

## **ESTUDIO DEL DELIRIO DESDE UNA PERSPECTIVA COGNITIVA: UNA REVISIÓN DE MODELOS TEÓRICOS**

Cristina Díez- Alegría Gálvez

*Hospital Clínico San Carlos. Unidad de Día. Servicio de Psiquiatría*

Marta Nieto Moreno

*CES San Pablo CEU. Universidad Complutense de Madrid*

Carmelo Vázquez Valverde

*Universidad Complutense de Madrid*

### **Resumen**

En este artículo se examina teóricamente el concepto psiquiátrico de delirio, se señalan las diferencias y dificultades de sus criterios diagnósticos y se discute sus repercusiones en la investigación psicológica. Se propone la “vuelta al síntoma” y se revisan las teorías cognitivas actuales de las creencias delirantes: razonamiento silogístico (von Domarus), sesgos en el razonamiento probabilístico (Garety y cols.), correlaciones ilusorias (Brennan y Hemsley), modelo psicodinámico (Freud), delirios como “explicación de la experiencia” (Maher), estilo atribucional y auto-discrepancias (Bentall y cols.) y la “teoría de la mente” (Frith y cols.). Finalmente, se presentan los problemas metodológicos y conceptuales de las investigaciones actuales así como los beneficios de sus resultados para el tratamiento psicológico de la psicosis. Los temas presentados dejan la puerta abierta a nuevas líneas de investigación.

PALABRAS CLAVE: *delirio, modelos cognitivos, razonamiento.*

### **Abstract**

In this paper the psychiatric concept of delusion is examined theoretically, differences and difficulties about its diagnostic criteria are noted and their effect on psychological investigations is discussed. A single – symptom approach is proposed and contemporary cognitive theories of delusional beliefs are reviewed: silogistic reasoning (von Domarus), probabilistic reasoning biases (Garety and colleagues), illusory correlations (Brennan and Hemsley), psychodynamic model (Freud), delusions as “explanations of experience” (Maher), attributional style and self-discrepances (Bentall and colleagues) and “theory of mind” deficits (Frith and colleagues). Finally, methodological and

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Carmelo Vázquez Valverde, Departamento de Psicología Clínica, Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, 28223 Madrid. E-mail: cvazquez@psi.ucm.es

conceptual problems in these current researches are discussed. The benefits that can be obtained from the results for the psychological treatment of psychosis are pointed out. The issues discussed may stimulate further research.

KEY WORDS: *delusion, cognitive models, reasoning.*

### **Introducción**

La Psicología Clínica, desde su aproximación conductual y cognitiva, ha aportado en estas últimas décadas teorías de gran peso en el estudio de las creencias delirantes. Las hipótesis cognitivas sobre la formación del delirio tienen su origen en Kurt Schneider (1949) quien situaba los fenómenos delirantes primarios en la esquizofrenia, suponiendo que este trastorno estaba basado en una deficiencia cognitiva, bien heredada, bien adquirida. Conforme a esta idea, durante mucho tiempo, se ha intentado estudiar qué funciones son las causantes de las deficiencias cognitivas responsables de la génesis de la experiencia delirante.

*El delirio como objeto de estudio: "la vuelta al síntoma".*

En los últimos diez años muchos investigadores han dirigido sus estudios hacia síntomas específicos (p.ej.: delirios, alucinaciones) en lugar de dirigirlos hacia categorías diagnósticas como la esquizofrenia (Pearson, 1986; Bentall, Kinderman y Kaney, 1994; Garety y Hemsley, 1994; Trower y Chadwick, 1995). Esta "nueva" vuelta al síntoma supone numerosas y valiosas ventajas. Delimitar el objeto de estudio elimina un gran número de variables contaminadoras (como la inclusión en investigaciones de pacientes que presentan síntomas heterogéneos bajo un diagnóstico común) y esclarece el estado de la cuestión sobre el tema a estudiar. A partir de esta reconceptualización focalizada en el síntoma han surgido numerosas aportaciones desde el campo de la psicología y la neuropsicología (Frith, 1992) que están ayudando a la comprensión y tratamiento del delirio. No obstante, el síntoma que se pretende estudiar es en sí mismo complejo y este acotamiento del problema no se encuentra libre de dificultades. La primera dificultad con la que nos encontramos es el problema de su definición. Existen importantes limitaciones conceptuales a la hora de definir el delirio (Strauss, 1969; Garety, 1985); es en las últimas décadas cuando se han estudiado metodológicamente los criterios clínicos y dimensionales del delirio (Garety y Hemsley, 1987; Kendler, Glazer y Morgenstern, 1983; Harrow, Rattenbury y Stoll, 1988) y han surgido en esta línea de investigación estudios con el objetivo de analizar los criterios básicos definitorios del delirio. Estos criterios, algunos de los cuales recogidos por el DSM-IV (APA, 1994), proceden de la definición de delirio aportada por Jaspers (1946), y podemos resumirlos en cuatro aspectos básicos, a saber, se trata de: (1) una creencia

