

## TEMA 9.- PSICOPATOLOGÍA DE L PENSAMIENTO (II): LOS DELIRIOS.

### 1.- INTRODUCCIÓN.

Confusión delirio-locura no sólo se produce en las ideas que la gente suele mantener, sino que también puede observarse en la misma historia del concepto de enfermedad mental, pues durante el siglo XVII el concepto de locura se basaba sobre todo en el de delirio, de tal modo que “estar loco” era igual que “tener delirios” y viceversa.

### 2.- EL PROBLEMA DE LA DEFINICIÓN.

#### 2.1.- EL CONCEPTO DE DELIRIO.

Existen unas definiciones que son más aceptadas que otras:

☞ Jaspers (1975) (definición más conocida): Los delirios son juicios falsos, que se caracterizan porque el individuo los mantiene con gran convicción, que no son influenciados ni por la experiencia ni por conclusiones irrefutables, y que además su contenido es imposible.

☞ Mullen (1979): Este tipo de creencias anormales tienen las siguientes características:

- Se mantienen con absoluta convicción.
- Se experimentan como una verdad evidente por sí misma, con una gran trascendencia personal.
- No se dejan modificar por la razón ni por la experiencia.
- Su contenido es a menudo fantástico o cuanto menos intrínsecamente improbable.
- Las creencias no son compartidas por los otros miembros del grupo social o cultural.

☞ DSM-III-R (1988): No presenta diferencias sustanciales con la de Mullen:

Es una creencia personal errónea que se basa en inferencias incorrectas a partir de la realidad externa, sostenida con firmeza a pesar de lo que los demás

crean y en abierta oposición a pruebas obvias o evidencias incontrovertibles. La creencia no es ordinariamente aceptada por otras personas del mismo grupo cultural o subcultural.

📖 Oltmanns (1988): recoge un listado de las principales características que se hallan contenidas en la mayor parte de las definiciones:

- El balance entre las evidencias a favor y en contra de la creencia es tal que otras personas la consideran completamente increíble.
- La creencia no es compartida por otros.
- La creencia se mantiene con una convicción firme. Las manifestaciones o las conductas de la persona no cambian ante la prestación de evidencias contrarias a la creencia.
- La persona está preocupada (emocionalmente involucrada) con la creencia y le resulta difícil evitar pensar o hablar sobre ella.
- La creencia tiene referencias personales, más que convicciones políticas, religiosas o científicas no convencionales.
- La creencia es fuente de malestar subjetivo o interfiere con el funcionamiento social de la persona y con sus ocupaciones.
- La persona no dice que lleva a cabo esfuerzos subjetivos para resistirse a la creencia (en comparación con los pacientes que tienen ideas obsesivas).

Cuanto más de estas características posea una creencia determinada, mayor será la probabilidad de que sea delirante. Pero hay que tener en cuenta que ninguna de ellas es condición suficiente ni necesaria para definir una creencia como delirante; del mismo modo, no todas se les concede la misma importancia.

En suma, los delirios se caracterizan por ser conceptualmente muy complejos.

## 2.2.- LOS DELIRIOS COMO CREENCIAS FALSAS.

📖 Una de las definiciones más ampliamente extendidas sobre los delirios es la que se centra en su conceptualización como “creencias falsas”. Esta visión del delirio como un subtipo de creencia comenzó a hacerse popular durante el siglo XIX y fue una de las consecuencias del divorcio conceptual entre conocimiento y creencia:

- **Conocimiento:** se empezó a relacionar con la certeza científica y, por tanto, requería de una redefinición en términos de las evidencias que se iban encontrando.
- **Creencia:** se fue subjetivizando y fue redefinida en términos de conocimiento probabilístico y actitudes mentales.

☞ A finales del siglo XIX se consolidó la idea de que el núcleo conceptual del delirio era el de creencia mórbida o enfermiza, pero esta visión presenta problemas que provienen tanto del concepto de creencia como del de falsedad:

- **Veracidad o falsedad (Reed):** Aplicar el criterio de veracidad o falsedad a una creencia es complicado, en este sentido, diversos autores han propuesto que el término delirio sólo se aplique a aquellas creencias que sean totalmente increíbles o completamente absurdas, aunque seguimos sin disponer de criterios objetivos sobre lo absurdo o lo creíble de una experiencia. (Efecto Marta Mitchell – caso Watergate).
- **Concepto de creencia:** Visión del delirio como creencia errónea.

