

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

CAPÍTULO 4

IDEAS DELIRANTES:

Vivencias delirantes primarias

**VIVENCIAS DELIRANTES PRIMARIAS**

También fueron denominadas experiencias inmediatas (en alemán: *unmittelbar*) por Karl Jaspers (1913) quien utilizó el término para denominar a las experiencias que se presentan de manera primaria o inicial y que luego gestarán a las ideas delirantes posteriores (Jaspers, 1913; Kiran y Chaudhury, 2009).

Según Hans W. Gruhle (1925), uno de los rasgos más notorios de las vivencias delirantes primarias, del delirio, es la *vinculación sin motivo*, es decir que aparecen sin motivo, interrumpiendo las conexiones de la vida psíquica, hasta ese momento aparentemente normal (Gruhle, 1925).

Existen ciertas características estructurales propias de las experiencias delirantes primarias, estas son principalmente, la incoercibilidad, el paciente siente que no puede librarse de dicha experiencia y, por otro lado, el hecho de que son procesos principalmente vividos, no racionalizados, es decir son delirios más vividos que pensados o hablados (Ey, 1959).

Karl Wernicke (1899) formuló el concepto de una idea autóctona; que caracteriza como, una idea que surge sin causa externa, que se siente como ajena, que no les pertenece a ellos. El problema de encontrar supuestos delirios autóctonos o primarios es que se puede disputar si son verdaderamente autóctonos (Wernicke, 1899).

Un aspecto para destacar es la aparente vinculación con el denominado “temple o humor delirante”, el mismo es considerado por Kurt Schneider (1949) como un estado que frecuentemente precede a las percepciones y ocurrencias delirantes (Schneider, 1974). George Sims describe que el paciente puede sentirse profundamente incómodo, a menudo extremadamente perplejo y aprehensivo (Oyebode, 2008), en busca de una explicación, en busca de la verdad. Es en ese estado previo, donde luego se apoyan las vivencias delirantes primarias. Al tratarse de un estado afectivo, lo abordaremos específicamente en el capítulo de trastornos afectivos.

Según Kiran y Chaudhury (2009): “*Las distinciones finas a veces se imponen en la clasificación de los delirios primarios, pero son más elementos de colección que características de importancia clínica útil*” (Kiran y Chaudhury, 2009).

Algunos de los delirios primarios más comunes son:

- Percepción delirante
- Ocurrencia delirante (intuición)
- Falso recuerdo delirante
- Recuerdo delirante
- Cogniciones delirantes
- Inspiración/revelación delirante
- Influencia/control delirante
- Alucinación delirante
- Interpretación delirante

**Exploración:** La exploración de estos fenómenos se realiza durante la entrevista a través de la anamnesis directa o indirecta. Se recomienda indagar acerca del momento de inicio de la experiencia delirante del paciente con preguntas como: ¿Recuerda usted en qué momento comenzó a pensar que (nombre las ideas delirantes descritas anteriormente por el paciente)? ¿Qué le hizo pensar eso, como se le ocurrió? ¿Se relaciona esto a algún hecho de su pasado? ¿Cómo descubrió lo que estaba pasando? Resulta importante también cotejar esta información con alguna persona allegada al paciente, puesto que los datos obtenidos pueden resultar ser tanto reales como falsos. También puede intentar relacionar el inicio del delirio del paciente con la presencia de alucinaciones o ideas de influencia/control, que el paciente haya referido con anterioridad, o conducir un interrogatorio completo sobre dichas experiencias y preguntarle al paciente cuál es la relación temporal que existe entre ellas.

## **PERCEPCIÓN DELIRANTE**

También conocida como delirio sensorial, denominada *Wahnwahrnehmung* por los autores alemanes y *perception délirante* por los franceses (Mira y López, 1935; Pichot, 1978). Se denomina así al fenómeno caracterizado por la otorgación de una significación anormal a un evento normalmente percibido que, no es la que objetivamente posee.