falsa, (2) basada en inferencias incorrectas, (3) mantenida a pesar de la evidencia contraria y (4) no compartida por individuos de la misma cultura (Leeser y O'Donohue, 1999). Autores clásicos (Clérambault, 1942; Kraft-Ebing, 1893) ya cuestionaron nociones como la falsedad, como criterio definitorio del síntoma delirante, desde un debate más puramente filosófico. Recientemente, se han llevado a cabo estudios metodológicos para acatar el problema de la falsedad de la idea delirante comparada con ideas inverificables aceptadas como racionales (ej: creencias religiosas, supersticiones, etc.) (Peters, Joseph y Garety, 1996). Este criterio fue cuestionado por Spitzer (1990) que negó la relevancia de la veracidad de una creencia a la hora de valorar si ésta es o no delirante. Además, estudios sobre sesgos cognitivos sugieren que el criterio de "falsa creencia" no puede ser definitorio del delirio pues está demostrado que el pensamiento de las personas normales está repleto de sesgos, distorsiones, creencias irracionales (Vázquez, 1995) e incluso cabe la posibilidad de que estas características distorsionantes sean *intrínsecas* al pensamiento sano (Avia y Vázquez, 1998).

En relación al segundo criterio, la inferencia incorrecta, existe gran ambigüedad. La investigación sobre razonamiento ofrece datos contradictorios y poco concluyentes (von Domarus, 1944; Hemsley y Garety, 1986; Huq, Garety y Hemsley, 1988). Parece pues, que no existe evidencia suficiente de que los sujetos delirantes cometan más o diferentes tipos de inferencias incorrectas que los sujetos normales (Leeser y O'Donohue, 1999). El tercer criterio, referido al mantenimiento de la creencia a pesar de la evidencia contraria, es de suma importancia en la historia del delirio en la psicopatología: el problema de la convicción. Muchos autores lo señalan como definitorio del delirio por antonomasia. El propio Jaspers (1946) en su definición indica como primer criterio que se trata de una creencia "*mantenida con una convicción subjetiva extraordinaria*". Igualmente, Garety y Hemsley (1994) apuntan que lo más llamativo del delirio es que es expresado como una verdad terminal, Scharfetter (1979) señala que es un tipo de conocimiento no probabilístico u opinable, y Castilla del Pino (1998) propone que tal vez el delirio sea más una evidencia que una creencia. Esta cuestión nos llevaría al cuestionamiento del modelo creencial del delirio. Desde una perspectiva lingüística Berrios y Fuentenebro (1996) niegan dicho carácter "creencial" definiendo estructuralmente los delirios como "actos vacíos del lenguaje" (*empty speech acts*) (Berrios, 1991). Aparentemente el delirio es una afirmación real portadora de información sobre el yo y el mundo del sujeto delirante. Sin embargo, dicen estos autores: "... aquél sería aleatorio y estaría más en relación a un retazo semántico atrapado al azar en el momento de cristalización del delirio...". Muchos de los temas "quedarían atrapados" debido a su alta frecuencia de aparición a nivel social o personal, estando de este modo, influenciados por "ruido" psicosocial que poco informa del mundo del sujeto. Por lo tanto, la información que podemos obtener del delirio sería poco plausible y muy alejada del núcleo formante del delirio.

A pesar de que el creciente número de estudios haya contribuido a aportar nuevos interrogantes que hacen difícil un consenso en la definición del delirio, ofrece igualmente nuevas vías de entendimiento y, lo que es de suma importancia, nuevas perspectivas para la práctica clínica, tanto para su evaluación como para su tratamiento.

#### *Nuevas perspectivas en la evaluación del delirio*

También desde el campo de la evaluación la noción de delirio ha sufrido un giro importante pasando de ser un ítem en una escala psicopatológica (ej., BPRS, Overall y Gorham, 1962 ) a construirse recientemente escalas para la evaluación única del síntoma en las que el delirio deja de ser un síntoma categorial para convertirse en una variable continua y dimensional. En este campo se han llevado a cabo numerosos estudios cuyo objetivo es el desarrollo de nuevos métodos de medida de los síntomas psicóticos y la aportación de evidencia empírica de las teorías multidimensionales del delirio (Phillips, 1977; Brett-Jones, Garety y Hemsley, 1987; Garety, 1992; Garety y Hemsley, 1994).

¿Es realmente desadaptativo creer que los ovnis me vigilan si soy capaz de trabajar, salir con amigos, dormir, etc. sin que me cause ansiedad, preocupación, depresión, o algún tipo de malestar o alteración en mi vida?. Los estudios metodológicos sobre la multidimensionalidad de las creencias delirantes sugieren que el delirio es un constructo integrado por varias dimensiones independientes y sensibles al cambio: *Convicción, Preocupación, Ansiedad, Interferencia conductual y Reacción a una contradicción hipotética* parecen ser las dimensiones más relevantes y más frecuentemente evaluadas en las escalas de delirio (*Delusions Rating Scale*, Garety y Hemsley, 1987; *Maudsley Assessment of Delusions Schedule (MADS)*, Buchanan, Reed, Wessely, Garety, Taylor, Grubin y Dunn, 1993), por lo que este síntoma se hace cada vez más susceptible a la valoración de terapias psicológicas al poder intervenir en sus distintas dimensiones (Chadwick y Lowe, 1990; Sharp, Fear, Williams, Healy, Lowe, Yeadon, y Holden, 1996). No obstante, como señalan Vázquez, Valiente y Diez-Alegría (1999), "la configuración de estos instrumentos es todavía muy tentativa e idealmente debería estar más dirigida por teorías sólidas sobre el delirio. Las dimensiones claves del delirio son, en nuestra opinión, desconocidas. No obstante la búsqueda de este tipo de indicadores más ligados a la teoría debería convertirse en el horizonte fundamental de la construcción racional de instrumentos de evaluación" (pag. 354-55).

