

CAPÍTULO VI

PENSAMIENTO

1. ¿QUÉ ES EL PENSAMIENTO?

Algunas de las preguntas más interesantes y difíciles de responder en los últimos cuatro siglos giran acerca de la naturaleza de los pensamientos y el pensar. Esta temática puede explicitarse en dos preguntas: ¿qué es pensar? y ¿qué son los pensamientos?

Derivada de la tradición de los filósofos empiristas ingleses, en psiquiatría, a los pensamientos también se les ha llamado ideas, así que en el presente capítulo se tomará los dos términos como sinónimos y se utilizarán indistintamente. También con fines prácticos, en primer lugar, se utiliza el término *idea* para referirse tanto a las palabras que componen una oración como a las oraciones que constituyen un discurso. En segundo lugar, se equipara pensamiento y discurso, y se evalúa al primero preferentemente a través del segundo. Efectuadas las anteriores aclaraciones, se puede intentar una caracterización del pensamiento de la siguiente manera:

- Pensamiento es todo aquello que es susceptible de ser expresado mediante el lenguaje verbal y evaluado semánticamente (comprensión de sentido).
- Los pensamientos se refieren a algo, son acerca de algo, es decir, tienen contenido. No hay pensamientos en blanco.

- Los pensamientos son símbolos o representaciones. Así como un mapa es la representación física de un lugar, las ideas son representaciones de objetos o de estados de cosas del mundo, pero de tipo mental.
- Son símbolos parecidos a las palabras de las lenguas naturales. La palabra árbol, en la lengua española, es un símbolo lingüístico del objeto árbol. El pensamiento acerca de un árbol es también un símbolo (en este caso mental) del objeto árbol.

La caracterización anterior se basa en una teoría simbolista o representacionalista del pensamiento (1), cercana al sentido común y por tanto de más fácil comprensión, pero no es la única acerca del tema ni se encuentra exenta de problemas. Por ejemplo, hay toda una serie de trabajos novedosos y respaldados por un buen número de investigaciones empíricas acerca del pensamiento basado en imágenes visuales (2-3)

En cuanto a la segunda pregunta, según el matemático inglés Turing, pensar es realizar operaciones entre símbolos. Otras formas de decirlo son:

- Pensar es realizar computaciones.
- Pensar es establecer relaciones causales entre representaciones mentales (Hume).
- Pensar es establecer relaciones entre ideas.

Si se toma la formulación más sencilla y se asume que pensar es establecer relaciones entre ideas, es posible diferenciar dos dominios diferentes de acuerdo con la herramienta utilizada para relacionar las ideas: la lógica y la asociación de ideas.

En el primer dominio, se usa la lógica para relacionar unas ideas con otras y extraer conclusiones. Por lo general las ideas giran alrededor de un solo tema o unos pocos. Ocurre cuando las personas leen con atención un texto, intentan resolver un problema o comprender las causas de algo. Por ejemplo, un paciente evaluaba la fobia que padecía de esta manera: "las mariposas no atacan espontáneamente a los seres humanos, no muerden ni pican, no se alimentan de sangre ni transmiten enfermedades; si se posan sobre mi piel, nada malo me va a pasar. Por lo tanto, mi miedo a ellas es exagerado". Otra persona, luego de que le negaron un crédito recordó que los requisitos exigidos eran 1- ser mayor

de 18 años, 2- tener un empleo estable y 3- disponer de ingresos mensuales superiores a un determinado monto. Recordó que cumplía con el primero y el tercero, así que llegó a la conclusión de que el crédito le fue negado por no contar con un empleo estable.

En el segundo dominio, la relación entre las ideas se establece mediante la asociación. Ocurre cuando se deja "volar" la imaginación y en la conversación cotidiana entre un grupo de amigos. La asociación de ideas es una expresión acuñada por Locke en el siglo XVII, pero desarrollada de manera importante por Hume. Para el último, sólo hay tres principios de asociación:

- La semejanza.
- La contigüidad en tiempo o lugar.
- La relación de causa y efecto.

Una persona lee en el periódico noticias acerca de un partido fútbol y por semejanza establece la siguiente asociación: "los jugadores de fútbol se vuelven ídolos cuando ganan, son ensalzados y vistos como héroes. En otras épocas, eran los guerreros quienes gozaban de estos privilegios y pasaban a ser parte de la historia épica de las naciones". Al hablar de la caída de las torres gemelas vienen pensamientos relacionados (por contigüidad en el tiempo) con el trabajo que se tenía en esa temporada. Cuando una persona nos dice que sus niveles de colesterol en la sangre son elevados, la mente da lugar (por relación de causa y efecto) a ideas acerca de alimentos grasos. Quizá se pueda postular otros principios, como el del todo y las partes, ejemplificado en lo que sucede al pensar en la ciudad de Cartagena: conceptos como antigüedad, historia, murallas y turismo aparecen inmediatamente.

El uso de la lógica y la asociación de ideas no son excluyentes. Una persona puede evaluar con la lógica múltiples posibilidades de solución de un problema y de repente mediante asociación de ideas llegar a una opción que le parece más apropiada. En una conversación pueden surgir preguntas como "por qué crees que este negocio no es bueno para la compañía", que necesariamente llevan a usar la lógica.

2. LOGICA Y PENSAMIENTO

Entre los lenguajes existentes hay algunos, denominados formales, cuya característica principal es el énfasis en la forma y la falta de importancia

del contenido (4). El ejemplo más representativo son las matemáticas. En aritmética $2 + 3 = 5$ sin importar el contenido de los números. 2 naranjas más 3 naranjas son 5 naranjas y 2 dinosaurios más 3 dinosaurios son 5 dinosaurios. Ambas sumas son correctas, independientemente de que actualmente existan naranjas pero no dinosaurios. Lo que interesa es que la operación respete las reglas establecidas, no su contenido.

La lógica es también un lenguaje formal. Obtiene conclusiones necesarias a partir de un determinado conjunto de axiomas (o postulados), y la validez de las inferencias no depende de ninguna interpretación particular que pueda atribuirse a los postulados, sino de la obediencia a las reglas establecidas. La cuestión no es si los postulados o las conclusiones que se deduce de ellos son verdaderos, sino si las conclusiones son consecuencias o inferencias lógicamente necesarias de los supuestos iniciales (del punto de partida).

La lógica no es igual a la verdad, es una herramienta para guiar nuestros pensamientos, sumamente útil en el proceso de obtener información del mundo, pero no se constituye en el juez que dictamina lo verdadero o falso. La historia de la psiquiatría contiene innumerables ejemplos de propuestas teóricas cuyas inferencias hoy en día consideramos falsas. La teoría de los humores y la frenología fueron aceptadas en su momento como explicaciones válidas acerca de los trastornos mentales, y aunque actualmente no tienen cabida en la ciencia, en su época, y gracias al tejido de razonamientos lógicos a su alrededor, sus conclusiones fueron consideradas verdaderas.

La lógica no necesariamente va de la mano del sentido común. Se suele creer que lo aceptado intuitivamente es lógico y lo no aceptado ilógico, pero no es así. No hay que confundir el valor de verdad de una proposición con lo intuitivamente evidente en el mundo empírico. Si alguien dice que al soltar los objetos desde una altura ellos flotan libremente, muchas personas se apresuran a decir que éste es un enunciado ilógico, pues los objetos siempre caen y eso es obvio. En esta réplica, se equipara lo evidente intuitivamente con lo lógico, lo que es erróneo. La anterior proposición puede ser verdadera o falsa dependiendo de las circunstancias. Si la prueba se realiza en una nave espacial en órbita alrededor de la tierra, será verdadera, lo contrario si el objeto se suelta en la tierra y a nivel del mar.

La ciencia actual incluso comienza a cuestionarse si los modelos basados en el sentido común son adecuados para entender fenómenos complejos. Así lo expresa John Maddox al analizar la genética (5): *“en genética se habla de la `función` del gen que se acaba de descubrir. Pero ¿y si la mayoría de los genes del genoma humano, o al menos las proteínas que determinan, tuvieran más de una función o incluso funciones antagónicas? En este caso, la descripción en lenguaje común de los fenómenos celulares sería equívoca o no tendría sentido”*. Igual intuición menciona Weinberg con respecto a la física (6): *“La teoría cuántica de campos está muy limitada por principios relativos a la naturaleza del espacio-tiempo tetradimensional que se han incorporado a la teoría de la relatividad especial. La cuestión es cómo obtendremos las ideas necesarias para reformular una teoría fundamental cuando esta teoría tiene que describir un reino donde todas las intuiciones derivadas de la vida en el espacio-tiempo resultan ser inaplicables”*.

La lógica clásica (previa a 1930) corresponde a una gran cantidad de los procesos del pensamiento, pero lleva en sí importantes limitaciones. Sus grandes principios no son útiles en casos de conceptos vagos y situaciones difusas. Es allí cuando se hace necesario utilizar una lógica distinta, una lógica que admita contradicciones o una que también permita lagunas.

