

**Carlos A. Morra**  
**Psicopatología general.**  
**Semiología del pensamiento**

CAPÍTULO 3

IDEAS DELIRANTES

No hay ninguna idea delirante que no pueda ser superada en su carácter absurdo por las convicciones de los individuos fanatizados, ya se trate del individuo aislado o de la masa.

Paul Hoche (1934) (Ey, 1959)

El término delirio que, existió durante milenios (aproximadamente 3000 años) en el vocabulario médico, proviene del verbo latino “Delirare” que significa salirse del surco (Adamis et al., 2007).

A lo largo de la historia ha existido una gran controversia acerca de la definición y la ubicación semiológica y nosológica de los delirios, que se complica más aún debido a la confusión que existe en los términos y su aplicación. La aplicación errónea del término, se debe en gran parte a que el mismo se aplicaba tanto al síntoma (ideas delirantes), como a la entidad nosológica (delirios agudos y crónicos), sumado a algunos errores de traducción del vocablo delirium (aplicado en los países anglosajones para referirse a los síndromes confusionales), todo esto hace que existan ocasiones en las que se puede interpretar que el autor se estaba refiriendo al síntoma y en realidad hacía alusión a la entidad nosológica o a los síndromes confusionales (delirium).

Si revisamos la historia del concepto se destacan algunas, por ejemplo, John Locke (1690), afirmó que: “ideas que emergen juntas y que son tomadas de manera errónea como ciertas, se constituyen en una asociación que puede conducir al delirio” (Locke, 1690), sus ideas se reflejan posteriormente en las de Kraepelin (1911), quien de acuerdo a Vallejo Nágera (1949), asigna caracteres distintivos de las ideas delirantes, en primer lugar a la procedencia patológica, que las distinguen de los errores habituales en la vida, y en segundo término la irreductibilidad, al ser inaccesibles a los razonamientos y explicaciones (Vallejo Nágera, 1949).

Uno de los grandes autores de la psiquiatría alemana, Wilhelm Griesinger (1867), se refiere a las ideas delirantes como “falsos contenidos del pensamiento, como por ejemplo, aquellos que no están en armonía con el mundo externo ni con los eventos de su vida pasada” y plantea que: “al aparecer los pacientes intentan explicar sus disposiciones y emociones mórbidas por la ley de causalidad, surgiendo las más variadas causas o eventos externos y los innumerables recuerdos de su existencia que proveen el material para su intento de explicación y las circunstancias, educación y sus puntos de vista acerca de la vida, tienen aquí la más decisiva influencia” (Griesinger, 1865).

Por su parte, Benjamin Ball (1880) afirma que en el campo de la patología mental, se designa como concepciones delirantes “a las ideas insanas que se apoderan del espíritu de los alienados y cuyo absurdo es a menudo manifestado por ellos mismos, a veces no se hace evidente durante la entrevista sino a través de las elecciones que ellos hacen” (Ball, 1880), este concepto resulta importante, ya que plantea la posibilidad de encontrarse frente a delirios que no son enunciados por los pacientes, pero que si condicionan conductas, es decir son actuados. Por ejemplo, un paciente con un delirio paranoide, niega cualquier creencia persecutoria, porque piensa que lo van a perjudicar si así lo hace, no obstante no puede evitar tomar precauciones exageradas que resultan llamativas a los ojos de las demás personas, como desconfiar de todo el mundo, colocar costosos sistemas de seguridad en sus casas y permanecer alertas durante todo el día.

En el mismo año, Joseph Guislain (1880), los define como “notable aberración de la razón, un error crónico de los conceptos y un trastorno de ideas que el paciente no puede combatir ni contener, y en el cual contempla como una realidad lo que solamente son fantasmas de su imaginación” (Guislain, 1852).

Sin embargo, una de las definiciones más aceptadas proviene de Emil Kraepelin (1899), quien en la sexta edición de su manual de psiquiatría para estudiantes y psiquiatras las definió como: “ideas patológicamente falsificadas que son resistentes (impermeables) a ser corregidas por la argumentación (discusión)” y agrega: “esta particularidad apunta al hecho de que los delirios no surgen de la experiencia ni la reflexión, sino de la fe” (Kraepelin, 1990).

Emanuel Regis (1907) plantea la dificultad de definir a las ideas delirantes, él afirma que: “Si en ciertos casos la idea delirante es absurda, imposible, en otros, bastante numerosos, no tiene nada de incompatible con el orden natural de las cosas; únicamente es contraria a la evidencia de los hechos sin razón de ser en la boca del que habla” (Regis, 1907), si un ministro o un juez nos plantean que existe un complot para asesinarlos, esto puede ser un hecho factible, mientras que si es una ama de casa y los que la quieren matar según ella son espías soviéticos, las probabilidades de que sea real son menores.

Para Karl Jaspers (1913) el término delirio es vagamente aplicado a todos aquellos “falsos juicios que comparten las siguientes características externas de manera marcada y así también a aquellas que los cumplen de manera indefinida”, las mismas son:

- Son mantenidas con extraordinaria convicción, con una certeza subjetiva incomparable
- Son impermeables a otras experiencias y a argumentos contradictorios
- Su contenido es imposible (Jaspers, 1968).

Un aporte importante a nivel nacional es el de Juan Carlos Betta (1959), quien lo define como: “Un error patológico elaborado por un juicio perturbado; es irreductible; condiciona la conducta; es defendido por el enfermo convencido de su realidad” (Betta, 1959).

A manera de síntesis, Kräupl-Taylor (1966), luego de analizar algunas de las definiciones entonces existentes, plantea que el delirio más que una creencia es un conocimiento, una verdad absoluta e indiscutible, que no plantea la mínima posibilidad de error, ya que es algo que se conoce de manera fehaciente y se sostiene con marcada convicción, por lo que sugiere referirse a ellos como falsas convicciones (Kräupl-Taylor, 1966).

