



**UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE POSTGRADO**

# **CONSIDERACIONES CLÍNICAS DESDE EL CONSTRUCTIVISMO PARA EL ABORDAJE DEL DELIRIO**

**Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos.**

**Ps. María Victoria Briano Fuentealba**

**Profesor Guía:  
Dr. Ps. Juan Yáñez Montecinos  
Informantes:  
PhD. Ps. Claudio Pizarro  
Mg. Ps. Augusto Zagmutt**

**Santiago de Chile, año 2017**



**CONSIDERACIONES CLÍNICAS DESDE EL  
CONSTRUCTIVISMO PARA EL ABORDAJE  
DEL DELIRIO.**

## **RESUMEN**

Hoy en día, el Modelo Constructivista Cognitivo (CC) carece de una definición teórica de delirio y tiene casi nulo antecedente teórico para el abordaje de este fenómeno. Aún así, existe evidencia Clínica incipiente que sugiere que el modelo es capaz de trabajar con esta clase de pacientes. El presente trabajo tiene como objetivo proponer una síntesis conceptual y práctica acerca del fenómeno del delirio a partir de la experiencia de expertos en el Modelo Constructivista Cognitivo (CC). El estudio tiene un enfoque cualitativo, de alcance exploratorio y con un diseño de investigación basado en la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*) en su modelo emergente. Se realizaron entrevistas a 4 expertos formados en el modelo Constructivista Cognitivo, considerando 2 rondas de entrevistas (en total 8), las cuales se analizaron con codificación abierta en modelo emergente. Los principales resultados del estudio apuntan a un consenso respecto al concepto de delirio, a las características del paciente delirante y a las consideraciones clínicas para su abordaje desde el modelo. Finalmente, se propone una síntesis conceptual y práctica para el abordaje del fenómeno del delirio desde el Constructivismo Cognitivo.

## **PALABRAS CLAVE**

Delirio, Paciente Delirante, Constructivismo Cognitivo, Modelo Constructivista Cognitivo, Delirio Constructivista.

## AGRADECIMIENTOS

A mis colaboradores: Ps. Mg. José Luis Rossi, Ps. Mg. Rodrigo Hagar, Ps. Marco Méndez y a la Dra. Tamara Galleguillos, por permitirme acceder a su conocimiento, y por ser generosos con su tiempo.

A mi profesor guía Dr. Ps. Juan Yáñez, por su gran aporte en el desarrollo de esta tesis, por desafiarme intelectualmente y por su importantísimo rol en mi formación como terapeuta. A Ps. Mg. Ana Karina Zúñiga, por hacer de mi una mejor terapeuta.

A Ps. Victoria Sánchez, por su impagable ayuda y por su maravillosa disposición.

A mi familia, por el apoyo y por el cariño. A mis padres, por siempre apostar por mí. A Bell y a Isis, por la alegría.

A Noni, por cuidarme, por sostenerme (a veces literalmente) y por acompañarme. Por aguantar mis mañas, mis incoherencias y mis malas imitaciones del gato. Por ser un compañero y por tener siempre la dulzura justa para señalar cuando me equivoco.

A mis amigos (Especialmente a Ignacio Ceballos y Marcela Díaz), por ser un apoyo constante. Por la ayuda, por las risas, por convencerme a seguir cuando quería bajar los brazos y por querer siempre lo mejor para mí.

Al Dr. Oscar Contreras Saronic, por ser mi inspiración. Por creer en mis habilidades cuando ni yo sabía que las tenía y por enseñarme que los abanicos de posibilidades no sirven de nada cuando están cerrados.

A Patricia Olate, por ser mi segunda madre, mi ejemplo a seguir y mi pilar fundamental.

“All it takes is one bad day  
to reduce the sanest man alive to lunacy.  
That's how far the world is from where I am.  
Just one bad day.”

-The Joker.

The Killing Joke, Alan Moore (1988).

## INDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>iv</b>
<b>PALABRAS CLAVE .....</b>	<b>iv</b>
<b>INDICE .....</b>	<b>vii</b>
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>4</b>
<b>El delirio.....</b>	<b>4</b>
¿Qué es el delirio?.....	4
Clasificación Psicopatológica del delirio.....	5
Las ideas delirantes primarias .....	7
Las ideas delirantes secundarias .....	7
Clasificación del delirio de acuerdo al contenido .....	9
Fenomenología del delirio .....	9
El delirio como una opción humana .....	11
Estructura de Personalidad Psicótica .....	12
Bases neurobiológicas del Delirio .....	13
<b>El Constructivismo Cognitivo.....</b>	<b>15</b>
La Realidad para el Constructivismo Cognitivo.....	15
El sujeto constructivista y la identidad .....	16
Sí Mismo, Mismidad e Ipseidad .....	17
Intersubjetividad .....	18
Identidad Personal.....	18
Sentido personal.....	19

Significado Personal .....	20
Identidad Narrativa .....	21
La asimilación de la experiencia desde el Constructivismo Cognitivo .....	22
<b>Psicoterapia Constructivista Cognitiva.....</b>	<b>24</b>
Técnicas Psicoterapéuticas.....	25
Exploración Experiencial.....	26
Metacomunicación.....	26
Intervenciones Psicoterapéuticas .....	27
Intersubjetividad y encuadre psicoterapéutico Constructivista Cognitivo.....	29
Criterios Psicopatológicos del Constructivismo Cognitivo .....	30
Nosología Procesal Sistémica .....	31
Dimensiones Operativas .....	33
Definición de Psicopatología Constructivista Cognitiva .....	35
<b>Delirio y constructivismo: antecedentes para el abordaje del fenómeno.....</b>	<b>36</b>
El Delirio como “creencia falsa” .....	36
Antecedentes Teóricos para el modelo Constructivista Cognitivo .....	38
Vittorio Guidano y Giampiero Arciero.....	38
Sass y Parnas.....	40
Sadock y Sadock.....	42
Rossi.....	43
Hagar.....	45
Antecedentes Terapéuticos .....	46
En el Constructivismo Cognitivo.....	46
Aportes terapéuticos según Hagar .....	47
Estudio de Caso de Méndez.....	48

Modelos afines: Terapia Cognitivo-Conductual para el delirio.....	50
<b>A modo de cierre .....</b>	<b>52</b>
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....</b>	<b>53</b>
<b>Hipótesis.....</b>	<b>53</b>
<b>Objetivos .....</b>	<b>54</b>
<b>Objetivo general.....</b>	<b>54</b>
<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>54</b>
<b>CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>55</b>
<b>Enfoque, alcance y diseño de investigación .....</b>	<b>55</b>
<b>Instrumento .....</b>	<b>56</b>
<b>Diseño muestral y composición de la muestra.....</b>	<b>56</b>
<b>Consideraciones Éticas .....</b>	<b>57</b>
<b>Procedimiento y Análisis .....</b>	<b>58</b>
Convocatoria.....	58
Primeras entrevistas .....	58
Segundas entrevistas .....	59
Análisis y Resultados.....	59
<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS .....</b>	<b>61</b>
<b>Concepto de delirio .....</b>	<b>61</b>
Caracterización del delirio .....	62
Tipos de delirio .....	63
El Delirio Esquizofrénico .....	64
El Delirio del Trastorno del Ánimo (lo deliroide) .....	65
El Delirio de la perturbación de Conciencia (lo delirioso) .....	66
Situaciones desencadenantes .....	66

Lo patológico del delirio.....	67
Patología del vínculo.....	68
Diferencia entre el delirio y la experiencia normal.....	69
Cambio cualitativo de la experiencia.....	69
Alejamiento de la experiencia.....	70
Creación.....	71
Comprensibilidad del delirio.....	72
Factores culturales.....	74
Función del delirio.....	75
Modo de significación.....	75
Protección.....	76
Mantención de la coherencia.....	77
<b>Identidad de pacientes delirantes.....</b>	<b>78</b>
La Vivencia delirante.....	78
Vinculación delirante.....	79
Personalidad psicótica.....	79
Fragilidad identitaria.....	81
Necesidades terapéuticas del paciente delirante.....	82
<b>Consideraciones para el abordaje desde el CC.....</b>	<b>83</b>
Factibilidad de la terapia CC para el abordaje del delirio.....	84
Agentes de cambio terapéutico.....	85
Limitantes para la terapia.....	86
Limitaciones del modelo CC para la terapia con pacientes delirantes.....	86
Limitaciones para la terapia propias del fenómeno delirante.....	87
Técnicas psicoterapéuticas.....	88

Técnicas operativas.....	89
Técnicas procedurales.....	90
Metacomunicación.....	90
Exploración experiencial.....	91
Intervenciones psicoterapéuticas.....	92
Cuestionamiento o alianza con el delirio.....	93
Otros recursos.....	94
Arteterapia.....	94
Encuadre.....	95
Timing.....	96
Teóricas.....	97
Dimensiones Operativas.....	97
Organizaciones de Significado Personal.....	98
Alianza Terapéutica.....	99
Cuidados para la alianza.....	100
Exigencias para el terapeuta.....	100
Actitud Terapéutica.....	102
<b>CAPITULO VII: DISCUSIÓN.....</b>	<b>104</b>
<b>Delimitar el concepto de delirio desde el modelo Constructivista Cognitivo.....</b>	<b>104</b>
Definición del delirio Constructivista.....	104
El delirio como alteración de la ipseidad.....	106
Procesamiento de la experiencia delirante.....	109
<b>Particularidades de los pacientes delirantes desde el modelo CC.....</b>	<b>111</b>
Identidad y Fragilidad identitaria.....	112
OSP y Dimensiones Operativas.....	113