En la psiquiatría de mediados del siglo XX, se propuso la existencia de una lógica diferente como característica del pensamiento de las personas con ideas delirantes, la denominada paleológica. Se supone que es algo así como una lógica primitiva, sumamente limitada en cuanto a las herramientas disponibles para explorar los conceptos. El principio de Von Domarus es el formalismo más conocido de esa paleológica y se enuncia de la siguiente manera: la persona normal acepta la identidad solamente sobre la base de sujetos idénticos, mientras quien piensa con paleológica acepta la identidad basada en predicados idénticos. Por ejemplo, un paciente decía ser el dictador de Alemania, pues lucía bigote al igual que Adolf Hitler; establecía la identidad entre él y el dictador de Alemania con base en el predicado *tener bigote*. Para sorpresa de muchos, al contrastar la ciencia y el pensamiento psicótico, se ha encontrado que muchos razonamientos de la ciencia corresponden a la estructura formal del principio de Von Domarus, mientras una buena cantidad de ideas delirantes francas no lo cumplen y se ajustan perfectamente a las reglas del silogismo aristotélico, lo que lleva a concluir que el citado principio no sirve para diferenciar el pensamiento psicótico del no psicótico. La mayoría de las ideas delirantes son lógicas, ya lo sabía Shakespeare

cuando Polonio, al comentar el pensamiento de Hamlet, decía: *“aunque todo es puro delirio, no deja de haber ilación en ello”*.

Para resumir, la lógica clásica, piedra angular para entender el pensamiento según algunos textos de psiquiatría, sólo indica un camino, no garantiza la verdad, no equivale al sentido común ni permite diferenciar el denominado pensamiento psicótico del normal, por lo que se recomienda dejar de usarla como el criterio que establece la diferencia entre el pensamiento normal (lógico) y el patológico, especialmente el psicótico (ilógico).

Más bien, si se quiere profundizar en los formalismos del pensamiento, además de la lógica clásica, conviene estudiar las nuevas lógicas, las que abordan temas tan importantes como las contradicciones, el contexto del uso de los lenguajes ordinarios, la posibilidad, la necesidad, la contingencia, los valores intermedios entre lo verdadero y lo falso, etc. Las nuevas lógicas han facilitado estudiar aspectos del pensamiento que la lógica clásica no contempla. Según esta última, con sus valores de verdadero y falso, cuando hay contradicciones, el único camino es eliminarlas. Aplicado al psiquismo, tiene como consecuencia la imposibilidad de entender fenómenos tan frecuentes e importantes como la ambivalencia. En cambio una de las nuevas lógicas, la paraconsistente, se interesa precisamente en las contradicciones no para eliminarlas sino para conocerlas y estudiarlas como parte constitutiva del mundo (7).

Se dice también que aquello que no es susceptible de ser entendido con la lógica clásica corresponde a formas arcaicas de racionalidad. Pero vale la pena preguntarse si pensar el mundo con valores intermedios de verdad, admitirlo con contradicciones, considerar que la verdad es cambiante a lo largo del tiempo ¿no es más que una forma primitiva de pensar?

3. PENSAMIENTO MAGICO

Desde el siglo XVI, cuando los europeos comenzaron a explorar regiones del mundo distintas a su continente, se encontraron con grupos humanos cuyos hábitos y costumbres eran notablemente diferentes de los suyos. Se llegó a discutir si se trataba de seres humanos y si poseían alma, lo que favoreció su esclavitud y exterminio. En el siglo XIX apareció la teoría de la evolución de Darwin y Wallace y pronto se conjeturó que los grupos no occidentales (“salvajes” o “primitivos” como se los denomina con

frecuencia) representaban etapas previas al desarrollo humano. Hasta se creyó que al conocer su forma de pensar y actuar podía reconstruirse la mente primitiva. Dado que estos grupos otorgaban particular importancia a la existencia de espíritus diferentes a los del cristianismo y dotaban de características humanas a los elementos de la naturaleza, se denominó mágico a su pensamiento.

En el mismo siglo, Haeckel propuso que la ontogenia recapitula la filogenia, dando lugar a que se equiparara el pensamiento mágico o primitivo con el infantil. La psiquiatría utilizó esos conceptos y postuló que las personas con trastornos psicóticos sufrían algo parecido a una regresión evolutiva que los llevaba a pensar el mundo en términos mágicos como lo hacían los "primitivos". Incluso se habló de reglas de pensamiento totalmente distintas entre los adultos normales y civilizados, de un lado, y los pacientes psicóticos, los niños y los "primitivos" del otro. Se terminó estableciendo un paralelismo cognoscitivo entre estos tres últimos.

Las pruebas en contra de esta perspectiva son abrumadoras y, al menos, los antropólogos y biólogos evolucionistas ya no piensan que la mente primitiva sea igual a la del niño y tampoco ven al hombre no occidental como un fósil viviente predecesor del occidental. Los denominados "salvajes" o "primitivos" viven en un medio complejo, a menudo hostil, en el que a diario afrontan y resuelven exitosamente, de manera eficiente y elegante, infinidad de problemas. La magia de los espíritus, fuerzas y lugares que pueblan su entorno no es sinónimo de limitaciones psíquicas, tan sólo expresa una perspectiva distinta del mundo (cosmovisión). Cuando los antropólogos comenzaron a tener contacto más estrecho con los pueblos no occidentales, el mito de la mente evolutiva primitiva se derrumbó. Malinowski, en sus estudios en Trobriand encontró que la magia y el pensamiento racional no se excluyen, pues las personas por él estudiadas construían sus canoas lo mejor posible, se aseguraban de su navegabilidad y solo después interpretaban cánticos sobre ellas tanto tiempo como les fuera posible con el fin de atraer la buena suerte.

No hay diferencia alguna entre alguien que lee el horóscopo en un periódico antes de tomar una decisión importante y un griego de hace más de dos mil años que consultaba el oráculo de Delfos. Los adornos para atraer la buena suerte son comunes en todos los grupos humanos, aunque a primera vista sean más aceptados en el antebrazo de una adolescente occidental que en la cabeza de un cazador de África. Se

encuentra elementos mágicos en todas las sociedades y épocas, pero esos elementos no hacen parte, y mucho menos son exclusivos, de los mecanismos psicopatológicos del pensamiento sino de la cosmovisión adquirida al vivir dentro de una cultura y época determinadas. Si se quiere, el pensamiento mágico es patrimonio del funcionamiento cognoscitivo de los seres humanos y no una característica distinta de los niños, los primitivos y los pacientes psicóticos (8).

4. CÓMO SE EVALUA EL PENSAMIENTO

Al igual que en las demás áreas del examen mental, la evaluación del pensamiento se realiza desde el primer contacto que se tiene con otra persona. El lenguaje verbal es la principal vía para conocerlo, pero toda la conducta sirve a este propósito. Si alguien permanece absolutamente quieto, no pronuncia palabra alguna y se niega a recibir alimentos, surge la pregunta acerca de lo que piensa para que se comporte de esa manera; en seguida aparecen algunas posibles respuestas que corresponden a hipótesis acerca del contenido de su pensamiento. De manera similar, cuando se duda de las razones expuestas por una persona al explicar su comportamiento, se asume que también hay otras, no expresadas verbalmente, susceptibles de ser inferidas a partir de su conducta no verbal. Se procede entonces a elaborar conjeturas sobre lo que está pensando.

Algunas veces será necesario formular preguntas específicas encaminadas a conocer la existencia de ciertas ideas en particular. Las preguntas deben ser neutrales pero dirigidas a explorar el aspecto de interés. Por ejemplo, al investigar ideas delirantes persecutorias se puede preguntar: ¿ha sentido que otras personas quieren incomodarlo, molestarlo o están en su contra?, ¿se ha sentido perseguido? En caso de ideas autorreferenciales: ¿ha sentido que las otras personas se ríen, burlan o hablan mal de usted? Si se explora la presencia de ideas de grandeza: ¿tiene algún poder, don o habilidad especial?, ¿considera que está destinado a conseguir grandes metas?, ¿se siente superior en algo al compararse con los demás? En otros tipos de delirios: ¿le envían mensajes a través de la radio o la televisión?, ¿otras personas saben lo que usted piensa sin necesidad de que les hable?, ¿alguien distinto a usted controla su cuerpo o su mente?, ¿puede leer la mente de otras personas?

5. SEMIOLOGIA PSICOPATOLOGICA DEL PENSAMIENTO

La semiología del pensamiento puede dividirse en dos grandes capítulos: curso y contenido. En ocasiones se habla de forma y contenido, asumiendo forma como sinónimo de curso. En el curso se incluyen la velocidad y la asociación existente entre las ideas, mientras el contenido abarca el tipo de ideas y su temática específica. En algunos textos se menciona como un capítulo adicional el *origen del pensamiento* y se divide de diversas maneras, entre ellas, mágico, autista, dereista, animista, etc. No hay razón alguna para esta última diferenciación; las categorías utilizadas no tienen ningún elemento vinculante entre sí, por lo que es preferible dejar a un lado un concepto tan precariamente elaborado.