Un destacado representante de la escuela social inglesa, Frank Fish (1976) lo define como: “una creencia falsa, inquebrantable que surge de procesos internos mórbidos y que no se ajusta a los antecedentes sociales y culturales del paciente” aunque agrega “El hecho de que un delirio sea falso hace que sea fácil de reconocer, pero esto no es su cualidad esencial. Un delirio muy común entre las personas casadas es que sus cónyuges les son infieles. En la naturaleza de las cosas, algunos de ellos habrán sido infieles; el delirio será, por lo tanto, cierto, sin embargo solo por coincidencia” (Hamilton, 1976). Podemos decir entonces que no es el error lo que define al delirio, sino el proceso anormal que nos lleva a una conclusión que suele ser errónea aunque no necesariamente lo sea.

Alemania fue uno de los primeros países en implementar ejes multiaxiales a gran escala, uno de los más influyentes fue el AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodic und Documentation in der Psychiatrie) (1980), en el se define que: “Los delirios son contradicciones a la realidad que no son sostenidas por las creencias colectivas y los conceptos de la humanidad. En el caso de los delirios, hay una falla del juicio de realidad inducida por una enfermedad que es mantenida sobre la base de la creencia subjetiva y por evidencia A priori” (AMDP, 1980).

Otro aporte importante proviene de la escuela comportamentalista americana a través de Michael Alan Taylor (1981) quien sugiere aplicar una definición estándar en la que se caracteriza al delirio como: “falsas creencias que no están de acuerdo con las creencias colectivas del género humano y que no pueden ser corregidas por la evidencia” aunque acepta otras como “se denomina así al establecimiento de una relación sin las pruebas adecuadas”. Aparte de la definición que acepta, utiliza el término ideas apofánicas o ideas delirantes de manera indistinta; según él, término apofanía proviene del griego:

Hacerse manifiesto, y se define como: “ideas falsas o arbitrarias desarrolladas sin pruebas adecuadas (que las sustenten)” (Taylor, 1981).

Manfred Spitzer (1990) caracterizó a los delirios como “afirmaciones acerca de la realidad externa que son pronunciadas como declaraciones acerca de un estado mental (espacio interno), es decir, con certeza subjetiva e incorregibilidad por los otros” (Spitzer, 1990). La definición del autor plantea que, una cosa es estar seguro de lo que se está sintiendo o experimentando (“siento que mis pensamientos están acelerados”), pero otra es afirmar verdades intersubjetivas es decir de eventos en el mundo exterior, con la misma certeza, sin justificación ni posibilidad de corrección. Sin embargo, su definición se encuentra con la dificultad de distinguir los delirios religiosos o sobrenaturales de las creencias colectivas de contenidos religiosos o sobrenaturales de tipo cultural. Frente a este problema, aclara dos cuestiones: (1) En la medida en que alguien afirma tener ciertas experiencias religiosas, esas experiencias, por definición, no son delirios. Sin embargo, si la persona afirma que estas experiencias tienen validez intersubjetiva (y esas reclamaciones son las que causarán problemas sociales, no las experiencias), entonces es apropiado referirse a ellas como delirios. (2) En el caso de ciertas creencias compartidas culturalmente (por ejemplo, superstición), los pares de esa cultura determinan si alguna creencia es desviada o no. Nuevamente, esto sucederá cuando la persona reclame validez intersubjetiva por sus creencias sobre bases inadecuadas. En resumen, si bien nuestra definición no puede proporcionar ningún criterio para separar los delirios de la mera superstición o religión, aclara los motivos por los cuales los miembros del grupo de pares (y el psiquiatra que les habla) pueden tomar tales decisiones: No es la falsedad, sino el reclamo injustificado de validez intersubjetiva lo que hace que una creencia sea delirante” (Spitzer, 1990). Es decir que si una persona refiere que cree en los ángeles, no constituiría un delirio inmediatamente, ahora bien, si le preguntamos como llegó a esa conclusión y nos responde solamente: Yo lo sé, esto resulta sospechoso y requiere evaluar más en profundidad como llegó a obtener dicha evidencia, si la adquirió por sus propios medios (ocurrencia) o derivada de otros procesos anormales, podemos afirmar que se trata de un delirio.

El DSM-IV (1994) los describe como “Una creencia errónea que habitualmente involucra una interpretación equivocada de percepciones o experiencias; con un grado variable de convicción con el cual la creencia es sostenida a pesar de evidencias contradictorias claras” (DSM-IV, 1994). Mientras que el glosario del DSM-5 (2013) introduce una definición más compleja que los caracteriza como: “Una creencia falsa basada en inferencia incorrecta sobre la realidad externa que se sostiene firmemente a pesar de lo que casi todos los demás creen y a pesar de lo que constituye una prueba incontrovertible y obvia o evidencia de lo contrario. La creencia generalmente no es aceptada por otros miembros de la cultura o subcultura de la persona (es decir, no es un artículo de fe religiosa). Cuando una creencia falsa involucra un juicio de valor, se considera como delirio solo cuando el juicio es tan extremo como para desafiar la credibilidad” (DSM-5, 2013). Pero en el capítulo en el que se describe al espectro de la esquizofrenia y de los demás trastornos psicóticos se recurre a una definición más sintética:

“Los delirios son falsas creencias que no son modificables bajo la luz de evidencia contraria” (DSM-5, 2013).

Gilleen y David (2005) sostuvieron que: “los delirios son generalmente aceptados como creencias que se sostienen con gran convicción, desafían los contraargumentos racionales y son rechazados como falsos o extraños por miembros del mismo grupo sociocultural” (Gilleen y David, 2005).