Delirio como patología del vínculo.....	114
<b>Consideraciones Clínicas para el trabajo terapéutico del delirio.....</b>	<b>115</b>
Timing, Encuadre y Alianza .....	116
Técnicas Psicoterapéuticas.....	117
Exigencias para el Terapeuta .....	119
<b>Efectividad de la terapia Cognitivo Constructivista para el abordaje del delirio .....</b>	<b>120</b>
Factores de influencia en la efectividad del modelo .....	121
El Rol del Diagnóstico .....	122
<b>CAPITULO VIII: CONCLUSIONES .....</b>	<b>123</b>
<b>Síntesis conceptual y práctica acerca del fenómeno del delirio a partir de la</b>	
<b>experiencia de expertos.....</b>	<b>123</b>
<b>Limitaciones y proyecciones del estudio .....</b>	<b>127</b>
<b>CAPITULO VIII: BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>137</b>
<b>Anexo 1: Pauta de Entrevista Semi-estructurada.....</b>	<b>137</b>
<b>Anexo 2: Informe final CEI-FaCSO.....</b>	<b>140</b>
<b>Anexo 3: Formulario de Consentimiento Informado .....</b>	<b>142</b>
<b>Anexo 4: Acuerdo de Confidencialidad para Transcriptores.....</b>	<b>147</b>
<b>Anexo 5: Árbol de codificación.....</b>	<b>148</b>

## CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Existe evidencia clínica incipiente que sugiere que el modelo Constructivista Cognitivo (CC) tiene herramientas útiles para abordar patologías de índole psicótica tales como el delirio (Méndez, 2015), el cual es entendido como un trastorno del contenido del pensamiento de gran convicción, incorregible y con contenido imposible (Capponi, 2013). Esta idea es apoyada teóricamente por otros autores del mismo modelo (Rossi, 2015; Yáñez y Zúñiga, 2015) y no parece incoherente si pensamos que el modelo Constructivista Cognitivo planteado por Yáñez (2005) es una opción de corriente terapéutica que ha crecido en popularidad y que aparece como una metodología terapéutica de gran flexibilidad, útil para el abordaje de una amplia variedad de casos clínicos de distinta naturaleza. Esto se debe a que el enfoque de la metateoría constructivista –la que considera que “la realidad es encarnada en el sujeto, en el sentido de que sólo es posible tener acceso a lo real a través de la experiencia de éste con el mundo” (Yáñez, 2005, pp. 13)- también recoge y utiliza las herramientas que entrega la tradición conductual, la tradición cognitiva y la tradición interpersonal (Yáñez, Gaete, Harcha, Kühne, Leiva y Vergara, 2001), que aportan una gran gama de recursos a nivel Operativo (Rossi, 2014; Yáñez y Zúñiga, 2015).

No obstante, a pesar de esta gran gama de recursos, el modelo Constructivista Cognitivo posee una visión confusa de lo que es un delirio, y hasta el momento no lo ha delimitado ni ha elaborado una visión respecto del delirio que sea coherente con la metateoría constructivista que propone. Si bien el modelo Cognitivo Conductual -uno de los modelos que el Constructivismo Cognitivo utiliza como antecedente- es considerado eficiente en el tratamiento de los síntomas psicóticos de la esquizofrenia y otras psicosis (McGorry, Allot y Jackson, 2009 en Sanza, 2011), y la terapia Constructivista Cognitiva es capaz de recurrir a los procedimientos que este modelo ha probado como útiles, éstos recursos para entender el

delirio no han sido descritos desde la visión metateórica del modelo, lo que limita poder pensar en el paciente desde la lógica constructivista. Esto sería particularmente relevante desde este enfoque ya que no se estaría considerando que, según indica la Psicopatología, es la misma relación con la realidad (juicio de realidad) la que enferma y pasa de los límites lógicos en los fenómenos psicóticos tales como el delirio (Gomberoff, 1999). Por lo que se vuelve necesario darle sustento teórico y práctico a los terapeutas que tratan el delirio desde este enfoque, de manera que se consideren e incorporen los componentes constructivistas del fenómeno en la práctica clínica.

Es relevante preguntar entonces: ¿Es realmente la terapia Constructivista Cognitiva eficaz para estos casos?, ¿De qué manera lo es?, ¿Cómo puede el terapeuta Constructivista Cognitivo acercarse al fenómeno en cuestión?, ¿Cuáles son las herramientas que el terapeuta debe utilizar en estos casos?, ¿De qué debe abstenerse en sus intervenciones? Investigar estas y otras preguntas respecto a cómo el terapeuta se enfrenta a estos casos es necesario no solo a un nivel teórico, sino que también aplicado a la práctica profesional, ya que según propone Rossi (2014), las técnicas procedurales y las intervenciones de acción o “profundas” (típicas del modelo) no sólo podrían ser ineficaces, sino además podrían ejercer un efecto iatrogénico en pacientes psicóticos. Dado que hoy en día este tipo de indicaciones no están explicitadas, existe una cierta urgencia para investigar el tema y así dar los primeros pasos para dilucidar una manera de tratar con estos pacientes desde un modelo que fomente el bienestar e impida el daño.

Considerando todo lo previamente señalado (el concepto difuso de delirio, la falta de claridad en el abordaje del delirio y la escasa referencia respecto a la aplicación de este modelo con pacientes delirantes), se vuelve urgente generar un primer acercamiento respecto a cómo el Modelo Constructivista Cognitivo aborda el delirio. La manera que se propone para investigarlo es recurrir a terapeutas que se enmarcan dentro del enfoque Cognitivo

Constructivista y que han logrado experiencias terapéuticas exitosas con este tipo de pacientes. La información obtenida se procesará a través del análisis categorial de contenido desde la perspectiva de la teoría fundamentada en su diseño emergente, para lograr extrapolar categorías teóricas subyacentes a la experiencia de los terapeutas como conjunto. En base a esto, se generará una propuesta de consideraciones clínicas para el abordaje del delirio desde el modelo Constructivista Cognitivo. Se considera, por tanto, que esta propuesta puede ser útil para conocer los aprendizajes que se han configurado desde la práctica clínica respecto a los pacientes delirantes (y su abordaje terapéutico) y relevante precisamente porque provendría de la práctica terapéutica.

La investigación propuesta tiene una relevancia teórica, ya que complementa el Modelo Constructivista Cognitivo. Tiene también una alta relevancia clínica, ya que se pretende generar una propuesta que entregue herramientas e indicaciones para poder tratar de manera más exitosa a los pacientes con esta clase de patologías.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### El delirio

#### ¿Qué es el delirio?

La psiquiatría ha intentado casi desde su fundación darle una respuesta a la pregunta “qué es el delirio”. Jaspers (1913) nos dice que “el delirio fue en todos los tiempos algo así como el fenómeno fundamental de la locura; delirante y enfermo mental eran una misma cosa. ¿Qué es el delirio? Es en realidad un problema básico de la psicopatología” (p. 108). Es por eso que el delirio no es tarea fácil. Por medio de este apartado se hará una breve revisión de los criterios actuales según los cuales la psiquiatría responde, hoy, este problema de definición básico de la psicopatología.

El delirio es, junto a las alucinaciones, el síntoma característico de las psicosis y puede ser definido como un trastorno del contenido del pensamiento de gran convicción, incorregible y con contenido imposible (Capponi, 2013). La palabra nace del latín *delirare*: “salirse del surco, no arar derecho”, (Olivos, 2009, p. 67) lo cual significa que quien delira es quien sale del surco simbólico que la realidad co-construida, o sea, quien se sale del canal que dicta el consenso social como razonable.

DSM-V define la idea delirante como una:

Creencia falsa basada en deducciones incorrectas sobre la realidad externa que se mantiene firmemente a pesar de lo que el resto de las personas creen, y a pesar de las pruebas evidentes e indiscutibles de lo contrario. La creencia no es ordinariamente aceptada por otros miembros de la cultura o subcultura de la persona (esto es, no es un principio de la fe religiosa). (APA, 2014, p. 824)

Los delirios se suelen dar en cuadros psicóticos, pero no son exclusivos de ellos. Es un síntoma que aparece en una diversidad de trastornos tales como la Esquizofrenia, el

Trastorno esquizoafectivo, el Trastorno delirante, el Trastorno psicótico breve, el Trastorno psicótico compartido, los Trastornos del ánimo y el Trastorno esquizofreniforme (APA, 2014), pero que también pueden ser parte de episodios delirantes encapsulados o únicos. Luego de hacer este breve repaso se vuelve evidente que no todos los delirios pueden ser comparables entre sí y que, lógicamente, pueden llegar a ser muy distintos en su naturaleza, características y contenido, entre otros. Aun así, para efectos de esta investigación no se hizo mayor diferencia en el contexto clínico en el que los delirios aparecen, ya que por la naturaleza exploratoria de la investigación se optó por utilizar el concepto de delirio de un modo amplio e inclusivo.

### ***Clasificación Psicopatológica del delirio***

Capponi categoriza la idea delirante dentro de los “trastornos del contenido del pensamiento o trastornos de la ideación” (Capponi, 2013, p. 71). Esto porque el delirio sería una "ficción" que el paciente delirante crearía para sí, en pos de representar una realidad compleja. (Bunge, 2008)

Karl Jaspers (1913), por su parte, entiende los delirios como juicios falsos caracterizados por 3 factores:

- I. La gran convicción con la que el individuo afectado las vive (o sea, se viven con certeza subjetiva incomparable)
- II. La incorregibilidad con la que se viven, ya que no son influenciables ni por la experiencia ni por conclusiones irrefutables.
- III. Su contenido es imposible.

En otras palabras, las ideas delirantes son apodípticas (de certeza absoluta), incorregibles y absurdas.

