

LA DELUSION Y SUS AFINES

Victor SAAVEDRA V. (*)

PALABRAS CLAVE : *Delusión - Delirio - Mecanismo de defensa - Psicopatología*

KEY WORDS : *Delusion - Delirium - Defense mechanism - Psychopathology*

El autor presenta un estudio psicopatológico de la delusión, insistiendo en la necesidad clínica de precisar su concepto, especialmente respecto del delirio. Intenta, a continuación, un deslinde clínico con relación a aquellos fenómenos psicopatológicos con los que la delusión guarda alguna afinidad.

DELUSION AND RELATED CONCEPTS

The author reports a psychopathological study on delusional thinking claiming on the need to delimit its concept clearly, specifically as to its differences from delirium. Afterwords an attempt is made to establish a clinical distinction regarding those psychopathological phenomena to which delusion is related.

(*) *Profesor de Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia*

Sabemos que la delusión y demás desórdenes de tipo paranoide, en su multiforme acaecer clínico, ocupan un amplio sector de la psicopatología del pensamiento, y se hallan íntimamente ligados al resto de fenómenos y manifestaciones de la vida psíquica constituyendo un inextricable complejo sintomológico; de modo que su consideración y tratamiento se abordará por separado, no sólo por razones de orden didáctico -que ha sido la explicación proverbial en psiquiatría y psicopatología- sino, justamente, por la incompetencia de la misma mente para estudiarlos en una perspectiva holística. Por esta misma razón y teniendo en cuenta que la delusión ostenta afinidades más o menos cercanas con otros fenómenos psicopatológicos y hasta con hechos psíquicos que suelen juzgarse "normales", siempre estará justificado un propósito como el del presente trabajo que, al paso de verificar su complicada concurrencia y concomitancia en clínica, intente el respectivo deslinde psicopatológico, sin desconocer que esta empresa es penosa, en muchos casos extraordinariamente difícil y hasta imposible, como se verá en el curso de la exposición.

Lo que queremos resaltar es la estrecha interconexión de los trastornos del pensamiento con las alteraciones de la conciencia del Yo -para citar un ilustrativo ejemplo- al punto que tal afinidad ha sido, en gran medida, la suscitadora de innumerables discusiones, ya iniciadas en el siglo pasado, dando lugar, inclusive a la configuración de etapas de la psiquiatría. Los desórdenes delusionales implican, fundamentalmente, trastor-

nos yoicos, o bien éstos condicionan aquéllos, por lo que el distingo nunca podrá ser fácil empeño clínico o ameno pasatiempo discursivo; más aún, los unos no podrían explicarse sin los otros. Podemos sintetizar diciendo que el complejo neo-yoico de lo delusional o paranoide fue decisivo para que Kraepelin (11), formule su concepción respecto, no sólo de la "demencia precoz", sino, también, para establecer el sutil deslinde de la paranoia en 1913. Este mismo complejo sintomático ha inspirado durante décadas una sucesión de trabajos de notable alcance clínico, iniciados diligentemente por Gaupp (1908) con el caso del maestro Wagner; prosiguiendo con el mismo tesón hasta Kretschmer (12) -para señalar algunos límites- dando así pie a lo que modernamente se conoce en psiquiatría como la era de la paranoia. Uno de los más rigurosos al respecto es Polantin (16), de cuya tesis se infiere que el discurso de la paranoia a la fecha, lejos de haberse agotado, ha cobrado mayor impulso; pues sostiene que la edad de la angustia, parece haber sido sustituida por la edad de la paranoia, llamando "paranoides" o, por lo menos, aludiendo como tales, a los asalantes de aviones, figuras políticas, jefes de estado ya históricos o aun vigentes, grupos nacionalistas, pandillas, terroristas, etc.; posición ésta extrema, aunque discutible.

Fue igualmente incentivo propicio y oportuno para que Freud (7) elabore y aporte sus fecundas observaciones sobre el caso Schreber en 1911, que también marca época, e insinuara el ingreso del psicoanálisis en la interpretación

y psicoterapia de las psicosis, si bien este mérito, así como el ensayo terapéutico, fueron atribuidos documentariamente por Roazen (18) a Fausk (uno de los primeros discípulos de Freud fallecido trágicamente en 1919).

No podemos dejar de mencionar la notable contribución aportada tempranamente por Bleuler (5) en su obra: *Afectividad, sugestibilidad y paranoia*, de 1906, en la que trata con amplitud y profundidad aspectos psicológicos, psicopatológicos y caracterológicos relacionados exclusivamente con la paranoia y la delusión respectiva. Finalmente, debemos mencionar el señero aporte de Kretschmer (12) en su obra *Der sensitive Beziehungswahn*. Con Kretschmer se perfila decididamente la explicación principalmente psicogenética de la delusión y de la paranoia, gracias al diáfano esclarecimiento que muestran sus enseñanzas en lo tocante al papel que juega la personalidad -dígase también psicología del Yo- en la génesis de la delusión; incluso, se vio precisado a formular una bella teoría caracterológica, como una suerte de *conditio sine qua non*.

De tales estudios kretschmerianos (1918-1927) a la bien documentada monografía de Lacan (13), de 1932, no faltaba sino un paso. Este autor nos ofrece en su obra: *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, una apretada síntesis de las mejores contribuciones al conocimiento e interpretación psicológicos de lo que se dió en llamar con insistencia entonces delirio de interpretación, haciendo hin-

capie en la función que cumplen el carácter y la personalidad en la configuración del cuadro y concediendo al psicoanálisis un puesto de primer orden en la interpretación de la delusión paranoica, con el ilustrativo caso Aimée.

Una somera revisión de los estudios más importantes realizados hasta el presente sobre el tema, nos lleva a la obligada conclusión que realmente hay una historia del pensamiento paranoide, particularmente, de la paranoia que, en el fondo, es la historia del concepto de la delusión. Señalemos, pues, algunas enseñanzas que han ido lográndose, sin callar las dificultades y dudas que persisten, tomando la delusión en los principales aspectos de su contexto clínico y de sus afinidades con otros desórdenes.

1. Delusión y delirio.- Desconcierta que hasta el presente, así como, en el mismo Congreso Internacional de Psiquiatría de 1950, uno de cuyos temas asumidos por Guiraud y Rumke (9) fuera muy cercano al que hoy tratamos, siguiera llamando "delirio" a la "delusión" y que en la psiquiatría latinoamericana se hayan oficializado ambos términos como sinónimos. Cosa distinta sucede con los psiquiatras alemanes que llaman *Wahn*: ilusión vana, error, etc., y la distinguen del *Delir* o *delirium*: "perturbación con falsas representaciones" en el síndrome febril o en la intoxicación; los anglosajones parecen asumir una postura ambivalente, pues, señalan delusiones tanto en la esquizofrenia cuanto en los síndro-

mes mentales incuestionablemente orgánicos, así como en las psicosis afectivas. No obstante -y aquí viene la confusión- el DSM-IV (2) considera por separado la delusión y el delirio, de donde podemos inferir que el llamado "juicio patológicamente falso" es el mismo en ambos casos.