En la edición del 2015 del libro de George Sims (en realidad Femi Oyebode es quien presenta la visión del autor ya fallecido) presenta la siguiente definición: “los delirios son juicios falsos que son sostenidos con convicción extraordinaria y certeza subjetiva incomparable y son impermeables a otras experiencias y argumentos convincentes” (Oyebode, 2015).

Por lo tanto, habiendo analizado las descripciones presentadas por tantos autores, podemos sugerir la siguiente definición:

**Ideas mórbidamente obtenidas (derivadas), tenazmente sostenidas, que son incoercibles frente a toda evidencia opuesta claramente válida.**

### **Características de los delirios**

Existen múltiples descripciones de las características principales de los delirios, a continuación, repasaremos algunas de ellas en especial de autores contemporáneos, como, por ejemplo:

Käupl-Taylor (1966), Describe las siguientes características de los delirios (Käupl-Taylor, 1966):

- 1-Son absolutos, son sostenidos sin la menor sombra de duda
- 2-Vinculados al “yo”, tienen un significado sensible personal
- 3-Idiosincráticos, porque no son compartidos por otros
- 4-Incorregibles, no son susceptibles a la persuasión
- 5-Preocupante, monopolizan la mente del paciente virtualmente excluyen a las demás ideas

T.F. Oltmanns (1988), plantea una serie de características que según él permiten identificar si una determinada creencia es delirante, estas son:

- 1-El balance entre la evidencia a favor y en contra de la creencia es tal, que las demás personas la consideran completamente increíble.
- 2-La creencia no es compartida por otros
- 3-La creencia es sostenida con firmeza. Las declaraciones de la persona o sus comportamientos no responden a la evidencia presentada, contraria a su creencia.
- 4-La persona está preocupada (comprometida emocionalmente) con la creencia y encuentra difícil no pensar y no hablar de ella.
- 5-La creencia involucra referencias personales, más que convicciones no convencionales religiosas, científicas o políticas
- 6-La creencia es una fuente de malestar subjetivo o interfiere con el funcionamiento social o laboral de la persona
- 7-La persona no refiere esfuerzos subjetivos para resistirse a las creencias (en contraste con las ideas obsesivas) (Oltmanns, 1988).

En el SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry del 1994) de la OMS se describen algunas características necesarias para la identificación del delirio, estas son:

- a. Es mantenido con convicción
- b. No es susceptible de ser modificado por la evidencia que lo contradice, aunque en ocasiones se modifica, pero solo brevemente
- c. La creencia es imposible, increíble o falsa (WHO, 1994).

Estos criterios son necesarios, pero no suficientes, ya que en ciertas condiciones en las que el individuo sostiene creencias religiosas muy fuertes, las ideas sobrevaloradas de posesión o místicas pueden cumplir todos o casi todos los criterios de un delirio, pero deben ser analizadas de acuerdo con contexto personal para no ser confundidas (WHO, 1994).

Según Bumke (1946), el reconocimiento del error puede verse dificultado por fallas en la inteligencia como por acentuaciones afectivas, sin embargo, en el delirio la certeza y la incorregibilidad hacen que sus contenidos sean expuestos y sostenidos en lugar de ser ocultados o disimulados dentro del universo de las ideas no delirantes (Bumke, 1946).

Según Freeman (2007) son características de la naturaleza multidimensional de los delirios:

Infundados

Sostenidos firmemente (convicción)

Resistentes al cambio (irrefutables)

Preocupantes

Perturbadores

Interfieren con el funcionamiento social

Involucra una referencia personal (Freeman, 2007).

En ocasiones resulta difícil de establecer la presencia de estos criterios, en especial el contenido del delirio, cuando ciertos aspectos culturales y sociales del paciente hagan que las ideas sean tomadas como normales o solamente exageradas. También, en ocasiones pueden surgir dudas difíciles de comprobar sobre la certeza o la falsedad del contenido. Por ejemplo, una paciente embarazada, sostenía que había sido embarazada por un vecino, en este caso resulta imposible comprobarlo hasta realizar las pruebas de paternidad, por lo tanto, puede ser inicialmente muy difícil afirmar con certeza que se trataba de una idea falsa. Para Freeman (2008), en algunos individuos puede existir un núcleo de verdad en el delirio y que este haya sido exagerado por él, por lo que puede resultar difícil establecer si la persona delira (Freeman, 2008).

En relación con la convicción y la resistencia al cambio, en general resulta difícil convencer del error o modificar las creencias del paciente. Los delirios resultan impermeables a la razón y su convicción suele ser clara y evidente, por lo que cualquier explicación que no sea congruente con sus creencias, suele ser rápidamente descartada y abandonada, por más lógica y plausible que fuera. Por ejemplo, si el perro del paciente se comió una comida que se encontraba sobre una mesa, por más que hubiera huellas suyas por toda la casa, que tuviera manchas de comida en el hocico y que alguien lo hubiera visto por la ventana, la evidencia puede no resultar suficiente para demostrarle al dueño de casa que los culpables no fueron sus enemigos, los vecinos de enfrente.