Para el DCR (DCR Budapest-Nashville en el diagnóstico y clasificación de las psicosis funcionales) “*Una percepción delirante es en definitiva una falsa interpretación delirante de una percepción real*”, a lo que Kurt Schneider (1952)

describió que se presentaba sin una causa emocional o racional comprensible y afirmó: “*Las cosas significan repentinamente algo muy distinto. No se trata de una interpretación conforme al juicio, sino que le es otorgada la significación de manera delirante a una percepción completamente normal e inalterada de los sentidos*” (Pethö y Ban, 1989; Schneider, 1997; Schneider, 2010). Según Jules Séglas (1914), es Jules Baillarger (1890) quien establece de manera clara la diferenciación con las ilusiones, en el hecho de que los pacientes interpretan de manera particular una sensación que es real, estableciendo un juicio erróneo y desarrollan una idea delirante en ocasión de una sensación (normal). En otras palabras, se refiere a la falsa interpretación de sensaciones que son normales (Séglas, 1998). Un paciente siente el viento en la cara e interpreta que es el soplo de Dios que lo ha elegido para predicar y llevar la palabra de Dios a los pobres; otro paciente ve a un perro rascarse e interpreta que es una señal de desagrado y que la gente de la ciudad donde vive lo desprecia. Una paciente siente unas gotas de agua que caen en su cara, vuelve a su casa a buscar un paraguas y elabora la idea que tiene una habilidad de tipo extrasensorial para predecir los cambios climáticos.

Un concepto importante para mencionar es el de *conciencia delirante* que se utilizó para referirse a una experiencia que no es de naturaleza sensorial, en la que las ideas o los eventos adquieren una intensidad extrema como si tuvieran una realidad adicional. La misma puede ser considerada la segunda etapa de la aparición de la percepción delirante. En ella los objetos y las personas se perciben normalmente, pero adquieren un significado especial que no puede ser explicado racionalmente por el paciente (Mira y López, 1958).

La percepción delirante fue descrita en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y de trastorno esquizoafectivo, aunque también puede describirse en otros diagnósticos. Si bien es un síntoma de primer rango de Kurt Schneider (1950), para el diagnóstico de la esquizofrenia, actualmente casi ha desaparecido de la nosología psiquiátrica moderna (Rossi Monti, 1998; Loftus et al., 2000).

## **OCURRENCIA DELIRANTE (INTUICIÓN)**

De acuerdo con Pierre Pichot (1978), el término alemán que se aplicaba era el de *Wahneinfall*, que se puede traducir como *incidente delirante* (Pichot, 1978). Se define como ocurrencias delirantes a la aparición súbita de ideas delirantes sin tener la menor relación con alguna vivencia sensible específica (Jaspers, 1993; Serralonga et al., 1998; Schneider, 1997). Esta vivencia delirante primaria aparece en la conciencia de manera espontánea, sin derivarse de ningún pensamiento, de ninguna emoción, o recuerdo (Eguiluz y Segarra, 2005), los juicios surgen de manera espontánea de manera inmediata, espontánea, completa e incoercible (Mira y López, 1958). Por Ejemplo, un paciente cree espontáneamente que ha descubierto los ingredientes de una vacuna que cura el cáncer.

De acuerdo con Kurt Schneider (1950), resulta muy difícil diferenciarlas de las percepciones delirantes, ya que la aparición de ideas de manera *autónoma*, completamente espontánea, es decir absolutamente separada de las percepciones que el

paciente experimenta a cada instante, no pueden distinguirse con un cierto grado de seguridad (Schneider, 2010).

### **FALSO RECUERDO DELIRANTE**

La elaboración delirante se apoya sobre un falso recuerdo (alucinación de la memoria), es decir un evento del pasado que nunca ocurrió, sobre el que se realiza la elaboración delirante secundaria. En estos casos los pacientes pueden recordar hechos claramente a pesar de que nunca sucedieron (WHO, 1994). Por ejemplo, un paciente refiere que los poderes especiales que posee actualmente provienen de cuando era niño y relata que un oficial de la CIA vino a visitarlo y le entregó un medicamento que le confirió las habilidades especiales de viajar en el tiempo y de ver el futuro (Schneider, 1997).