A la vez, Scharfetter (1979) en su texto de psicopatología define las ideas delirantes en relación a cinco aspectos que considera fundamentales:

- I. La interacción entre realidad delirante y realidad común: Existirían 4 posibilidades de relación entre realidad delirante y realidad común para el paciente delirante: la realidad delirante como única realidad, la realidad delirante como realidad predominante pero no única, la realidad delirante y la realidad común en coexistencia, la realidad delirante y la común en confluencia.
- II. La significación en el delirio: Nuestra percepción no es nunca una fotografía de lo que reciben nuestros sentidos y, por tanto, toda percepción es significación al mismo tiempo. La vivencia de la significación experimenta en el paciente delirante una transformación radical en el que el saber inmediato que se impone de las significaciones es la vivencia primaria de delirio (Capponi, 2013). O sea, la evidencia de la realidad se altera al vivir significaciones que no corresponden a la realidad y esto se traduce en la idea delirante.
- III. La certeza de significación y su independencia de la experiencia: el delirio surge como evidencia a priori, por lo que no necesita demostraciones para su certeza.
- IV. Su inquebrantabilidad respecto a la experiencia general, a las convicciones del grupo, y resistencia contra las mismas: el delirio es resistente frente a argumentos lógicos, por lo que la realidad delirante siempre prevalece, por muy inverosímil que sea.
- V. Su incapacidad para cambiar de punto de vista: El sujeto delirante es incapaz de considerar su punto de vista y relativizarlo en relación al punto de vista de los demás.

Estas ideas delirantes por otro lado son separadas por Jaspers (1913) por un criterio de comprensibilidad entre ideas delirantes primarias y secundarias. La idea delirante primaria sería incomprensible psicológicamente y no deriva de otros síntomas o sucesos de la vida del sujeto, mientras que la idea delirante secundaria se deriva de algún acontecimiento o suceso de la vida del sujeto y es comprensible desde esta afectación (Capponi, 2013).

### *Las ideas delirantes primarias*

Jaspers (1913) llama ideas delirantes primarias a las ideas delirantes incomprensibles, o sea aquellas que encuentran como fuente una vivencia patológica primaria, o que exigen como condición previa para su explicación una transformación de la personalidad.

Roa (s.f., citado en Capponi, 2013) agrega como características propias de las ideas delirantes primarias:

- La tendencia a guardarse en la intimidad
- No se las argumenta coordinadamente.
- No se las verifica en base a coincidencias.
- No se vierten en conductas activas y se lucha poco en favor o en contra de lo revelado.

Las ideas delirantes primarias, a su vez, se dividen según Capponi (2013) en:

- I. Percepciones Delirantes: auténticas percepciones a las cuales se les da un significado anormal por parte del paciente, sin que exista para ello un motivo comprensible
- II. Ocurrencias Delirantes: en la ocurrencia delirante la nueva significación especial no es sobre una percepción, sino sobre lo representado. Es decir, las diferentes experiencias internas vividas por el paciente son vividas con un significado especial “a diferencia de la percepción delirante, en que siempre se nos hace evidente que es aquello que el paciente vive con una significación especial, en la ocurrencia delirante habitualmente no es así, ya que la significación anormal es sobre experiencias internas del paciente, las cuales no son evidentes para el observador” (Capponi, 2013).

### *Las ideas delirantes secundarias*

Las ideas delirantes secundarias, por su parte, también se dividen en dos grupos, con consecuentes subdivisiones

- I. Idea Deliroide: ideas que surgen como consecuencia de procesos psíquicos afectivos. Estas ideas permiten comprender cómo se originan desde las emociones y sentimientos.
  - a. Percepción deliroide: percepciones a las cuales se les da un significado anormal por parte del paciente, el cual no es compartido por el terapeuta, pero aparece como comprensible para el terapeuta desde los afectos del paciente.
  - b. Ocurrencia deliroide: en las ocurrencias deliroides, al igual que en las delirantes primarias, la nueva significación especial no es sobre una percepción, sino sobre lo representado, y consisten en vivir una experiencia interna con un significado especial, entendible para el terapeuta desde los afectos del paciente.
  
- II. Idea Deliriosa: ideas delirantes que surgen en el perturbado de conciencia y que, por lo mismo, sus características propias están dadas por ese estado.
  - a. Percepción Deliriosa: percepciones auténticas a las que el paciente les da un significado anormal, comprensible también para el terapeuta, “pero esta vez no desde una predisposición caracterológica, si no desde el afecto y el trastorno de la función de interioridad de la conciencia. Este efecto está desmandado, coge por entero al paciente y sus vivencias, de tal manera que se crepusculariza, perdiendo la vivencia de temporalidad y así mismo el registro mnémico” (Capponi 2013, p. 74).
  - b. Ocurrencia Deliriosa: en la ocurrencia deliriosa el paciente vive con carácter de realidad los fenómenos representativos que acuden a su mente, ya sean representaciones mnémicas, de la fantasía u oníricas. Su psicomotricidad y su afectividad son concordantes con estas vivencias, o sea, siente y actúa como si estas representaciones se dieran en la realidad externa. (Capponi, 2013)

### *Clasificación del delirio de acuerdo al contenido*

A su vez, los delirios pueden separarse de acuerdo a su contenido. Capponi (2013) los sistematiza en dos grandes categorías:

- I. Cuando la significación delirante es hacia sí mismo: esta categoría contiene el delirio de culpa, el delirio hipocondriaco, nihilista, de ruina, de filiación, de grandeza o megalomanía, místico o religioso, de preñez, de transformación o metamorfosis delirante, de escisión o fragmentación y el delirio de control o influencia
- II. Cuando la significación delirante es hacia el entorno: esta categoría contiene la desrealización y el temple delirante, el delirio de referencia, el delirio erotomaniaco, el delirio de celos y el delirio de persecución.

### **Fenomenología del delirio**

La fenomenología nace de “la necesidad de ver los síntomas (vivencias perturbadas) como formas vivas configuradoras de la existencia morbosa, lo que lleva a la investigación fenomenológica, como lo haría un estudioso del arte, de darle suficiente espacio y tiempo al síntoma, para que hable por sí mismo, antes de referirlo precipitadamente a otros fenómenos de engañosa familiaridad” (Roa, s.f, citado en Capponi, 2013, p 31). A su vez, Karl Jaspers (1913) en su *Psicopatología general* nos señala que: “la fenomenología tiene la misión de presentarnos intuitivamente los estados psíquicos que experimentan realmente los enfermos, de considerarlos según sus condiciones de afinidad, de limitarlos y distinguirlos lo más estrictamente posible y de aplicarles términos precisos” (p. 65). Desde esta perspectiva es que como ya hemos señalado para Jaspers el delirio es un fenómeno primario, que tiene lugar en la experiencia y en el pensamiento de la realidad. Es una transformación en la vasta conciencia de la realidad, una experiencia indescriptible, cargada de ansiedad y presentimiento que se anuncia secundariamente en juicios de realidad (Olivos, 2009).

En Chile existe una corriente de estudios con abordajes fenomenológicos a la psicopatología del delirio. Letelier Ojeda y Olivos (1976), por ejemplo, proponen que en el delirio el sujeto queda desconectado de la experiencia concreta y prescinde de las relaciones que estructuran los hechos del mundo real, sustituyéndolas por relaciones delirantes, lo que a su vez le impide actuar efectivamente sobre su circunstancia y ser modificado por ella. Los autores señalan que, entonces, Delirio y autismo son inseparables, aunque en estos casos el autismo se circunscribe al ámbito del delirio.

Ojeda (1987) concibe el delirio como una traslocación mórbida del acto de conciencia a partir de la pérdida de la normal exclusión recíproca de los actos perceptivos e imaginativos en la mente sana, o sea, de la capacidad del sujeto de separar los actos de percepción de los actos de imaginación. En sus palabras, “Hablar de percepción o recuerdo delirante es un contrasentido. Si es percepción no es delirio, si es recuerdo no es delirio. El delirio es sólo delirio, un acto que presenta una traslocación intencional formando una unidad noético-noemática<sup>1</sup> nueva, irreductible a los modos normales de la conciencia” (Ojeda, 1987, p. 96.)

Juan Marconi, (2000) por su parte, define el delirio como la afirmación y conducta de realidad, basadas en evidencias mutadas, insólitas y productivas. Lo insólito implica un cambio no esperado respecto al aprendizaje endocultural previo, o la maduración psicobiológica. Por otro lado, lo productivo se refiere a la aparición de criterios nuevos de realidad.

---

<sup>1</sup> El nóema es definido como lo concebido o pensado, el concepto en sentido pasivo, por oposición a nóesis, (comprensión e intelección, en sentido activo) Término que Husserl utiliza, en su análisis fenomenológico de los contenidos de conciencia, para diferenciar un aspecto «noético» de un aspecto «noemático». El primer aspecto, que procede de nóesis, se refiere a la vivencia o hecho en sí de la conciencia, mientras que el segundo, de nóema, se refiere al sentido o al contenido de la vivencia de la conciencia, a «aquello a que se refiere», tanto si es real como ideal. (Cortés y Martínez, 1996).

### *El delirio como una opción humana*

El delirio, como ya hemos visto, es percibido por la psiquiatría general como un fenómeno profundamente psicopatológico, llegando a ser considerado por Jaspers “el fenómeno fundamental de la locura” (1913). Esto, sin embargo, hace que toda la literatura haga gran énfasis en el defecto que implica esta vivencia para el sujeto y es ahí donde, ineludiblemente, estamos haciendo un juicio de valor negativo respecto a la experiencia delirante, lo que complica el abordaje fenomenológico del asunto.