Lisa Bortoletti (2016), plantea a partir de las publicaciones de Freeman (2004), de Roberts (2006) y de Broome (2007), que “una de las causas que llevan a sostener las creencias delirantes se debe a la ceguera para contemplar hipótesis alternativas de explicación”. También describe tres formas de indisponibilidad, “falta de disponibilidad debido a que la explicación no se ajusta adecuadamente, falta de disponibilidad debido a sesgos de razonamiento y falta de disponibilidad debido a razones motivacionales, no parecen depender solamente de una enfermedad mental o la presencia de síntomas psicóticos”. Aclarando que: “Primero, la tendencia a preferir hipótesis que expliquen los detalles de la experiencia de una manera más satisfactoria no se limita a la población clínica. Algunas de las experiencias que las personas con delirios deben tener en cuenta son anómalas, pero tener experiencias anómalas no es suficiente ni necesario para la enfermedad mental en general, ni para la psicosis en particular. En segundo lugar, aunque los sesgos de razonamiento, como llegar a conclusiones sin evaluar correctamente todos los elementos y la necesidad de hacer un cierre de la situación lo antes posible, parecen

acentuarse más en el grupo de pacientes presentaban probablemente delirios, no son exclusivos de esa muestra ni son marcadores de enfermedades mentales. Finalmente, cualquier persona, con o sin psicosis, preferiría no adoptar una hipótesis que tenga implicaciones negativas para su imagen personal, y la hipótesis de que tiene una enfermedad mental es obviamente desagradable y perturbadora” (Freeman, 2004; Roberts, 2006; Broome, 2007; Bortoletti, 2000).

En ocasiones los pacientes refieren aceptar y cambiar de opinión rápidamente frente a los argumentos de otras personas, pero luego la persistencia de la idea, las manifestaciones posteriores o sus comportamientos, indican que en el fondo las ideas permanecieron intactas y los cuestionamientos válidos fueron insuficientes para provocar un cambio definitivo. Por ejemplo, un paciente que manifiesta que no tiene corazón, durante la consulta con su médico acepta su error ante las evidencias que le presenta el facultativo, pero luego de retirarse, reitera su preocupación a los demás miembros de su familia y solicita un turno con un cardiólogo.

La respuesta afectiva a las ideas delirantes es muy variable, en aquellas ideas perturbadoras y molestas, el paciente puede mostrarse preocupado gran parte del día y manifestar ira, miedo, e incluso terror, mientras que en pacientes cuyos delirios tienen un contenido placentero (ej. con ideas místicas o megalomaniacas), pueden mostrarse alegres, relajados, en estado de éxtasis, o eufóricos (Freeman et al., 2008).

El grado de interferencia en el funcionamiento social también muestra una amplia variedad de rangos, existen delirios cuya intrincada red de conexiones invade hasta la mínima interacción humana, mientras que en otras ocasiones los delirios se estructuran respetando todas las interacciones y solo se construyen en torno a una temática muy delimitada y específica, que no afecta de manera significativa al funcionamiento del paciente en lo referente a su vida familiar, social y laboral.

Por último, los pacientes suelen ser el centro del delirio en general, sin embargo, en algunas ocasiones puede tener una vinculación aparentemente menos específica o cercana como, por ejemplo: “los perseguidores están acosando a mi familia”, para Freeman et al (2008), esto se explica, ya que la persecución de sus seres cercanos tiene como objetivo dañarlo o perjudicarlo indirectamente (Freeman et al., 2008).

Kendler, et al (1983), sugieren que los delirios deben ser evaluados de acuerdo con cinco dimensiones:

- 1- La convicción (intensidad de la creencia)
- 2- La extensión (grado de involucramiento en su medio social)
- 3- La bizarría (consistencia, lógica y sistematización internas)
- 4- Desorganización (pérdida de orden)
- 5- La presión (grado de preocupación que genera) (Kendler et al., 1983)



En los pacientes que ellos evaluaron hubo una adecuada separación entre todas las dimensiones, lo cual les permitió afirmar que los delirios constituyen una manifestación multidimensional, sin embargo, la confiabilidad no fue buena en una de ellas, la bizarria, por lo tanto, no se puede afirmar que esta sea una categoría válida (Kendler et al., 1983).

## **Clasificación clínica**

Existen muchas formas posibles de clasificar los delirios una de las posibilidades es de acuerdo con su curso:

Fugaces

Persistentes

Juan Carlos Betta (1959) propone clasificar los delirios de acuerdo con su contenido en lógicos (creíbles) o ilógicos (no creíbles) (Betta, 1959), en los dos tipos se agrupan un amplio rango de creencias que por un aspecto u otro resultan posibles o imposibles a los ojos de las demás personas de su mismo entorno (grupo cultural), por ejemplo, una paciente mujer afirmaba haber quedado embarazada de su vecino, mientras que un hombre afirmaba la mismo aduciendo haber sido violado por demonios.

Dentro de la última categoría se incorporan formas extremas denominadas “delirios bizarros”, que debido a la importancia de este concepto lo describiremos en forma mas detallada a continuación.

## **Delirios bizarros**

Las primeras descripciones surgen de Emil Kraepelin (1899) y Karl Jaspers (1913), quienes le dieron una vital importancia para caracterizar los delirios de la demencia praecox y de la esquizofrenia respectivamente (Kraepelin, 1899; Karl Jaspers, 1913); La definición actual se puede rastrear desde la descripción del RDC (Research Diagnostic Criteria, de 1975): “Creencias claramente absurdas, fantásticas o imposibles, que no incluyen las ideas no plausibles comunes ni las creencias sub culturales” (Spitzer et al., 1975), y podemos también citar algunas definiciones interesantes como la del DSM-III que los presenta como formas “cuyo contenido es evidentemente absurdo y, de hecho, no tiene ninguna base posible” (DSM-III, 1980), mientras que para el DSM-IV se definen como: “Claramente imposibles, no comprensibles y no derivadas de experiencias de vida ordinarias” (DSM-IV, 1994) y en su versión revisada el DSM-IV-TR, se hace hincapié en el error y las malas interpretaciones, así como en aspectos como la convicción variable en intensidad y la impermeabilidad ante evidencia contradictoria (DSM-4-TR, 2000). En el DSM-5, la definición persiste, aunque el concepto se modifica levemente al presentarse como un

especificador clínico del trastorno delirante y da como ejemplo el de un paciente que creía que un extraño le había removido todos los órganos internos y los había reemplazado con los de otra persona, sin dejarle cicatrices ni heridas (DSM-5, 2013).