6. ALTERACIONES EN EL CURSO

6.1. ALTERACIONES EN LA VELOCIDAD

El pensamiento tiene una “velocidad” característica que permite enlazar apropiadamente las ideas. Cuando se altera, especialmente si se vuelve lento, pierde su eficacia.

6.1.1. Taquipsiquia

Pensamiento más rápido de lo habitual. En la situación extrema se denomina fuga de ideas. En este último caso, la velocidad es tal que se pasa de una a otra idea sin haberlas completado, estando por tanto comprometidas la velocidad y la asociación de ideas a la vez. La taquipsiquia se observa en manía, hipomanía y en algunos episodios de trastornos psicóticos.

6.1.2. Bradipsiquia

Pensamiento lento. Se presenta en la depresión, donde es una de las quejas cognitivas más frecuentes de los pacientes. También en el retardo mental, las demencias, el parkinsonismo, en los estados de somnolencia y confusión, como secuela de accidentes cerebrovasculares y traumas craneoencefálicos.

6.1.3. Bloqueo o interceptación

Interrupción del curso de ideas antes de que se haya logrado llegar a un objetivo o se pueda comunicar adecuadamente lo pensado. Se encuentra en la depresión y en algunos trastornos psicóticos.

6.2. ALTERACIONES EN LA ASOCIACIÓN DE LAS IDEAS O DESORGANIZACIÓN DEL PENSAMIENTO

Dado que el pensamiento trabaja con símbolos, éstos tienen una función, un orden y obedecen ciertas reglas. Igual ocurre con las palabras de una oración o las oraciones de un discurso. Es difícil de imaginar una oración sin un verbo o un discurso sobre el cerebro en el que las conclusiones se obtengan luego de discutir solamente la fisiología renal. La combinación adecuada de las palabras y las oraciones permite que finalmente el pensamiento sea útil y favorezca la comprensión del mundo, la anticipación de nuevos hechos y la comunicación con los demás. Sin embargo, en ocasiones, el orden se ve comprometido dando lugar a las llamadas alteraciones en la asociación de ideas o desorganización del pensamiento, grupo de síntomas considerado como psicótico en el actual DSM IV, si bien no es exclusivo de este tipo de trastornos (9).

6.2.1. Circunstancialidad o prolijidad

El discurso es impreciso, a menudo superficial, lleno de divagaciones, evasivas y detalles poco importantes, tanto que con frecuencia se vuelve al punto de partida sin lograr comunicar lo que se desea o hacerse entender por los demás (10). Quizá un buen ejemplo lo constituye la manera de hablar de los personajes representados en el cine por Cantinflas, el humorista más conocido de Latinoamérica.

P.V. explicaba sus malas calificaciones en los exámenes de la siguiente manera:

“no es que yo no estudie, sino que a veces el estudio es un poco difícil y la dificultad hace que uno se demore más y no pueda estudiar todo lo necesario para presentar los exámenes. Como el estudio se complica, se necesita más tiempo, y como no hay suficiente tiempo no se alcanza a estudiar todos los temas, mucho menos los difíciles, por lo que es cuestión de tiempo y no de estudio aquello de mis calificaciones”

La circunstancialidad se presenta en situaciones cotidianas. Por ejemplo, cuando en medio de gran ansiedad se intenta responder un reclamo airado. Puede ser parte del funcionamiento cognitivo habitual de alguien y constituir un rasgo de su personalidad. Se encuentra también como un síntoma en los trastornos psicóticos y en los episodios maníacos.

6.2.2. Asociación laxa de las ideas

En el discurso, la ilación, es decir, la relación entre una y otra idea, pierde el orden adecuado, se vuelve laxa. Las ideas expresadas por el afectado permiten entender medianamente su discurso y seguir la historia que narra, pero será necesario un esfuerzo activo por parte del interlocutor para organizar las partes y darle coherencia a lo escuchado. Hay diversos grados de laxitud en la asociación de ideas, desde algunos muy sutiles, sin implicaciones psicopatológicas, tal como ocurre con las explicaciones que brinda un estudiante ansioso en un examen oral, hasta extremos que limitan con la incoherencia.

U.Z., un hombre de 23 años decía:

“Uno se da cuenta de las cosas que debe hacer bien pero no es posible; se interponen, se interponen. Ya son muchos meses. Vienen en la noche, dicen cosas y molestan. Ya no estudio derecho. Es difícil leer libros tan grandes y largos y uno debe servir a los buenos porque de lo contrario se expone a que le pasen cosas y le impidan hasta dormir”.

En el ejemplo, se alcanza a entender una historia relacionada con el acoso que vive U.Z. por parte de terceros, pero la ilación entre las oraciones no es clara y exige un esfuerzo para comprender la historia relatada.

En algunos casos, la asociación se establece de manera curiosa, como sucede en la asociación por consonancia. La persona relaciona una oración o un discurso con otro al escuchar palabras con semejanza fonética. Por ejemplo, Y.W. al relatar el trayecto recorrido para llegar al hospital decía:

“Tomamos un bus que venía rápido. Parecía una luz de la empresa de energía. Sí, sí, presa como una presa de pollo, no de paloma. Coma, coma, no sea que se caiga en coma”.

6.2.3. Incoherencia o disgregación

Las ideas ya no tienen relación entre sí, la ilación entre ellas se ha perdido. Las oraciones no dan lugar a ningún discurso. La persona no consigue realizar descripciones ni narrar historias; tan solo emite oraciones y frases sin vínculo alguno entre ellas. Y.N., una mujer de 28 años al preguntarle cómo se sentía, respondía:

“Explíqueme por qué los zapatos son largo. ¿Usted cree que debo pasar una hoja de vida? No me gustó el almuerzo, pero más tarde llueve y mi madre no puede olvidarse de ver la telenovela. ¿Es cierto que ya cambiaron de año y que después del lunes va a seguir el jueves? Teníamos cita en la fiesta. Está callado y como cercano a las montañas, ¿no le parece?”

6.2.4. Fuga de ideas

Es una alteración tanto en la velocidad como en la asociación de ideas. Se trata de taquipsiquia acompañada de asociación laxa de ideas. Se presenta en la manía severa y en algunos trastornos psicóticos.

6.2.5. Ensalada de palabras

Es el grado extremo de las alteraciones en la asociación de las ideas. La persona pronuncia palabras sueltas, no construye oración alguna y mucho menos un discurso o una narrativa. O.J. al preguntarle su edad respondía: *“cuento, mesa, nada, ahora, siempre, zapato, canciones, verde, mono, todos, boleta, días, faena, balas, flores, etc.”*

6.2.6. Verbigeración

Consiste en la repetición monótona, por lo general con bajo volumen, de frases, palabras y hasta sílabas. Se encuentra con frecuencia en quienes presentan el tipo hebefrénico o desorganizado de esquizofrenia. A ellos, además, se los observa distantes, ensimismados y descuidados en su aseo y arreglo personales. U.D. decía constantemente: *“vivan los flacos, vivan los flacos, vivan los flacos”*.

6.2.7. Respuestas tangenciales e irrelevantes

Durante una conversación se espera que las respuestas del interlocutor hagan referencia o sean atinentes a las preguntas formuladas. Cuando la

respuesta no tiene relación temática alguna con la pregunta se denomina irrelevante y cuando la relación es distante recibe el nombre de tangencial.

Ejemplo: Al preguntarle a un grupo de pacientes en qué trabajaban, respondieron: "*sigo la Biblia y me gano el pan con el sudor de la frente*", "*cada vez se suda más para conseguir un empleo*" (tangenciales). En cambio, otros dijeron: "*arrepíentase que el mundo se va a acabar*", "*no le parece que el rojo es un color demasiado alegre*" (irrelevantes). Estas manifestaciones se observan en los trastornos psicóticos y en los episodios maníacos, también cuando las personas fingen padecer una enfermedad mental.

6.2.8. Neologismos

Son palabras nuevas, algunas veces totalmente inéditas, en otras ocasiones creadas a través de la condensación o combinación de otras palabras. En ocasiones son utilizadas para describir experiencias psíquicas particulares difícilmente expresables con el léxico habitual. La mayoría de las veces se presentan acompañadas de otros síntomas de desorganización del pensamiento. También pueden ser parte del cuadro clínico de algunas afasias. Un paciente mencionaba haber visto varias nubes que desprendían una luz brillante y las llamaba *nubaroles*. Otro se refería a sus perseguidores como *venudrilos* pues tenían forma de cocodrilo y provenían del planeta Venus.