Como vemos , el delirio, que como afirmó Henri Ey (1950) ha sido reiteradamente percibido como el "tema central" en la psicopatología y clínica psiquiátrica, vuelve a ser objeto de estudio en distintas disciplinas científicas.

## **Modelos cognitivos: formación y mantenimiento del delirio**

### **Modelos de razonamiento alterado**

Estos modelos cognitivos del delirio centran su atención en la existencia de una alteración cognitiva fundamental que afecta a la capacidad del individuo para extraer conclusiones válidas (trastornos del razonamiento formal).

Como apuntamos en el apartado anterior, muchas definiciones de los delirios asumen implícita o explícitamente el carácter racional de las creencias delirantes (ej. la definición que del delirio ofrece el DSM – IV, APA, 1994 ); sin embargo, y aunque esta dimensión de racionalidad sea una parte importante de la definición, las teorías sobre la formación y mantenimiento de los delirios discrepan sobre este aspecto.

Un gran número de estudios empíricos dan cuenta de la presencia de sesgos en el razonamiento implicados en la formación de los delirios. No todos los sujetos bajo las mismas circunstancias desarrollan creencias delirantes. Chapman y Chapman (1988) estudiaron la relación entre experiencias y creencias en un grupo de estudiantes, encontrando que los participantes ante experiencias similares respondían con creencias que se podían situar a lo largo de un continuo entre creencias normales y creencias totalmente delirantes ( algunos sujetos informaban de “ruidos” que no podían explicar, mientras que otros, ante estímulos similares, decían que se trataba de señales dirigidas a ellos personalmente desde otro lugar del espacio).

Un amplio grupo de teorías defienden que los delirios son consecuencia de déficit fundamentales, muchos de ellos, referentes a procesos cognitivo-atencionales. Una de las primeras teorías “defectuales” formuladas desde esta perspectiva es el “Modelo del procesamiento de la Información en la formación de la paranoia” (Heilbrun, 1975) proponiendo que los niños adquieren o aprenden ciertos estilos cognitivos cuando los patrones de comunicación de sus padres son negativos. Desde esta teoría se intenta dar cuenta de un gran número de variables cognitivas y psicosociales implicadas en el delirio; sin embargo, limitaciones metodológicas y conceptuales mostraron la poca consistencia y validez de la misma (Winters & Neale, 1983).

### *Modelos de razonamiento silogístico*

Von Domarus (1944) postuló que los delirios en la esquizofrenia surgen de una incapacidad específica de razonamiento silogístico defectuoso. Esta incapacidad llevaría a los sujetos delirantes a cometer errores al distinguir la identidad de los sujetos de la identidad de los predicados en proposiciones lógicas, por ejemplo, *Jesucristo fue un líder; yo soy un líder, entonces, yo soy Jesucristo*. Desde estos errores lógicos surgirían otro tipo de errores del tipo: *si yo soy Jesucristo, soy el hijo de Dios y la gente me quiere capturar para crucificarme*.

Esta concepción fue muy popular durante los años cincuenta, sin embargo, estudios posteriores no encontraron evidencia de la existencia de un error lógico específico en pacientes esquizofrénicos (Nims, 1959; Williams, 1964).

En la actualidad, los modelos de razonamiento no utilizan principios de inferencias silogísticas para describir cómo las personas desarrollamos creencias, hacemos elecciones o extraemos conclusiones, sino que prestan más atención a otro tipo de posibles déficit y a procesos más moleculares del razonamiento (p.ej.: estimación de probabilidades), demostrando anomalías y sesgos en el razonamiento en sujetos delirantes mediante distintos tipos de tareas (razonamiento probabilístico y correlaciones ilusorias).

*Modelos de razonamiento probabilístico: evaluación mediante tareas de razonamiento bayesiano.*

Garety & Hemsley (1994) sugieren que el razonamiento probabilístico está implicado en la formación y/o mantenimiento del delirio. A través de diversos estudios, han demostrado que los sujetos delirantes tienden a “precipitarse en las conclusiones” (*jumping conclusions*). Sus estudios se centran en la valoración del razonamiento lógico formal, el cual, tanto en sujetos normales como en sujetos delirantes, está alterado. Las personas, normalmente, empleamos una serie de heurísticos que guían nuestro razonamiento, influyendo también nuestras expectativas a pesar de que muchos de ellos nos conduzcan a juicios erróneos, aunque no necesariamente desadaptativos.

Como paradigma experimental para el estudio del razonamiento probabilístico en sujetos delirantes estos autores utilizan el modelo de decisión bayesiano de inferencia probabilística en el que no sólo se valora la validez o el error de las conclusiones, sino el modo en cómo la gente obtiene o llega a dichas conclusiones. Además, permite evaluar cómo una creencia principal influye en la resistencia del sujeto a revisar sus hipótesis ante información nueva.