Sin embargo, no ha sido cuestión siempre sencilla, dada la serie de circunstancias que pueden confluir, llamar "juicio falso", engañoso, etc., - o "trastorno primario del juicio", con se ha querido caracterizar siempre a la delusión- a opiniones de gente que no concuerda con las de la "mayoría", es decir, con el modo de pensar corriente. estas eventualidades fueron ya señaladas por Jaspers (10) en 1913, cuando sostuvo que "si así fuera, resultaría que ideas de grandes pensadores, de los llamados genios o visionarios, podrían ser consideradas como delusiones" (piénsese en Miguel de Servat, Galileo, Giordano Bruno, etc.). De allí que aquel autor postulara hasta cuatro condiciones para reconocer en clínica: un juicio patológicamente falso, que ocurre en un paciente cuya conciencia no se halla alterada en su funcionamiento, una conciencia que permanece lúcida; aplicando el término "delusivo" (*wahnhaft*) para señalar lo mismo, pero en una conciencia alterada, generalmente anublada, confusa; o precedido este juicio de un desorden fundamental del ánimo, sea elativo o depresivo. Como se puede observar, las condi-

ciones convergentes son distintas, y la diferencia terminológica es ciertamente necesaria, porque no se trata de un juicio patológicamente falso configurado bajo idénticas circunstancias. En otros términos, puede afirmarse que la delusión es un desorden que pertenece específicamente a la función noética, *sensu stricto*, mientras que el delirio o la idea delusiva tienen que ver, respectivamente, con la alteración de la función alumbradora, clarificante de la conciencia y con la perturbación primaria del ánimo.

Pese a las especificaciones descritas, la confusión de términos prosigue en la clínica y en los tratados, con las consecuencias fáciles de colegir. Las razones, a nuestro entender, son hasta tres: 1° el término "delirio" tiene una connotación de pluralidad, es un sustantivo colectivo; 2° el término "delirio" es de empleo tradicional, inicialmente acuñado para designar todo un trastorno mental como hasta la fecha, y no sólo un "juicio patológicamente falso"; 3° el término "delirio", por su ascendencia y etimología, igualmente latinas, y por su fácil expresión, señala, quizás más claramente, lo que se quiere significar en clínica, es decir, ideas o pensamientos salidos del cauce normal.

Recordemos que Jaspers (10) postulaba cuatro reglas para diagnosticar genéticamente una delusión: 1) psicofisiológicamente, la delusión debe darse sin alteración de la intelligen-

cia ni perturbación de la conciencia; 2) fenomenológicamente, la delusión surge de una vivencia primaria "sui generis", extraña a los sujetos sanos, y que, por lo mismo, implicaría una **transformación radical de la personalidad**; 3) la delusión se ubica en el marco de la **comprensibilidad genética**: se origina de una condición vivencial **intolerable**, y es gracias a su **crystalización** (21) que el paciente logra una tranquilidad íntima, y por lo cual aquélla sería vigorosamente sostenida; y, 4) hay una **significación de conjunto**, según la cual la delusión otorga o provee al enfermo un mundo propio que tiene para él un sentido. Cada una de estas peculiaridades, si bien útiles y verificables, no han estado exentas de críticas por parte de autores modernos. Una crítica que nos parece frontal es la de Berner (4), por ejemplo, quien, tras detenido estudio de cientos de historias clínicas de esquizofrénicos, sostiene que la "incoherencia" de la delusión postulada por Jaspers, no es una característica fundamental, sino la sistematización, la "fijación o endurecimiento" de la sintomatología delusional por causas cerebrales, orgánicas. Nosotros también discrepamos en parte del punto de vista jaspersiano que reclama la no alterabilidad de la inteligencia, pues no se podrían explicar las formas "injetadas" de la esquizofrenia; como también discrepamos de los puntos (3) y (4), porque el mundo del esquizofrénico no es un mundo de paz y sosiego, ni menos un mundo que tenga un sen-

tido planificador y reordenador como parece sugerir el mencionado autor. Lo que sí resulta claro y concluyente es que hasta el presente no es posible afirmar de modo categórico que la delusión sea, definitivamente, un **trastorno primario del juicio**; esto es, con afectación primaria en el área noética.

2. **Delusión e idea delusiva.**- La delusión y la idea delusiva (*wahn* y *wahnhaft*, de los alemanes), también ha suscitado controversias, y algo más, la confusión y el uso indiscriminado de estos términos continúan sin que se pueda avisar interés clínico en ponerles fin. La necesidad de un deslinde entre delusión e idea delusiva ha partido de hechos bastante paradigmáticos. Se ha pensado, por ejemplo, que el juicio patológicamente falso, o propiamente la delusión que se da en el esquizofrénico lúcido, y el que emite el melancólico igualmente lúcido, no pueden ser considerados idénticos; porque si hipotéticamente se acepta que en el primero no existe un estado de ánimo previo alterado, en el melancólico esta última condición es prevalente, y el juicio falso es entonces genéticamente comprensible, a más de ser modificable por la persuasión. Esta es una de las razones por las cuales la mayoría de los grandes clínicos, ha coincidido en la conveniencia de un distinguo nominal. Castilla del Pino (6) nos habla de **deliremas Tipo I**, para lo que entendemos como delusión, y **deliremas Tipo II**, que llamamos ideas delusivas; en-

tiéndase como **ideas delirantes primarias** e **ideas delirantes secundarias**, respectivamente. Este mismo autor se extiende en consideraciones de corte epistemológico, dignas de tomarse en cuenta, porque nos parecen aplicables en la exploración psicopatológica y en el diagnóstico diferencial entre delusión e idea delusiva.