7. ALTERACIONES EN EL CONTENIDO

No hay un pensamiento normal en lo referente al contenido. El pensamiento puede abordar cualquier temática y lo hace creando desde las grandes obras del arte, la filosofía y la ciencia hasta ideas absolutamente inentendibles. El principio y el fin del universo es uno de los temas de mayor investigación y controversia en la cosmología actual, pero también es motivo de divagaciones de más de una persona con graves trastornos psicóticos a quien es posible verla en la calle con anuncios sobre el fin del mundo. El concepto de evolución de la vida ha cambiado no sólo la biología sino hasta la política, pero fue igualmente utilizado por el guía de una secta para convencer a sus seguidores de suicidarse y pasar el siguiente estado evolutivo en el nuevo ambiente de un cometa. No es posible hablar de temas normales y anormales; la psicopatología de una idea determinada sólo se vuelve visible en el

contexto de las demás manifestaciones psíquicas y de la conducta como un todo.

7.1. IDEAS DELIRANTES

También reciben el nombre de delirios. Son creencias basadas en experiencias psíquicas complejas por lo general extrañas, intensas y poco habituales. La persona está totalmente convencida de su veracidad a pesar de que nadie las comparta. Las defiende con vehemencia y rechaza, desvaloriza o desestima totalmente los argumentos y evidencias en su contra. Estas creencias motivan o generan actos de conducta, muchas veces extraños, pero consistentes con la convicción que le brindan a su poseedor. Todo ello favorecido por la pobreza de crítica introspectiva que las acompaña.

Por ejemplo, T.C., un hombre de 38 años, después de leer varios libros de ficción sobre extraterrestres y soñar algunas pesadillas, decía a su esposa y a otros familiares que los marcianos querían matarlo y lo espiaban constantemente con el fin de encontrar el momento propicio para eliminarlo. Decidió no pasar cerca de los parqueaderos porque, según él, allí se escondían los extraterrestres y corría más peligro que en otros lugares. El ejemplo sirve para analizar las características generales de las ideas delirantes. T.C. creía que los marcianos deseaban matarlo. Quizá la lectura de libros sobre extraterrestres y las pesadillas favorecieron esa conclusión, pero fue más importante la aparición de una experiencia extraña e intensa de gran desconfianza y temor a la agresión por parte de terceros que, aún sin percibirlos mediante los sentidos, identificó como marcianos. Aunque las personas que lo rodeaban no le concedían veracidad alguna a esta creencia y le mostraban libros y películas que probaban la ausencia de seres inteligentes en Marte, T.C. rechazaba, desestimaba y desvalorizaba todos los argumentos y hechos contrarios a su convicción. Finalmente, tomar precauciones y evitar ciertos lugares fue un acto de conducta motivado o generado por dicha creencia, pero al no tener una crítica introspectiva adecuada, no captaba lo absurdo de sus reacciones ni lo extraño de sus ideas.

Las creencias están estrechamente relacionadas con la sociedad en que se vive. Es allí donde son aceptadas como verdaderas, o al menos posibles, por los miembros del grupo. Por este motivo, es necesario analizarlas y observar si reúnen todas las características de una idea delirante antes de considerarlas como tales. Se da el caso de muchas personas que creen en los poderes de la brujería y buscan practicantes

para que les resuelvan sus problemas. Esa creencia no constituye una idea delirante si no se acompaña de otras manifestaciones tales como la renuencia a considerar argumentos y hechos en su contra, la absoluta convicción en su verdad y la presencia de un comportamiento llamativo o extraño derivado de la misma. .

Existen creencias que son juicios de valor, en cuyo caso se consideran ideas delirantes solamente si, además de las características generales anotadas, son tan extremas que desafían cualquier posibilidad de credibilidad. Si alguien en la cultura occidental cree en la superioridad de una determinada religión y afirma que los practicantes de las demás deben morir, el carácter extremo de tal juicio es el rasgo que llevará a considerarlo como delirio.

Algunas ideas delirantes son improbables e incomprensibles a partir de experiencias cotidianas, a ellas se les denomina bizarras o extravagantes. Por ejemplo, la creencia en que el propio cuerpo está constituido por órganos extraídos de diferentes personas o la de que alguien introduce pensamientos en la mente de uno y lo controla son improbables en la realidad e imposibles de inferir a partir de las experiencias de la vida diaria. En cambio, otros delirios pueden ser comprendidos fácilmente desde las vivencias cotidianas. Ser perseguido, sufrir una infección o ser engañado por el cónyuge son situaciones que pueden ocurrirle a cualquier persona.

Es propio de las ideas delirantes la sistematización o estructuración, esto es, las historias o narrativas construidas a su alrededor así como la cantidad y coherencia de los argumentos y pruebas que la persona presenta para defenderla y convencer a otros de su veracidad. En delirio poco sistematizado o estructurado, los argumentos son escasos y poco elaborados, mientras en uno bien sistematizado los mismos abundan, provienen de diversas fuentes y están fuertemente enlazados unos con otros. Y.N. tenía la idea delirante bien estructurada de haber inventado el teléfono celular. Exponía los principios físicos de su funcionamiento, hablaba de futuros desarrollos, presentaba documentos con las fórmulas matemáticas que favorecieron su invención y hasta llevaba consigo varias revistas especializadas en física en las que argüía haber publicado con pseudónimo un sinnúmero de artículos acerca del invento. Aseguraba haberlo patentado en varios países y disponer de los documentos que lo acreditaban. Su único inconveniente radicaba en que las compañías que lo comercializaron no le pagaban las regalías a que tenía derecho.

Las experiencias extrañas que dan lugar a los delirios se manifiestan con diversos grados de intensidad. En el caso del delirio persecutorio, si *la experiencia de miedo y desconfianza frente a un peligro inminente proveniente de terceros* es intensa, el paciente se observa con expresión facial de extrañeza y desconfianza, en las interacciones con los demás se lo observa prevenido, evita a los potenciales agresores o perseguidores y los ataca si considera que es necesario defenderse de ellos. Entre mayor la intensidad, más la influencia que el delirio ejerce en la conducta.

Las ideas delirantes se presentan principalmente en el grupo de trastornos conocidos como psicóticos y hacen parte también del cuadro clínico de los trastornos afectivos. En la esquizofrenia se pueden encontrar todas las variedades, si bien las bizarras o extravagantes son propias de esta enfermedad. En los trastornos afectivos se considera adecuado establecer si los delirios son congruentes o incongruentes con el estado de ánimo. Si alguien está deprimido la idea delirante de *no merecer sino la comida que encuentre en la basura de las calles* será congruente con el afecto triste, mientras la de ser profeta de los dioses será incongruente con esa misma tristeza. Las ideas delirantes pueden clasificarse de muchas maneras. Si se atiende a la temática, una forma de hacerlo es la siguiente, sin olvidar claro está que cualquier tema puede tomar ribetes o ser francamente delirante en el psiquismo de alguien.

7.1.1. Autorreferenciales o de referencia

Es la creencia en que la conducta de las demás personas o los acontecimientos del entorno se producen en función de uno, lo que les confiere un significado particular que por lo general es peyorativo. Ejemplo, H.B. creía que todas las compras que realizaban sus vecinos estaban destinadas a mostrarle su desprecio por tener menos ingresos que ellos. Aquí, las compras que otros hacían por razones personales, H.B. las relacionaba con él y les veía con su particular perspectiva.

Este tipo de ideas es común encontrarlas en la esquizofrenia y en los trastornos delirantes del subtipo persecutorio.

7.1.2. Persecutorias

El tema principal se refiere a que el afectado (o alguien cercano a él) es atacado, perseguido, engañado, espiado, atormentado, calumniado o envenenado; se le administra medicamentos sin su aprobación, se

conspira contra él o se le obstruye sus planes y metas. Otra variedad está constituida por la creencia en que hay una injusticia que es necesario denunciar o remediar. N.R., un hombre de 40 años, creía que su esposa, así como los familiares y amigos de ella, querían envenenarlo. Decidió no aceptarles ningún alimento pues allí podían administrarle el veneno. Cuando llegó al hospital, pensó que todo el personal estaba de acuerdo con aquel plan por lo que se negó a recibir no sólo alimentos sino cualquier medicamento.

Estas ideas son frecuentes en la esquizofrenia y en los trastornos delirantes del subtipo persecutorio.

7.1.3. Mágicas

Es la creencia en que las conductas de las personas y los acontecimientos del mundo están gobernados o determinados por seres, fuerzas u objetos poderosos, etéreos y por lo general desconocidos. Y.C. creía que las fuerzas siderales, los astros y los malos espíritus estaban molestos por sus actuaciones, por lo que empleaba la mayor parte de su tiempo en buscar alguien que sepa de ocultismo para que le ayude a congraciarse con ellos.

7.1.4. De influencia o de ser controlado (experiencias de pasividad)

También llamadas experiencias de pasividad, nombre más apropiado para lo experimentado por quien las padece. El afectado experimenta que sus pensamientos, emociones, percepciones, impulsos o actos de conducta están bajo el control directo de otras personas, espíritus o fuerzas. U.R. creía que el espíritu de su primo, quien había muerto cuatro años antes, controlaba sus pensamientos y comportamientos. Otras variedades son la idea delirante de inserción del pensamiento, en la que se cree que los pensamientos de uno no son propios sino insertados por alguien o algo, y la idea delirante de estar poseído, tal como la posesión demoníaca. Todas estas variedades son frecuentes en la esquizofrenia.