Los diversos estudios realizados empleando este paradigma concluyen, en la gran mayoría de los casos, que los sujetos delirantes, frente a sujetos normales, se precipitan al extraer conclusiones; esto es, necesitan menor cantidad de información para llegar a una conclusión. Estudios que utilizan variantes de este tipo de tareas muestran que cuando a los sujetos delirantes se les proporciona la información necesaria para llegar a una conclusión son capaces de llegar a la conclusión correcta, mientras que si en la tarea se les permite tomar una conclusión independientemente de la cantidad de información recolectada se “precipitan en las conclusiones”. Estos resultados son de suma importancia en la práctica clínica, ya que muestran que puede existir un sesgo a la hora de recolectar información nueva (Garety y Freeman, 1999).

*Estudios sobre correlaciones ilusorias.*

El fenómeno de correlaciones ilusorias ha sido ampliamente demostrado en población normal. Con correlación ilusoria se hace referencia al hecho de asociar dos sucesos que en realidad no lo están, es decir, a correlacionar acontecimientos sin que éstos realmente estén relacionados. Este fenómeno fue inicialmente estudiado por Chapman (1967) quien encontró que al presentar series de pares de palabras con alto y bajo poder asociativo a personas normales, éstas tendían a asociar más aquellas palabras con alto poder asociativo a pesar de que en la tarea no apareciesen como tal. Magaro (1980) propuso que los sujetos paranoides muestran una fuerte tendencia a organizar estímulos ambiguos mediante la formación automática de nuevas categorías, tarea que implica asociaciones conceptuales que están involucradas en el fenómeno de correlaciones ilusorias. Brennan & Hemsley (1984) mostraron cómo los sujetos paranoides, efectivamente, tenían una mayor tendencia a establecer correlaciones ilusorias ante pares de palabras presentados que pacientes no paranoides y que sujetos normales. Igualmente, proponen que este tipo de pacientes mantiene con firmeza esquemas para clasificar estímulos, especialmente cuando se trata de material de contenido amenazante, mostrando anomalías cuando han de considerar explicaciones alternativas. Estudios posteriores, utilizando diferentes tipos de tareas, hallan los mismos resultados apoyando la hipótesis del sesgo atencional selectivo a estímulos amenazantes (Kaney, Wolfenden, Dewey y Bentall, 1992; Kinderman, 1994; Bentall, Kaney y Bowen-Jones, 1995; Bentall y Kaney, 1996; Chadwick & Taylor, 2000).

**Modelos de Razonamiento Motivado.**

Los modelos de razonamiento motivado del delirio sugieren la existencia de una alteración en la motivación, quedando el sistema cognitivo intacto y al servicio de ésta. Entre estos modelos destacan los modelos psicodinámicos, los modelos de procesamiento de la información basados en la interpretación de experiencias anómalas y los modelos de sesgos atribucionales auto-sirvientes.

*Modelos psicodinámicos*

La interpretación de Sigmund Freud (1950) sobre el origen de los delirios se basa en el análisis de uno de sus casos más famosos, el caso del Juez Schreber. A partir de este caso, Freud ilustra los mecanismos implicados en la formación de los delirios:

---

<sup>2</sup> Incluimos en este apartado las teorías psicodinámicas del delirio tanto por su carácter pionero en la idea de que el delirio tiene un significado y cumple una función en la vida del individuo que los padece (idea mantenida por modelos cognitivos modernos) como por su énfasis en el papel fundamental que la motivación tiene en la formación y mantenimiento de la creencia delirante.

negación, contradicción y proyección de impulsos homosexuales reprimidos que surgen del inconsciente. Así, concibe el delirio paranoide como el reflejo de una contradicción que surge de una proposición inaceptable para el sujeto: “*Yo ( un hombre) le amo (a un hombre)*”. La formulación freudiana incluye una combinación de mecanismos inconscientes (elementos motivacionales) y formas de transformación lógicas (elementos de razonamiento). Del resultado de esta combinación surgirían los diferentes tipos de delirios: delirios persecutorios, delirios erotomaniacos, delirios celotípicos y delirios de grandiosidad.

Otros autores han añadido nuevos mecanismos y factores a esta teoría, sugiriendo el desarrollo de mecanismos de defensa que dotan de un significado a la compleja manifestación del pensamiento delirante y su relación con la personalidad (Bak, 1954; Vaillant, 1971). Aún carente de confirmación, ha tenido gran influencia en modelos posteriores, proporcionando conceptos como proyección e insight, cuyo desarrollo es importante para explorar el contenido del pensamiento delirante (Freeman, 1981, 1990; Nelki, 1988).

#### *Modelos de procesamiento de la información: interpretación de experiencias anómalas*

Estos modelos consideran que el delirio es una interpretación racional de experiencias anómalas; de esta forma, el razonamiento de los sujetos enfermos sería normal y el delirio constituiría un intento de dar una explicación a estas experiencias insólitas. En 1942 Clérambault afirmaba que los delirios crónicos eran el resultado de sucesos neurológicos anómalos, como intoxicaciones, lesiones, infecciones, etc., que generaban malestar en el sujeto demandándole algún tipo de explicación. Estos “automatismos mentales” incluían la sintomatología nuclear: alucinaciones, sensación de familiaridad, falsos reconocimientos, alteraciones en la atención y sensaciones táctiles extrañas.