Insistiendo pues, en la empresa clínica de resolver la identificación de la delusión respecto de la idea delusiva, o viceversa, se concluiría en que la génesis de la primera no es posible de una clara explicación orgánica ni funcional, en tanto que la segunda sería todo lo contrario, por parecer en clínica como un indicio de lo orgánico o de lo funcional, incluyendo en este último lo psicogenético. En efecto, todo psiquiatra conoce la hipótesis que sostiene la existencia de una vivencia primaria o **disposición de ánimo delusional** (*Wahnstimmung*), como condición previa de la delusión; sólo que aquí sería un desorden más sutil, subclínico: tesis sostenida por Hagen y Sandberg, según Jaspers (10), pero que, de hecho, estaría relacionada con una **transformación radical de la personalidad**; hipótesis ésta con la que concordamos parcialmente; concordamos, por ejemplo, con el hecho de que se trataría de una disposición de ánimo penosamente entrañable, lo cual se daría tan conexas con la misma delusión que no se sabría decir cuál de los dos fenómenos es el básico cronológica

y genéticamente. Empero, esta condición de ánimo pre-delusional, según se infiere de lo dicho, tomaría un cierto tiempo durante el cual se configuraría la delusión, lo que no explicaría los casos de esquizofrenia de inicio súbito, como el que a continuación resumimos:

“Tenía 13 años -nos dice una paciente frizando los 34- cuando me encontraba en una esquina cercano a mi colegio, esperando el ómnibus para regresar a mi casa, era las 12 del día; y, de repente, me vino una “cosa rara”, “como un aire” que me entró y cambió bruscamente mi modo de ser; ya no era entonces la misma desde aquel momento, era otra persona. Estando ya en mi casa sentía un gran temor de que algo me sucediera, me refugié allí y no quise salir más, porque creía, como sigo creyendo, que la gente, desde entonces, se burla de mí. Para regar el jardín de mi casa -prosigue- tengo que levantarme muy temprano, aprovechando que la gente aún duerme, a fin de que no me vean; porque, de lo contrario, dicen “Ve, ahí está esa gorda acomplejada!...” Hace 20 años, pues, que esta enferma vive retraída en su casa, rotundamente convencida de que la gente se burla de ella.

En estos casos de relativo hallazgo en clínica, toda exploración encaminada a la pesquisa de síntomas premonitorios o larvados resulta infructuosa. No obstante, debemos dejar en claro que nuestro punto de vista

se opone totalmente a la tesis mencionada; es más, concordamos en que esta condición supuestamente primordial se da en una estimable proporción de casos, y hasta puede decirse que la tonalidad de tal afecto sea muy desesperante, verificable en el cambio inicial de la conducta de estos pacientes; pero lo que postulamos más bien, como desorden primigenio, pre-delusional, no sería desde luego, de naturaleza noética propiamente dicha, sino un trastorno de inicio insidioso, subclínico, de la auto percepción, el cual generaría el íntimo destemple anímico que remarcaría en la convicción de cambio o de "transformación de la personalidad", o en el "ya no soy el mismo sino otro", frase relativamente frecuente en esta clase de pacientes. De este modo, la gradación del trastorno sería: **perceptivo - afectivo - noético**; y el fenómeno sería vivenciado paso a paso, o grado a grado, en consonancia con el umbral específico de impresionabilidad personal del sujeto, lo cual explicaría también el deterioro progresivo del comportamiento.

3. **Delusión e idea sobrevalorada.**- La idea sobrevalorada, de varias maneras afín a cierto tipo de delusiones, por lo que puede ostentar calidad de **incorregibilidad**, suele tener una serie grande de representantes; aparte, los que corresponden con alguna propiedad al terreno psiquiátrico implican, por ejemplo, todo lo concerniente al fanatismo, sea éste político, religioso, de auto-concepto, etc.

Pero hay en toda idea sobrevalorada una fuerte invasión de este fenómeno en el área yoica, consentido, acogido y fomentado; no se puede desconocer que aquí el Yo cae literalmente en las garras de la idea sobrevalorada, hace cuerpo común con ella y sigue sumisamente sus exigencias como se observa en toda suerte de pasión; a menudo en la pasión amorosa. Por eso diría un poeta:

Lo que el salvaje que con torpe mano hace de un tronco a su capri-cho un dios, y luego ante su obra se arrodilla, eso hicimos tú y yo: Di-mos formas reales a un fantasma de la mente ridícula invención...

G.A. Becker (3)

Hay pues en toda idea sobrevalorada un asentimiento íntimo de parte del Yo; en cambio, en la delusión, con excepción de la grandeza en todas sus formas, no se acepta esta suerte de sometimiento permitido, si bien la conducta suele ser coherente con el contenido delusional que, generalmente, y en determinados momentos o etapas, no deja de incomodar y desagradar al sujeto; aparte que una idea sobrevalorada sería susceptible de dejarse influir por la acción suasoria. Puede darse igualmente una dificultad clínica mayor cuando ha de distinguirse una idea sobrevalorada respecto de la delusión litigante (o desarrollo querellante), porque en esta clase de pacientes pueden coincidir ambas posibilidades o fenómenos y resultar extremadamente difí-

cil diferenciar uno de otro; pues tanto en ambas manifestaciones hay pleno sometimiento del Yo y actuación sobre el medio aparentemente consecuente.

Es realmente problemático el distingo entre la idea sobrevalorada y la delusión de grandeza; la afinidad es clínicamente muy estrecha. El asunto merece que le dediquemos algunos instantes porque su deslinde puede, incluso, decidir el criterio diagnóstico y la conducta terapéutica; en el tráfigo humano se acostumbra hacer valer las propias ideas no sin una cierta dosis de calor y apasionamiento que no pocas veces llega al extremo de sostener lo improbable y hasta lo imposible; pero patológicamente, estos hechos son la regla, habiéndose formulado hipótesis que tratan de explicarlos, como se puede comprobar abriendo cualquier tratado serio de la especialidad; unos dicen que la esfera del Yo en estos individuos resulta sobrecargada de calor y color; que el Yo deviene en el centro único de referencias porque se concibe depositario de todos los poderes y dueño absoluto de la verdad. Tal sería, en breves términos, el punto de vista clásico. Los psicoanalistas han formulado también diversas hipótesis, aunque según Swanson y col. (21) una buena parte de éstas se relacionan con el concepto freudiano del **narcisismo**, llegando a la conclusión de que la "megalomanía es el resultado de la investidura del ello con la libido que normalmente está investi-

da en objetos exteriores". Pues bien, condiciones similares o idénticas a las descritas constituyen entonces una sobrevaloración del Yo; incluso sucede que, deliberadamente, no se acepta la contra-argumentación por más fundamentada que se la exponga, y en ésto consiste la delusión, y en ésto igualmente, una real idea sobrevalorada; piénsese no más en el fanatismo religioso cuyo dogma se defiende con ardor y a ciegas; piénsese del mismo modo en el quejumbroso hipocondríaco que sostiene vívida, dolorosa y hasta dramáticamente, a veces, la idea de padecer un cierto síntoma o enfermedad, como una grave dolencia al hígado, al corazón, o sufrir de cáncer, etc., y que sólo a medias acepta -si la acepta- la argumentación psicoterápica. Cuántas veces para complacer al consejero atribulado, más que a sí mismo. En la idea sobrevalorada existe pues un palmario egolatrismo; el Yo es el agente comprometido, es la única víctima o el único redentor a la vista; en la delusión nos parece que el egolatrismo, si debe haberlo, no se halla tan a flor del alma; y, además, lo hemos visto reforzado con alteraciones de orden perceptivo de tipo alucinatorio-visual o auditivo, sistematizadas o no, como ocurre en las parafrenias.