Dörr (2005), respecto a esta misma disyuntiva, se pregunta si cabe pensar que un síntoma psicopatológico, que por definición limita y trae dolor al que lo sufre o a los que lo rodean, pueda tener algo positivo y llegue a constituirse en una verdadera posibilidad de desarrollo existencial. Posterior a esto, y en un esfuerzo por observar el fenómeno sin juicios y desde una perspectiva fenomenológica, el autor postula que la locura -sinónimo acá de delirio- no sería necesariamente producto de una falla genética o un desorden neurobiológico simplemente, sino que sería (también) un camino, en parte elegido y en parte determinado por la biografía del sujeto. Así, la vivencia delirante no significaría necesariamente un defecto o una incapacidad, sino que una “opción, un camino distinto de vivir la experiencia, que muchas veces responde a una necesidad del paciente quien padece” (Dörr, 2015, p. 138). Podvoll (2003) apoyando esto, nos dice que los experimentos de Henri Michaux con drogas comprueban que todos los seres humanos tendríamos el equipamiento psíquico básico para delirar, pero que *“The realization that psychosis may be an ever-present possibility in the human condition seems to trigger an instinctive fear and dread in many.”* (Podvoll, 2003, pp. 2536-2537)<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> La realización de que la psicosis pueda ser una posibilidad siempre presente en la condición humana parece gatillar miedo y pavor en muchos. (Traducción de la autora)

## **Estructura de Personalidad Psicótica**

Son los psicoanalistas y los psicodinámicos quienes más asocian psicosis con factores de personalidad. La personalidad patológica de un individuo se define como un conjunto de rasgos de carácter relativamente estables en el tiempo, que lo conducen a fracasar en la obtención de sus objetivos y provocan sufrimiento en su entorno (Gluck, 2000). Otto Kernberg (1984) fue quien clasificó estas personalidades patológicas y es quien señala que existen ciertas estructuras de personalidad más propensas a la psicosis que otras. Clasificó ciertos trastornos típicos de esta clase de estructuras como los Trastornos Psicóticos de la Personalidad (trastorno de personalidad esquizoide, esquizotípico, paranoide y no especificado), y aseveró que todas estas patologías comparten en su base ciertas características en común, a las que llamó Estructura Psicótica de la Personalidad.

Según el autor, las estructuras psicóticas de personalidad perderían (aunque sea a ratos) la capacidad de:

- I. Diferenciar el yo del no-yo (Juicio de Realidad)
- II. Diferenciar el origen de los estímulos ya sea intrapsíquico o extrapsíquico
- III. Mantener criterios de realidad socialmente aceptados. (Kernberg, 1984)

Por su parte, Kaplan, Sadock y Grebb (1994) destacan tres parámetros que resultan, a juicio de los autores, importantes para delimitar las personalidades psicóticas: la incapacidad para distinguir la realidad de la fantasía, la evaluación de la realidad deteriorada y creación de una nueva realidad.

Por otro lado, según Gomberoff (1999), para hacer un diagnóstico diferencial, el sujeto debe ser examinado bajo 3 criterios: presencia de alucinaciones o ideas delirantes, disrupción de criterios sociales (o sea inadecuación social y/o comportamiento bizarro) y presencia mecanismos de defensa primitivos en el paciente (como la negación o la escisión). Estructuralmente hablando, la falta de integración y la falta de congruencia con la realidad

serían lo que diferencia y caracteriza a las estructuras de personalidad psicóticas (Kernberg, 1984). El mismo autor señala:

En las estructuras psicóticas, en contraste, está presente una refusión regresiva o falta de diferenciación entre las representaciones del sí mismo y de los objetos. En contraste con las estructuras neuróticas, en donde todas las imágenes del sí mismo (“buenas” y “malas”) han sido integradas en un sí mismo comprensivo. (...) Esta alta de integración de los aspectos “bueno” y “malo” de la realidad del sí mismo y de los demás se debe presumiblemente a la predominancia de una agresión grave temprana activada en estos pacientes. La disociación de las representaciones “buenas” o “malas del sí mismo y de los objetos, en efecto, protege al amor y la bondad de la contaminación por el odio y la maldad predominantes. (Kernberg, 1984, p. 10)

Es muy posible que los síntomas psicóticos y los rasgos de personalidad estén en co-construcción constante, lo que es coherente con la idea de sujeto del Constructivismo Cognitivo y hace énfasis particular en el criterio de la coherencia sistémica, ámbito de particular interés para el modelo.

### **Bases neurobiológicas del Delirio**

Desde una perspectiva neuropsiquiátrica, se propone que las creencias (normales y anormales) surgen de una combinación de procesos innatos, aprendizaje, experiencia e interacción con el mundo, como otras formas de información las creencias están representadas en el cerebro a través de la formación y fortalecimiento de las conexiones sinápticas entre las neuronas (Corlett, Taylor, Wang, Fletcher, y Krystal, 2010). Tomando esto como base existen dos visiones que intentan explicar la biología y circuitos neuronales relacionados a los delirios, las que se describen brevemente a continuación.

Por un lado, se postula que los delirios estarían relacionados con las alteraciones de la corteza prefrontal, en este sentido, Devinsky (2009), en una revisión de la literatura plantea

que la anatomía del delirio, cuando estos ocurren en patologías neurológicas,(e.g. Accidentes Cerebro Vasculares o Síndromes demenciales), estaría directamente relacionada con una disfunción en el hemisferio derecho en conjunto con un hemisferio izquierdo intacto, el cual sin dificultades se hace cargo de la narrativa creativa, por lo que concluye que “los delirios son resultado de lesiones en el hemisferio derecho, pero es el hemisferio izquierdo el que es engañado”.

Adicionalmente, se ha encontrado que la pérdida de volumen estructural en la corteza prefrontal correlaciona con síntomas de delirio, independientemente del contenido de este (Buchy et al., 2012). Estudios con imagen por Resonancia Magnética Funcional también han encontrado disfunción en la Corteza prefrontal en personas con delirio (Corlett et al., 2007).

Por otro lado, se le ha intentado dar relevancia al rol de la dopamina en la formación del delirio, dada la asociación que existe entre la dopamina y la manifestación de psicosis. Hipótesis que es fuertemente apoyada por la farmacocinética de los antipsicóticos, los cuales actúan bloqueando los receptores de dopamina. Ya que, la dopamina media en el procesamiento de recompensas, podría tener un rol en la representación de un estímulo como gratificante o aversivo, entonces alteraciones en la producción de dopamina podrían llevar a una mala asignación en la saliencia de un estímulo externo, procesando como relevante un estímulo que de otra manera sería irrelevante, generando inferencias erróneas (Nasaan, 2016). Por ejemplo, se ha encontrado que pacientes con Esquizofrenia a quienes se les mostraron imágenes amenazantes, neutrales y ambiguas rápidamente se sintieron amenazados al observar las imágenes ambiguas, y tardaron más tiempo en analizar las imágenes amenazantes en comparación con el grupo control (Blackwood, Howard, Bentall, y Murray, 2001).

A pesar de ser una temática ampliamente estudiada, no ha sido posible llegar a un consenso en relación a las bases neurobiológicas del delirio, principalmente debido a la gran variedad de tipos que existen del mismo.

### **El Constructivismo Cognitivo**

El Constructivismo Cognitivo puede comprenderse como una propuesta teórica que postula que el ser humano, mediante estructuras cognitivas instaladas producto de su ontogenia y filogenia, establece una relación con la realidad, cuyo resultado son sistemas de conocimientos organizados a partir del lenguaje, el cual le posibilita tanto la coordinación de sus experiencias internas en las relaciones interpersonales que el sujeto sustenta, como la apropiación de la realidad a través de construcciones continuas y coherentes con la propia organización (Yáñez et al, 2001).

Como señalan Yáñez et al. (2001), este modelo es Constructivista por el énfasis que hace en la naturaleza activa y proactiva del conocimiento (Yáñez, 2005) Por su parte, el aspecto Cognitivo de este enfoque reconoce la herencia que obtiene del model Cognitivo Conductual y subraya la importancia de los procesos cognitivos de acercamiento a la experiencia.

### **La Realidad para el Constructivismo Cognitivo**

La realidad desde el modelo constructivista es entendida como “una red de procesos pluridimensionales entrelazados, articulados simultáneamente en múltiples niveles de interacción” (Guidano, 1984, citado en Yáñez, 2005). Esto significa que propone una realidad múltiple, coincidente con el postulado de Maturana respecto al paso desde una noción de realidad como Universo a una concepción de realidad como Multiverso (Yáñez et al, 2001). Como Guidano (1994) bien señala, sólo podemos percibir la realidad en la que vivimos desde dentro de nuestro orden perceptivo, estableciendo que la experiencia humana nace de la experiencia de vivir. Esto explica bastante bien el postulado básico de la epistemología

constructivista que, si bien no niega que la vivencia ajena sí exista, también sostiene que lo único a lo que un individuo puede acceder realmente es a la propia; cualquier observación o vivencia que se tenga no puede ser separada y vista como una realidad única, sino que estaría condicionada siempre por la persona que la observa. Por lo mismo, el cómo observamos y las distorsiones en la percepción de estímulos se vuelve profundamente importante.

Es así como el constructivismo propone la realidad como la elaboración individual y colectiva de significados con respecto a sí mismo y al mundo (Yáñez et al., 2001) y plantea que el concepto de verdad tiene, también, un componente subjetivo a la persona que esta viviendo dicha verdad.

### **El sujeto constructivista y la identidad**

El sujeto constructivista<sup>3</sup> (Yáñez, 2005) es entendido como un sistema complejo, adaptativo e inestable. Esto significa un entendimiento de la persona que no es por sí solo, sino que también es un individuo en relación a su ambiente, a sus estímulos y a sus otros. Este sistema se encuentra constantemente vulnerable al cambio gracias a dicha relación con el ambiente, en el que diversos estímulos pueden llegar a influir, de las cuales se destacan tres áreas: lo biológico, lo social y lo físico. Es importante señalar que ninguna de estas áreas lo determina y el sistema se mantiene siempre funcionando como un todo.