Sin embargo, Cermolacce, et al (2010) luego de realizar un profundo análisis conceptual y bibliográfico, sugirieron que el concepto de bizarro se extiende más allá de los confines del delirio, abarcando otras esferas psíquicas, sociales y culturales (Cermolacce et al., 2010). Por otra parte, el trabajo de Kendler, et al (1983) que citamos anteriormente muestra que la confiabilidad no fue buena para la categoría que denominaron bizzaría, por lo tanto, se puede cuestionar tanto su validez como su utilidad clínica (Kendler et al., 1983).

### **Delirios sistematizados y no sistematizados.**

El concepto de delirio sistematizado, que se suele utilizar en la actualidad para describir la estructura de los delirios, nació como un cuadro clínico específico, es decir como una entidad nosológica: “Los delirios sistematizados”, que fue aplicado posteriormente de manera más general a cualquier tipo de delirio que cumpliera con ciertas características especiales. Para introducirnos en el problema haremos una breve reseña histórica de las descripciones del concepto, iniciando el recorrido con la descripción de JED Esquirol (1838), quien describe una forma de evolución de la monomanía que, aunque no utiliza específicamente el término, bien podría aplicarse a su descripción, podríamos afirmar que el término como tal, inicialmente fue introducido por Jean Pierre Falret (1864), para describir los delirios de los melancólicos (Esquirol, 1838; Falret, 1864; Castagnini, 2016).

Valentín Magnan (1893), aplica el término para denominar a una nueva entidad nosológica, el delirio crónico a evolución sistematizada, cuya evolución, según el autor presentaba cuatro períodos evolutivos bien discriminados (incubación, delirio de persecución, megalomanía y demencia) (Magnan, 1893)

Binet y Simon (1910) publican un artículo titulado “La Folie Systématisée (la locura sistematizada)”, en él resaltan lo sombrío y confuso del diagnóstico y poco tiempo después, Paul Sérieux y Joseph Capgras (1911) publican uno titulado “Le délire d’interprétation et la folie systématisée (el delirio de interpretación y la locura sistematizada)”, en donde emplean el término locura sistematizada para referirse de manera directa a la paranoia (Sérieux y Capgras, 1911; Binet y Simon, 1910).

Philippe Chaslin (1912), quien sostuvo que los delirios pueden presentarse desconectados entre sí, o formando un sistema, refiriéndose a ellos respectivamente como delirios incoherentes y delirios sistematizados (Chaslin, 1912).

Posteriormente, Emil Kraepelin (1913), denominó delirios sistematizados a: “aquellos delirios que se incorporaban de manera completa” que, “se agrupaban alrededor del centro del “yo” del paciente, llevándolo a estar conectado intrínsecamente con los componentes individuales y a la asimilación mental, de manera que este cambia, su actitud

con respecto al mundo exterior gradualmente cambia en cierta dirección, las opiniones que previamente había adquirido pasan por una completa modificación, comparable con el cambio que se produce en una persona saludable que es colocada en un mundo extraño lleno de nuevas impresiones” (Kraepelin, 1990).

Henri Ey (1969), al describir los delirios crónicos sistematizados (paranoia) presenta algunas de las características de la sistematización:

a- Están prendidos en el carácter y la construcción misma de la personalidad del delirante

b- Se desarrollan con orden, coherencia y claridad (datos que según él toma de Kraepelin)

El aspecto anterior hace que se presenten ante las demás personas como relativamente coherentes y plausibles (Ey, 1969).

Henri Baruk (1959), los describió como “delirios que representan una construcción lógica, sin tapujos y lúcida” (Baruk, 1959).

Bertalan Pethö y Thomas A. Ban, en el glosario del artículo publicado “DCR Budapest-Nashville en el diagnóstico y clasificación de las psicosis funcionales” (1989), definieron a los delirios sistematizados como “Un sistema organizado de ideas delirantes. Los delirios se ensamblan en una construcción interconectada coherente, aunque sea irracional. Nuevas percepciones o ideas delirantes u otros delirios secundarios pueden ser utilizados para producir el sistema. Existen sistemas en donde únicamente la primera suposición es claramente delirante” y destaca: “debe cumplirse el siguiente criterio: debe haber una reconocible estructura definida con fuertes conexiones centrales” (Pethö y Ban, 1989).

Cuando Freedman, Kaplan y Saddock (1975) emplearon el término lo hicieron para referirse a un “sistema delirante lógicamente organizado, que tiene una consistencia racional interna”, luego Kaplan y Saddock (1994) definieron al delirio sistematizado como: “una falsa creencia o creencias unidas por un único evento o tema”, afirmaron que se puede aplicar esta definición a cualquier forma de delirio, no únicamente a los trastornos delirantes, antes conocidos como paranoia, concepto que resulta difícil de atribuírselos originalmente, pero que a partir de su obra fue ampliamente compartido por muchos otros autores posteriores (Freedman, Kaplan y Saddock, 1975; Kaplan y Saddock, 1994).

Un aspecto a destacar de los delirios sistematizados surge de la publicación de Shawn Gallagher (2009), que sostuvo la doble actitud que adoptan los pacientes psicóticos frente a ellos, a pesar de ser firmemente sostenidos y poseer un lógica interna muy sólida, los pacientes pueden actuar sin condicionamientos y cita el ejemplo de un paciente con un elaborado delirio de complot que a pesar de que afirmaba que las enfermeras querían envenenarlo, continuaba comiendo los alimentos que ellas le suministraban sin la menor resistencia, este aspecto ya lo había abordado Bleuler (1924), cuando describió una paciente que se creía reina de los cielos, pero no actuaba como si lo fuera y planchaba la ropa de

otros pacientes y posteriormente por Karl Leonhard (1957), en los pacientes delirantes parafrénicos que aceptaban los reglamentos de las instituciones sin encontrar contradicciones con el contenido de sus delirios, ya que de acuerdo con ellos eran grandes personalidades o gente poderosa (Bleuler, 1924; Leonhard, 1957; Gallagher, 2009).