Para el ególatra sobrevalorado, cualquiera sea su problema, es asunto de sumo interés no exento siempre de teatralidad, la exposición y discusión de temas relacionados con su persona; lo vemos entonces que se halla

abierto al mundo y presto a confesar sus cuitas, supuestas ofensas o imaginarios triunfos, posibilidades extraordinarias, etc., junto con las consiguientes argumentaciones, a quien quiera que le toque el punto. Conducta más bien opuesta -salvo excepciones- observa el paranoide o paranoico, mostrando incluso cierto retraimiento social, y no siempre dispuesto a exteriorizar sus quejas. Como entre tantos, es el caso que sucintamente exponemos:

Una paciente soltera, ahora en los 48 años, consulta en 1973, en un establecimiento especializado, por lo que ella llamaba a menudo "problemas familiares". El cuadro clínico caracterizado fenomenológicamente como una depresión, durante los tres primeros años que consultara con cierta regularidad, cedía, o por lo menos mejoraba con medicación timoléptica y psicoestimulante. En este lapso, todas sus quejas se referían a fatigas, depresión, falta de concentración y periodos de "gran agotamiento nervioso", que la obligaron, incluso, a suspender sus estudios en la universidad y retraerse en su casa. Al año, aproximadamente, hace, de relance, esta somera confesión: "Yo me siento otra persona, quizá no de este mundo", sobre la que no fue posible explorar más a fondo porque la paciente aparentaba no darle mayor importancia, no permitiendo mayor escrutinio. Se ausenta y luego de un periodo de once años, vuelve a consultar, e informa acerca de los mismos "problemas

familiares" que la aturden, pero agrega algunas notas más que resumimos: 1) "no tengo suerte con los enamorados", "soy criada a la antigua, detesto ver que las parejas se besen", "temo que mis enamorados me mencionen eso de las relaciones sexuales"; 2) "He sido iluminada por el Señor quien me ha revelado en mis sueños las respuestas al examen que tenía que rendir para una de las vacantes a catequista; sólo he podido salir triunfante gracias a la intervención divina"; 3) "la gente me tiene envidia y andan por allí desacreditándome, difundiendo terribles calumnias contra mi honor de señorita"; "dos hombres se han enamorado de mí, ambos son hermanos catequistas; uno de ellos es el "hermano malo", el otro el "hermano bueno". El "malo", a quien no puedo hacerle caso porque es un hombre casado -pues "el casado tiene tizne", decía mi abuelita- se ha desatado en una campaña de difamación contra mi persona, repartiendo entre la gente de la comunidad las voces de que soy una prostituta. El "hermano bueno" que de repente se enamoró de mí un buen día, no es casado, y me defiende cada vez que, por carta, le hago saber mis problemas; entonces va donde nuestros superiores y arregla cualquier dificultad que el "malo" me ocasiona".

La paciente hace estas confidencias con tal aplomo que no deja la mínima impresión de duda ni de esperar contra-argumentación alguna, como quien habla de hechos naturales que

no requieren verificación. Aparte, el haberlas mantenido en reserva durante muchos años, llama la atención la profunda convicción con que las expone, el tono de desagrado en referirlas, y las dificultades en sus relaciones interpersonales que tiene que afrontar. Se trata -digámoslo de paso- de un bello ejemplo de delusión erotomaníaca, con indubitable exaltación de las valencias del Yo.

4. **Delusión y obsesión.**- Es relativamente frecuente la coexistencia de estas dos perturbaciones en el contexto de ciertos cuadros paranoides; y, cuando esto sucede, naturalmente que se produce un recíproco influjo desdiferenciador de un fenómeno sobre el otro, condicionando la tan conocida figura de "atipicidad" en clínica psiquiátrica. Estos síntomas, como ya lo sosteníamos en un trabajo anterior (20), suelen hallarse a veces tan entretreídos y tan interinfluyentes en la práctica clínica que resulta tarea muy difícil de desenmascararlos o delimitarlos. Se sabe que lo típico de la obsesión es su carácter reiterativo y compulsivo, con la consiguiente repercusión anímica de angustia, desazón y enervamiento que culmina en fatiga, agotamiento, depresión por efecto de la lucha en que se traba el paciente con sus propias ideas, pese que él mismo reconoce como no fundadas; mientras que en la delusión se da un estado subjetivo de incomodidad, entrañable y sutil, que vivencia el paciente cual fuerza extraña que amenaza la integridad

de su ser, la dignidad de su persona, su honorabilidad, etc. pese a todo esto, no implica una lucha consigo mismo, ni tampoco duda alguna.

Ya hemos visto que esta vivencia, en su etapa germinal, es ciertamente íntima y solapada, mas no sería empero suficiente para explicar la delusión. En todo caso, la delusión se presenta configurada o "cristalizada" (21) como recurso indispensable -según hipótesis- para el apaciguamiento del sujeto, seriamente intrigado por la experiencia de un fenómeno psíquico nuevo que, por su inminencia y enigmaticidad, tiene para él el significado de un grave acontecimiento que se cierne sobre su existencia. Fraguada la delusión, el paciente alcanzaría pues la "seguridad ontológica", como diría Laing (14), metafísica, si se quiere; lográndose así -según la misma hipótesis- el anhelado sosiego, ajeno éste a la obsesión; en la cual, y sólo por corto tiempo, siempre fugaz, el recurso lenitivo lo constituye probablemente el ritual del obsesivo casi siempre sui generis (como ese "si" despectivo, seguido de ese inmediato y sigiloso reproche de vete! -al paso que con un movimiento *ad hoc* de la mano izquierda- hacia uno de nuestros pacientes para librarse momentáneamente del acceso de obsesiones pecaminosas). Se tendría pues, en pocas palabras, que mientras la delusión promueve la pacificación ontológica, la obsesión suscita la angustia metafísica.