El sujeto constructivista aparecería, entonces, como un sistema complejo, afectado por múltiples factores que intercambia información y materia con su entorno, pero además a quien la relación de intercambio con el medio le genera regularidades que le permiten construir al interior de sí mismo una estructura y organización esquemática de conocimiento que facilita y hace más eficiente dicha relación. (Yáñez, 2005). Es importante destacar que la teoría constructivista propone una concepción de individuo activo ante su ambiente y ante sí

---

<sup>3</sup> Cabe señalar que de aquí en adelante utilizamos la palabra “sujeto” desde el modelo teórico de sujeto constructivista que propone Yáñez (2005) y no como sinónimo de sujeto de investigación.

mismo: la mente sería un constructor y el psiquismo sería el resultado de esa construcción, de modo tal que los contenidos mentales no son ni innatos ni adquiridos en una relación contingente con el medio, sino que construidos. (Yáñez et al, 2001)

### **Sí Mismo, Mismidad e Ipseidad**

Desde el Constructivismo Cognitivo, el Sí mismo puede ser definido como “un sistema de conocimiento personal que provee al sujeto de una identidad coherente y permanente, a través de la dinámica de los procesos de continuidad y de cambio, en relación con el mundo” (Yáñez, 2005, p.24). Su función principal consiste en responder a las demandas desbordantes para el sistema a través de procesos de construcción y deconstrucción del conocimiento (Yáñez, 2005).

Que el individuo sea un sujeto activo y constructor de su propio psiquismo tiene diferentes desafíos para el sistema, el que está constantemente siendo afectado por múltiples factores externos que desafían su estructura y organización. Es así que se vuelve útil separar al sujeto que está constantemente experimentando en dos partes del Sí mismo, que se influyen y retroalimentan. Por un lado, estaría la *mismidad*, definida como un sistema de conocimiento descentralizado que provee un sentido concordante de uno mismo a través de un sentimiento de continuidad y unicidad personal, vinculado a los procesos de mantenimiento y de proceso simbólico en cuanto a esquemas emocionales. (Yáñez, 2005, p.242)” O sea, lo que es parte central del yo y lo que el individuo reconoce como suyo.

Por el otro lado estaría *ipseidad*, definida como “un sistema de conocimiento descentralizado que provee un sentido discrepante de uno mismo a partir de experiencias desbordantes que deben ser explicadas para ser asimiladas a los procesos centralizados de conocimiento, asociadas con procesos de cambio y de predominio de contenidos emocionales expresados en activaciones emocionales recurrentes Yáñez, 2005, p.242)”, o sea, lo que es propio a la persona, pero sentido como diferente o fuera de sí. El contenido ipse requiere de

una alteridad para aparecer y es contenido excepcional, que tiene potencialidad para producir cambios en la identidad y en la mismidad (Ricoeur, 1996), pudiendo llegar a pasar a la mismidad. A su vez. Si el contenido ipse es muy complejo de enfrentar (como podría ocurrir el caso del delirio), esto será un desafío para el sistema y para sus capacidades de apropiación, poniéndolo en jaque. Esto ocurre cuando este contenido de alguna manera desafía la identidad personal del sistema.

### **Intersubjetividad**

Ciertamente, el sujeto constructivista jamás está solo en el mundo, sino que siempre en contacto con otros. La identidad de un sujeto no se encuentra jamás suspendida en la nada, por lo que entender cómo se relaciona con otros es fundamental para poder comprender el fenómeno de la identidad de manera acabada.

Duarte (2012) nos señala que, en términos generales, se utiliza el concepto de intersubjetividad para hacer referencia a la variedad de posibles relaciones entre las distintas perspectivas de los individuos e implica la tendencia humana a reconocer y tener en cuenta la experiencia personal o subjetiva del otro (Gillespie y Cornish, 2009; Neimeyer, 1998, en Duarte 2012). Esto sería un proceso básico en la relación del sujeto constructivista con el mundo, ya que en esta intersubjetividad estaría siempre implicado encuentros y desencuentros que afectarían la dinámica de los procesos de continuidad y cambio del sujeto.

A su vez, Dörr (2011) propone que uno de los rasgos centrales de la psicosis, ya sea la psicosis maníaca, la psicosis depresiva o la psicosis esquizofrénica, sería la alteración de la intersubjetividad y la incapacidad de compartir la experiencia, por lo que vemos como lo intersubjetivo puede obtener un rol importante en la investigación del delirio.

### **Identidad Personal**

La Identidad Personal consiste en un proceso continuo del individuo que oscila constantemente entre la identificación y la diferenciación del otro, por lo que está

estrechamente ligado al concepto de intersubjetividad. Para Guidano (1994), dado que el conocimiento es autorreferencial, la experiencia entonces es tal en cuanto tiene un significado personal para quien la vive; el sí-mismo es entonces un sistema cognitivo-afectivo complejo de evaluación y reevaluación de la experiencia como fenómeno aperceptivo holístico, en función de una imagen consciente de sí que asimila mediante el lenguaje esta experiencia de acuerdo a sus límites y características.

La identidad desde el punto de vista constructivista entonces desafía la visión aristotélica de identidad personal y la idea de la existencia de un núcleo inmutable que permanece constante a lo largo de toda la vida, ya que entiende la identidad como estable pero no inmune a cambios por medio de la experiencia con el ambiente (Yáñez, 2005). Así, la identidad no es una cosa estable y constante, sino que un proceso en dinámica constante. Es por eso que Guidano define la identidad personal de esta forma:

La identidad personal, por lo tanto, más que ser una entidad definida o un concepto superordenado, es como un proceso continuo cuya naturaleza recursiva le da unidad funcional y continuidad histórica a la fusión individual de subsistemas de sí mismo. Debido a esta capacidad integrativa, el individuo, en cualquier momento y de acuerdo con influencias ambientales particulares, tiene una identidad percibida que representa meramente un ejemplo único de su rango de posibilidad de auto-imágenes. (Guidano, 1987, p. 72)

Así mismo, Vergara (2011) nos indica que la construcción de la identidad personal incluye la elaboración de un sentido y significado personal que, en conjunto, constituyen la noción de ser de un individuo permanente y coherente (por parte del sentido) en un equilibrio de constante reformulación sobre sí mismo en la interacción social (por parte del significado).

### ***Sentido personal***

El sentido personal constituye la unidad más básica de coherencia en la identidad de la persona. Es la unidad organizadora del *self* que se mantiene en el tiempo (Vergara, 2011).

Así, el sentido personal sería entonces el hilo de continuidad de la identidad del individuo. Guidano (1997) afirma que “la mantención de la continuidad en el tiempo (...) no es fija, no es algo que se da en sí mismo, es una semejanza consigo mismo, es un reconocerse consigo mismo, un reconocer continuamente la propia activación, su propia continuidad en términos de memoria, de historia, es proceso activo que se hace cada día, es un proceso dinámico.” Esto es coherente con la versión de Yáñez (2005), que sugiere que el sujeto es estable pero dinámico y ‘permeable’, si se quiere, al ambiente y a la experiencia. Así, la función principal del sentido personal es poder otorgar una coherencia al sistema de manera tal que pasado, presente y futuro sean percibidos por la persona como una unidad, a pesar de los cambios que necesariamente generan el vivir (Vergara, 2011). El sentido, por lo mismo, cohesiona, integra y le da dirección a lo que el individuo percibe como su propio *self*, por lo que se relaciona con las versiones que yo tengo de mí mismo y lo que yo defino como mi propia identidad. Es, finalmente, el mayor elemento de continuidad y coherencia del sujeto.

### ***Significado Personal***

El significado personal se refiere a la parte de la identidad relacionada con el cómo entendemos las cosas, es decir, las explicaciones que cada persona le da a sus experiencias. Según el modelo de identidad planteado por Vergara (2011), esta es una parte fundamental de cómo entendemos nuestro mundo y representa una porción importante de la identidad. Las experiencias tempranas son fundamentales para la construcción de los esquemas conceptuales y emocionales que le permiten al niño generar representaciones tanto de sí mismo como del mundo (Guidano, 1987), lo que claramente permea la vivencia y genera claves de estabilidad en el individuo que pueden llegar a mantenerse en el tiempo. El significado personal se constituye desde la capacidad del individuo para poder coordinar la nominación de los objetos y de sus pares, con las vivencias emocionales que se desprenden de la relación establecida. Esto permitiría la creación de una forma particular de registrar las experiencias

que influirán, a futuro, en la manera que tiene la persona de enfrentarse a las distintas vivencias, ya sea facilitando o dificultando la aproximación que el individuo tenga a los nuevos eventos (Vergara, 2011).

En este sentido, el significado del sí mismo surge como una herramienta de la persona para comprenderse a sí mismo y al ambiente, y para significarse y poder construir hipótesis sobre el mundo. En palabras de la autora entonces, el Significado Personal es el elemento de la identidad personal que le otorga dinamismo y posibilidades de evolución (Vergara, 2011). Se refiere a las formas de interpretación de las vivencias del individuo, que se van construyendo y reconstruyendo en las dinámicas sociales, según los recursos cognitivos y emocionales de éste. El acto de significar es un acto social, y la identidad personal se construye en el intercambio social, en la medida que el individuo es capaz de identificarse con los otros y diferenciarse de ellos para constituirse como un ser único.

El Significado Personal se hace particularmente interesante conjugado con los síntomas delirantes, ya que como vimos previamente, el delirio mismo es una distorsión en la forma en la que percibimos y/o interpretamos las experiencias. Gracias al concepto de Significado Personal, podríamos pensar que esta alteración en las maneras de significar puede y debe tener consecuencias a nivel identitario.

### ***Identidad Narrativa***

En esta situación dinámica entre estabilidad y cambio, el *self* tiene la tarea de constituir una versión coherente de sí mismo que permita generar un hilo conductor entre el sinnúmero de experiencias y cambios por los que ha pasado y pasará en el futuro. La misión no es sencilla, pues como señala Bruner (2004), en este constante construir no se puede decir que exista un “yo” obvio y objetivo que se pueda usar como referencia. Para este autor, la guía estaría dada por las historias que nos relatamos sobre nosotros mismos, series de narrativas coherentes entre sí que se construyen en base a nuestras experiencias pasadas y

expectativas respecto del futuro. Estas narraciones se elaboran en estrecha e indisoluble relación con el sentido y el significado, pues es precisamente en el acto de relatar que se configura el significado atribuido a la experiencia (White y Epston, 1993). La función narrativa puede considerarse, entonces, como el vehículo por excelencia de construcción de significado”. (Gonçalves y Machado, 1999)

La capacidad de estructurar la experiencia en una constelación de micro-narrativas y de agruparlas subsecuentemente en una historia se desarrolla a lo largo de la vida de la persona, de manera concurrente y en paralelo con el proceso de identificación y la construcción de la identidad personal. La identidad narrativa, entendida según Ricoeur (1996) – que combina hechos (historicidad) y creación (ficción)-, permite una mediación entre lo discordante (*ipse*) y lo concordante (*ídem* o *mismidad*), así como entre lo estable y lo dinámico del *self* (innovación y sedimentación). El acto de relatar también provee una mediación en el doble rol del individuo como generador y receptor de interpretaciones que influyen en su proceso de construcción de identidad, sentido y significado (Laitinen, 2002). Es esta función la que parecería estar alterada según lo que nos enseña Kernberg respecto a la discontinuidad narrativa de los pacientes con estructuras psicóticas de la personalidad.