<b>ELEMENTOS DE UNA CREENCIA (Pirce)</b>	<b>CUMPLIMIENTO EN LOS DELIRIOS (Berrios)</b>
Admitir una creencia (P) junto con una o más proposiciones alternativas (Q o R).	Las observaciones clínicas muestran que es raro el caso en que la admisión simultánea de proposiciones alternativas (Q o R):
Conocer un hecho o conjunto de hechos (E) que son relevantes para P, Q o R.	El conjunto de hechos que apoyan al delirio está normalmente ausente.
Conocer que F hace que P sea más probable que Q o R, es decir, tener más evidencias para P que para Q o R.	El paciente delirante no hace ninguna búsqueda de evidencia respecto a P, Q o R.
Asentir P, lo cual a su vez incluye: ☞ Preferir P a Q o R ☞ Sentir cierto grado de confianza con respecto a P	El único criterio que se cumple es admitir P. Pero la naturaleza de la admisión de P en el individuo “loco” es diferente de la del individuo “normal” – <u>Coeficiente de realidad</u>

Dadas las características de convicción extraordinaria y resistencia a pesar de las evidencias y/o argumentos en contra, hablar de creencia no parece adecuado:

- Creencia. Puede ser modificada por la experiencia o por la presencia de claros argumentos en contra.
- Delirio. En principio, es inmodificable por la experiencia. En este sentido, algunos autores señalan que, en todo caso, el delirio sería asimilable a una convicción, pero nunca a una creencia.

### 2.3.- LAS DIMENSIONES DE LOS DELIRIOS.

- ☞ Los hallazgos empíricos han mostrado consistentemente desde el siglo XIX que los delirios son heterogéneos en términos tanto del contenido como de la forma.
- ☞ Algunos autores han propuesto enfoques alternativos a la descripción de este fenómeno, entre otros, han propuesto una serie de dimensiones que sugieren la existencia de una gama de continuos que van desde las creencias normales hasta las patológicas:

- 1.- Modificable versus inmodificable.
- 2.- Convicción leve versus intensa.
- 3.- Presencia versus ausencia de apoyos culturales.
- 4.- No preocupación versus preocupación.
- 5.- Plausible versus implausible.

#### 2.3.1.- La inmodificabilidad, incorregibilidad o fijeza.

- ☞ Hace referencia al mantenimiento del delirio a lo largo del tiempo, a pesar de las evidencias en contra, y es sin duda uno de los aspectos centrales del concepto de delirio.
- ☞ Los delirios no son invariablemente fijos, hay grados de “fijeza”:
  - Sacks, Carpenter y Strauss (1974): analizaron el curso de la recuperación de los delirios y hallaron tres fases:
    - Fase delirante: en la que el paciente está totalmente implicado en el delirio.
    - Fase de “doble conciencia”: en la que la evaluación de la realidad coexiste con los delirios.

➤ Fase no delirante.

De manera que en el tránsito de un estado delirante a uno no delirante el sujeto pasa por una fase intermedia de doble conciencia, donde es capaz de cuestionar la validez de sus creencias delirantes, aun sin abandonarlas totalmente.

- Rudden, Gilmore y Frances (1982): también encontraron que los delirios no siempre se mantienen con tanta fijeza como se había supuesto, y que en diversas ocasiones la confrontación terapéutica con la realidad puede obtener resultados positivos.

☞ La inmodificabilidad se basa en la suposición de que el delirante se encuentra repetidamente con evidencias contrarias a sus creencias, pero que éstas no le afectan, aunque las observaciones clínicas informales sugieren que los amigos, los parientes e incluso el personal sanitario generalmente se muestran de acuerdo con los pacientes delirantes, presumiblemente porque están convencidos de que contradecirlos puede ser inútil o incluso provocativo.

### 2.3.2.- La intensidad o convicción.

☞ Se refiere al grado de convicción que muestra el sujeto.

☞ Strauss (1969): llegó a la conclusión de que la intensidad de la convicción delirante es tremendamente variable, tanto entre diferentes pacientes como en un mismo paciente.

☞ A pesar de ser una característica definitoria, la mayoría de las veces su valoración en ambientes clínicos deja bastante que desear. Brockington (1991) señala que algunos clínicos no revisan con el paciente (por “temor reverencial”) el grado de convicción, de tal modo que este componente, en vez de comprobarse se tiende a asumir, e incluso se tiende a sobreestimar su grado.

### 2.3.3.- La ausencia de apoyos culturales.

☞ En la mayoría de las definiciones de los delirios se añade la cautela de que la creencia no debe ser compartida por otros miembros del grupo cultural del individuo, como ocurría con las creencias religiosas y políticas.

☞ La irracionalidad de una idea viene definida en parte por el consenso social, y que los psicopatólogos no deberían entrar en polémicas sobre cuestiones de ideología a la hora de diagnosticar.

- ☞ En algunas ocasiones este criterio del consenso se torna un arma de doble filo:
  - Por un lado puede justificar ciertas prácticas psiquiátricas criticadas desde otros grupos culturales (“delirios reformistas” diagnosticados a los disidentes soviéticos).
  - Por otro lado también existen otros peligros políticos asociados a la necesidad de proteger la libertad individual de pensamiento.
- ☞ A la hora de aplicar este criterio a la práctica clínica aparecen problemas, ya que en muchas ocasiones es realmente difícil estar al tanto de las creencias de pequeños grupos alejados de nuestro entorno habitual.