## **Contenido de los delirios**

Los delirios pueden presentar contenidos de una variedad tan numerosa que puede conducir al error de pensar a primera vista que cada contenido delirante corresponde a un diagnóstico diferente, teniendo en cuenta que una nomenclatura de este tipo no tendría fin, según Jaspers (1913), se puede afirmar que: “a pesar de esto algunos contenidos tienen un número de características comunes que recurren repetidamente y dan un carácter uniforme a la multiplicidad de los contenidos” (Jaspers, 1968), aunque también es importante aclarar que para él, los contenidos nunca fueron tan importantes como las formas y explícitamente sugirió que la psicopatología era una de las disciplinas que lidiaban con las formas, no con los contenidos de las experiencias. Para aclarar un poco este concepto, podemos citar a Jaspers (1946) quien consideraba que en el caso de un paciente que creía que su madre quería matarlo, la manera como se presentaba la experiencia al paciente es la forma, es decir ideas de persecución, mientras que el contenido son los aspectos más específicos, como quién lo persigue, cuantos son los perseguidores o la causa que atribuye el paciente (Jaspers, 1968), la forma que adopta un fenómeno puede considerarse general, generalizable a nivel mundial; mientras el contenido depende de aspectos culturales y sociales, por lo que la amplitud del fenómeno es más limitado. Un ejemplo que quizás nos pueda aclarar aún más la diferencia entre ambas, se presenta en las alucinaciones visuales alcohólicas (forma), constituyen un fenómeno universal, mientras que el contenido varía según la cultura, en EE. UU. se describen macropsias (ej. elefantes, osos, pingüinos, perros gatos, serpientes), mientras que en América latina son más comunes las micropsias (por ejemplo, “entomopsias”, es decir insectos) (Platz et al., 1995).

Inicialmente, podemos citar a Coltheart (2013), quien sostuvo que los delirios pueden clasificarse de acuerdo con la temática en dos grandes grupos generales los delirios monotemáticos y los politemáticos; en los primeros los pacientes presentan uno o más delirios con una temática única, mientras que en las formas clínicas politemáticas, los pacientes presentan una variedad de temáticas diferentes ya sea en el mismo delirio o en varios de ellos (Coltheart, 2013).

Si nos referimos a las temáticas de los contenidos específicamente, es posible afirmar que las mismas han sido agrupadas de manera arbitraria para facilitar su análisis y comunicación por muchos autores tanto clásicos como modernos, por ejemplo, Jules Séglas (1907) los clasificaba en las siguientes categorías:

### **1- Ideas delirantes de autoacusación**

- 2- Ideas delirantes de persecución
- 3- Ideas delirantes de defensa
- 4- Ideas delirantes de grandeza
- 5- Ideas delirantes de hipocondría
- 6- Ideas delirantes de negación
- 7- Ideas delirantes de enormidad
- 8- Ideas delirantes místicas
- 9- Ideas delirantes eróticas
- 10-Delirios palignósticos, metabólico y de transformación corporal (Regis, 1907)

Emanuel Regis (1907), basándose en otras clasificaciones existentes en la época, sugiere clasificarlos en (Regis, 1907):

- a- Ideas delirantes de satisfacción, grandeza, de riqueza y de invención
- b- Ideas de humildad, de desesperación, de incapacidad, de ruina, de indignidad, de autoacusación
- c-Ideas hipocondríacas, de negación, de transformación corporal, de enormidad
- d- Ideas de persecución y de celos, ideas de defensa
- e- Ideas religiosas o místicas
- f- ideas eróticas

### **Evolución de los delirios**

La manera en la que evolucionan los delirios depende mucho de la enfermedad de base en la que se presentan, por ejemplo, Jorgensen (1995) encontró tres tipos de recuperación de los delirios de los pacientes esquizofrénicos, uno completa y las otras dos con recuperación parcial de las creencias delirantes. En pacientes con recuperación parcial la disminución de la presión precede a la disminución en otras dimensiones (convicción y extensión). En dos tercios de los pacientes no hubo cambios en el grado de la conciencia de enfermedad (insight) durante la recuperación, comportándose como una variable independiente de la severidad de los síntomas positivos del paciente (Jorgensen, 1995).

Algo similar ocurre en los trastornos delirantes (Paranoia), en los que los delirios suelen iniciarse de manera aguda o subaguda y pueden remitir o desaparecer; sin embargo,

en ocasiones persistir en forma crónica inalterable o con muy pequeñas modificaciones (Opjordsmoen, 2014). Así también, se han reportado cambios en los diagnósticos de los pacientes con el paso del tiempo en otros como la esquizofrenia o en trastornos cerebrales orgánicos (Opjordsmoen, 2014).

Conviene aclarar que la evolución de los delirios en otros cuadros psicopatológicos puede resultar muy variable, siendo los dos diagnósticos citados solamente un ejemplo de los posibles modos de evolución que pueden adoptar en cada diagnóstico.

### **Diagnósticos asociados a los delirios**

Los delirios se pueden presentar en enfermedades neurológicas, como es el caso de los tumores cerebrales, traumatismos de cráneo, enfermedad cerebrovascular, corea de Huntington, epilepsia, enfermedades infecciosas (ej. HIV); Así también, se pueden presentar en trastornos endocrinos (hipotiroidismo, fallas suprarrenales), en enfermedades autoinmunes (Tabla 15)(ej. lupus eritematoso sistémico), en intoxicación por agentes neurotóxicos (ej. metales pesados y drogas de abuso) (Kunert et al., 2007). La organización mundial de la salud (OMS), en el reporte del estudio piloto internacional de esquizofrenia, estableció que la presencia de delirios fue uno de los cuatro grupos de síntomas que se observaron en todas las culturas (así como las alucinaciones auditivas, el aislamiento social y el aplanamiento afectivo completando el grupo) (Kulhara y Chakrabarti 2001).