Pero casos en que la urdimbre entre delusión y obsesión se halla tan fuertemente condensada, constituyen un verdadero escollo de interpretación, como, entre otros, lo fue el siguiente:

Un paciente de 18 años manifiesta en 1976 que hacía un año y medio venía sintiéndose inseguro desde que un día, siendo aún niño (9 años), recibiera de parte de su padre el calificativo de "maricón". Ideas y temores de serlo se le presentaban desde entonces, especialmente cuando se hallaba en grupo; así como tensión, ansiedad y dolores de cabeza, falta de concentración y síntomas en la región perianal, que despertaron una conducta escrutadora ante una "ambigua" e incesante sensación de escozor a nivel del ano; que, tiempo después, un proctólogo le comunicó que tenía allí unas "pequeñas almorranas". De repente, una noche mientras dormía, despertó bruscamente aterrorizado porque estaba soñando que "un ojo le alumbraba la cara". En su desesperación llamó a sus padres quienes lo tranquilizaron, y "todo no pasó de un mal sueño". Sin embargo, desde entonces aparecen temores de franco matiz homosexual, dudas frecuentes acerca de su "virilidad", "todavía en él, que se había creído siempre muy macho y superdotado conquistador". Y se configura así un cuadro en el que predominan ideas y pensamientos que se dan como obsesiones imaginativas y juicios que, en ocasiones,

parecen asumir categoría delusional; pues le vienen ideas impositivas como las de creer que "se está comiendo el pene del amigo que tiene delante de sí", precedido todo esto de sensaciones bucales y linguales de "comerse" efectivamente el tal pene (una fuerza irrefrenable lo lleva compulsivamente a mirar la bragueta del amigo), con una intensa repercusión ansiosa, desesperación y depresión duraderas, al punto que queda exhausto de la lucha interior emprendida contra estas ideas y sensaciones, que lo obligan a practicar una suerte de **felatio imaginativa**; lo que es contrario a la creencia de ser un "aventajado Don Juan". Por esta razón no puede tolerar la idea de que la gente lo tome por un homosexual.

En casos como estos, en que el pensamiento delusional se entrecruza con el obsesivo-compulsivo, nos vemos pues precisados a postular hasta dos hipótesis: 1) que exista clínicamente en el mismo cuadro un pensamiento obsesivo-compulsivo, como en el caso descrito, y un pensamiento delusional que atipifica y torna mixto el cuadro; 2) que exista el pensamiento obsesivo-compulsivo, en cierto modo deliberado, al influjo de una personalidad sensitivo-estética, en virtud de la cual el sujeto no acepta la idea y el sentimiento homosexuales y entabla la lucha y el rechazo respectivos, como consecuencia de estar enconándose la "herida narcisística", como diría **Grunberger** (8).

5. **Delusión y conflicto interior.**- Esta es una posición ya tradicional que postula contrastar lo paranoide con la personalidad, iniciada y desarrollada, al paso de los años y a partir de 1906, por Bleuler (5) en su afán de explicar la génesis de la delusión en la paranoia señalando el influjo patológico que sobre el pensamiento ejercen los “complejos representativos cargados de afecto”. Según este autor, el sujeto que se hace paranoico, posee una suerte de “insuficiencia innata” frente a una “ambición superlativa”; pero en vista de serle imposible e intolerable el aceptar su propia inferioridad, interviene la compensadora sobrevaloración de sí mismo. El sujeto busca, mediante una serie de recursos, atribuir su propio fracaso a factores o agentes extrapersonales. Bleuler no nos habla expresamente del fenómeno de la proyección, pero lo insinúa con bastante claridad. La conclusión que nos parece ha de tenerse en cuenta es la del **carácter psicógeno** que ya estos autores señalan como etiología de la paranoia -aunque mucho antes Kraepelin (11) hablaba de un “inneren Ursachen erforgende, schleichende Entwicklung” (“desarrollo insidioso resultante de causas internas”).

El problema de envergadura surge cuando tratamos de compaginar el concepto de delusión con el concepto de “conflicto interno”; porque mientras podemos asegurar que las manifestaciones de la delusión son “gratuitas”, “incomprensibles”, las

del conflicto interno no lo son; mejor dicho, son simplemente una “hipertrofia de la personalidad”; son claramente psicogenéticas; de allí que se entienda mejor, cuando se habla de producciones de un “conflicto interno”, al referirse, más bien, a “ideas delusivas”. ¿En qué momento de la evolución del cuadro estas ideas delusivas se transforman en delusiones? ¿O son delusiones desde un primer momento? Estas son preguntas que no las hemos visto formuladas, ni menos contestadas. Se dice con cierta frecuencia que en el desarrollo de una personalidad hay ideas delusivas y delusiones (Jaspers, Delgado); pero el ensayo de Kretschmer (12), se titula germánicamente: “Der sensitive Beziehungswahn”; es decir, “La delusión sensitiva de referencia”.

Por otra parte, podemos afirmar con energía que en la delusión sensitiva o “paranoia de Kraepelin”, encontramos ciertamente verdaderas delusiones, que los pacientes sostienen enfáticamente como verdades incuestionables. La impresión que se tiene es que a la mayor parte de clínicos no interesa tanto que se trate de delusiones o de ideas delusivas, ya que en todo caso el denominador común es el “juicio falso”. Pero al psicopatólogo le concierne la precisión y el deslinde de los fenómenos; y pensamos pues, por muchos argumentos, que el desorden del pensamiento en todo desarrollo paranoide no es la delusión sino la idea delusiva. Lo que no tan hipotéticamente faltaría

agregar es la elevada presión o carga que parece ejercer el componente afectivo, producto de la exaltación ególatra, **dons et origo**, del carácter y tono aparentemente delusionales.

6. **La delusión y el paso de la vivencia por el alma.** - Esta confrontación nos obliga a insistir sobre la psicogénesis de la delusión, por una parte; y, por otra, reiterar su vinculación con la personalidad. Su esclarecimiento en ambos casos puso en evidencia la capacidad abarcativa, unitiva y sintética del genio de Kretschmer (12). Pues hasta 1918 en que publicara su mentada monografía, Kraepelin, Bleuler y otros autores más, habían señalado muchas peculiaridades sobre el carácter de los paranoicos que fueron valiosas para la labor y empresa Kretschmerianas. Las hazañas del maestro de Tubinga consistió, en lo atañadero a este tema, en dos hechos de notable importancia: 1) la formulación de una teoría caracterológica; 2) la elaboración de una teoría tipológica. Así, desde el punto de vista caracterológico, precisa seguir el derrotero de **la vivencia por el alma**; Kretschmer señala que tal derrotero estaría influido por las siguientes actividades: a) la capacidad de impresión; b) la capacidad de retención; c) la actividad intrapsíquica; d) la capacidad de conducción; y, finalmente, e) la capacidad de agotamiento. Desde un punto de vista tipológico, interesa para el tema, su concepción del tipo sensitivo con sus variantes "asténica" y "esténica": dos modalidades,

de algún modo, polares y antagónicas de la conducta íntima de estos sujetos: el carácter sensitivo es altamente receptivo, impresionable, con fuerte capacidad retentiva y suele elaborar intensamente la vivencia; pero mientras la variante asténica renuncia a la lucha, la estética se entrega a ella y, naturalmente, sufre sus consecuencias. A esta variedad estética del sensitivo correspondería especialmente el paranoide, lo que explica su conducta en clínica y en la vida. Ahora bien, el material vivencial pre-delusional, gracias a la función retentiva primero, y elaborado luego por la actividad intrapsíquica, en el estético, configuraría la delusión.