### **RECUERDO DELIRANTE**

Se basa en la interpretación delirante de un recuerdo normal. Es decir que, a un episodio del pasado del paciente, se le añade una interpretación delirante (Oyebode, 2008), pero se hace de manera posterior al evento. La diferencia con el falso recuerdo delirante es que, en el recuerdo delirante, el evento ha sucedido en realidad, en cambio, el falso recuerdo delirante, se basa en el falseamiento de la memoria, algo que en realidad no ocurrió. Por ejemplo, un paciente recuerda que ha sido llamado en una ocasión, hace años, por teléfono en horas de la madrugada, en la actualidad interpreta que esa llamada fue hecha por una persona que lo está persiguiendo en la actualidad. En ocasiones, eventos absolutamente triviales, cobran nueva significación y se transforman en los hechos fundamentales que cambiaron la vida del paciente. Kurt Schneider (1949) cita como ejemplo, el caso de un paciente que pensaba que la corona que estaba grabada en el tenedor con el que comía cuando era niño indicaba que él era un descendiente de reyes (Schneider, 1949). Posteriormente en 1950 describe que en este fenómeno se le otorga posteriormente un significado especial a una percepción registrada en forma normal en la memoria, siendo en cierta forma una percepción delirante mnésica o dicho de otra forma un recuerdo delirante (Schneider, 1993).

### **COGNICIONES DELIRANTES**

Se denomina así a la incorporación, al proceso de inicio del delirio, de conocimientos que no tienen fundamento en experiencias sensoriales precisas (Jaspers, 1993).

Es una de las vivencias delirantes primarias más frecuentes, los conocimientos a los que el paciente accede, mediante la lectura, el estudio, etc. son incorporados de manera vivencial, en el contenido del delirio (Jaspers, 1993).

Por ejemplo, un paciente, que leyó acerca de la vida de San Francisco, comenzó a vivir la experiencia de sentir, que él era dicho Santo y a partir de conocimientos estudiados acerca de su vida, comenzó a construir el delirio.

## **INSPIRACIÓN/REVELACIÓN DELIRANTE**

Fue descrita inicialmente por Klaus Conrad (1958), quien vinculó a la revelación delirante con la etapa de apofanía (trema, apofanía y apocalipsis), término que en griego significa: *revelación*. Por lo tanto, se denomina así a la aparición repentina de los delirios a manera de una revelación, que el mismo Conrad denominó *Experiencia Aha* o *AhaÉrlebnis*, ya que los pacientes dicen la expresión *aha* cuando por fin comprenden lo que les venía sucediendo (Conrad, 1963; Schneider, 1997). De acuerdo con el mismo autor, la sensación de perplejidad que estuvo presente durante la etapa de humor delirante muy a menudo se traduce en alivio al producirse la revelación delirante (Conrad, 1963; Mishara, 2010), puesto que muchas de las cosas que no comprendía se transforman en certezas. En ese momento el paciente resulta incapaz de modificar el marco de referencia para considerar la experiencia desde cualquier otra perspectiva (Mishara, 2010), o considerar la experiencia desde el punto de vista de las demás personas.

Por ejemplo, un paciente de Conrad (1958), una noche mientras estaba en cama mientras su esposa dormía, tuvo el impulso de tomar un lápiz y comenzó a escribir poemas fervorosos y religiosos, constituyendo una nueva concepción del mundo, una verdadera revelación que le permitió entender su finalidad en el mundo (Conrad, 1963).

## **INFLUENCIA/CONTROL DELIRANTE**

Se denomina así a la elaboración delirante que se apoya sobre una vivencia de influencia o de control, es decir la creencia que sus pensamientos, sentimientos, esfuerzos, voluntad, o comportamiento es o son influenciados y/o controlados por fuerzas exteriores (AMDP, 1980; Scharfetter, 1980).

Un paciente relata por ejemplo, que sus pensamientos son controlados mediante un complejo aparato elaborado por la NASA, que es operado por extraterrestres que quieren que él convenga a otras personas para que les revelen los secretos de la humanidad.

En el ejemplo anterior la vivencia de sentirse controlado actúa como experiencia inicial que constituye la base para la construcción delirante posterior, que puede implicar interpretaciones y ocurrencias, pero que no son ya experiencias delirantes primarias, sino secundarias. Las vivencias de control han sido descritas en pacientes psicóticos en cualquier momento de la enfermedad; sin embargo, en este apartado nos referimos solamente a aquellas experiencias de control o influencia que se producen al inicio de las experiencias delirantes, que suelen presentarse de manera temprana en el curso de la enfermedad (Schneider, 2010).

## **ALUCINACIÓN DELIRANTE**

La elaboración delirante se apoya sobre una falsa percepción sensorial (alucinación) sobre la que se realiza la elaboración delirante secundaria.