Ahora bien, cabría preguntarse qué tipo de experiencias se constituyen en “ladrillos” de estas narraciones. En el caso particular del delirio, estos “ladrillos” narrativos serían las ideas delirantes, lo que a su vez generaría una posible “identidad delirante” ya que estas experiencias se investirían de significado para cimentar la continuidad del *self*.

### **La asimilación de la experiencia desde el Constructivismo Cognitivo**

Encontrarse con el mundo es, entonces, una situación de vulnerabilidad al desequilibrio para el sujeto constructivista. Arciero (2009) nos señala que toda experiencia inmediata es pre-reflexiva, pero que mediante un proceso reflexivo y lingüístico se organiza como una historia: la historia propia. Por ello, la construcción de la identidad personal es un

proceso de interpretación, apropiación y reconfiguración de la experiencia pre-reflexiva. Esto enfatiza la importancia que tiene el procesamiento de la experiencia en la constitución de la identidad y sugiere nuevamente cómo el delirio podría alterar los procesos de construcción de identidad, ya que como señala Guidano (2001) la experiencia inmediata en curso es codificada y ordenada siempre en función de una imagen de sí, la cual se ve naturalmente obligada a dejar en un nivel tácito elementos de la experiencia mediante el autoengaño.

Sin embargo, como menciona Moltedo (2004), existirían autoengaños viables e inviables. Los primeros son aquéllos que posibilitan que la experiencia modificada por el sí mismo narrador (cómo el sujeto se siente) sea consistente con el sí mismo protagonista (cómo el sujeto se percibe), pues permiten la mantención de la coherencia y la continuidad del sistema. Por su parte, un autoengaño será inviable cuando, para generar la mantención de la coherencia sistémica, se pierde el nexo entre cómo el sujeto se siente y cómo se percibe.

Acorde a esto, Yáñez (2017) define el procesamiento normal de la experiencia impactante (cualquiera ésta sea esta) desde la mirada Constructivista Cognitiva en una secuencia de 7 pasos, que explicaremos a continuación.

- I. Perturbación emocional difusa y generalizada asociada a una primera noción. La perturbación emocional sería el primer paso, afectando el Componente emocional y activando la función de Alerta.
- II. Noción difusa de contenido perturbador relacionado consigo mismo. Movilización del contenido Ipse de la identidad. Afecta el componente Pre-cognitivo y se activa la función de Reconocimiento.
- III. Reconocimiento de Información básica de contenido relevante para el sistema. Procesos de Subjetividad en condiciones de borde del sistema. Ocurre una activación descentralizada y se activa la función de Tramitación.

- IV. Levantamiento de explicaciones posibles relacionada con el sistema de conocimiento disponible, de nivel tácito o explícito (o sea, centralizado o descentralizado, dependiendo de la magnitud y discrepancia del contenido). Se activa la función de Clasificación.
- V. Relación con contenidos relevantes con la deriva o biografía del sistema. Se activa la función de Asociación.
- VI. Interpretación del material perturbador a partir de significados posibles. Se activa la función de Integración.
- VII. Reordenamiento del sistema de conocimiento en términos de nuevos órdenes de complejidad. Ocurren los procesos de complejización de la Identidad. Se activa la función de Apropiación.

Podríamos inferir entonces que es este proceso el que se encuentra alterado, de la manera que sea, en pacientes delirantes, quienes no asimilan la experiencia para complejizarse a si mismos, sino que al revés: saltan a contenido irreal, alejándose de la experiencia.

### **Psicoterapia Constructivista Cognitiva**

La psicoterapia desde el Constructivismo Cognitivo es conceptualizada por Rossi (2013) como:

Un procedimiento basado en un modelo teórico psicológico, inserto en una relación técnica y profesional que provee el terapeuta, a un paciente que requiere un servicio profesional especializado a causa de la desorganización creciente de una manera particular de vivir que le genera aflicción, y cuyo objetivo es el logro de un cambio a través de este proceso de conocimiento. (p. 38)

Este cambio consiste en una apreciación novedosa y original sobre el punto de vista habitual acerca de uno mismo y es gatillado por la acción de las intervenciones del terapeuta,

lo que da como resultado en el paciente el origen a un proceso ordenador más amplio (Yáñez, 2005). Para esto es que el terapeuta tiene como función “la perturbación constante de los procesos de construcción y deconstrucción personal de conocimiento, que se expresan en el relato que de sí mismo hacen los pacientes” (Yáñez, 2005, p.245) a través de la intersubjetividad que se genera entre paciente y terapeuta.

Para lograr esto, el Constructivismo Cognitivo utiliza distintos tipos de recursos para lograr la deconstrucción del relato del paciente. Estos recursos terapéuticos se separan en dos grandes grupos: las Técnicas psicoterapéuticas y las Intervenciones Psicoterapéuticas. A continuación, exploraremos ambos tipos de herramientas.

### **Técnicas Psicoterapéuticas**

Las técnicas Psicoterapéuticas “son parte de los factores específicos de la psicoterapia y están destinadas a crear todas las condiciones posibles para que ocurran los cambios en la dirección que señala un marco teórico y las necesidades del paciente.” (Yañez, 2015, p. 99) Éstas se separan en las *técnicas operativas* y en las *técnicas procedurales*.

Las técnicas operativas “son procedimientos validados experimental y clínicamente, que se desprenden de teorías y cuya función es abordar un objetivo terapéutico específico, frecuentemente asociado a la sintomatología que presentan los pacientes (Yáñez, 2005, p.101)”. En su mayoría, son herencia del modelo Cognitivo Conductual.

Las técnicas procedurales, por su parte, son procedimientos que se desprenden de la metateoría y teoría clínica Constructivista Cognitiva, siendo su característica central el ser “un proceso metódico de deconstrucción y reorganización de la experiencia del paciente, y de las explicaciones con que le otorga significado coherente desde su propio sentido de identidad (Yáñez, 2005, p.104)”. Estas son:

### ***Exploración Experiencial***

Esta técnica, como señala Yáñez (2005), representa el quehacer más frecuente realizado por psicoterapeutas de distintos enfoques, puesto que los contenidos a los que se aplica forman parte del relato histórico del paciente, pudiendo darse en el relato espontáneo o inducido acerca de su vida.

Existe una serie de condiciones para que esta técnica pueda realizarse: un relato con mucha conmoción emocional y/o confuso o ambiguo cognitivamente, o que el terapeuta padezca lo anterior a partir del despliegue del paciente. A su vez, este procedimiento se guía por 3 etapas (Yáñez, 2005):

- I. Relato panorámico de los acontecimientos.
- II. Descripción detallada de los acontecimientos, en torno al contexto ambiental, interpersonal y los hechos propiamente tales.
- III. Reorganización sistémica.

Desplegar de esta técnica procedural implica diversas operaciones de parte del terapeuta (Yáñez, 2005, en Méndez 2015): *detectar* contenidos reveladores, *instigar* una exploración abierta de contenidos, *contener* la ansiedad del paciente, *explorar* técnica y detalladamente las escenas cargadas de contenidos perturbadores, *cuestionar* las interpretaciones que no sean consistentes con la experiencia en curso del paciente, *perturbar* con proposiciones alternativas a las interpretaciones del paciente, *propiciar* la movilización de las dimensiones operativas para una posterior reformulación esquemática y *facilitar* la creación de las condiciones interpersonales que posibiliten la integración de la simbolización emergente de la experiencia trabajada.

### ***Metacomunicación***

Esta técnica procedural utiliza los elementos sincrónicos de la sesión y “hace referencia a las transacciones interpersonales y sus efectos, que ocurren durante la relación

terapéutica (Yáñez, 2005, p.124)”. Su función es hacer que el paciente tome conciencia de lo que provoca su conducta en relación a los otros, siendo el terapeuta un modelo para esto.

Existe una serie de condiciones que permiten la ejecución de esta técnica (Yáñez, 2005): que el terapeuta posea las competencias, habilidades y destrezas que le permitan desplegar las operaciones señaladas previamente; la existencia de una alianza terapéutica fuerte, un buen nivel de conocimiento conceptual y empático del terapeuta respecto del paciente; iniciar la intervención siempre a partir de un marcador interpersonal en curso y, finalmente, que el terapeuta esté consciente del impacto vivencial provocado por el marcador interpersonal del paciente.

### **Intervenciones Psicoterapéuticas**

Las intervenciones psicoterapéuticas, en el enfoque Constructivista Cognitivo, son “procedimientos que se despliegan dentro del discurso del terapeuta, que se expresan como actos de habla y pueden distinguirse jerárquicamente, teniendo en consideración el grado o nivel de involucramiento personal del terapeuta (Yáñez, 2005, p.137)”.

Estas intervenciones, ordenadas de una mayor abstención del terapeuta hasta un menor nivel de ésta, son las siguientes (Yáñez, 2005):

- Escucha: Alude al “acto de prestar atención al despliegue del paciente en sus tres niveles de respuesta: conductual, emocional y cognitivo (Yáñez, 2005, p.140)”.
- Exploración: Su objetivo es principalmente explorar temáticas nuevas en el relato del paciente.
- Aclaración: Consiste en ordenar y aclarar contenidos con el fin de establecer un consenso entre lo dicho por el paciente y lo escuchado por el terapeuta.
- Paráfrasis: Esta intervención “es un tipo de reflejo que se apoya en el nivel de lo locutivo de un acto de habla expresado por el paciente (Yáñez, 2005, p.148)”.