Existen numerosos reportes de sustancias químicas, tanto medicamentos como sustancias de abuso, que han provocado síntomas psicóticos, como delirios y alucinaciones, vamos a listar algunas de esas sustancias (ver tabla 16), sin tener en cuenta el contenido de los delirios, salvo en algunos casos en particular que, debido al carácter específico del delirio descrito, los listaremos también en su apartado correspondiente.

### **Exploración:**

La exploración de los delirios se realiza a través de la entrevista, la anamnesis directa e indirecta, así como la observación de las conductas anormales relacionadas con el contenido del delirio.

Si bien durante las etapas de la entrevista libre, el paciente puede hacer alusión a sus ideas delirantes, es necesario en ocasiones indagar de manera específica acerca de algunos de los contenidos más frecuentes de los delirios.

Para interrogar al paciente se pueden utilizar algunos formatos de pregunta como facilitadores, como es el caso de: ¿Tiene usted algunas creencias, que otras personas puedan tener problemas para entenderlas o puedan encontrarlas extrañas? ¿Cuáles son esas creencias? ¿Cómo llegó a pensar que... (mencione el contenido de las creencias del paciente)? (Ban, 1989).

Resulta necesario, una vez que se establece la presencia de una idea falsa o errónea, establecer si esa idea tiene las características de los delirios, esto lo establecemos a través de una serie de preguntas. ¿Es posible que usted esté equivocado y que las cosas no sean como parecen? ¿Qué evidencia tiene usted de que las cosas sean de esa manera?

¿Si yo le digo que eso no es correcto, usted que me diría? ¿Qué tiene usted que ver con eso que le está pasando? O ¿En qué lo afecta (o involucra) a usted?

Existen varias escalas de valoración del delirio, entre ellas se encuentran: La escala de Brown de evaluación de creencias (Brown Assessment of Beliefs Scale, BABS), el inventario de delirios de Peters et al. (Delusions Inventory, PDI), la escala de evaluación de los delirios (Delusional Assessment Scale, DAS), escala simple de síndrome delirante (Simple Delusional Syndrome Scale, SDSS) (Eisen et al., 1992; Peters et al., 1999; Meyers et al., 2006; Forgácová, 2008).

**Tabla 15. Delirios y Enfermedades**

<u>Diagnósticos que cursan con delirio:</u>	
Esquizofrenia <sup>1</sup>	Paranoia <sup>1</sup>
Trastorno esquizoafectivo <sup>1</sup>	Parafrenias de Leonhard <sup>2</sup>
Psicóticos, víctimas de tortura <sup>3</sup>	Trastorno de estrés postraumático <sup>4</sup>
Trastorno depresivo mayor <sup>1,5</sup>	Trastorno bipolar <sup>6</sup>
Ciclotimia <sup>6</sup>	Trastorno borderline de la personalidad <sup>9</sup>
Malformaciones arterio-venosas <sup>8</sup>	Tumores cerebrales <sup>10</sup>
Traumatismos de cráneo <sup>10</sup>	Enfermedad cerebrovascular <sup>10</sup>
Atrofia cortical <sup>11</sup>	Isquemia <sup>11</sup>
Corea de Huntington <sup>10,12</sup>	Epilepsia (ej. epilepsia del lóbulo temporal) <sup>11</sup>
Enfermedades infecciosas (ej. HIV) <sup>10</sup>	<u>Leucoencefalopatía multifocal progresiva</u> <sup>13</sup>
Deprivación sensorial <sup>11</sup>	Adenoma de hipófisis <sup>11</sup>
Enfermedad de <u>Behcet</u> <sup>14</sup>	Enfermedades autoinmunes <sup>10</sup>
<u>Neurosífilis</u> <sup>15</sup>	<u>Neurocisticercosis</u> <sup>16</sup>
Encefalopatía dialítica <sup>17</sup>	Encefalopatía hepática <sup>10</sup>
Hipotiroidismo <sup>10</sup>	Hipertiroidismo <sup>6</sup>
Diabetes mellitus <sup>10</sup>	Fallas suprarrenales <sup>10</sup>
Delirios tóxicos <sup>18,19,20,21,22</sup>	Síndrome de <u>Marfan</u> <sup>23</sup>
Hipovitaminosis B12 <sup>10</sup>	

<sup>1</sup>Benson y Gorman, 1996; <sup>2</sup>Sarró, 2005; <sup>3</sup>Wenzel et al., 1999; <sup>4</sup>Braakman et al. 2009; <sup>5</sup>El Quazzani et al., 2008; <sup>6</sup>Isaacs, 1960; <sup>7</sup>Taylor, 1981; <sup>8</sup>Adamou y Hale, 2003; <sup>9</sup>Chabrol et al., 2001; <sup>10</sup>Kunert et al., 2007; <sup>11</sup>Signer, 1990; <sup>12</sup>Kirkwood et al., 2001; <sup>13</sup>Kumar y Jain, 2006; <sup>14</sup>Nkam y Cottereau, 2006; <sup>15</sup>Buckley Sharp, 1938; <sup>16</sup>Mishra, y Swain, 2004; <sup>17</sup>Chokroverty et al., 1976; <sup>18</sup>Chawla y Virmani, 1977; <sup>19</sup>Edelstyn et al., 2001; <sup>20</sup>MacCallum, 1973; <sup>21</sup>Summers, 1984; <sup>22</sup>Weston y Whitlock, 1971; <sup>23</sup>Lemberg y Thompson, 2010.