7. **La delusión y el mecanismo de defensa.** - El mecanismo de defensa respectivo no es ciertamente un afín de la delusión, pero ésta resulta ser una especie de fundamento de la existencia y validez de aquél; y desde un comienzo debemos aclarar que si bien toda delusión puede conllevar un mecanismo de defensa, no todo mecanismo de defensa apareja una delusión. La tesis bleuleriana de un sentimiento de inseguridad ingénito en el paranoico pudo haber sido alentadora para la formulación freudiana de la "proyección", postulada por su autor en su trabajo sobre el "Caso Schreber (7)", sesudamente revisado y ampliado por Niederland (15), en 1984. No obstante, la hipótesis psicoanalítica es algo compleja: esta sostiene, como es sabido, que todo paranoico es un homosexual

latente; pero como se trata de vivencias, sentimientos e impulsos que “lo hacen sufrir” y, a la postre, resulta para el sujeto intolerables, vergonzosos, los **proyecta** en los demás bajo la forma de delusiones de persecución: son conocidas las variadas fórmulas proyectivas hipotéticas, ya se trate del hombre o de la mujer, paranoides. Pues recordemos que para Freud (7), no era problema difícil interpretar de este modo la conducta y sintomatología paranoides, porque su postulado es mucho más amplio: “en general -dice en **Paranoia y neurosis obsesiva-** el hombre oscila durante toda su vida entre sentimientos hétero-sexuales y homosexuales, y la privación o el desencanto en uno de tales sectores le impulsa hacia el otro”. De todos modos, y según la misma teoría, lo que el sujeto persigue inconscientemente, es devolver las catexias libidinosas al mundo exterior en busca de la tranquilidad y hasta de la curación. Todo mecanismo de defensa, y sobre todo el proyectivo es un guardián del Yo.

La tesis psicoanalítica de la proyección, sin dejar de ser aceptable, nos parece extensa y significativamente insistente en este sector de la psicopatología, al punto que el estudiante poco entrenado se vea inclinado a equiparar proyección y delusión; pues dentro del círculo de la delusión, y acorde con el espíritu de la teoría, no es necesario que aquélla se manifieste paranoide: la teoría se encarga de esta labor y de la de atri-

buirle, a renglón seguido, el contenido homsexual. Y aquí, en esta actitud generalizadora, se puede sorprender el peligro del error: en el dominio de la vida práctica, la proyección es un fenómeno, y por qué no decirlo, un hábito muy frecuente, ya que contados son los individuos que, honestamente, asumen sus responsabilidades y sus errores; predominan quienes los imputan a terceros, sin que por ello se pueda decir sueltamente, que sean paranoides y/ u homosexuales.

8. **Delusión y superstición.**- La superstición tiene como definición formal la de ser una “creencia extraña a la fe religiosa y contraria a la razón”; pero el espíritu del vulgo suele adscribirle, casi específicamente, algunas notas más, como la de presagio ominoso, mal aguero, mala suerte, etc. Así, la bella pintura que nos hace Ciro Alegría (1) en “El mundo es ancho y ajeno”, es asaz elocuente:

“Desgracia! Una culebra ágil y oscura cruzó el camino, dejando en el fino polvo removido por los viandantes la canaleta leve de su huella. Pasó muy rápidamente, como una negra flecha disparada por la fatalidad, sin dar tiempo para que el indio Rosendo Maqui empleara su machete. Cuando la hoja de acero fulguró en el aire, ya el largo y bruñido cuerpo de la serpiente ondulaba perdiéndose entre los arbustos de la vera. Desgracia!”.

El novelista pone pues en la menta-

lidad del alcalde Rosendo Maqui, la certera creencia de que el cruce de la serpiente en su camino tiene el significado de una “siniestra agorería”, en vista de los vanos esfuerzos que realiza con machete en mano para dar muerte al animal, y de este modo conjurar el supuesto daño, como habría de ser la destrucción de su comunidad de Rumi... Así, desde el punto de vista de la lógica formal no hay manera de aprehender relación alguna coherente entre el cruce de la serpiente y la ruina de una comunidad. Y esto es una superstición: una creencia opuesta a la razón; y la delusión, como “juicio patológicamente falso”, es prácticamente lo mismo, y de allí la necesidad de distinguir una de otra, lo cual no nos parece realmente difícil: la superstición es idea o creencia sostenida generalmente por un grupo humano, que puede ser grande o pequeño; el sujeto que la manifiesta se escuda casi siempre en “lo que dicen los demás”, puede aceptar lo inverosímil de su creencia, así como la simple coincidencia de acontecimientos; finalmente, salvo la concurrencia casual, no se acompaña de otras anormalidades, como es, justo, el caso de la delusión. El cotejo de uno y otro fenómeno viene al caso porque la delusión puede acaecer en clínica enmascarada o precedida por una superstición, como en el caso que a continuación resumimos:

Una paciente de 49 años, limeña, casada, mestiza, radicada en un pueblo joven, consulta recientemente porque

ya desde hace un año viene sufriendo de mucha angustia y crisis de llanto incontenible; no sabe qué hacer con lo que le viene sucediendo y está muy desesperada; advierte que ella “nunca ha creído en esas cosas de la brujería y daño”. Pero afirma que desde hace más de un año alguien viene arrojando agua cerca de su casa. Esta “extraña y malvada conducta” que ella no se explica la viene mortificando demasiado y la ha puesto en una perenne actitud de tratar de pescar a la persona que está cometiendo esa maldad, de arrojar agua a la casa, en la forma mencionada. Y con insistencia y puntualidad exasperante ella “pasa horas enteras, incluyendo gran parte de la noche, esperando sorprender a quien hace semejante cosa; para tal fin se ubica en un lugar que la oculta de la vista de los transeuntes. En esta operación se turna con el esposo; pero hasta el momento (van ya varios meses) aún no ha sido posible dar con el autor de la supuesta fechoría. La paciente no sale de su casa, vive metida allí; tampoco le dan ganas de salir; pues ella está segura que se la quiere hacer daño, ya el daño está hecho, de allí su desesperación y gran temor.