7.1.5. De difusión o transmisión del pensamiento

Es la creencia en que los pensamientos de uno son difundidos por altavoces u otros medios de comunicación y son conocidos por las demás personas. S.T. trabaja en un restaurante cercano a una universidad.

Creía que en las mesas alguien había instalado micrófonos y a través de ellos sus pensamientos eran transmitidos a los salones de clase. Aunque pueden aparecer en varios trastornos psiquiátricos, estos delirios son característicos de la Esquizofrenia.

7.1.6. De grandeza o megalomaniacas

Es la creencia en tener talento, valor, poder o conocimientos especiales y por lo general no reconocidos por los demás. Otras variedades incluyen la idea de tener una relación especial con individuos poderosos, de ser el portador de un mensaje divino o de ser alguien importante y considerar que la persona real es un impostor. Ejemplo: O.S. era vendedor de libros, pero se creía senador. Hablaba a sus amigos de las leyes que había presentado, de sus compañeros en el Congreso y del poder que tenía para decidir sobre aspectos importantes del país. Se hallan sobre todo en episodios maníacos, si bien pueden encontrarse también en los trastornos delirantes del subtipo grandioso y en la esquizofrenia.

7.1.7. Celos delirantes

Es la creencia en que el novio, cónyuge, amante o compañero sexual le es infiel. C.M., un hombre de 45 años, creía que su esposa lo traicionaba. Vivía en una casa de dos pisos y cuando ella estaba en el segundo y él en el primero, inmediatamente pensaba en una posible infidelidad. Rápidamente subía para corroborar y asegurarse que ella no estuviera con otro hombre. Estos celos se observan sobre todo en el trastorno delirante del subtipo celoso.

7.1.8. Erotomaniacas

Es la creencia en que una persona, por lo general claramente identificada y de estatus superior, está enamorada de uno. J.O., una mujer de 28 años, creía que un cantante famoso, quien nunca había venido al país, estaba enamorado de ella y le enviaba mensajes a través de las letras de las canciones. Ella le escribía todas las semanas, le enviaba regalos y cada mes esperaba su visita. Se encuentra en el trastorno delirante del subtipo erotomaniaco.

7.1.9. Somáticas

Son creencias relacionadas con la apariencia o funcionamiento del cuerpo. Hay muchas variedades de las mismas, tales como exhalar un

olor desagradable, estar infestado por parásitos extraños en la piel o tener deformadas algunas partes del cuerpo. P.D., un hombre de 42 años, creía que constantemente emitía un olor molesto desde sus axilas. Se bañaba varias veces cada día, se aplicaba desodorantes y perfumes en mayor cantidad de la acostumbrada por el resto de personas, pero nada de ello cambiaba su experiencia. Se encuentra en la esquizofrenia y en el subtipo somático del trastorno delirante.

7.1.10. Nihilistas

En ocasiones también son llamados delirios de negación. Son creencias atinentes a la inexistencia o el fin del mundo, la inexistencia o muerte de uno mismo, el cese del funcionamiento corporal o la detención del tiempo. M.S. creía que el mundo se había acabado y él estaba muerto. Cuando se lo confrontaba con el hecho de asistir a una consulta médica decía: "estamos aquí pero usted, yo y las cosas son diferentes. Todo se acabó, se volvió raro, no es lo mismo, por eso sé que el mundo ya no existe". Al cuadro clínico donde predominan los delirios nihilistas se le llama delirio de Cotard (11). Se presenta en la depresión con síntomas psicóticos y en la esquizofrenia.

7.2. IDEAS SOBREVALORADAS.

Son creencias firmemente establecidas. Quien las tiene, íntimamente está convencido de su veracidad, por lo que las defiende con gran fuerza; pero al menos en público no rechaza totalmente los argumentos y evidencias en su contra. Motivan o generan actos de conducta de acuerdo con su temática. Su propietario logra, en muchos momentos, una crítica introspectiva aceptable sobre las mismas y puede darse cuenta del carácter exagerado y poco flexible de las mismas. No siempre es fácil diferenciar una idea delirante de una sobrevalorada, no hay un límite preciso entre ellas, más bien se trata de un continuum (12), por lo que es recomendable acudir al estudio de las demás áreas del psiquismo para hacerlo.

Ejemplo: una mujer creía que todas las dificultades de su vida estaban ocasionadas por la indiferencia que su esposo le mostraba. Casi todas las acciones de él las vivenciaba como un acto de desconsideración. Experimentaba gran resentimiento, con facilidad entraba en discusiones y pasaba buena parte de su tiempo imaginando lo que hubiera ocurrido si se hubiese casado con otro hombre. Cuando sus amigas la confrontaban,

por momentos admitía lo exagerado de sus reacciones y aceptaba que podía haber otras causas de sus problemas, pero fácilmente enumeraba todos los acontecimientos que la llevaban a sostener su creencia y volvía a encontrar argumentos para defenderla. En este caso, se halla la creencia firmemente establecida de que la totalidad de las dificultades de la vida pueden ser ocasionadas por otra persona, conclusión a la que ella llegó, entre muchos otros factores, a través de un sinnúmero de situaciones que interpretó como actos de desconsideración por parte de su esposo. A pesar de su íntima convicción y la firme defensa de su creencia, al menos en público, cuando era confrontada por sus amigas, aceptaba que podía haber otras razones que explicasen sus problemas. Su idea motivaba diversas conductas, lo que se evidenciaba en las discusiones que sostenía con el esposo y el tiempo dedicado a las fantasías de haberse casado con otro hombre. Finalmente, su crítica introspectiva le permitía captar, así sea por momentos, la dificultad para modificar sus creencias y actuaciones.

Las ideas sobrevaloradas son frecuentes tanto en la vida cotidiana como en los trastornos psiquiátricos. En la primera, ocasionan gran parte del sufrimiento diario y explican fenómenos tan comunes como los celos entre las parejas. Prejuicios como el racismo también pueden ser entendidos con este concepto. En los segundos, hacen parte de un gran número de cuadros clínicos, entre los que se destacan la depresión, los trastorno somatomorfos como la hipocondriasis, la anorexia nervosa y las fobias. En estas últimas, junto con el miedo intenso, está la idea sobrevalorada acerca de los riesgos que conlleva la cercanía del objeto temido.

El tema de las ideas sobrevaloradas puede ser cualquiera, incluso los discutidos en el aparte de las ideas delirantes, pues al fin y al cabo, la diferencia entre estas últimas y las primeras, en muchas ocasiones es sólo de grado. Además de las clases ya discutidas, se va a agregar algunas nuevas que en la clínica se presentan predominantemente como ideas sobrevaloradas.

7.2.1. De minusvalía

Es la creencia en tener menos habilidades y capacidades que las otras personas, de considerarse menos valioso que los demás al compararse social, intelectual o económicamente, así como de ser visto por los otros como molesto, inoportuno o indeseable (13). Q.P., un hombre de 36 años, después de haber perdido su trabajo, creía que por ese motivo

había perdido también la capacidad para desempeñar sus funciones paternas y además era menos inteligente que los demás. Estas ideas se encuentran predominantemente en las depresiones, donde pueden adquirir gran fuerza y convertirse en delirantes; tal es el caso de las ideas de ruina en un hombre que no afrontaba ni siquiera de lejos esa situación.

7.2.2. De desesperanza

Son creencias en que todo saldrá mal en el futuro y nada de lo que se haga cambiará dicho resultado. I.S., una secretaria de 26 años, creía que en adelante nadie le daría un empleo y ello no se modificaría aunque se capacitara y demostrara que puede desempeñarse en forma adecuada. Son frecuentes en todo el espectro de cuadros depresivos. Cuando la idea se torna extrema, la temática alude a que uno mismo, las demás personas o el mundo no existen, dejaron de existir o se van a acabar, en cuyo caso la idea se vuelve delirante y toma el nombre nihilista.

7.2.3. De culpa y autorreproche

Son creencias en que uno es el responsable de las dificultades que tienen las demás personas o de los problemas existentes en la sociedad en que vive. También toman la forma de exagerar la responsabilidad de uno en sus propias dificultades, destacándose especialmente los reproches por actuar de una forma poco ética o haber dejado de hacer algunas acciones que hubiesen sido favorables. V.F., un profesor de escuela, creía que era el principal responsable de que quienes fueron sus alumnos no lograran ingresar a la universidad a pesar de saber que hay un número bastante grande de factores que determinan ese desenlace.

7.2.4. Hipocondríacas

El afectado cree que padece una enfermedad grave o que las manifestaciones normales del funcionamiento corporal corresponden a la presencia de alguna enfermedad. Todo ello a pesar de que las evaluaciones médicas y los exámenes paraclínicos no apoyen tal creencia. H.D., un hombre de 45 años, pensaba que sufría una enfermedad cardíaca seria debido a que en algunas ocasiones se cansaba al subir hasta su apartamento ubicado en el sexto piso del edificio. Aunque los médicos le explicaban que su molestia no era un síntoma de enfermedad cardíaca y que los exámenes paraclínicos eran normales, persistía en su preocupación.