#### 2.3.4.- La preocupación.

- ☞ En lo que concierne a los delirios se suele mantener que los pacientes están continuamente rumiando sus ideas y emplean buena parte de su tiempo en reafirmarlas y expresarlas.
- ☞ Esto puede estar relacionado con el hecho de que las creencias delirantes suelen implicar diversas áreas de las relaciones y vida del paciente, y suelen ser sobre cosas o individuos que tienen una conexión con el delirante, lo que las convierte en ideas autorreferenciales.
- ☞ Dentro de los delirios está siempre la implicación de que esa noción en particular tiene relevancia “para mí”.
- ☞ El tema de la preocupación no es una característica exclusiva ni específica de las ideas delirantes, sino que también está presente en otras ideas inusuales, como las obsesivas o las sobrevaloradas.

#### 2.3.5.- La implausibilidad.

- ☞ Se refiere a la cualidad extravagante del delirio, y está relacionada con la característica de falsedad, especialmente con el grado de verosimilitud de la creencia y con el grado en que el delirio se aparta de la realidad consensualmente determinada.
- ☞ Hay que tener en cuenta que mientras algunos delirios son imposibles en cualquier circunstancia (delirios de estar siendo controlado), otros delirios, como los de persecución, son plausibles en ciertos ambientes.

- ☞ El grado de plausibilidad no se correlaciona con otros aspectos del delirio, como puede ser la desviación comportamental.

## 2.4.- DIFERENCIAS Y SEMEJANZAS CON OTRAS CREENCIAS ANÓMALAS.

Es importante diferenciar entre los delirios y otras alteraciones del juicio y las creencias:

- ☞ Ideas sobrevaloradas: se trata de creencias, con distintos grados de plausibilidad, que están emocionalmente sobrecargadas y que tienden a preocupar al individuo y a dominar su personalidad.

- Semejanzas: Son similares a los delirios en que ambas suponen una importante implicación emocional de las personas que las mantienen.
- Diferencias:
  - Difieren en que las ideas sobrevaloradas poseen cierto grado de validación consensual, y pueden ser psicológicamente comprensibles en términos de la experiencia y personalidad del individuo.
  - Las ideas sobrevaloradas típicamente se centran en cuestiones sociales, políticas o religiosas, mientras que los delirios tienen un componente mucho más personal y son esencialmente autorreferenciales.

- ☞ Ideas obsesivas:

- Semejanzas: comparten con los delirios la preocupación que generan en las personas que las mantienen.
- Diferencias: los individuos que presentan ideas obsesivas suelen reconocer lo absurdo de sus creencias, y suelen mantener una lucha permanente con ellas, a la vez que las experimentan como una intrusión en su conciencia, y por lo tanto como algo no deseado ni voluntario

### 3.- LA CLASIFICACIÓN DE LOS DELIRIOS.

#### 3.1.- DISTINCIONES DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA FORMA.

##### Delirios primarios (ideas delirantes) Incomprensibles:

- Tiene carácter original, inderivable y surge autóctonamente, no tienen su origen en una experiencia anómala previa.
- La experiencia de los delirios primarios consiste básicamente en ser inquietantemente consciente de que se ha producido un cambio en el significado del mundo y de las cosas. Por tanto cuando la persona intenta darle un significado, un contenido a esa experiencia, la explicación no suele ser comprensible para quienes le escuchan.
- Se han postulado cuatro tipo de delirios primarios:
  - Intuición delirante: es fenomenológicamente indistinguible de cualquier idea que nos asalte repentinamente, que nos “venga a la cabeza”. El contenido de estas ideas delirantes suele ser autorreferencial y, por lo general, de gran importancia para el paciente.
  - Percepción delirante: Consiste en la interpretación delirante de un percepto o una percepción normal. (Ej: un paciente al mirar su nombre escrito en el buzón de su casa de “da cuenta” de que la policía secreta lo ha identificado como el enemigo público número uno).
  - Atmosfera delirante: consiste en la experiencia subjetiva de que el mundo ha cambiado de un modo sutil pero siniestro, inquietante y difícil o imposible de definir. Se suele acompañar de un estado de humor delirante, ya que el paciente se siente incómodo, desasosegado e incluso perplejo.
  - Recuerdos delirantes: consiste en la reconstrucción delirante de un recuerdo real, o bien en que, de pronto, el paciente “recuerda” algo que es claramente delirante (EJ: de pronto “recuerda” que es el hijo de Dios).

##### Delirios secundarios (ideas deliroides) comprensibles:

- Surge de otros procesos psíquicos tales como la personalidad o los conflictos subyacentes del paciente.
- Son comprensibles psicológicamente, lo que alude a que se producen como consecuencia del intento por parte del paciente de explicarse una experiencia anormal o un estado afectivo mórbido.



### 3.2.- LAS CLASIFICACIONES EN FUNCIÓN DEL CONTENIDO.

☰ El contenido de los delirios (que se suele denominar “tema”) puede ser bastante variado, y existe una amplia variedad en este tipo de clasificaciones.