Maher (1974, 1988) considera el delirio como una explicación de experiencias anómalas que surgen en el Sistema Nervioso Central o en el Sistema Nervioso Periférico. Los procesos cognitivos responsables de los delirios serían idénticos a los de las creencias normales. El delirio tendría como finalidad dar sentido a una realidad, como una pequeña teoría que utiliza el individuo. La necesidad del sujeto de dar sentido a la realidad desde una teoría surgiría cuando dicha realidad se presente como nueva, insólita y generadora de tensión, de tal modo que tendría que dar una explicación a la misma. Esta explicación reduciría tensión, aliviando al sujeto. Asimismo la nueva información que no fuera congruente con la teoría sería ignorada. La teoría delirante no se abandonaría hasta que no se reemplazara por otra que diese una mejor explicación de dichas experiencias inusuales. No obstante, este modelo plantea una serie de limitaciones que cuestionan su generalización (ver Garety y Freeman, 1999).

*Modelos basados en la Teoría de la Atribución Social.*

Una de las características más importantes de las teorías psicológicas actuales sobre el delirio es que éste posee un significado psicológico y una cierta función adaptativa y se interpreta como un proceso de afrontamiento autoprotector del individuo (Bentall, 1992; Krstev, Jackson y Maude, 1999). Así, se enfatiza la importancia de sesgos cognitivos y emocionales en la formación del delirio. Como es bien conocido, los sesgos de razonamiento pueden deberse no sólo a estrategias ineficaces de procesamiento de información sino a estrategias motivadas psicológicamente (Vázquez, 1995). De hecho, en sujetos normales se ha demostrado la existencia de sesgos cognitivos autoprotectores ante situaciones amenazantes: los sujetos tienden a atribuir a causas externas sucesos negativos o amenazantes, preservando de esta forma la propia autoestima.

Desde esta perspectiva, y bajo los marcos teóricos de la Teoría de la Atribución Social de Kelly (1967) y la Teoría de las Discrepancias del Self de Higgins (1987), se han estudiado recientemente los delirios paranoides (Kaney y Bentall, 1989; Candido y Rommey, 1990; Bentall, Kaney y Dewey, 1991; Kaney y Bentall, 1992). Los hallazgos de estos estudios ponen de manifiesto la existencia de sesgos autosirvientes en individuos paranoides (Krstev, Jackson y Maude, 1999) similares a los de los sujetos normales. Así, sucesos que puedan activar representaciones negativas implícitas de uno mismo provocarían atribuciones causales externalizantes, reduciéndose así la accesibilidad a discrepancias entre el “yo actual – yo ideal”, tal y como propone Higgins (1987), pero a la vez conducirían a la creencia de que los demás tienen una visión negativa del yo (Bentall, 1994). Asimismo, existiría una relación dinámica y circular entre las atribuciones y el autoesquema, donde las representaciones de uno mismo influirían en las atribuciones y éstas, a su vez, influirían en la accesibilidad a las representaciones del self (Kinderman y Bentall, 2000). Los resultados de los estudios en este campo, en los que se evalúa el autoconcepto y el estilo atribucional mediante tareas encubiertas que evitan la aparición de estos sesgos de manera consciente, apoyan esta hipótesis (Winters y Neale, 1985). En los dos últimos años, distintos autores están centrando sus estudios (desde el mismo marco teórico) en otro tipo de delirios: delirios de grandiosidad (Lyon, Startup y Bentall, 1999), encontrando sesgos atribucionales similares en pacientes maniacos (con ideas de grandeza). Estos hallazgos son consistentes con la propuesta de Neale (1988) sobre defensa maniaca.

**Concepciones meta-cognitivas***Modelo de la Teoría de la Mente*

Una de las principales características del ser humano es su capacidad para interactuar con los demás, comprendiendo, prediciendo e incluso modulando la

conducta de los otros, capacidades que requieren sutiles procesos cognitivos (Brothers, 1990; Byrne & White, 1988; Dunbar, 1996; White & Byrne, 1997). Una de las estrategias sociales de la inteligencia humana es inferir estados mentales, formular “teorías de la mente”, esto es, inferencias sobre lo que los demás piensan, sus motivaciones, intenciones y deseos. Estas inferencias en cuanto al estado mental de los demás afectan a la interpretación que el sujeto tiene del comportamiento de los otros.

Debido al carácter social de muchos de los trastornos delirantes, la Teoría de la Mente propone que los delirios ocurren dentro de un contexto no patológico de procesos cognitivos adaptativos, siendo así el resultado de un razonamiento lógico basado en falsas premisas referentes al estado mental de los demás. De esta forma, estarían implicados en su origen falsas asunciones y déficit en la meta-representación (Frith, 1995) en lugar de errores de tipo lógico (Healy, 1990; Damasio, 1994, 1995). Frith (1979) propone que en pacientes con sintomatología esquizofrénica, especialmente sintomatología negativa, existen déficit en la comprensión de los estados mentales de los demás. Estos déficit también se encontrarían en algunos sujetos con delirios persecutorios. Por lo tanto, los delirios paranoides y de referencia serían fruto de conclusiones incorrectas a las que el sujeto llega sobre las intenciones de los demás. Mientras que los sujetos con delirios paranoides creen que los demás intentan perjudicarles, los sujetos con delirios de referencia creen, erróneamente, que los demás quieren comunicarse con ellos.

