendida como un fenómeno que surge del uso de mecanismos de defensa primitivos, propios de estadios preedípicos de desarrollo en los que no se ha producido una diferenciación completa entre el yo y los objetos. Mecanismos como la escisión, la negación y la identificación proyectiva actúan para proyectar partes fragmentadas del yo a los objetos, vaciándose a su vez de las partes escindidas.

Otras orientaciones, como la de la Psicología Cognitiva postulan que la idea delirante nace como consecuencia de alteraciones en el proceso de razonamiento formal (Von Domarus, 1944), o como en el modelo atribucional se relacionan con aspectos motivacionales y del razonamiento (Manschreck, 1955). En líneas generales las hipótesis cognitivas proponen alteraciones o sesgos neurocognitivos que afectan a procesos como la atención, la atribución de relaciones causales entre acontecimientos, el razonamiento o la capacidad para inferir el estado mental de otras personas.

Sarró, los Mitologemas y el Homo Demens.

Como ejemplo de aproximación original al análisis del contenido de los delirios puede citarse el trabajo del profesor Ramón Sarró (1899-1993). Catedrático de psiquiatría de la Universidad de Barcelona, fue alumno de Sigmund Freud y ayudante de Wilhelm Reich en la Policlínica Psicoanalítica de Viena. Dedicó su vida a la investigación del delirio, culminándola con la concepción teórica de lo que denominó como *Homo Demens*.

Ramón Sarró realizó una aproximación peculiar a la temática de las ideas delirantes, a través de los llamados mitologemas: temas comunes como el fin del mundo, los contenidos mesiánicos, la hostilidad universal y sobrenatural. Llegó a la con-

Yahvé te golpeará de delirio, de ceguera y de extravío de los sentidos a tal punto que irás a tanteos en pleno día como el ciego va tanteando en las tinieblas, y tus pasos no acabarán.
Deut. 28.28

clusión de que las ideas delirantes se construyen con los mismos elementos que los mitos. Para el profesor Sarró, el delirio endógeno es un sistema constituido por "deliremas" que tiene un principio y un fin. La temática del delirio parece estar dirigida a suplir la abolición de la existencia histórica por una existencia mítica. Describió un total de 24 temas diferentes en los delirios y los mitos (mitologemas), todos ellos relacionados con los acontecimientos y temas básicos de la vida: el nacimiento, la muerte...La denominación de *homo demens* hace referencia al cambio experimentado por el paciente y en la que tiene lugar el delirio y la alucinación. La consecuente transformación de la personalidad se manifiesta como una nueva forma de ser y de existir, y justifica para Sarró la hipótesis de la transformación del hombre normal en *homo demens*.

El punto de partida de las investigaciones del profesor Sarró fue la vivencia nihilista de fin del mundo como vivencia clave para la comprensión del delirio. Para Sarró, no se trata de una expresión simbólica, sino de una expresión ontológica. En el plano neurobiológico representa una catástrofe cerebral: una región cerebral evolucionada y adaptada a la realidad, dejaría de funcionar, impidiendo la situación relacional previa. La vivencia del fin del mundo vendría a ser por tanto la concienciación endopsíquica del descenso del nivel global del cerebro a un plano ontogénicamente inferior, y, como consecuencia de ello, el paciente no volvería a recuperar su fisonomía anterior.

Berrios: el delirio como acto de habla vacío.

Una de las aportaciones modernas de mayor interés a la psicopatología del delirio es la realizada por Germán Berrios. Berrios realiza un análisis crítico de lo que denomina "perspectiva canónica" o "visión recibida" de los delirios como simples creencias equivocadas (la visión tradicional psicopatológica original de Jaspers),

y propone la hipótesis del delirio como "un acto de habla vacío"; los delirios son declarativos, es decir contienen información en su etapa "pre-delirante" pero cuando han cristalizado ya no transportan información sobre ellos mismos, pudiendo ser denominados como vacíos. Para este autor el delirio no comparte su estructura con las creencias normales y se diferencia de éstas por la falta de veracidad de sus contenidos. Desde su modelo, una área cerebral perturbada provoca una serie de señales neurobiológicas que provocan una experiencia sin estructurar ni conformar (*magma primordial*), a modo de material precognitivo experiencial no procesado o conceptualizado. Una especie de caldo de cultivo predelirante, sobre el que actúan posteriores procesos de reconocimiento y construcción que devienen en conceptos, expresiones verbales y conductas.