☰ Según el DSM-III-R:

- Delirio de ser controlado: Idea delirante en la que los sentimientos, los impulsos, los pensamientos o los actos son vividos como si no fuesen propios y estuviesen impuestos por alguna fuerza externa.

Delirios típicos de esta categoría son la lineación del pensamiento, el robo del pensamiento o la transmisión del pensamiento.

Según Reed (1972):

- Experiencias de pasividad: si el paciente no especifica la naturaleza de la fuerza exterior que le manipula.
- Delirios de pasividad: si el paciente da una explicación delirante y determina la naturaleza de esa fuerza externa.

- Idea delirante corporal: Idea delirante cuyo contenido principal se refiere al funcionamiento del propio cuerpo.

También pueden ser consideradas ideas delirantes corporales algunos juicios de valor extremos acerca del propio cuerpo.

Las ideas delirantes hipocondríacas son también ideas delirantes corporales cuando implican cambios específicos en el funcionamiento o la estructura del cuerpo, en lugar de la creencia insistente de tener una enfermedad.

- Idea delirante de celos: Convicción delirante de que la pareja sexual es infiel.
- Idea delirante de grandeza: Idea delirante cuyo contenido implica una exagerada valoración de la importancia, el poder, el conocimiento o la identidad personales. Puede ser de naturaleza religiosa, corporal o de otra clase.
- Idea delirante de pobreza: Idea delirante de que el sujeto ha perdido o perderá todas o casi todas sus posesiones materiales.

- Idea delirante de referencia: Idea delirante consistente en que los acontecimientos, los objetivos o las personas próximas del ambiente del sujeto tienen un sentido particular y no usual, por lo general de tipo negativo o peyorativo.

Si la idea delirante de referencia se articula en una temática persecutoria, entonces puede hablarse también de delirio de persecución.

- Idea delirante extravagante: Falsa creencia cuyo contenido es claramente absurdo u sin base real posible.
- Idea delirante nihilista: Idea delirante en torno a la no existencia del yo (o de alguna de sus partes), de los demás y del mundo.
- Idea delirante persecutoria: Idea delirante cuyo tema central es la convicción de que una persona (o grupo) es atacada, acosada, engañada, perseguida o víctima de una conspiración.
- Delirio de culpa: el paciente se siente culpable y responsable de todo tipo de miserias.
- Delirio de Sosías o síndrome de Capgras: el paciente cree que personas importantes en su vida están siendo usurpadas por un impostor, aun a sabiendas de que tienen la misma apariencia.
- Delirio de amor o síndrome de Clerembault: el paciente cree que alguna otra persona está locamente enamorada de él.

#### 4.- EL DELIRIO Y LOS TRASTORNOS MENTALES

- ☞ Los delirios están presentes en una amplia variedad de trastornos psicológicos, neurológicos y médicos.
- ☞ La presencia de delirios es característica de las esquizofrenias, de los trastornos paranoides y de los trastornos afectivos mayores (depresión y manía).
- ☞ Pueden aparecer además ideas delirantes en ciertos trastornos de personalidad como el paranoide, el esquizotípico y el esquizoide.
- ☞ También pueden aparecer en una amplia gama de enfermedades de origen biológico, por efecto del abuso del alcohol y drogas y como efectos secundarios de ciertos agentes farmacológicos.

DSM-IV	CIE-10
<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Delirium, demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognitivos.</li> <li>⊗ Trastornos relacionados con el uso de sustancias.</li> <li>⊗ Trastornos psicóticos debidos a condiciones médicas generales.</li> <li>⊗ Esquizofrenia.</li> <li>⊗ Trastorno esquizoafectivo.</li> <li>⊗ Trastorno delirante.</li> <li>⊗ Trastorno psicótico breve.</li> <li>⊗ Trastorno psicótico compartido.</li> <li>⊗ Trastornos del estado de ánimo.</li> <li>⊗ Trastorno esquizofreniforme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊗ Trastornos mentales orgánicos.</li> <li>⊗ Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.</li> <li>⊗ Esquizofrenia.</li> <li>⊗ Trastorno esquizoafectivo.</li> <li>⊗ Trastorno de ideas delirantes persistentes.</li> <li>⊗ Trastorno psicóticos agudos y transitorios.</li> <li>⊗ Trastornos de ideas delirantes compartidas.</li> <li>⊗ Trastornos de humor.</li> <li>⊗ Trastorno esquizotípico.</li> </ul>

☞ Aunque los temas delirantes pueden ser variados en los diversos trastornos, también nos encontramos con que ciertos temas son de aparición más frecuente en algunos trastornos que en otros:

TEMAS	TRASTORNOS				
	Esquizofrenia	Paranoia	Depresión	Manía	Demencias
Culpa			X		
Amor	X				
Grandeza	X			X	X
Influencia	X			X	
Nihilista	X		X		
Persecución	X	X	X	X	X
Pobreza			X		
Referencia	X	X	X		X
Somático			X		X

☞ Una conclusión inmediata es que resulta absolutamente necesario realizar un detenido examen de las condiciones que anteceden a su aparición, incluyendo la historia premórbida del paciente, y poniendo especial cuidado en delimitar el posible origen biológico de los delirios que presenta una persona.