La revisión llevada a cabo por Garety y Freeman (1999) de los resultados de estudios planteados desde el marco de la Teoría de la Mente confirman las hipótesis propuestas por Frith referentes a la presencia de déficit en la comprensión de los estados mentales de otras personas asociados con sintomatología negativa y habla incoherente (aunque existe evidencia de una alteración cognitiva más general en estos pacientes). Sin embargo, estos resultados no son tan claros con respecto a delirios persecutorios y delirios de referencia, sugiriendo que déficit en la “Teoría de la Mente” podrían correlacionar con sintomatología negativa, pero no así con sintomatología positiva.

### **Conclusiones**

Como hemos apuntado a lo largo de este artículo, ha sido principalmente en las últimas dos décadas cuando ha aumentado el interés por el estudio del delirio en el ámbito de la Psicología, surgiendo un gran número de estudios que aportan modelos descriptivos que pretenden dar cuenta tanto de la formación como del mantenimiento de la fenomenología delirante. A pesar de la relevancia que estos hallazgos tienen en la práctica clínica, estos estudios no están exentos de una serie de limitaciones tanto metodológicas como conceptuales.

En nuestra opinión, el diseño de cualquier investigación supone en primer lugar delimitar el objeto de estudio epistemológicamente, es decir, definir de manera clara y consensuada qué estamos estudiando. Este es un tema todavía pendiente en el abordaje del delirio: no existen ni consenso ni claridad por parte de los profesionales de la clínica psiquiátrica y psicológica a la hora de definir y dar cuenta del delirio; es difícil aportar modelos explicativos y / o descriptivos de la fenomenología delirante si sus criterios definitorios siguen siendo tan variables y carentes de validez y fiabilidad como lo son actualmente en la práctica clínica. En la misma línea que Freeman y Garety (2000) apuntan, creemos pues necesario el planteamiento de futuras líneas de investigación cuyo objeto de estudio sea la definición del síntoma delirante.

En cuanto a la metodología, prácticamente la totalidad de los estudios utilizan muestras muy pequeñas y factores que no han sido estudiados de manera sistemática. Por otro lado, la ausencia de estudios longitudinales limita enormemente la validación de los hallazgos. En cuanto a los aspectos conceptuales cabe señalar dos limitaciones. La primera hace referencia a la especificidad: prácticamente todos los estudios han centrado su atención en delirios de tipo paranoide, por lo que la extensión de los hallazgos a otros tipos de delirios no está garantizada. La segunda hace referencia a la naturaleza multidimensional del delirio. Muchos estudios clínicos han abordado de forma categórica el fenómeno delirante (ausente / presente), sin tener en cuenta aspectos tan importantes como lo pueden ser el grado de convicción, preocupación, acción asociada, etc.

No obstante, las aportaciones de estos estudios suponen un gran avance tanto a nivel teórico como en la práctica clínica. Teóricamente apoyan y amplían el conocimiento de un fenómeno tan complejo como es el delirio. A nivel clínico, ha supuesto un gran avance y ha abierto la puerta a la intervención psicológica (principalmente cognitivo-conductual) en el tratamiento de la psicosis, mejorando así sus procedimientos de intervención (diseño de técnicas específicas de reestructuración cognitiva para la psicosis, “técnica Colombo”, entrenamiento en la generación de nuevas alternativas ante una situación dada, comprobación de hipótesis, desafío verbal, etc.), ya que se ha demostrado su eficacia en numerosos estudios que se han llevado a cabo en la clínica (aunque la mayoría son de caso único, en la actualidad en el Reino Unido se están realizando ensayos con muestras clínicas más numerosas de pacientes hospitalizados y ambulatorios) - Chadwick y Lowe, 1990; Chadwick y Lowe, 1994; Chadwick, Birchwood y Trower, 1996; Perona Garcelán y Cuevas Yust, 1999.

A la luz de los hallazgos que estas líneas de investigación han aportado, quedan abiertas muchas vías para posibles investigaciones futuras que puedan añadir nuevos datos en estudios más sistematizados, con criterios estables y poblaciones clínicas más numerosas y homogéneas, apelando a la necesidad de sistemas de evaluación adecuados orientados y guiados por teorías sólidas que den cuenta de un fenómeno tan complejo como lo es el delirio.

### Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed.)*. Washington DC: APA (trad. cast.: DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*(1995). Barcelona: Masson).
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo Inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza.
- Bak, R. (1954). The schizophrenic defence against aggression. *International Journal of Psychoanalysis*, 35, 129-134.
- Bentall, R.P., Kaney, S. y Dewey, M.E. (1991). Paranoia and social reasoning: an attribution theory analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 13-23.
- Bentall, R.P. (1992). Psychological deficits and biases in psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 5, 825-830.
- Bentall, R.P. (1994). Cognitive biases and abnormal beliefs: Toward a model of persecutory delusions. En A.S. David y J.C. Cutting (eds.). *The Neuropsychology of Schizophrenia* (pp.337-360). London : Lawrence Erlbaum.
- Bentall, R.P., Kinderman, P. y Kaney, S. (1994). The self, attributional process and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusionis. *Behaviour Research and Therapy*,32, 331-341.
- Bentall, R., Kaney, S. y Bowen-Jones, K. (1995). Persecutory delusions and recall of threat-related, depression-related and neutral words. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 331-343.
- Bentall, R. y Kaney, S. (1996). Abnormalities of self-representation and persecutory delusions: A test of a cognitive model of paranoia. *Psychological Medicine*, 26, 1231-1237.
- Berrios, G. E. (1991). Delusions as “wrongs beliefs”: a conceptual history. *British Journal of Psychiatry*,159 (suppl. 14), 6-13.
- Berrios, G.E. y Fuentenebro, F. (1996). *Delirio. Historia. Clínica. Metateoría*. Madrid:Trotta.
- Brennan, J.H. y Hemsley, D.R. (1984). Illusory correlations in paranoid and non-paranoid schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*,23, 225-226.
- Brett-Jones, J. , Garety, P. y Hemsley, D. (1987). Measuring delusional experiences: a method and its applications. *British Journal of Clinical Psychology*,26, 257-265.
- Brothers, L. (1990). The social brain: A project for intergrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Conceptual Neuroscience*, 15, 27-51.
- Buchanan, A., Reed, A., Wessely, S., Garety, P., Taylor, P., Grubin, D. y Dunn, G. (1993). Acting on delusions (2): the phenomenological correlates of acting on delusions. *British Journal of Psychiatry*, 163, 77-81.
- Byrne, R.W. y Whiten, A. (1988). *Machiavellian intelligence social expertise and the evolution of intelligence apes and humans*.Oxford:Clarendon Press.
- Candido, C. y Romney, D. (1990). Attributional style in paranoid vs depressed patients. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 355-363.
- Castillo del Pino, C. (1998). *El delirio, un error necesario*. Oviedo: Nobel.
- Chadwick, P. y Lowe, C. (1990). The measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 225-232.

- Chadwick, P. y Lowe, C. (1994). A cognitive approach to measuring delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 355-367.
- Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. New York: John Wiley.
- Chadwick, P. y Taylor, G. (2000). Are Delude People Unusually Prone to Illusory Correlation?. *Behaviour Modification*, 24, 130-141.
- Chapman, L.J. (1967). Illusory correlation in observation report. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour*, 6, 151-155.
- Chapman, L.J. & Chapman, J.P. (1988). The genesis of delusions. En T.F. Oltmans y B.A. Maher (eds). *Delusional Beliefs* (pp. 167-184). New York: John Wiley & Son.
- Damasio, A.R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason and the human brain*. New York: Putnam.
- Damasio, A.R. (1995). Towards a neurobiology of emotion and feeling: Operational concepts and hypotheses. *The Neuroscientist*, 1, 19-25.
- De Clérambault, G.G. (1942). Les Psychoses Passionelles. En Oeuvre Psychiatrique. Paris:Presses Universitaires.
- Dunbar, R. (1996). *Grooming, gossip and the evolution of language*. London:Faber. Ey, H. (1950). *Estudios sobre los delirios*. Paz Montalvo: Madrid.
- Freman, T. (1981). On the psychopathology of persecutory delusions. *British Journal of Psychiatry*, 139, 529-532.
- Freeman, D. y Garety, P. (2000). Comments on the content of persecutory delusions: Does the definition need clarification?. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 407-414.
- Freud, S. (1950). Psychoanalytic notes upon an autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides). *Collected Papers 3*. London:Hogarth.
- Frith, C.D. (1979). Consciousness, information processing and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 134, 225-235.
- Frith, C.D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove:Lawrence Erlbaum.
- Frith, C.D. (1995). *La Esquizofrenia: Un enfoque neuropsicológico cognitivo*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Garety, P. (1985). Delusions: Problems in definition and measurement. *British Journal of Medical Psychology*, 58, 25-34.
- Garety, P. (1992). Assessment of symptoms and behaviour. En M.Birchwood y N. Tarrier (eds.). *Innovations in the psychological management of schizophrenia*. Wiley: Chichester.
- Garety, P. y Hemsley, D.R. (1994). *Delusions: Investigations into the psychology of delusional reasoning*. Oxford: Oxford University Press.
- Garety, P. y Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.
- Garety, P. y Hemsley, D.R. (1987). Characteristics of delusional experience. *European Archives of Psychiatry and Neurological Science*, 236, 394-398.
- Garety, P. y Hemsley, D.R. (1994). *Delusions: investigations into the psychology of delusional reasoning*. Oxford: Oxford University Press.
- Harrow, M., Rattenbury, F. y Stoll, F. (1988). Schizophrenic Delusions: An analysis of their persistence, of related premorbid ideas, and of three major dimensions. En T. Oltmanns y B. Maher (eds.). *Delusional Beliefs*. Nueva York: Wiley.