Como cosa aparte agrega la paciente que el otro problema que viene afrontando es el creado por su hijo mayor que se “ha graduado hace poco en una universidad”. Este hijo está en contra de ella porque en la casa no se acepta a la enamorada quien, a juicio de la enferma, “es de-

masiado coqueta”; y porque ha amenazado en casarse con el hijo aunque aquélla no la quiera. Sucede que esta muchacha vive en la esquina cercana a la casa de la paciente y piensa que ella es la misma persona que “está haciendo esas cosas” (botar agua cerca de la puerta de su casa: “de repente, pues, mi hijo le habrá contado -comenta- que yo me opongo rotundamente a esa relación”). La paciente se muestra lúcida, orientada, muy deprimida, en actitud francamente paranoide; manifiesta sentir mucho cansancio, fatigada en exceso; indignada por el supuesto daño que se le está haciendo y porque no logra hasta la fecha coger a “esa persona”. El esposo, apoyando las quejas de la paciente también cree que “arrojando agua a su casa se le está haciendo daño y brujería”.

Este es un ejemplo que nos parece muy aleccionador, respecto de lo que puede tomarse como superstición propiamente dicha y como delusión: no es frecuente, no es propio de la superstición que tenga como consecuencia inmediata el apremiar, desesperar y obligar a tomar como verdad incontrovertible el contenido de este fenómeno corriente: es usual que el sujeto más supersticioso tome para sí, para su propio consumo, el sentido o significado prejuicioso de la superstición, sin desesperarse y sin ponerse a explorar con tanta pertinencia su veracidad, como viene haciéndolo esta enferma. Estas peculiaridades que acabamos de anotar

no se observan en la delusión, en la cual, la conducta del sujeto es coherente con el sentido de la delusión; es decir, el sujeto actúa siguiendo más o menos los dictados de esta perturbación, como lo viene haciendo la paciente aludida. Esta distinta afectación sobre la conducta de la superstición y de la delusión, nos parece que constituye un hecho fundamental para poder distinguirlas.

9. **La delusión y el juicio de realidad.**- Hemos emprendido el intento de revisar el problema de la delusión en el exclusivo contexto de lo paranoide, por ser este tipo de desórdenes el que la exhibe casi meridianamente. En esta ocasión, nos hemos limitado a señalar ideas fundamentales que fungen como hallazgos valiosos del estudio clínico, teórico y especulativo sobre la delusión, dentro del terreno de lo psicótico-paranoide; estudio logrado en lo sustancial por las figuras representativas de la psiquiatría del siglo pasado y del presente. Hemos visto por una parte, la delusión detenidamente explorada, descrita y cotejada con la estructura del carácter y de la personalidad; por otra, estamos informados que Jaspers (10) elaboró primorosamente el concepto de **desarrollo de personalidad**, según el cual éste se origina **comprensiblemente**, a partir de la personalidad original. Los “juicios falsos” de un desarrollo no serían pues “algo nuevo”, sino una amplificación de ideas pre-existentes en la vida del sujeto.

Así las cosas, no podemos entender por qué razones en los tratados modernos sobre la materia, en glosarios novísimos, en los Criterios del DSM-IV, en las Pautas de Diagnóstico de la Décima Revisión de la CIE, siga figurando el síntoma (la delusión) pleno y unívoco en varias afecciones, incluyendo los desórdenes afectivos. Teóricamente, la versión sobre el concepto de delusión que se obtiene de la comparación con el llamado "juicio de realidad", sigue vigente, como fuera ya establecido por Jaspers; pues en clínica psiquiátrica -y sin entrar en mayores disquisiciones -no es difícil verificar los criterios jaspersianos en una delusión (la convicción extraordinaria con que es sostenida, la condición de no ser influible por la lógica, la imposibilidad del contenido, etc.). Consecuentemente, estos criterios serían de valor psicognóstico para los juicios patológicamente falsos que surgen en la esquizofrenia, la demencia, en los cuadros psicóticos en sentido estricto, y no para los que se presentan en los "desarrollos", por ser estos de naturaleza psicogenética, por definición; porque si tales criterios valen para ambos tipos de afecciones no habría posibilidad alguna de distinguirlos clínicamente: toda discusión llegaría a su término equiparando el concepto de psicosis con el concepto de desarrollo, o declarar inexistente la realidad clínica de este último -por ser de la más reciente adquisición- como pareciera estar sucediendo o haber sucedido.

Sobre estos hechos que acabamos de mencionar, los autores vienen haciendo un completo silencio; se han cuestionado igualmente los criterios jaspersianos ya mencionados sobre el concepto de delusión; y una buena parte de aquellas ideas afines que en su etapa inicial fueron consideradas como fundamentales han venido perdiendo el frescor y vigor de su sentido que tuvieron en otros tiempos. Sin embargo, los cuadros que observamos en la práctica, en el trabajo clínico, en el diálogo cotidiano que sostenemos con esta clase de enfermos, lúcidos todos, muestran sus delusiones colmadas de rotunda convicción; y cuando simultáneamente, escuchamos el tenor de sus expectativas plenas de ansiedad, de cara a lo inexorable, nos llevan irremisiblemente a la conclusión de que estos pacientes sostienen con firmeza incommovible juicios sin fundamento. Pero la dificultad se acentúa paradójicamente cuando el mismo paciente se enfrasca en parangonar con la realidad (con ese "antiguo legislador que llaman vulgo") sus propias ideas anormales.