## 5.- EXPLICACIONES PSICOLÓGICAS ACERCA DE LOS DELIRIOS.

### 5.1.- LOS PLANTEAMIENTOS CLÁSICOS.

#### 5.1.1.- Freud y el caso Schreber.

- ☞ Freud fue una de las figuras pioneras más importantes en psicopatología que mantenía la importancia de los síntomas específicos, tales como las ideas delirantes, y que además proponía que la función de estos síntomas podía entenderse en términos de procesos psicológicos.
- ☞ Se podría decir que los psicoanalistas han considerado los delirios como creencias con significado, y esencialmente como expresiones de las fantasías y los deseos premórbidos del individuo, a los que se daba totalmente rienda suelta una vez que había ocurrido la descompensación, esto es, una vez que se manifestaba el trastorno.
- ☞ Los teóricos psicoanalíticos han atribuido al delirio un valor simbólico, y destacado la importancia de ciertos complejos y de otros factores afectivos.
- ☞ La teoría de Freud respecto a los delirios, aceptada por la práctica totalidad de los psicoanalistas, se basa en el análisis de la autobiografía del magistrado alemán Schreber “Memorias de un neurópata” en la que hacía una amplia relación de sus delirios, de los que Freud eligió dos:
  - Schreber afirmaba que estaba en vías de convertirse de hombre a mujer.
  - Se quejaba de haber sufrido ataques homosexuales.
- ☞ Freud llegó a la conclusión de que Schreber tenía tendencias homosexuales fuertemente reprimidas. Planteaba que los delirios provienen de los impulsos homosexuales reprimidos que pugnan por manifestarse. La ansiedad que resulta de la amenaza de su expresión es inaceptable para el yo y, por tanto, es manejada con el mecanismo de proyección

#### 5.1.2.- La escuela de Heidelberg.

- ☞ “Enfoque Heidelberg” (Trabajo de Jaspers, Gruhle, Schneider). El postulado central de estos autores se centra en la distinción entre delirios primarios y secundarios.
- ☞ Su trabajo era fundamentalmente estudiar la incomprendibilidad de la génesis de la vivencia delirante (aunque esta distinción no proporciona una explicación de la génesis del delirio):

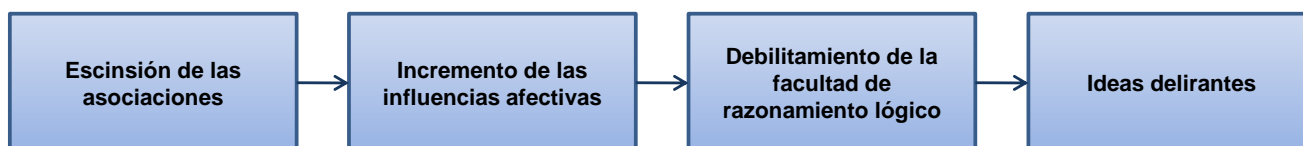
- **Comprensible:** la etiopatogenia vendrá dada por los mecanismos anormales de personalidad y por factores ligados a la historia biográfica del paciente.
- **Incomprensibles:** su etiopatogenia ha de estar referida al trastorno fundamental.

### 5.1.3.- La postura de Eugen Bleuler.

☞ Bleuler propuso que los delirios podían surgir de dos maneras distintas:

- A través de un “debilitamiento” de las asociaciones, como en el caso de la esquizofrenia.
- Por una exageración del apego emocional a una idea, como en la paranoia.

☞ En cualquier caso, el mecanismo general propuesto por este autor fue la ruptura del equilibrio entre las cualidades formales del pensamiento y los factores asociados.



### 5.1.4.- El principio de Von Domarus.

- ☞ En 1944 planteó que los delirios surgían como consecuencia de un fracaso en el razonamiento silogístico (razonamiento deductivo).
- ☞ El fracaso consistía en asumir la identidad de los sujetos sobre la base de predicados iguales:

La Virgen María fue virgen:  
Yo soy virgen,  
Luego soy la Virgen María.

- ☞ Arieti (1955) profundizó en el trabajo de Von Domarus, ha planteado esta idea de considerar los delirios como una regresión hacia un nivel más primitivo de desarrollo cognitivo, y más concretamente plantea que los delirios reflejan un fracaso regresivo en la utilización de la lógica aristotélica.