- Reflejo ilocutivo: Lo reflejado con esta intervención es la intención de lo dicho por el paciente, o sea, la categoría ilocutiva del acto de habla, de modo que se enfatiza en los verbos y la acción del verbo más que en la categoría conceptual utilizada.
- Señalamiento: Esta intervención se hace sobre las áreas no incorporadas al relato del paciente, pero de las cuales el terapeuta tiene pista clara.
- Metacomunicación: Su función es, frente a contenidos que generen complicación, pudor, ansiedad o inseguridad en el paciente, darle “una señal interpersonal de que la alianza terapéutica está respaldando esta petición y que el terapeuta está disponible, atento y empático con lo que ocurre (Yáñez, 2005, p.151)”. Todo esto mediante la revelación de un estado emocional del terapeuta producido por lo que cuenta el paciente.
- Adlaterización: Es “una exageración o amplificación, e incluso en algunas ocasiones caricaturización, que se realiza con lo dicho por el paciente (Yáñez, 2005, p.151)”. Su función es revelar y desarticular las defensas del contenido en el relato.
- Rotulación: Es la utilización o propuesta, por parte del terapeuta, de una categoría conceptual como atributo del paciente o algún otro personaje significativo que éste incorpore en su relato. Su función es “sintetizar en una categoría conceptual, una serie de ideas o atributos de un personaje para facilitar el uso de esa categoría durante el proceso terapéutico (Yáñez, 2005, p.152)”.
- Confrontación: Es “anteponer una hipótesis alternativa, que se expresa en una categoría conceptual distinta a la interpretación que el paciente tiene acerca de un acontecimiento (Yáñez, 2005, p.153)”. Su función es estimular la construcción de interpretaciones alternativas que faciliten la integración de nuevos contenidos.
- Bisociación: Es “una asociación entre contenidos o explicaciones significativas que originalmente no estaban conectados de ninguna manera en el aparato psíquico del

paciente (Yáñez, 2005, p.154)”. En esta intervención el terapeuta asocia una situación expresada por el paciente a otra previamente mencionada en psicoterapia. Su función es integrar contenidos parcialmente incorporados a la coherencia sistémica del paciente.

- Interpretación: Su prevención siempre va a ser recomendable, dado que deben ser muy oportunas y justificadas para ser desplegadas (Yáñez, 2005). Por tanto, es preferible crear las condiciones para que el paciente pueda llegar a formular sus propias interpretaciones. Esta intervención consiste en que el terapeuta plantea “una relación entre una hipótesis general del funcionamiento del paciente y un contenido contingente, su interpretación o el vínculo que esté fluyendo en ese momento durante el proceso terapéutico entre ambos (Yáñez, *op.cit.*, p.155)”.

### **Intersubjetividad y encuadre psicoterapéutico Constructivista Cognitivo**

Estas intervenciones previamente escritas, sin embargo, no ocurren “en la nada”, sino que bajo el contexto de una relación terapéutica. Esta relación de intersubjetividad Clínica (o sea, las características intersubjetivas que toma la relación terapeuta-paciente) es definida por Yáñez (2017) como un “proceso interpersonal de coordinación y sincronización de experiencias significativas recíprocas, en que el conocimiento del mundo y el sentido de sí mismo puede verse perturbado como resultado de vivir en una relación inextricable con los demás”. Este es considerado por el mismo autor como un “conjunto de contenidos fenoménicos o experienciales, intercambiados entre sujetos que mantienen una relación que pretende significados mutuos. Se basa en el lenguaje y en el intercambio de símbolos de diversos.”

Para que esta relación intersubjetiva terapéutica se mantenga como un constante manejable y confiables, es que existe el encuadre que norma las condiciones en las que se realiza la psicoterapia. Pueden distinguirse dos tipos de encuadre que, de diferente manera,

permiten regular la relación terapéutica y que operan de manera interdependiente (Yáñez, 2005):

Encuadre Explícito: “Reglas de funcionamiento acordadas para el proceso psicoterapéutico, y que son explicitadas preferentemente por el terapeuta” (Yáñez, 2005, p.93)”. Esto se refiere a las normas del espacio dichas explícitamente (y por lo general en primera sesión) respecto a horarios, tiempo de sesión, frecuencia, modo de comunicación entre sesiones, instancia de devolución, lugar y hora de sesión, entre otros.

Encuadre Implícito: Alude a aquellas reglas relacionales que proceden de dos fuentes: comportamiento no verbal del terapeuta y normas sociales y culturales.

El comportamiento del terapeuta, por tanto, no puede ser aleatorio, sino que debe ser normado. Es él o ella quien tiene la labor de mantener las condiciones para el cambio y, por sobre todo, una actitud adecuada para que esto ocurra. La base de la actitud necesaria para tal fin se encuentra en tres estados intencionales que, si bien son ideales no alcanzables en su totalidad, el terapeuta debe cuidar mantener en todo momento (Yáñez, 2005):

- Neutralidad: No poner los propios estados emocionales ni los propios juicios morales en terapia, frente al impacto que produzca el despliegue del paciente.
- Abstinencia: Refiere a la disposición del terapeuta de no desplegar contenidos personales durante el proceso terapéutico.
- Receptividad: Actitud de escucha, apertura sensorial, cognitiva y emocional a mantenerse en conexión con el paciente y con lo que ocurre en el contexto terapéutico, lo cual facilita la focalización sobre contenidos significativos que puedan estar señalados marginalmente.

### **Criterios Psicopatológicos del Constructivismo Cognitivo**

Considerando que el sujeto está en constante construcción, como señala el modelo, este mismo no puede ser visto como un objeto constante en el mundo. Esto plantea ciertas

dificultades para generar conceptos psicopatológicos claros, ya que como el sujeto es un ser dinámico y abierto al mundo, los criterios psicopatológicos categoriales clásicos (que nacen de manuales descriptivos tales como el CIE-10 y el DSM-V) no son suficientes. Si bien la psicopatología Constructivista acepta y adscribe a la nosología categorial clásica de la psicopatología (acá hablamos de DSM-V o CIE-10), estos criterios buscan complementarla para entregarle profundidad al acercamiento del paciente. Es por eso que, para un entendimiento dinámico de la psicopatología que subentienda una ontología constructiva en el sujeto, se necesita de herramientas que enriquezcan la visión clásica de patología, como lo son la nosología procesal sistémica y de las dimensiones operativas (Yáñez, 2005).

### ***Nosología Procesal Sistémica***

La Nosología procesal sistémica es un modelo etiológico comprensivo que intenta explicar cómo el interjuego unitario entre los procesos de vinculación e identidad puede resultar en un patrón disfuncional específico de vínculo (Guidano, 1987, p.83). El aspecto *procesal* de este enfoque, como señala Nardi (2006), alude a una visión dinámica del desarrollo de la personalidad. Por su parte, el aspecto *sistémico* refiere a que la personalidad, vista como un sistema complejo, cuenta con la posibilidad de evolucionar hacia niveles progresivos de complejidad interna y de referir a sí misma la experiencia percibida.

Los aspectos fundamentales de este enfoque son, en resumen, los siguientes (Nardi y Moltedo, 2009):

- I. La importancia de considerar el sistema individual en su globalidad psico-física y en su devenir temporal.
- II. La estrecha conexión entre los aspectos emocionales y los conocimientos individuales.
- III. La sustancial constancia de la organización de significado personal, no obstante las transformaciones con las cuales se encuentra en el ciclo vital, a partir de las

características constitucionales y de las tonalidades emocionales que comienzan a definirse a través de la relación de apego.

- IV. La necesidad de considerar aquello que sucede no como algo aislado, sino de ponerlo en el ámbito del ciclo vital del sujeto que lo experimenta.
- V. El valor activo de los procesos de adaptación individual.
- VI. La continuidad entre las experiencias que un sujeto logra integrar en el sentido de sí – las que para él serían “normales”- y aquéllas discrepantes.
- VII. La constante búsqueda de un significado como característica fundamental de los sistemas cognoscitivos humanos.

Acorde a esto, Guidano (1987, 1994) propone la existencia de constantes experienciales, u patrones para vivir la experiencia, que llamó “Organizaciones de Significado Personal”, (O.S.P.) y que a su vez se definen como “Un proceso ordenador unificador en el que se buscan la continuidad y la coherencia interna en la especificidad de las propiedades formales, estructurales, de su procesamiento del conocimiento” (Guidano 1994, p. 54). O sea, una organización de los procesos de conocimiento según la cual el sujeto busca dar coherencia y continuidad a sus experiencias de vida (Cayupe, 2013). Estas organizaciones se van construyendo desde la infancia y son muy influidas por las experiencias tempranas de vida.

Las cuatro organizaciones, que han distinguido Guidano y Lotti, (1987, 1994) son la O.S.P. Depresiva, la O.S.P. Fóbica, la O.S.P. de los Desórdenes Alimenticios Psicógenos y la O.S.P. Obsesiva. Si bien todas tienen nombre de las patologías más típicas de su particular organización, las O.S.P. deben ser entendidas como claves explicativas para el trabajo del terapeuta. Es decir, son instrumentos explicativos que él ha creado como un modo que tiene de realizar su trabajo (Cayupe, 2013) y de ninguna manera implican la psicopatología que

lleva su nombre. Finalmente, una O.S.P. describe el proceso ordenador unitario que utiliza el sujeto para significar, no el contenido de lo que significa.