Basten, pues, ejemplos como los que, a propósito, hemos entresacado de uno de nuestros pacientes paranoicos, para ilustrar la necesidad clínica de confrontar delusión con juicio de realidad, sin desestimar que este último es una suerte de patrón de medida de alcance nunca absoluto, pero patrón en fin. Veamos una relación:

“No he venido todo este tiempo porque lo he pasado mal, creyendo que Ud. quiere asesinar me en complot con mis enemigos políticos: los comunistas y los terroristas. Sin embargo, no siempre estoy seguro, porque también comprendo que hay aquí mucho de imaginación en esto. Me puse a escribir un relato y cuando llegué a un cercano año del futuro, me trabé...; era como un tornillo que N.N. no quiso pasarlo...” Prosiguiendo su manifestación, echa la culpa a N.N. de no haber decretado la pena de muerte para los terroristas de quienes el paciente se cree perseguido o que se está en convivencia con ellos para asesinarlo. En otra ocasión el paciente llama por teléfono pidiendo cita, “porque de nuevo me están viniendo esas alucinaciones fugaces”. En el curso de la visita comunica que “al término de la anterior sesión, comenzaron a fastidiarme esos fenómenos (las alucinaciones), pues al depedirnos Ud. y yo, escuché una voz que dijo: “Si, es comunista, mátao !”. El mismo paciente ha manifestado con cierta frecuencia que su médico le habla en doble lenguaje: “el primero -dice_ es en el que Ud. y yo nos entendemos; el segundo, lo habla Ud. en baja voz, como cuchicheando, y es en el que Ud. se entiende con esa gente que quiere matarme”.

Ejemplos como estos ilustran acerca de esos cuadros claramente delusivos, a cuyas ideas, pacientes como el aludido, llaman “obsesiones” o ca-

lifican de “fantasmagorías”: “eso, sé que son fantasías -arguye enérgicamente, nuestro paciente- que no pueden ser verdad, pero no sé porque razón las admito y las creo verdaderas: lo que quiere decir, pues, doctor, que estoy loco, y que seguiré siéndolo para toda mi vida!”.

Así, pues, no son infrecuentes los casos que dan cuenta que, en el fondo de ellos mismos, se entabla una lucha enervadora entre delusión y juicio de realidad, una verdadera **psicomachis**, para decirlo con Prudencio (17) autor del bello poema que lleva el mismo nombre; pero mientras en el escenario prudenciano triunfan las virtudes sobre los vicios, en el de los paranoides son las delusiones las que se llevan las palmas de vencimiento arrebatándose-la al juicio de realidad. Estos hechos darían la razón a Russell (19) quien sostuviera, tras aegumentada meditación, que no puede haber medio psicológico alguno de distinguir entre creencia verdadera y falsa”. Y nos atenderemos también a la observación que, infaliblemente - allende toda discusión lógica y epistemológica- dicta la experiencia clínica poniendo en evidencia que la delusión es, efectivamente, un juicio falso para el común de la gente y “verdadero” para el paciente, cuya conducta y organismo terminan siendo deteriorados por obra de aquélla.

REFERENCIAS

1. ALEGRIA C. (1986) El mundo es ancho y ajeno. Ed. Antártica, Santiago de Chile
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington D.C.
3. BECQUER GA. (1961) Rimas en Obras Completas. Madrid.
4. BERNER P. (1965) Das paranoische Syndrom. Klinische-experimentelle Untersuchungen zum Problem der fixierten Wahnbildungen. Springer Verlag, Berlin.
5. BLEULER E. (1962) Afectividad, sugestibilidad, paranoia. Ed. Científico-Médica, Barcelona.
6. CASTILLA DEL PINO C. (1982) Introducción a la Psiquiatría. t. 1, Alianza Editorial. Madrid.
7. FREUD S. (1974) Paranoia y neurosis obsesiva. Alianza Editorial. Madrid.
8. GRUENBERGER B. (1975) Le Narcissisme. Petite Bibliotheque Payot, Paris.
9. GUIRAUD P. (1950) Congreso Internacional de Psiquiatría, t.1, Paris.
10. JASPERS K. (1959) Allgemeine Psychopathologie. Springer Verlag, Berlin.
11. KRAEPELIN E. (1915) Die Verrucktheit (Paranoia) en Psychiatrie, t. 1, Verlag v. Johann Ambrosius Barth, Leipzig.
12. KRETSCHMER E. (1959) Delirio sensitivo paranoide. Aportación al problema de la paranoia y a la caracterología psiquiátrica. Ed. Labor, Barcelona.
13. LACAN J. (1976) De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad. Ed. Siglo veintiuno, México.
14. LAING R. (1964) El Yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad. Ed. Fondo de Cultura Económica, México.
15. NIEDERLAND WG. (1984) The Schreber Case: psychoanalytic profile of a paranoid personality. An expanded edition. Analytic Press, New Jersey.
16. POLANTIN P. (1975) Psychotic disorders: paranoid states, en: Comprehensive Textbook of Psychiatry/II Ed. Freedman A. Kaplan H. William and Wilkins, Baltimore.
17. PRUDENCIO A. (1950) Psychomachia en: Obras Completas Ed. Católica, Madrid.
18. ROAZEN P. (1963) Hermano animal. La historia de Freud y Tausk. Alianza Editorial, Madrid.
19. RUSSELL B. (1958) Análisis del espíritu. Ed. Paidós, Buenos Aires.
20. SAAVEDRA V. (1962) Delusión y obsesión. Rev. Psicopat., Psicol. Medicina y Psicoterapia, 2:172-180.
21. SWANSON D, BOHNERT PH & SMITH J. (1974) El mundo paranoide. Ed. Salvat, Barcelona.

Dirección Postal:

*Calle 22, N° 410 - 418
San Borja. Lima 41*

PRUEBA DE CONOCIMIENTOS

Señale verdadero (V) o falso (F) según corresponda:

27. *Delusión vs. delirio:*

- () La delusión es un trastorno que pertenece específicamente a la función noética.
- () Para Jaspers, desde el punto de vista psicofisiológico la delusión debe darse sin alteración de la inteligencia ni perturbación de la conciencia.
- () Para Berner, lo fundamental de la delusión es su sistematización.
- () La confusión de términos en el campo clínico y en los tratados ha terminado.
- () El DSM-V considera por separado la delusión y el delirio.

28. *Delusión vs. idea delusiva:*

- () La mayoría de grandes clínicos coincide en la conveniencia de un distinguo nominal entre ambos.
- () La génesis de la delusión es pasible de una explicación orgánica o funcional, mientras que ésta no es posible para la idea delusiva.
- () La disposición del ánimo delusional es una condición previa a la idea delusiva.
- () Castilla del Pino llama "deliremas tipo II" a las ideas delusivas.
- () El juicio falso patológico que se da en el esquizofrénico es idéntico al del melancólico.

29. *Delusión vs. ideas sobrevaloradas:*

- () La idea sobrevalorada es susceptible de ser influenciada por la acción sensoria.
- () Es difícil distinguir la idea sobrevalorada de la delusión del litigante.
- () Respecto al tema, los psicoanalistas han postulado hipótesis relacionadas al concepto de narcicismo.
- () La distinción entre ambas tiene implicancias terapéuticas.
- () En toda idea sobrevalorada hay una invasión en el área yoica muy fuerte, acogida pero no fomentada.