## 5.2.- LOS PLANTEAMIENTOS ACTUALES

### 5.2.1.- El delirio como explicación racional.

- ☞ Según algunos autores la teoría psicológica actual más importante de la formación de los delirios es la “Teoría perceptiva” (Maher).
- ☞ Maher señala que una persona delirante presenta problemas perceptivos primarios, de naturaleza fundamentalmente biológica, que ocasionan experiencias anómalas.
- ☞ Esa experiencia anómala produce un sentido de perplejidad, lo que lleva a su vez a una búsqueda de explicación, lo cual es anormal, ya que la experiencia inicial es anormal. La llegada a una explicación, aunque sea singular, se acompaña de alivio, lo cual sirve para reforzar la explicación.
- ☞ Maher, resume su postura en diez puntos:
  - El pensamiento delirante no es en sí mismo aberrante; es decir, los procesos implicados en la formación de los delirios no difieren de los procesos implicados en la formación de otras creencias no delirantes.
  - Los delirios pueden considerarse teorías, y las teorías sirven para imponer orden y significado a los datos empíricos que se obtienen mediante la observación.
  - Cuando la naturaleza nos presenta algún enigma o misterio, entonces surge la necesidad de elaborar teorías. (Estado de búsqueda).
  - Los enigmas requieren o exigen explicaciones; la búsqueda de tales explicaciones comienza y continúa hasta que al final se haya ideado una explicación.
  - Cuando se desarrolla una explicación y ésta de cuenta satisfactoriamente de un número importante de observaciones discrepantes, y también de por qué tales observaciones se alejan de lo predicho, esta explicación se acompaña de alivio y reducción de la tensión.
  - Los datos posteriores que son consistentes con la explicación reducen las disonancias y otorgan cierto estatus a la explicación; los datos que la contradicen feneran disonancia cognitiva y no son “bien recibidos”.
  - Los demás juzgarán la creencia como delirantes:
    - Si los datos sobre los que se basa no están disponibles también para ellos y/o
    - Si estando los datos disponibles no generan en ellos el sentido de enigma o el significado que les da el paciente.

- Las experiencias de “significado” y “alivio” se asumen que tienen un locus real en el sistema nervioso, probablemente mediatizado por el emparejamiento de una plantilla neuralmente definida (secuencia de observaciones esperadas) con otra plantilla neuralmente definida (la secuencia experimentada).
  - Las teorías delirantes, basadas en datos no disponibles a los demás, se pueden desarrollar:
    - Si existe un deterioro real en el funcionamiento sensorial que no ha sido diagnosticado en el paciente.
    - Si existe un déficit en el proceso que selecciona la información entrante (como un déficit atencional).
    - Si existe una alteración en la conducta expresiva personal (trastornos del lenguaje, motores que no se han diagnosticado).
  - Una teoría delirante, al igual que cualquier teoría, no se abandona hasta que el paciente tenga otra que explique mejor las experiencias que está teniendo.
- ☞ La visión de Maher es que la explicación (el delirio) es esencialmente un producto del razonamiento normal. El proceso de formación de ideas delirantes es básicamente el mismo que el patrón que las personas seguimos para la formación de creencias. La diferencia básica estaría en que el primer paso se produce, en el caso del delirio, por lo anómalo e inesperado de la secuencia de experiencias que el individuo está percibiendo.
- ☞ La implicación de esta teoría es que los delirios u las creencias normales tienen la misma finalidad: comprender el mundo, explicarlo. Por lo tanto, unos y otros siguen el mismo proceso formal de reforzamiento.
- ☞ Maher ha ido modificando su énfasis inicial en los planteamientos perceptivos y se ha centrado cada vez más en la segunda parte del proceso, es decir, la que afecta sobre todo al proceso de razonamiento.
- ☞ Evidencias que apoyan la teoría de Maher:
- Recuerda la gran variedad de condiciones en las que se presenta el delirio lo cual apoyaría su planteamiento de que el delirio es siempre un síntoma o respuesta secundaria, reactiva, a otra alteración, ya que sería difícil concebir que todos los trastornos compartieran otra cosa que no fuera cierto grado de discapacidad corporal, que puede implicar características motoras o sensoriales.
  - Señala que no existen evidencias de deterioro en la capacidad de razonamiento de los pacientes delirantes.
  - Señala que cuando se estudian las respuestas que dan personas mentalmente sanas bajo situaciones ambientales anómalas se encuentra que es bastante fácil provoca creencias irracionales, muy parecidas a las delirantes.

- 📄 Esta teoría ha sido criticada por diversos autores e incluso el propio Maher reconoce que aún sigue quedando el problema de por qué algunos pacientes eligen explicaciones delirantes a sus experiencias anómalas y otros no.

### 5.2.2.- Los delirios como alteraciones del pensamiento formal.

📄 Según Garety:

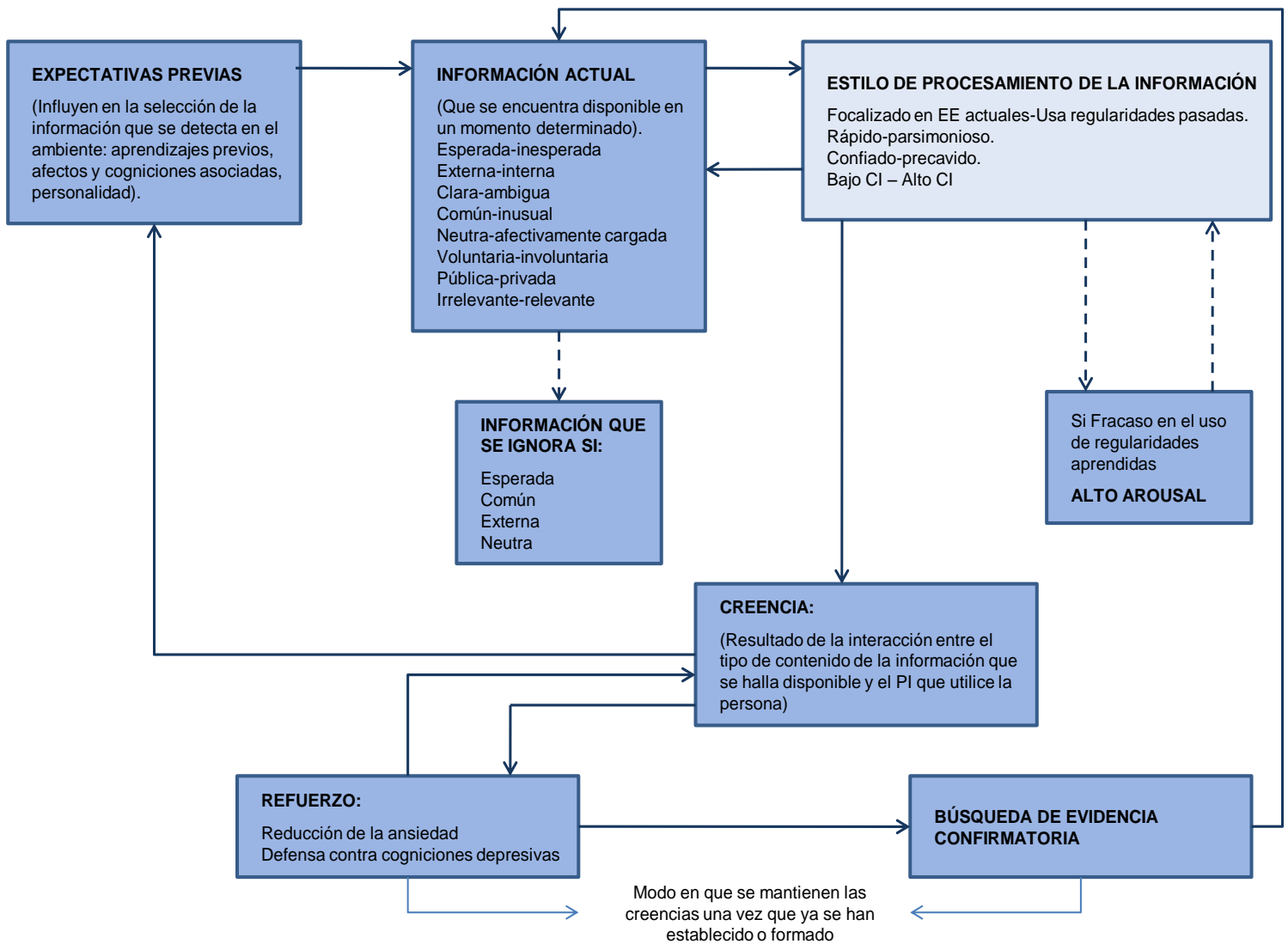
- No todos los sujetos bajo las mismas condiciones desarrollan creencias delirantes. Los delirios no parecen surgir necesariamente de experiencias perceptivas anómalas.
- Mientras que la evidencia clínica ciertamente sugiere que algunos delirios son informes de experiencias anormales, tales como alucinaciones, también se sugiere que las experiencias perceptivas anormales no son acontecimientos sensoriales “dados”, sino que ellos mismos implican razonamiento.
- Existiría evidencia a favor de anormalidades o sesgos de razonamiento en los delirantes. Sobre lo que se han realizado diversos estudios donde destacan los trabajos del grupo de Hemsley y Garety:
  - Desarrollaron la teoría de Fischhoff y Beyth-Maron, quienes en 1983 propusieron explicar los sesgos que afectaban a la formación de creencias usando como referencia el modelo bayesiano de probabilidad. Este modelo establece el modo en que se debería evaluar a evidencia cuando se elabora, se mantiene o se descarta una hipótesis.
  - Los trabajos del grupo están encaminados a dilucidar el modo en que los delirantes llevan a cabo los procesos de búsqueda de información:
    - ❖ En el primero de estos trabajos se postula que uno de los déficit básicos de los delirantes consiste en su incapacidad para tener en cuenta evidencias nuevas y contrastarlas con los datos que ya disponen.
    - ❖ Los otros dos estudios están dirigidos a examinar el posible déficit en el razonamiento probabilístico de los delirantes. En estos estudios encontraron algunos resultados:
      - 🌀 Que siguiendo el modelo bayesiano, los sujetos con delirios resultaron ser mejores razonadores que los normales, ya que estos últimos mantuvieron durante más tiempo hipótesis que ya se habían revelado como falsas.