- Healy, D. (1990). *The suspended revolution: Psychiatry and psychotherapy re-examined*. London: Faber.
- Heilbrun, A.B. (1975) A proposed basis for delusion formation within an information – processing model of paranoid development. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 63-71.
- Hemsley, D.R. y Garety, P. (1986). The formation and maintenance of delusions: A bayesian análisis. *British Journal of Psychiatry*, 149, 51-56.
- Higgins, E.T. (1987). Self- discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Huq, S.F., Garety, P.A. y Hemsley, D.R. (1988). Probabilistic judgements in deluded and non-deluded subjects. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 40, 801-812.
- Jaspers, K. (1946). *Psicopatología General*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kaney, S. y Bentall, R. P. (1989). Persecutory delusions and attributional style. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 191-198.
- Kaney, S. y Bentall, R. P. (1992). Persecutory delusions and self-serving biases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 773-780.
- Kaney, S., Wolfenden, M., Dewey, M. y Bentall, R. (1992). Persecutory delusions and the recall of threatening and non-threatening propositions. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 85-87.
- Kelly, H.I. (1976). Attribution theory in social psychology. En D. Levine (ed.). *Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Kendler, K., Glazer, W. y Morgenstern, H. (1983). Dimensions of delusional experiences. *American Journal of Psychiatry*, 140, 466-469.
- Kinderman, P. (1994). Attentional bias, persecutory delusions and the self concept. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 53-66.
- Kinderman, P. y Bentall, R.P. (2000). Causal attributions and self-concept. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 255-273.
- Kraft-Ebing, (1893). *Traité Clinique de Psychiatrie*. Maloigne: Paris.
- Krstev, H., Jackson, H. y Maude, D. (1999). An investigation of attributional style in first-episode psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 181-194.
- Leeser, J. y O'Donohue, W. (1999). What is a delusion? Epistemological Dimensions. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (4), 687-694.
- Lyon, H., Startup, M. y Bentall, R.P. (1999). Social Cognition and the Manic Defense: Attributions, Selective Attention, and Self-Schema in Bipolar Affective Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 273-282.
- Magaro, P.A. (1980). *Cognition in Schizophrenia and Paranoia*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Maher, B.A. (1974). Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology*, 30, 98-113.
- Maher, B.A. (1988). Anomalous experiences and delusional thinking: The logic of explanations. En T.F. Oltmans y B.A. Maher (eds). *Delusional Beliefs* (pp. 15-35). New York: John Wiley & Son.
- Neale, J.M. (1988). Defensive functions of manic episodes. En T.F. Oltmans y B.A. Maher (eds). *Delusional Beliefs* (pp.138-157). New York: John Wiley & Son.

- Nelki, J. (1988). Making sense of a delusion of smell: a psychotherapeutic approach. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 267-275.
- Nims, J.P. (1959). *Logical Reasoning in Schizophrenia: The von Domarus Principle*. Los Angeles, University of Southern California, unpublished doctoral dissertation.
- Overall, J. y Gorham, D. (1962). The Brief Psychiatry Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Pearsons, J.B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnosis. *American Psychologist*, 41, 1252-1260.
- Perona Garcelán, S. y Cuevas Yust, C. (1999). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual individual aplicada a los síntomas psicóticos. Revisión de los diseños experimentales de caso único aplicados al tratamiento de las ideas delirantes. *Apuntes de Psicología*, 17, (1-2), 31-48.
- Peters, E., Joseph, S. y Garety, P. (1996). The measurement of delusional ideation in the normal population: Introducing the PDI. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 83-96.
- Philips, J. (1977). Generalised Personal Questionnaire techniques. En P. Slater (ed.), *Dimensions of intrapersonal space*, Vol.2. Wiley:Chichester.
- Schafetter, C. (1979). *Introducción a la Psicopatología General*. Madrid: Morata.
- Schneider, K. (1949). *Clinical Psychopathology*. New York:Grune & Stratton.
- Sharp, H., Fear, C., Williams, M., Healy, D., Lowe, C., Yeadon, H. y Holden, R. (1996). Delusional phenomenology. Dimensions of change. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 123-142.
- Spitzer, M. (1990). On defining delusions. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 377-397.
- Strauss, J.S. (1969). Hallucinations and delusions as points on continua functions. *Archives of General Psychiatry*, 21, 581-586.
- Trower, P. y Chadwick, P. (1995). Pathways to defend the self: A theory of two types of paranoia. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 263-278.
- Vaillant, G. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms. *Archives of General Psychiatry*, 24, 107-118.
- Vázquez, C. (1995). Limitaciones, errores y sesgos en el procesamiento de la información: La ficción de la teoría del hombre científico. En M.D. Avia y M.L. Sánchez-Bernardos (eds.). *Personalidad: Aspectos cognitivos y sociales* (pp. 185-225). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C., Valiente, C. y Díez-Alegría, C. (1999). La evaluación del delirio: Desde los sistemas categoriales a la evaluación multidimensional. En F. Silva (ed.). *Avances en evaluación psicológica*. Promolibro: Valencia.
- Von Domarus, E. (1944). The specific law of logic in schizophrenia. En J.S. Kasanin (ed). *Language and Thought in Schizophrenia*. Berkeley:University California Press.
- Whiten, A. y Byrne, R.W. (1997). *Machiavellian intelligence II: Extensions and evaluations*. Cambridge:Cambridge University Press.
- Williams, E.B. (1964). Deductive reasoning in schizophrenia. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69, 47-61.
- Winters, K.C. y Neale, J.M. (1983). Delusions and delusional thinking in psychotics: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 3, 227-253.
- Winters, K.C. y Neale, J.M. (1985). Mania and low self-esteem. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 282-290.