De acuerdo con el DCR (*DCR Budapest-Nashville en el diagnóstico y clasificación de las psicosis funcionales*) (1989) se denominan delirios explicativos o delirios secundarios a aquellos delirios que surgen por ejemplo para explicar experiencias alucinatorias (Pethö y Ban, 1989). Un ejemplo lo constituyen los delirios hipocondríacos, estos se apoyan en ocasiones sobre alucinaciones cenestésicas sobre las que se produce la posterior elaboración delirante (Reilly, 1997). Las alucinaciones delirantes son interpretaciones delirantes cuyo foco de atención se centra en las experiencias alucinatorias. Los pacientes interpretan sus alucinaciones componiendo delirios cuyos contenidos varían de tonalidad pudiendo interpretar que sus experiencias alucinatorias visuales corresponden a enemigos que vienen a matarlo, Ángeles que vienen a protegerlo, luces de naves extraterrestres, dolores de enfermedades terribles que cree tener, demonios que lo poseen, etc. Así también las voces que escucha pueden ser de espías, extraterrestres o de Dios y las sensaciones que tiene sobre la piel, pueden ser causadas por parásitos, por Dios, por demonios, etc.

## **INTERPRETACIÓN DELIRANTE**

Se puede definir la interpretación como el proceso cognitivo mediante el cual un objeto convencional, un signo, es dotado de sentido. Dotar de sentido un objeto producto de la actividad humana consiste en atribuirle motivos y/o intenciones (Diez, 2003);

La interpretación también puede definirse como, el fenómeno por el cual la persona curiosa, ante la presencia de un fenómeno o de una situación, busca penetrar dentro de su significación y obtener las deducciones que trae aparejadas intrínsecamente. Pero esta interpretación puede transformarse en anormal e incluso patológica por una exageración de la tendencia intelectual, por una falsedad intrínseca o por la aplicación de ciertas vivencias erróneas (alucinaciones, ilusiones, etc.) (Porot, 1960). Por lo tanto, podemos definir a la interpretación delirante como: ***el proceso de dotación erróneo de significado o sentido, de las experiencias u objetos, que no puede atribuirse a falta de información o ignorancia, que no está de acuerdo con las creencias colectivas del género humano y que no puede ser corregido por la evidencia.***

De acuerdo con Serieux y Capgrás (1909), *“Los interpretadores no inventan todas las piezas de los hechos imaginarios, ellos no se basan en ficciones sin fundamentos o en las obras de una fantasía muy activa, ellos se contentan con desnaturalizar, travestir, amplificar los hechos reales: su delirio se apoya exclusivamente sobre los datos exactos provistos por los sentidos y la sensibilidad interna”* (Serieux y Capgrás, 1909).

Willhelm Griesinger (1861) sostiene que: *“Las falsas ideas y conclusiones, que son intentos de explicación y reivindicación de su estado afectivo actual y de sus efectos, son espontáneamente desarrolladas por la mente enferma de acuerdo con la ley de causalidad; pero por parte de los individuos las explicaciones no implican una reflexión”* (Griesinger, 1861).

La *vivencia de lo puesto*, un fenómeno en el que los diferentes objetos han sido, de acuerdo con la interpretación del paciente, colocados con algún motivo particular en ese lugar, puede ser considerada como un fenómeno interpretativo, ya que los objetos son reales y ocupan un lugar determinado, lo falso es la certeza con la que se sostiene una de las posibles hipótesis de como y por qué fue colocado allí.

Un ejemplo para ilustrar es el caso del paciente, que lee un letrero en la calle que dice “*Cristo salva*” y el interpreta que va a haber un desastre universal y que él es el responsable junto a Cristo de salvar la humanidad.

## **TIPOS DE DELIRIO SEGÚN SU CONTENIDO**

A partir de las descripciones de los autores clásicos adoptaremos la siguiente clasificación de los delirios de acuerdo con el contenido:

Delirios paranoides

Delirios de protección

Delirios místicos

Delirios de posesión

Delirios fantásticos

Delirios auto-despreciativos

De grandeza (megalomaníacos) (delirio ambicioso)

Delirio de culpa

Delirios de inocencia

Delirios somáticos o relacionados con la imagen corporal

Delirios nihilistas-síndrome de Cotard

Delirios pasionales o delirios de pasión (apasionados)

Delirio de pobreza o de ruina

Delirios de transformación o metamorfosis delirante

Delirios de identidad y de falsos reconocimientos

En los capítulos siguientes se mencionarán algunas de las características distintivas de todos ellos, así como algunos de los subtipos más destacados, descritos en la literatura científica.

May 26, 2022