En contraposición de la idea delirante como un "sistema de creencias anormales", Berrios propone que dichos contenidos no son en absoluto creencias, sino lo que denomina "actos lingüísticos vacíos" (*empty speech acts*, Berrios, 1991). Aunque aparentan ser afirmaciones reales y portan información, la realidad es que su contenido es sumamente parco en elementos informativos acerca del yo o del mundo de la persona que los emite. El contenido sería aleatorio, y estaría más en relación a un retazo semántico, atrapado al azar en el momento de la cristalización del delirio (Berrios, 1996). Esto se hace evidente por la redundancia de ciertos temas (que cambian históricamente) y que son "fragmentos semánticos que por su pregnancia personal o social tienen una alta frecuencia y posibilidad para ser atrapados".

La teoría que señala a los delirios como actos de habla vacíos no niega que las ideas delirantes tengan contenidos, pero éstos son de características estereotipadas y carentes de interés en el sentido de que no tienen relación con la biografía del sujeto y es posible que en su origen intervenga un código cultural general o un proceso aleatorio que

En contraposición de la idea delirante como un "sistema de creencias anormales", Berrios propone que dichos contenidos no son en absoluto creencias, sino lo que denomina "actos lingüísticos vacíos".

Históricamente, la presencia de ideas delirantes se ha considerado sinónimo de locura, síntoma clave para el diagnóstico de una psicosis.

captura un fragmento semántico en el momento de la formación del delirio, pero que no expresa ningún rasgo de la personalidad ni una localización cerebral. Según la visión de Berrios, las ideas delirantes no son creencias cuyo contenido pueda clasificarse como verdadero o falso, como cualquier otro enunciado. Lo que se sugiere es que podrían ser únicamente acciones lingüísticas sin intención de transmitir información, por lo que su contenido no tiene sentido ni puede ser clasificado como verdadero o falso. Lejos de un significado lógico, las ideas delirantes serían meros elementos retóricos, una especie de artificios verbales sin capacidad informativa, dentro de la hipótesis de la doble articulación lógico-retórica del delirio.

¿Qué significa en la psicosis?

No hay locura sin delirio
Georget

La relación entre el delirio y la psicosis, es decir, entre delirio y locura es un concepto muy arraigado desde antiguo. Autores como Foucault, para quien la definición más sencilla y general de la locura es el delirio, o Jaspers, que considera el delirio el fenómeno central de la locura, han contribuido a convertir al delirio en el tema central de la psicopatología de la psicosis. Históricamente, la presencia de ideas delirantes se ha considerado sinónimo de locura, síntoma clave para el diagnóstico de una psicosis.

Tal y como señala Colina (2001), *“la definición más precisa del delirio que cabe proponer es al mismo tiempo la menos ambiciosa y la más cauta. Se limita, de momento, a precisar que es el pensamiento que nos permite reconocer a los psicóticos, o dicho de otro modo, el pensamiento singular que surge cuando se ha enajenado la identidad”*.

El delirio ha sido, de forma tradicional, el síntoma central asociado al concepto de locura, de psicosis, de la pérdida del contacto con la reali-

dad. De alguna manera estar loco es equiparable a delirar. Desde el siglo XIX, numerosos autores han profundizado en la psicopatología del delirio, en su papel en los diferentes trastornos que agrupamos bajo el concepto de psicosis. Desde la monomanía de Esquirol, la paranoia de Kalbhaum, la parafrenia y la demencia precoz de Kraepelin, la esquizofrenia de Bleuler, el delirio aparece como un síntoma central de la psicosis. En palabras del propio Bleuler, y refiriéndose a la paranoia, *“la construcción, a partir de premisas falsas, de un sistema de ideas delirantes, lógicamente desarrolladas, con partes lógicamente interrelacionadas e inmovibles, sin ninguna perturbación demostrable que afecte a las otras funciones mentales y por tanto sin síntomas de deterioro, si se pasa por alto la completa carencia de discernimiento por parte del paranoico con respecto al propio sistema delirante”*.