7.2.5. Místicas

Creencia en que las conductas de las personas y los acontecimientos del mundo están gobernados o determinados por dioses o sus representantes. Aquí es necesario hacer una clara distinción entre estas ideas y las concepciones religiosas aceptadas socialmente, las que no constituyen un fenómeno psicopatológico por sí mismas.

E.L. creía que todos los sucesos que a diario pasaban a su alrededor eran un milagro. Calificaba de esta manera las citas médicas que le otorgaban, los encuentros inesperados con sus amigos y hasta el sentir deseos de dormir durante la noche.

7.3. IDEAS PREVALENTES

Su característica principal la constituye su presencia casi constante durante periodos de tiempo, por lo general, mayores de algunos días. Tienen menor capacidad que las ideas delirantes y las sobrevaloradas de motivar o generar comportamientos, pues se puede permanecer por semanas y hasta meses con una idea prevalente y no llevar a cabo ninguna conducta asociada con ella.

Algunas son voluntariamente mantenidas, como cuando una persona tiene dificultades económicas y todo el día su pensamiento no conoce un tema distinto. En otras ocasiones son involuntarias, como las ideas recurrentes relacionadas con eventos traumáticos pasados, característica principal del trastorno por estrés postraumático. La crítica introspectiva le permite a su propietario darse cuenta de la cantidad de tiempo que permanecen ocupando lugar primordial en su psiquismo.

Las ideas prevalentes son sumamente variadas en cuanto al tema. Están, por ejemplo, las preocupaciones pasajeras de la vida cotidiana por la situación laboral o económica, las relaciones interpersonales, la vida sexual, el desempeño escolar, etc. En el ámbito de los trastornos psiquiátricos están la preocupación de tener una enfermedad en la hipocondriasis, la preocupación por la figura corporal y el peso en la anorexia, así como los pensamientos reiterados acerca de la muerte y el suicidio en los cuadros depresivos severos. Quienes han sufrido ataques de pánico repetitivos, suelen preocuparse por la posibilidad de uno nuevo y piensan constantemente acerca de esa posibilidad y de la manera de evitarlo. .

7.4. IDEAS OBSESIVAS

Son ideas intrusivas y repetitivas, vivenciadas con desagrado y muchas veces acompañadas de temor. Llegan sin intervención de la voluntad. Causan malestar, incomodidad o ansiedad, por lo que la persona se esfuerza en ignorarlas o suprimirlas. Quien las tiene reconoce que son producto de su mente pero a la vez experimenta que se escapan a su control y no están de acuerdo ni encajan con el resto de sus pensamientos. Se acompañan de compulsiones, esto es, comportamientos estereotipados recurrentes, en forma de ritual, encaminados a contrarrestarlas y disminuir la ansiedad. La mayoría de las veces la crítica introspectiva muestra a las claras su carácter extraño, exagerado e incluso indeseable. De hecho quienes las padecen afirman que son irracionales. En la vida cotidiana son frecuentes, duran algunos segundos y desaparecen. Cuando permanecen por más de una hora y afectan el funcionamiento habitual se constituyen en un fenómeno psicopatológico que amerita atención.

7.4.1. De contaminación

Es a la vez la creencia y el temor a contaminarse o ensuciarse mediante el contacto físico con personas u objetos que han pasado por las manos de otros. Estrechamente ligadas están las experiencias de asco y pudor. E.K. no daba la mano al saludar, ya que cada vez que lo hacía experimentaba que se había ensuciado. Cuando se veía obligado a recibir algún billete o moneda usaba una tela para de esta manera evitar el contacto. Si éste era inevitable no quedaba tranquilo hasta tanto haberse lavado las manos siete veces con jabón desinfectante. En el ejemplo, además de la idea obsesiva de contaminación está presente la compulsión de lavarse las manos para contrarrestarla y disminuir la ansiedad.

7.4.2. Dudas obsesivas

Consisten en preguntarse a uno mismo, una y otra vez, si ha realizado o ha dejado de hacer un acto en concreto. E.C., a diario, después de salir de casa, en el trayecto a la oficina, se preguntaba con insistencia si cerró las puertas y ventanas. U.A. antes de ingresar a la universidad estuvo un año dudando si debía estudiar una u otra carrera. Las conductas compulsivas derivadas consisten en verificar, por ejemplo, si efectivamente las puertas y ventanas quedaron bien cerradas y establecer rituales para tratar de asegurarse de que así sea.

7.4.3. Horror y agresividad

Se caracterizan por la aparición súbita de ideas que habitualmente son consideradas horrorosas o agresivas por quien las experimenta, por lo que de inmediato se rechazan. Se acompañan de fantasías de expresarlas o llevarlas a cabo. Son frecuentes las ideas de gritar obscenidades en un lugar concurrido o la de golpear al interlocutor. Cada vez que W.S. asistía a una iglesia colmada de personas aparecía en su pensamiento la idea de negar públicamente la santidad de las figuras allí veneradas. Debido al miedo de expresarlo frente a la multitud, no le quedaba otra opción que retirarse.

7.4.4. Necesidad de un orden determinado

La persona experimenta un intenso malestar cuando observa objetos desordenados o asimétricos. Se acompaña de la compulsión a ordenarlos. O.I. cada vez que visitaba a sus amigos exploraba la biblioteca. Le molestaba ver entremezclados libros de distinto tamaño. Espontáneamente los ordenaba ubicando los más grandes a la izquierda y de ahí en orden decreciente hacia la derecha.

8. LOS DELIRIOS SE PUEDEN ENTENDER MÁS COMO EXPERIENCIAS QUE COMO CREENCIAS.

A partir del congreso mundial de psiquiatría de 1950 se impuso la definición de delirio como falsa creencia (14), la que ha estado presente desde entonces en la literatura psiquiátrica y se encuentra como la definición oficial del DSMIV. Si bien ha sido cuestionada en muchas oportunidades debido a sus limitaciones explicativas y predictivas, sigue siendo una de las más usadas por los psiquiatras.

La teoría de los delirios como falsas creencias derivadas de errores en los procesos de inferencia afronta grandes problemas a la hora de explicar el surgimiento, las características propias y los mecanismos que los perpetúan. Tampoco arroja claridad sobre la insistencia con que las personas defienden sus delirios ni la falta de introspección acerca de los mismos; es decir, es pobre en términos de posibilidades de comprensión. De acuerdo con Musalek (15), el valor de esta teoría en la práctica clínica es cuestionable, pues el psiquiatra se vería obligado a evaluar la verdad o falsedad de las creencias, lo que en el caso de los delirios de persecución

o de celos dependería más de las habilidades criminológicas que de los conocimientos psicopatológicos. Además, si hay pruebas de que el individuo es perseguido se hace imposible la presencia de un delirio persecutorio, lo que es contradictorio con el hecho de que las personas perseguidas tienden más fácilmente a desarrollar delirios persecutorios.

La literatura sobre mecanismos cognitivos involucrados en la formación y el mantenimiento de los delirios ha crecido significativamente. Los trabajos teóricos se han visto complementados con estudios empíricos que han permitido disponer de pruebas en su favor o en su contra. Como resultado, hay muchas teorías cognitivas acerca de los delirios y todas ellas destacan algún aspecto relevante. Por ejemplo, la atención selectiva a la información sobre aspectos amenazantes, el salto a conclusiones sobre bases insuficientes de información, la atribución de causas personales externas a los eventos negativos propios, las dificultades en comprender las motivaciones, intenciones y estados mentales de los demás, etc. Cada una de estas teorías explica aspectos importantes del funcionamiento cognitivo de quien delira, pero son insuficientes para dar una visión amplia del delirio. Es más, cuando se toman aisladamente se encuentra que son inconsistentes con algunas características clínicas e inplausibles desde el punto de vista fenomenológico (16). Una explicación de los delirios basada solamente en procesos cognitivos, en alteraciones en la cadena de procesamiento de información, no permite una buena comprensión de los mismos. El aspecto fenomenológico es indispensable. Parece más fructífero buscar integrar los procesos cognitivos y las experiencias subjetivas de forma clara y coherente en una nueva perspectiva. De lograrlo, se dispondría de un panorama ampliado donde además es posible observar las múltiples interacciones tanto transversales como longitudinales de estos factores. Se necesita entonces una teoría fenomenológica y cognitiva del delirio.

8.1. ALGUNOS EJEMPLOS DE EXPERIENCIAS.

Si usted tiene dolor en una rodilla ¿diría que se trata de un pensamiento que cruzó por su mente y lo lleva a enunciar frases acerca del dolor? Es cierto que en ocasiones se atraviesan pensamientos totalmente desconectados de la actividad del momento y producen distracción, pero un pensamiento sobre el dolor no origina dolor, como tampoco lo hace el recuerdo de algún dolor intenso del pasado. Es más, no se necesita pensar en el dolor o hablar de él para sentirlo. Sencillamente, se siente dolor. La sensación es el todo y no se requiere de nada más, llámese pensamiento, recuerdo, razonamiento, etc.