**Tabla 16. Delirios Asociados a Medicamentos o Sustancias de Abuso**

<u>Sustancias que inducen delirio</u>	
<u>Venlafaxina</u> <sup>1</sup>	<u>Fluoxetina</u> <sup>2</sup>
<u>Fenelzina</u> <sup>3</sup>	<u>Risperidona</u> (aumento de prolactina) <sup>4</sup>
<u>Litio</u> <sup>5</sup>	<u>Topiramato</u> <sup>6</sup>
<u>Galantamina</u> <sup>7</sup>	<u>Memantine</u> <sup>8</sup>
<u>Corticosteroides</u> <sup>9</sup>	Anticonceptivos <sup>1</sup>
<u>Bromocriptina</u> <sup>10</sup>	<u>Lisurida</u> (agonista dopaminérgico) <sup>10</sup>
<u>Baclofén</u> (miorelajante) <sup>11</sup>	<u>Mefloquina</u> (anti-malaria) <sup>12</sup>
<u>Indometacina</u> <sup>13</sup>	<u>Amantadina</u> (antiparkinsoniano) <sup>14</sup>
<u>Ondansetron</u> <sup>15</sup>	<u>Digoxina</u> <sup>16</sup>
<u>Metoprolol</u> (cardiovascular) <sup>17</sup>	<u>Ketoconazol</u> <sup>18</sup>
<u>Tamoxifeno</u> (anticancerígeno) <sup>19</sup>	<u>I-fosfamida</u> (anticancerígeno) <sup>20</sup>
<u>Naltrexona</u> <sup>21</sup>	<u>Metoclopramida</u> <sup>22</sup>
<u>Dextrometorfano</u> (antitusivo) <sup>23</sup>	<u>Tiabendazol</u> (antihelmíntico) <sup>12</sup>
<u>Penicilina procainamida</u> <sup>24</sup>	<u>Ciprofloxacina</u> <sup>25,26</sup>
<u>Claritromicina</u> <sup>27,28</sup>	Ciclosporinas <sup>29</sup>
<u>Clomifeno</u> <sup>30</sup>	<u>Abacavir</u> (antirretroviral) <sup>31</sup>
<u>Nevirapine</u> (antirretroviral) <sup>31</sup>	<u>Convivir</u> (antirretroviral) <sup>31</sup>
<u>Mefloquina</u> (antimalárica) <sup>12</sup>	Anfetaminas <sup>32</sup>
<u>Cocaína</u> <sup>33,34</sup>	Éxtasis (MDMA) <sup>35</sup>
<u>Fenciclidina</u> <sup>36</sup>	Efedrina <sup>37</sup>
<u>Ketamina</u> <sup>38</sup>	Salvia <u>Divinorum</u> <sup>39</sup>
<u>Alcohol</u> <sup>40,41,42,43,44,45,46</sup>	Psicosis por esteroides <sup>47</sup>
<u>Tricloroetileno</u> <sup>48</sup>	Intoxicación por agentes neurotóxicos (ej. metales pesados) <sup>30</sup>
<u>Abuso de LSD</u> <sup>49</sup>	Abuso de cannabis <sup>51</sup>
<u>Consumo de mescalina</u> <sup>49</sup>	

<sup>1</sup>Adamou y Hale, 2003; <sup>2</sup>Narayan et al., 1995; <sup>3</sup>Aizenberg et al., 1991; <sup>4</sup>Ali et al., 2003; <sup>5</sup>Canagasabay y Katona, 1991; <sup>6</sup>Fleury et al., 2008; <sup>7</sup>Iraqi y Hughes, 2005; <sup>8</sup>Wilcock et al., 2008; <sup>9</sup>Brown et al., 1999; <sup>10</sup>Turner et al., 1984; <sup>11</sup>Chawla y Sagar, 2006; <sup>12</sup>Tran et al., 2006; <sup>13</sup>Gotz, 1978; <sup>14</sup>McNamara y Durso, 1991; <sup>15</sup>Zoldan et al., 1995; <sup>16</sup>Gorelick et al., 1978; <sup>17</sup>Fisher et al., 2002; <sup>18</sup>Finkelstein et al., 1996; <sup>19</sup>Ron et al., 1992; <sup>20</sup>Alici-Evcimen y Breitbart, 2007; <sup>21</sup>Sullivan y Nunes, 2005; <sup>22</sup>Lu et al., 2002; <sup>23</sup>Miller, 2005; <sup>24</sup>Cummings et al., 1986; <sup>25</sup>Mulhall y Bergmann, 1995; <sup>26</sup>Steinert y Studemund, 2006; <sup>27</sup>Kouvelou et al., 2008; <sup>28</sup>Przybylo et al., 2005; <sup>29</sup>Bowler y Peatfield, 1992; <sup>30</sup>Grimm y Hubrich, 2008; <sup>31</sup>Foster et al., 2003; <sup>32</sup>Benson y Gorman, 1996; <sup>33</sup>Siegel, 1978; <sup>34</sup>Morton, 1999; <sup>35</sup>McGuire et al., 1994; <sup>36</sup>Allen y Young, 1978; <sup>37</sup>Shufman et al., 1994; <sup>38</sup>Mason et al., 2008; <sup>39</sup>Singh, 2007; <sup>40</sup>Dejode et al., 2001; <sup>41</sup>Collins, Hawthorne, 1990; <sup>42</sup>Chawla y Virmani, 1977; <sup>43</sup>Edelstyn et al., 2001; <sup>44</sup>MacCallum, 1973; <sup>45</sup>Summers, 1984; <sup>46</sup>Weston y Whitlock, 1971; <sup>47</sup>Hall et al., 1979; <sup>48</sup>Todd, 1954; <sup>49</sup>Fierro, 2013; <sup>50</sup>Kunert et al., 2007; <sup>51</sup>Mason et al., 2008.