- ☼ Que al encontrarse con evidencias discordantes los delirantes cambiaban sus hipótesis iniciales con más frecuencia que los controles.

Lo que encontraron fue que los delirantes necesitaban menos información para llegar a una conclusión.

- 📄 En un trabajo posterior, Garety presenta un modelo preliminar de los procesos de juicio que estarían implicados en la formación de delirios:



### 5.2.3.- El delirio desde las teorías atribucionales.

- ☞ La teoría de las atribuciones afirma que existe una tendencia general en todas las personas a realizar explicaciones causales, y que esta tendencia es todavía mayor cuando los acontecimientos son anómalos, inesperados o incongruentes con nuestros esquemas.
- ☞ Nos encontramos con la hipótesis de Jones y Nisbett sobre las diferencias entre las atribuciones que hacemos:
  - Atribuciones situacionales (para explicar nuestras propias acciones).
  - Atribuciones disposicionales (las que hacemos para explicar las de los demás)
- ☞ Normalmente atribuimos las experiencias desagradables a factores del entorno, incluyendo en él muchas veces a “los otros” y, en este caso especialmente, centramos nuestra atribución en la presencia de ciertas disposiciones internas estables que suponemos tienen los “otros”. A esto se añade el proceso de inferencia correspondiente (la gente asume que las acciones corresponden a intenciones y que las intenciones corresponden a disposiciones) y la relevancia hedónica (la inferencia correspondiente es mayor cuando la conducta del actor afecta al bienestar de quien la percibe).
- ☞ A raíz de los trabajos de Kahneman y Tversky se comenzó a considerar que los juicios de los seres humanos no se rigen por algoritmos, es decir, por adherencias a las reglas de las inferencias lógicas que garantizan la conclusión correcta.
- ☞ Según estos trabajos los juicios de los seres humanos se rigen por heurísticos, enfoque por medio de atajos o caminos fáciles que infringen una o más de las reglas de la inferencia normativa, pero que aún tienen alguna probabilidad de llegar a la solución correcta.
- ☞ Los cuatro heurísticos identificados son:
  - Representatividad: las personas tendemos a asumir que las características de un agente deben parecerse a las características de su resultado: por tanto, si los efectos son extraños o desagradables, las causas serán extrañas o desagradables.
  - Disponibilidad o accesibilidad: Los juicios se ven afectados por la facilidad con que pueden traer ejemplos a la mente.
  - Simulación: El juicio se ve afectado por la facilidad con que se puede construir un escenario mental plausible: el sujeto imagina causas posibles y toma la que primero se le ocurre como explicación.

- Anclaje y ajuste: Los juicios iniciales sirven como anclas para los juicios finales, u se da poco ajuste subsiguiente, es decir, se da poco peso a la información novedosa.

#### 5.2.4.- Teoría sobre el contenido de los delirios.

- ☞ Berrios afirma que si se describieran apropiadamente, los delirios se definirían como actos de habla vacíos que se disfrazan de creencias.
- ☞ Continúa afirmando que su contenido no es más que un fragmento aleatorio de información atrapada en el momento en que cristaliza el delirio y explica la comunalidad de ciertos temas por el hecho de que los fragmentos informacionales con alto valor de frecuencia también tienen u alta probabilidad de ser “atrapados”.

## 6.- LOS FACTORES DE GERMINACIÓN Y LOS FACTORES DE MANTENIMIENTO

### 6.1.- FACTORES QUE INFLUYEN EN LA GERMINACIÓN DEL DELIRIO.

- ☞ Disfunciones cerebrales.
- ☞ Personalidad: el rol de la personalidad en la génesis de ciertos delirios. Consideran que el delirio se da más fácil y frecuentemente en personalidades predispuestas a él, sea por su constricción hereditaria o por motivos adquiridos.
- ☞ Mantenimiento de la autoestima: Este factor parece ser importante particularmente en las ideas expansivas y erotomaníacas, y también parece ser uno de los motivos de la elevada frecuencia con la que aparecen delirios con contenidos autorreferenciales (delirios de grandeza).
- ☞ El afecto.
- ☞ Experiencias inusuales.
- ☞ Sobrecarga cognitiva.
- ☞ Variables interpersonales.
- ☞ Variables situacionales: especialmente las relacionadas con aislamiento sensorial.

## 6.2.- FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MANTENIMIENTO DEL DELIRIO.

- ☞ La inercia para mantener creencias: los delirantes no abandonan sus delirios por otras explicaciones más naturales, ya que sus experiencias se explican mejor para ellos según la teoría delirante.
- ☞ La influencia de la conducta y la profecía autocumplida: Los delirios influyen en la conducta y deterioran el respeto que los demás otorgan al paciente con lo que deterioran la competencia del individuo. Estos factores reforzarían la necesidad de compensar la autoestima mediante la interpretación delirante.
- ☞ Sesgos en las atribuciones: aluden a la teoría de la atribución y a los sesgos que todos cometemos a la hora de probar nuestras hipótesis.
- ☞ Sesgos en el razonamiento.