Si en lugar de dolor, usted tiene cansancio o deseo de orinar, sucede algo parecido. Identifica con claridad cada caso. No confundiría el cansancio con el deseo de orinar, y tampoco con el dolor, pues hay algo específico que se siente en cada uno de esos estados y los diferencia de los otros. ¿Usted necesita primero pensar para después concluir que se trata de cansancio y no de deseo de orinar? La respuesta es categóricamente negativa. No hace falta pensamiento alguno, pues de manera rápida ya sabe de qué se trata.

Hay algo característico que se siente cuando hay dolor, cansancio o deseo de orinar. No hay lugar a dudas ni confusión. En primer lugar, lo siente la persona, es decir, es eminentemente subjetivo y, en segundo lugar, es sentido de una forma específica, esto es, tiene un carácter cualitativo específico. Eso es precisamente lo que caracteriza a las experiencias o vivencias. Nótese que no es necesario disponer de un lenguaje para que se presenten; en ese sentido son no-lingüísticas o prelingüísticas, como se prefiera decir. Aunque el lenguaje no hace parte de las experiencias, puede utilizarse para describirlas. Sin embargo, es bastante difícil hacerlo. Intente describir el dolor y se dará cuenta de que puede hablar del comienzo, del lugar donde está ubicado, de la intensidad al compararlo con dolores previos, de las circunstancias que lo aumentan o atenúan y de otros tópicos parecidos, pero no consigue decir casi nada de lo que siente como dolor, es decir, del aspecto cualitativo. Las palabras parecen rodear a la experiencia pero escasamente tocarla.

8.2. LA EXPERIENCIA CLAVE EN EL DELIRIO PERSECUTORIO.

En cada tipo de delirio es posible describir una experiencia específica que se constituye en el núcleo generativo del mismo. Para efectos de claridad expositiva, dado que el delirio persecutorio es el más frecuente de todos, se toma como modelo para explicar los demás. En el delirio persecutorio, el tema principal se refiere a que el afectado (o alguien cercano a él) es atacado, perseguido, engañado, espiado, atormentado, calumniado o envenenado; se le administra medicamentos sin su aprobación, se conspira contra él o se le obstruye sus planes y metas.

Al utilizar la fenomenología en pacientes que sufren delirios persecutorios se ha encontrado que hay una experiencia básica a partir de la cual emergen las ideas delirantes. Se la ha denominado *experiencia de miedo y desconfianza frente a un peligro externo inminente para la integridad física propia* o también *experiencia de miedo y desconfianza frente a un*

peligro inminente proveniente de terceros (17). Es preciso acudir a un ejemplo de la vida cotidiana para aclarar lo anterior. ¿Qué sucede si durante diez noches consecutivas usted recibe llamadas telefónicas con amenazas de muerte? ¿Las considera una broma de mal gusto que ciertas personas disfrutan hacer? ¿Piensa que se trata de un error al que no vale la pena prestarle atención? ¿Puede continuar su vida sin mayor problema?

No es difícil imaginar lo que sucedería. Seguramente, usted se preocuparía por las amenazas, ya que lo repetitivo de las mismas le indicaría su seriedad. Permanecería asustado casi todo el tiempo, pues en cualquier momento y circunstancia alguien podría agredirlo. Tomaría precauciones cada vez que sale de casa; si observa que otra persona lo sigue cambiaría su ruta; correría si un desconocido se le acerca demasiado. Pensaría en quiénes desean matarlo y las razones para hacerlo. Repasaría en su memoria incidentes previos en que haya ofendido o molestado a otros y que puedan ser el origen de una posible venganza. Se volvería desconfiado y dudaría antes de aceptar alguna invitación, pues incluso podrían envenenarlo en una cena. Estaría pendiente de escuchar las palabras y observar los gestos de los demás con el fin de detectar señales que le indiquen la presencia de un posible agresor. Si escucha algún ruido durante la noche saltaría de la cama inmediatamente. Para resumir, entraría y permanecería en un estado psíquico de miedo y desconfianza intenso secundario a las llamadas amenazantes recibidas.

En muy poco tiempo, unos días a lo sumo, usted estaría completamente seguro (convencido) de que existe un enorme peligro para su integridad física. Es claro que la amenaza proviene del exterior, de otro u otros seres humanos en este caso. Usted podría ubicar sin lugar a dudas el comienzo de toda esta historia, pues antes de recibir las llamadas estaba tranquilo y desprevenido. Se puede denominar a este estado como una *experiencia de miedo y desconfianza frente a un peligro inminente proveniente de terceros*. En adelante, para abreviar, se escribirá solamente *experiencia de miedo y desconfianza*.

La *experiencia de miedo y desconfianza* se puede diferenciar de otras parecidas. Por ejemplo, es distinta de la ansiedad vivida cuando se tiene que hablar en público, presentar un examen o asistir a una reunión donde se recibirá un regaño. Se puede distinguir igualmente del temor cuando se viaja como acompañante de alguien que conduce un carro a

alta velocidad y con pocas precauciones. Es decir, hay algo muy claro y específico que uno siente cuando vive esta experiencia.

Ahora, imagine que usted entra en ese estado *de miedo y desconfianza* sin que medie amenaza alguna. De repente y sin darse cuenta se siente tan asustado y desconfiado como aquél que recibió las llamadas durante diez días; solo que ninguna llamada ni evento amenazante han acaecido. ¿Cómo es esto posible? El cerebro, de manera espontánea e independiente de lo que ocurre en el entorno, debido a un funcionamiento anómalo propio, genera dicha experiencia como si efectivamente hubiera un peligro externo inminente.

La importancia de las experiencias en el origen de los delirios ha sido planteado previamente por Maher en 1974 y 1988 (18,19), Frith en 1992 (20) y el grupo de Garety y Kuipers en 2001 (21). Todos ellos destacan el carácter anómalo e inusual de las experiencias de la psicosis, esto es, son extrañas y no se presentan en la vida cotidiana. Sin embargo, no hay una explicación clara acerca de la manera en que dichas experiencias se convierten finalmente en la historia relatada por quien delira.

Hay otros casos bastante conocidos de experiencias llamativas originadas por actividad anómala del cerebro. Sucede con el miembro fantasma. Personas que han perdido parte o la totalidad de alguna extremidad (brazos, piernas) sienten hormigueo o dolor en ese miembro inexistente. Para la mayoría de los observadores resulta extraño: ¿cómo puede alguien sentir dolor en una parte del cuerpo que no tiene?, en un antebrazo amputado, por ejemplo. Sin embargo, para quien padece el dolor, éste no desaparece cuando se le informa que su experiencia es contraria al sentido común. Tampoco al mostrarle fotografías o radiografías donde es clara la ausencia del antebrazo. La persona no tiene problema alguno en admitir la falta de esa parte del cuerpo, pero no por ello el dolor se extingue. ¿Qué sucede en el cerebro para que esto ocurra? Si bien no se conoce a cabalidad los mecanismos involucrados, se sabe que están relacionados con fenómenos patológicos de plasticidad cerebral. En resumen, la actividad anómala del cerebro da como resultado una experiencia “engañosa” continua.

8.3. OTROS FACTORES PUESTOS EN MARCHA POR LA EXPERIENCIA.

En lo referente a la experiencia de miedo y desconfianza, es obvia, clara y específica la emoción intrínsecamente asociada: el miedo. Éste, a corto

plazo, da lugar a conductas de lucha, huida o parálisis. A mediano y largo plazo, como todas las emociones, pone en marcha un estilo cognitivo específico; para el caso en mención, encaminado a buscar la fuente del peligro, evitarla o combatirla. Es así como la persona atiende selectivamente la información amenazante y recuerda con facilidad eventos previos en que hubo peligro. Los problemas, situaciones negativas y malos resultados los atribuye a la malevolencia de otros más que a sí mismo o a un juego de las circunstancias (22). No espera a disponer de las pruebas suficientes antes de adjudicar malas intenciones a los demás, esto quiere decir que extrae conclusiones con base en información insuficiente. Cuando trata de imaginar las intenciones, motivaciones y estados mentales de los demás afronta grandes dificultades, pues tiende a asignarles contenidos predominantemente agresivos.

Son diversos los mecanismos cognitivos involucrados en el delirio persecutorio, pero su papel no siempre es el mismo en todos los casos. Lo llamativo es que se trata de los mismos mecanismos que entran en acción en situaciones cotidianas donde existen graves amenazas y peligros, es decir, no son exclusivos de los delirios. En otras palabras, el estilo cognitivo que se pone en marcha en los delirios persecutorios es el estilo cognitivo de los peligros y amenazas inminentes en general. Eso explica por qué desaparece cuando la experiencia delirante aguda cede.