El delirio esquizofrénico es para Jaspers el único delirio auténtico (procesal o primario). Más allá de otras características psicopatológicas, el delirio esquizofrénico surge en la conciencia de forma directa e inmediata. No surge a través un proceso identificable de razonamiento, o en el marco de ideas, emociones o creencias subyacentes, o fruto de una reflexión. La experiencia primaria delirante surge como percepción, como ocurrencia, como humor delirante. Como tal, su contenido es incomprensible para el interlocutor, en el sentido de imposibilidad de relacionarlo de forma lógica. No surge de la personalidad, la historia, las ideas o las emociones, sino que una vez surgido, las transforma, se inserta en la personalidad. Desde el punto de vista de Jaspers, el delirio primario sólo es identificable en los momentos incipientes del desarrollo de la esquizofrenia. La aparición posterior de ideas delirantes sistematizadas, fruto del “trabajo delirante”, no es lo mismo que la idea primaria, procesal.

En el contexto de los trastornos delirantes, especialmente la paranoia, el delirio, a diferencia del delirio primario de la esquizofrenia, no surge

como algo nuevo y que rompe la biografía del sujeto. La personalidad previa del sujeto, sus rasgos de carácter paranoide (desconfianza, suspicacia, rigidez, egocentrismo..) o sensitivo (Kretschmer) (inseguridad, escrupulosidad, hipersensibilidad a la opinión ajena, ansiedad social...). De alguna manera los rasgos de personalidad y el desarrollo del delirio siguen una continuidad, a menudo desencadenado por una situación vital.

El Estado Predelirante: El temple delirante.

Podemos decir que llegado el momento en el que el delirio aparece, la psicosis es ya antigua.

El delirio no es más que una Superestructura.
De Clérambault (1942)

Un aspecto de especial interés en la relación entre psicosis y delirio es su papel en los estadios incipientes de la psicosis y en su periodo prodrómico.

El llamado humor delirante, descrito ya por Hagen en 1876, como un "estado de ánimo tendiente al delirio" define un estado peculiar que se acompaña de sentimientos de extrañeza, malestar, incertidumbre. Vivencias vagas, difusas de terror, de peligro, perplejidad, fascinación, mezcladas en un estado especial de angustia psicótica, de una "luminosidad especial" (K Schneider). Un estado de perplejidad, de expectación confusa ante algo desconocido, nuevo e inapreciable, el trema o temple delirante.

Entre los autores que mejor han descrito este estado está Klaus Conrad, cuyo análisis diacrónico del desarrollo de la esquizofrenia se ha convertido en clásico. En su obra *La Esquizofrenia Incipiente* (1958) describe las fases de trema (como estado prepsicótico), la *apofanía* y *anastrophé* (desarrollo del delirio), apocalipsis, consolidación y estado residual o defecto esquizofrénico. La atmósfera delirante, la fase de "trema" de Conrad constituyen un elemento de esencial interés psicopatológico en la esquizofrenia. Este esta-

do llamado predelirante definiría la suerte de acontecimientos psicopatológicos que preceden a la cristalización del delirio, un conjunto de alteraciones sutiles y efímeras que afectan a la cognición, a la afectividad, a la conciencia.

Jaspers describe de forma magistral este estado predelirante:

"si intentamos acercarnos a esas vivencias primarias del delirio, advertimos pronto que no podemos imaginarnos muy concretamente formas vivenciales que nos son totalmente extrañas. Queda siempre un gran residuo de incomprendible, de inconcebible, de abstracto... aparecen en los enfermos sensaciones primarias, sentimientos vivaces, disposiciones de ánimo, cogniciones... Hay algo en el ambiente de lo que el enfermo no puede darse cuenta; una tensión desconfiada, incómoda, nefasta le domina. En el temple delirante hay siempre un algo oscuro, germen de un valor y una significación objetiva. Este temple delirante general, sin determinados contenidos, tiene que ser por completo insoportable. Los enfermos sufren horriblemente y la adquisición de una representación determinada es un alivio".

Desde la perspectiva de Berrios, la experiencia predelirante primitiva, inefable e indiferenciada corresponde a un magma primordial o matriz patológica, a partir de la cual se desarrollan los delirios. Una experiencia que está aún más allá de las palabras y que genera una atmósfera, un humor peculiar. El estado predelirante se define entonces como el conjunto de acontecimientos psicopatológicos que preceden de forma inmediata al momento de cristalización del delirio. Quedan subsumidas en este estado una serie de alteraciones de la cognición, la afectividad, la conciencia y la psicomotricidad de carácter efímero y heteróclito (Fuentenebro 2001). En este estado de experiencia peculiar e inefable, la persona sufre experiencias imposibles de expresar en el lenguaje común acompañadas de un componente excepcional de angustia, de perturbación afectiva, que a menudo se traduce en per-

"El delirio es un error de juicio por el espíritu, durante la vigilia, de cosas conocidas por todos".
L'Encyclopédie, 1754

plejidad. De ese *magma primordial* de Berrios, del estado de automatismo mental de Clérambault, emergen los delirios y las alucinaciones casi como un alivio, como un mecanismo de defensa ante la vivencia de precariedad existencial.

Psicosis y Evolución.

Diversos autores han tratado de explicar la enfermedad mental y sus síntomas como producto de la propia evolución biológica de la especie humana y/o como resultado del proceso general de civilización. La idea de que el proceso de civilización conlleva una renuncia a los instintos básicos del ser humano ya fue enunciada por Nietzsche y desarrollada por Freud (*La civilización y sus descontentos*, 1930) o Jung (*El hombre moderno en busca de su alma*, 1933). Autores modernos como el etólogo austriaco Konrad Lorenz compararon la situación del ser humano con la de otras especies salvajes de animales que han sido sometidas a domesticación, viviendo una existencia artificial con escasas demandas sobre nuestro equipamiento instintivo; en palabras de Desmond Morris, “*animales condenados a languidecer en un zoo construido por nosotros mismos*”. Desde un punto de vista evolutivo, los síntomas psiquiátricos podrían ser comprendidos como el resultado de una activación inapropiada de estrategias biológicas y conductuales previamente adaptativas, en las condiciones socioambientales modernas.

Algunos autores han propuesto que la capacidad del cerebro humano para formar delirios sería una estrategia adaptativa de la evolución. La mente humana, su arquitectura mental, ha evolucionado a través de una serie de adaptaciones que conllevan nuevos sistemas representacionales, cada uno de los cuales permanece intacto en la arquitectura mental del cerebro actual, en forma de vestigios cognitivos que parten desde los albores de la evolución humana. Desde este punto de vista podría considerarse el delirio como la emer-

gencia (por la causa que fuere, la enfermedad, el uso de tóxicos, situaciones extremas de estrés o privación sensorial...) de un sistema representacional en el que coexisten dos subsistemas verbales, el lógico y el retórico. El componente lógico puede explicarse a través de elementos biográficos, culturales o de elementos premórbidos de la personalidad. El componente retórico, un código vestigial que fue útil en la filogenia expresiva, es necesario para la expresividad completa del delirio, que precisa recurrir a elementos retóricos para su articulación verbal.

¿Es posible comprender la aparición de síntomas psicóticos desde una perspectiva evolutiva? ¿Puede imaginarse un contexto en el cual la presencia de síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones), pudiera suponer una ventaja evolutiva? Stevens y Price (2000) avanzan una hipótesis evolutiva para la esquizofrenia denominada “Hipótesis de División de Grupo” (*Group Splitting hypothesis of schizophrenia*). Los autores proponen que la esquizofrenia habría evolucionado de forma conjunta con otras adaptaciones que han derivado en el desarrollo del cerebro humano en el curso de los últimos 3 millones de años. De alguna manera, los síntomas relacionados con la esquizofrenia y el espectro esquizofrénico estarían relacionados con estrategias de competición entre grupos humanos: la división de un grupo en otros dos subgrupos incompatibles cuando el grupo original ha crecido en exceso y sobrepasa el tamaño crítico adecuado para los recursos disponibles y la satisfacción de sus necesidades. Llegados a este punto el grupo se divide, y todos los mecanismos que previamente habían servido para promover la solidaridad grupal se invierten y fuerzan a la separación en dos grupos opuestos, situación en la que el liderazgo se convierte en crucial para el éxito y la supervivencia de cada grupo resultante. Los individuos más carismáticos en este contexto serían precisamente aquellos que muestran síntomas del espectro esquizofrénico, incluyendo alucinacio-