Quien tiene una experiencia de miedo y desconfianza se muestra a la defensiva, precavido, y en muchas ocasiones exhibe una clara agresividad. Esto lo comunica no sólo verbalmente, sino predominantemente de forma no verbal a través de la actitud que asume. El comportamiento y forma de relacionarse hacen que los otros reaccionen con temor, desconfianza y hostilidad. Incluso los familiares y amigos pueden adoptar este estilo de respuesta. Como resultado, el comportamiento de los demás es tomado como una confirmación del peligro circundante. Un círculo vicioso se establece entre la experiencia de miedo y desconfianza, el comportamiento propio y las acciones de los otros.

Los mecanismos cognitivos puestos en marcha determinan una manera específica de vivir los hechos que a su vez se traduce en la elaboración de historias o narrativas. Esas historias son una versión de los acontecimientos y están orientadas a dar una imagen coherente y aceptable de los mismos. Según Kimhy (23), representan el intento del individuo para darle sentido a las experiencias personales atribuyéndoles

causas a los eventos externos y/o internos. Dependiendo de las circunstancias de vida, los sistemas de creencias, las perspectivas del futuro, los conocimientos que se posee, cada sujeto da forma a una historia que con ciertas particularidades revela en la temática persecutoria la experiencia originaria.

Para resumir, los delirios son un fenómeno complejo que van más allá de ser alteraciones del pensamiento definidas como falsas creencias producto de errores de inferencia. Los delirios se constituyen al menos en tres pasos, y para el caso de los de tipo persecutorio son los siguientes:

El primero es la aparición de una experiencia psíquica unitaria, compleja, duradera e intensa como la *experiencia de miedo y desconfianza frente a un peligro inminente proveniente de terceros*. Es más parecida al dolor, al deseo de orinar o al cansancio que a un pensamiento propiamente dicho, y se asocia de forma necesaria a una emoción clara e intensa de miedo.

El segundo es la puesta en marcha de un estilo cognitivo encaminado a detectar la amenaza, evitarla o enfrentarla.

El tercero es la elaboración de una historia o narración cuya temática está ligada con la experiencia originaria: la historia delirante. Esta historia, relatada verbalmente por el paciente, es identificada por el clínico o quien la escucha como el delirio o la idea delirante.

Ninguno de estos tres pasos está sujeto a la voluntad. Así como no es posible voluntariamente sentir un dolor, tampoco lo es tener una experiencia de miedo y desconfianza; y lo mismo sucede con la elaboración de la historia o narración. Quien delira no cumple el papel de un escritor que determina las vicisitudes de sus personajes, es más bien un actor sujeto a interpretar el papel que le ha sido asignado y que de vez en cuando tiene algunas críticas y sugerencias acerca de la obra.

TABLA 1.
Semiología psicopatológica del pensamiento

1. Alteraciones en el curso
 - Alteraciones en la velocidad
 - Taquipsiquia
 - Bradipsiquia
 - Bloqueos
 - Alteraciones en la asociación de las ideas (desorganización del pensamiento)
 - Circunstancialidad
 - Asociación laxa de las ideas
 - Fuga de ideas
 - Incoherencia
 - Ensalada de palabras
 - Respuestas tangenciales e irrelevantes - Neologismos

2. Alteraciones en el contenido
 - Ideas delirantes
 - Autorreferenciales
 - Persecutorias
 - Mágicas
 - De influencia (experiencias de pasividad)
 - Megalomanías o de grandeza
 - Celos delirantes - Erotomanías
 - Somáticas
 - Nihilistas
 - Ideas sobrevaloradas
 - Minusvalía
 - Desesperanza
 - Culpa
 - Hipocondríacas
 - Místicas
 - Ideas prevalentes
 - Ideas obsesivas
 - De contaminación
 - Dudas
 - Horror y agresividad
 - Necesidad de un orden determinado

TABLA 2.
Ideas delirantes

- Basadas en experiencias psíquicas por lo general extrañas, intensas y poco habituales.
- Convicción absoluta, tanto pública como íntima, acerca de su verdad, aunque nadie la comparta.
- Defensa con vehemencia.
- Rechazo, desvalorización o desestimación completa e inmediata de argumentos y evidencias en su contra.
- Motivan o generan actos de conducta de acuerdo con su temática.
- Crítica introspectiva pobre.

TABLA 3.
Ideas sobrevaloradas

- Creencias firmemente establecidas.
- Convicción íntima muy fuerte acerca de su veracidad, pero más débil en público.
- Defensa con gran fuerza pero sin vehemencia
- No hay rechazo ni desvalorización completa e inmediata de los argumentos y evidencias en su contra. Hay posibilidad de discusión.
- Motivan o generan actos de conducta de acuerdo con su temática.
- La crítica introspectiva permite captar, por momentos, su carácter exagerado y poco flexible.

TABLA 4.
Ideas prevalentes

- Presencia casi constante durante periodos de tiempo, por lo general, mayores de algunos días.
- Generan y motivan conductas con menor frecuencia que las ideas delirantes y las sobrevaloradas.
- Se puede hablar de ellas con los demás, pero no hay interés en defenderlas ni en discutir acerca de su veracidad.
- Algunas son voluntariamente mantenidas (preocupaciones). Otras son involuntarias (ideas recurrentes en el trastorno por estrés postraumático)
- La crítica introspectiva permite captar su presencia persistente y su intensidad.

TABLA 5.
Ideas obsesivas

- Intrusivas, repetitivas e indeseadas. Se acompañan de incomodidad y malestar subjetivos. Ocasionan ansiedad y temor.
- Esfuerzo por ignorarlas o suprimirlas.
- Se reconoce que son producto de la propia mente.
- La persona experimenta que se escapan a su control y no están de acuerdo ni encajan con el resto de sus pensamientos.
- Motivan y generan compulsiones.
- La crítica introspectiva permite captar su presencia y su carácter extraño y exagerado.

CAPITULO VI PENSAMIENTO

- 1- Ramos J, Botero J, Rosas A. *Mentes reales: la ciencia cognitiva y la naturalización de la mente*. Bogotá: Siglo del Hombre. Universidad Nacional; 2000.
- 2- Bermúdez JL. *Thinking without words*. New York: Oxford University Press; 2003.
- 3- Bermúdez JL. What is at stake in the debate about nonconceptual content? *Philosophical perspectives* 2007; 21(1): 55-72.
- 4- Cryan D, Shatil S, Mayblin B. *Lógica para todos*. Barcelona: Paidós; 2005.
- 5- Maddox J. La ciencia del nuevo milenio. *Investigación y ciencia*. 2000; 1: 6-12.
- 6- Weinberg S. La unificación de la física. *Investigación y ciencia*. 2000; 1: 14-21.
- 7- Bobenrieth A. *Inconsistencias ¿por qué no?* Bogotá: Colcultura; 1996.
- 8- Fierro M, Rueda L, Abraham J, García E, Jaimes LA, Atuesta J. Psicosis y sistemas de creencias. *Rev Colomb Psiquiat*. 2003, 32(3):.281-292.
- 9- Andreasen NC. Thought, language, and communication disorders. I. A Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Archives of General Psychiatry*. 1979; 36(12): 1315-1321.
- 10- Rule A. Ordered thoughts on thought disorder. *Psychiatric Bulletin*. 2005; 29: 462-464.
- 11- Berrios GE, Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr Scand*. 1995; 91(3):185-188.
- 12- Ghaemi N. An Empirical Approach to Understanding Delusions *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 1999; 6(1): 21-24.
- 13- Strandmark M. Ill health is powerlessness: a phenomenological study about worthlessness, limitations and suffering. *Scand J Carign Sci*. 2004; 2:135-44.
- 14- Berrios G, Fuentenebro F. *Delirio (historia, clínica, metateoría)*. Madrid: Trotta; 1996.
- 15- Musalek M. Meaning and causes of delusion. In: Fullford B, Morris K, Sadler J, Stanghellini G. *Nature and Narrative (an introduction to the new philosophy of psychiatry)*. New York: Oxford University Press. 2003. p. 155-169.
- 16- Parnas J, Sass L. Self, solipsism, and schizophrenic delusions. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*. 2001; 8(2-3): 101-120.
- 17- Fierro M. *Delirios como experiencial*. Simonart. 2008; 1(1): 65-76.

- 18- Maher BA. Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology*. 1974; 30: 98-113.
- 19- Maher BA. (1988) Anomalous experience and delusions thinking: The logical of explanations. In T.F. Oltmanns y Maher B, A. (Editors). *Delusional beliefs*. Chichester (U.K): Wiley; 1988. p. 15-33.
- 20- Frith CC. *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove (U.K): Erlbaum; 1992.
- 21- Garety PA, Kuipers F, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE. A cognitive model of positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*. 2001; 31: 189-195.
- 22- Blackwood N, Howard R, Bentall RP, Murray R. Cognitive Neuropsychiatric Models of Persecutory Delusions. *Am J Psychiatry*. 2001; 158:527-539.
- 23- Kimhy D, Gotz R, Yale S, Corcoran C, Malaspina, D. Delusions in individuals with schizophrenia: factor structure, clinical correlates, and putative neurobiology. *Psychopathology*. 2005; 38: 338-344.