nes e ideas delirantes, que podrían dotar al grupo de sentido y propósito en sus acciones, incluyendo un cierto componente místico-religioso. Personajes como Adolf Hitler, Jim Jones o Charles Manson han ejercido liderazgos carismáticos capaces de arrastrar a grupos sociales, e incluso naciones completas con casi absoluta lealtad (Lindholm 1999). La solidaridad del nuevo grupo se sostiene por una comunidad de creencias, un nuevo consenso diferente al del grupo originario y al del grupo rival, conjunto de creencias aportadas con absoluta convicción y determinación por un líder carismático paranoico y delirante. Desde un punto de vista antropológico cada grupo humano comparte un sistema de creencias que parece arbitrario e irracional a los que no pertenecen al mismo, y que sirve además para diferenciarse. En algunos ejemplos estudiados (sectas, por ejemplo), parece encontrarse que cuando más bizarra es la creencia, más cohesionado se muestra el grupo en cuestión, y sus miembros mantiene una moral más elevada y a prueba de argumentos externos (Galanter 1989).

Más allá de las disquisiciones teóricas, el delirio es siempre un elemento de confrontación con lo incomprensible para el clínico. Es posible que sus contenidos no nos acerquen al origen del problema, no nos ayuden a entender mejor. O quizás sí. Para algunos pacientes el delirio parece cumplir una función compensatoria, la de mantenerles relativamente ajenos a una realidad mucho más triste e inaceptable. Para otros es una carga insoportable, que sólo trae angustia y malestar. Algo a la vez tan ajeno y tan próximo, tan humano, como la propia locura.

Bibliografía.

- Berrios GE. Delusions as wrongs beliefs: a conceptual history. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 6-13.
- Berrios GE. *History of Mental Symptoms*: Cambridge. Cambridge University Press (Ed); 1996.
- Berrios G; Fuentenebro F. *Delirio: Historia, Clínica, Metateoría*: Madrid. Trotta (Ed); 1996.
- Berrios GE. La historiografía de los delirios. En: Vallejo J; Sánchez Planell L (Coordinadores). *Actualización en Delirios*: Madrid. Aula Médica; 2001.
- Cabaleiro Goas M. *Temas Psiquiátricos*: Madrid. Paz Montavo (Ed); 1966.
- Colina F. *El Saber Delirante*: Madrid. Síntesis (Ed); 2001.
- Conrad K. *La esquizofrenia incipiente*: Madrid. Fundación Archivos de Neurobiología. Triacastella (Ed); 1997.
- Dawkins R. *The God delusion*: London. Bantam Press; 2006.
- Eguíluz J (Ed). *Introducción a la Psicopatología*: Madrid; 2001.
- Ey H. *Estudios sobre los delirios*: Madrid. Paz Montalvo (Ed); 1950.
- Ey H, Bernard P, Brisset Ch. *Tratado de psiquiatría*: Barcelona. Masson (Ed); 1979.
- Fuentenebro F. Estados predelirantes. En: *Actualización en Delirios*: Madrid. Grupo Aula Médica (Ed); 2001.
- Hamilton M. *Psicopatología clínica de Fish*: Madrid. Interamericana; 1986.
- Hoche A, Kraepelin E, Bumke O. Los síntomas de la locura. Fundación Archivos de Neurobiología: Madrid. Triacastella (Ed); 1999.
- Jaspers K. *General Psychopathology*: Baltimore. John Hopkins University Press (Ed); 1997.
- Llopis B. *Introducción dialéctica a la psicopatología*: Madrid. Morata (Ed); 1970.
- Mackay C. *Memoirs of extraordinary popular delusions and the madness of crowds*: London 1852. Wordsworth Reference (Ed); 1995.
- Marconi J. El delirio y sus estructuras psicopatológicas. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 38; 1: 37-43. 2000.
- Sarró R. De la teoría mitologamática al Homo Demens. Barcelona: Policrom (Ed); 1994.
- Sarró R. *Estructura y dinámica del delirio*: Barcelona. Anthropos (Ed); 1987.
- Schneider K. *Patopsicología Clínica*: Madrid. Paz Montalvo (Ed); 1975.

– Serrano Vázquez M (Coordinador). Temas Delirantes. Asociación Gallega de Psiquiatría (Ed); 2004.
– Shorter E. A History of Psychiatry: New York. John Willey and Sons (Ed); 1999.

– Sims A. Symptoms in the Mind: London. Baillere Tindall (Ed); 1988.
– Stevens A; Price J. Evolutionary Psychiatry: London. Brunner-Routledge; 2000.