### ***Dimensiones Operativas***

Las Dimensiones Operativas son polaridades antitéticas cuya tendencia principal es la mantención de la estabilidad del sistema y expresan el funcionamiento operativo del proceso de mismidad de un individuo, como respuesta a las presiones del medio (Yáñez, 2005). Las Dimensiones Operativas corresponden al nivel de funcionamiento superficial, concretamente al funcionamiento cotidiano, dentro de los límites de la mismidad del sistema y de los procesos de mantenimiento. Esto se traduce a que cuando el sistema se ve amenazado hacia ciertos niveles que implican un desborde de posibilidades, responde instalando significaciones parciales o transitorias de la experiencia en curso, con la finalidad de resolver demandas de cambio o bien de mantenimiento de la coherencia del sistema con mayor o menor éxito. El resultado en cuanto al nivel de adaptación y estabilidad de la coherencia interna del sistema va a determinar la eficacia o no del funcionamiento operativo, así como la generatividad y la complejidad como medio para dar el paso a niveles superiores de progresión en la operatividad del sistema. (Yáñez, 2005).

Estas dimensiones son:

- I. **Concreción – Abstracción:** se refiere a los niveles de simbolización en categorías conceptuales explicativas de los contenidos de la experiencia real. Es a través del lenguaje y la abstracción como la vivencia en curso es simbolizada. Los procesos abstractos pueden ser parte o no de la conciencia, y cuando lo son, se reconocen en ellos características propias del pensamiento lógico-formal, como por ejemplo el procesamiento deductivo, inductivo, analítico o global.
- II. **Flexibilidad – Rigidez:** Esta dimensión se refiere a la operación de las estructuras de procesamiento que le permiten al sistema contar con una mayor o menor gama de

posibles explicaciones de los acontecimientos de la experiencia y, de este modo, tener más opciones explicativas para seleccionar aquella que resulta armónica a la coherencia sistémica. Cuando el sistema opera predominantemente desde la flexibilidad, esta categoría operativa permite al Sí Mismo diversas modalidades de procesamiento simbólico de la experiencia en curso, lo que favorece la adaptación y el incremento de los niveles de complejidad.

- III. **Inclusión – Exclusión:** Se refiere a la capacidad del sistema de conocimiento de incorporar nuevos contenidos desde el *YO* que experimenta y actúa, al estar inmersa la persona en fuertes presiones de su experiencia en curso, y la simbolización del material perturbador desde el *Mí* que observa y evalúa. Así se gesta la operación del auto reconocimiento que va dando origen a un sentido unitario de sí mismo, mediante la diferenciación de los límites de la *mismidad* para el mantenimiento del sistema y la *ipseidad* para los procesos de cambio. (Yáñez, 2005).
- IV. **Proactividad – Reactividad:** Esta dimensión depende de las características innatas e ideográficas del individuo que inciden en un estilo de enfrentamiento ante las demandas que ejerce la relación con el mundo. Se refiere al grado de persistencia y permanencia de los niveles de respuesta conductual, emocional y cognitiva, ante los desafíos o amenazas.
- V. **Exposición – Evitación:** esta dimensión describe la actitud que asume una persona frente a las demandas que le exigen más allá de su funcionalidad estándar, derivando en algún nivel de perturbación. Ante esta situación perturbadora hay dos opciones: la de enfrentamiento (exposición) o la de escape (evitación), lo que amplía o limita las posibilidades de crecimiento del sistema. Específicamente la evitación es una actitud que incluye 3 dimensiones: cognitiva, afectiva y comportamental.

### **Definición de Psicopatología Constructivista Cognitiva**

A partir de todo lo anteriormente presentado, es posible establecer que una psicopatología constructivista puede ser entendida como la interferencia de la dinámica autorreferente de construcción de sistemas de conocimiento y de la subjetividad. En este caso, según Rossi (2014), ocurriría una presión del medio que se vive como “desbordante” e interfiere con los procesos de desarrollo, asociados a los mecanismos de continuidad (Mismidad) y cambio (Ipseidad), habiendo contenidos de la experiencia que no pueden ser incorporados, pues el sistema no cuenta con recursos de significación que permitan explicar los eventos. Esto en sujetos que tienden a lo sano se constituye como una presión a la reorganización o deconstrucción del sistema. Esta presión ejercida al Sí Mismo, entendido como estructura profunda, se expresa a nivel superficial del sujeto y su operatividad, con estados emocionales displacenteros que dan origen a operaciones defensivas y un desplazamiento hacia las polaridades “negativas” de las dimensiones operativas. Por lo tanto, como señala Yáñez (2005), el sistema bloquea la generatividad y cierra sus posibilidades de complejización asociada al desarrollo de nuevos reordenamientos, confinándose a estos modos de significar simples y primitivos, siendo una opción a esto el delirio y todos los síntomas psicóticos.

León y Tamayo (2011) agregan que el inicio de un cuadro psicopatológico puede entenderse como “una manifestación propia de la organización del individuo y explicable a través de la historia del desarrollo psico-afectivo del individuo, el cual es narrado por el paciente en la forma de un relato (p.45)”. O sea, la psicopatología podría ser entendida como un un síntoma de los procesos de autoorganización de la identidad narrativa del sujeto.

## **Delirio y constructivismo: antecedentes para el abordaje del fenómeno**

### **El Delirio como “creencia falsa”**

Ya que la Realidad desde el constructivismo es solo accesible a través de la elaboración individual y colectiva de significados con respecto a sí mismo y al mundo, la definición de delirio adquiere un problema no menor, dado que su definición como creencia “falsa” presupone una realidad objetiva, alcanzable e inmutable, cosa que el paradigma constructivista niega. Ahora, ¿Es necesario que el contenido del delirio sea falso para obtener la categoría de delirio? Para Locke la locura consiste en un error en la facultad de razonar, pero no por una alteración de la facultad misma, sino que por un problema en la asociación de los razonamientos. En palabras del autor, entonces, "estos "los locos" no me parecen que hayan perdido la facultad de razonar, sino que habiendo unido algunas ideas de manera muy equivocada, las tienen por verdades, y se equivocan como los hombres que razonan correctamente a partir de principios erróneos." (Locke, 1690, p. 245)

Jaspers (1913) nos señala que los falsos juicios sobre la realidad del delirante no se encuentran alterados en su aspecto formal, de modo tal que sólo pueden distinguirse de un juicio normal por el contenido que les provee la experiencia radicalmente trastocada. Entonces, parafraseando a Jaspers, el error del juicio en las ideas delirantes está en el material, mientras que el pensamiento formal queda intacto (Napolitano, Piazzese, y Carbone, 2001).

De igual modo para Jaspers no solo sería el juicio lo que se alteraría, sino que de igual manera la vivencia. Para él, el juicio se define como una transformación en la vasta conciencia de la realidad, transformación que implica que tanto la vivencia misma como el juicio secundariamente se transfiguran" (Díez, 2011), A partir de estas consideraciones, Jaspers introduce el término "idea delirante" para designar a los juicios patológicamente falseados que se fundan en vivencias originarias alteradas en su percepción. A su vez, afirma

que la incorregibilidad no se trata en el pensamiento de considerar que el sujeto no puede someter a crítica lo que afirma, sino que la crítica se pone al servicio del delirio y lo apoya. De allí que el autor descarta toda perturbación del pensamiento o una supuesta debilidad de la inteligencia que explicarían el delirio: por el contrario, el pensamiento está en orden y más aún, puede ser aprovechado para favorecer su desarrollo.

Dörr (1995) señala que desde el siglo XVI el delirio ha sido considerado como un error, es decir, como lo contrario a la verdad, y varias versiones del DSM son coherentes a esto ya que estos definen delirio como una creencia personal falsa, basada en una inferencia incorrecta acerca de la realidad externa (APA, 2002).

Esto, sin embargo, no tiene por qué ser así. Mattusek (1963, en Dörr 1995) fue el primero en dudarlo y señalar que, quizás, el delirio tiene que ver más con cómo se abre el sistema de creencias del mismo sujeto y su capacidad de confiar. El enfermo delirante no se aferra a sus ideas delirantes por exceso de confianza en el otro, sino que al contrario, la confianza le sería imposible. En palabras del autor, “el enfermo delirante tiene muy poca capacidad de creer y de confiar y esa carencia la substituye por un conocimiento pretendidamente objetivo” (Mattusek, 1963, en Dörr 1955).

Con base a esto, Dörr propone que cuando el paciente psicótico habla de delirio, de ninguna manera estaría mintiendo, lo cual establece que el delirio es una experiencia de verdad. Postura que afirma al decir que: “las mentiras están al servicio de un fin preciso, las fantasías se toman y se dejan a voluntad, las verdades, en cambio, imprimen carácter, determinan, iluminan o esclavizan” (Dörr, 1995).

Blankenburg (1965, citado en Dörr 1995) compara la experiencia estética de un poeta (Rilke) con la de un enfermo esquizofrénico y concluye que la única diferencia está en que el poeta transformaba la vivencia en poesía, que luego mostraba a la sociedad, mientras el

esquizofrénico permanecía detenido en la subyugación, incapaz de compartir lo vivido. Esto ya da luces que la alteridad en la psicosis es un elemento profundamente relevante.

A su vez, Dörr señala: “Lo propio de la verdad delirante es la ausencia del otro: ya no hay un entre donde se constituye esa realidad nuestra, que es más que la mía y la tuya, ámbito donde se ilumina la verdad, pero tampoco hay reciprocidad.” (Dörr, 1995, p. 137)

La cuestión de la verdad se hace particularmente importante en esta investigación. Dada la naturaleza Constructivista del modelo que la enmarca, la metateoría presupone que la verdad en sí no puede ser accesible sino por la subjetividad de cada uno, por lo que esto presupone quizás el gran problema que la investigación deberá abarcar, pues ¿Cómo podemos definir el delirio desde una perspectiva constructivista si no podemos definir a priori la verdad y la mentira? ¿No sería cualquier proceso de significación influida por factores emocionales que sea mínimamente delirante? Estos antecedentes teóricos, por lo mismo, se entienden como puntos relevantes para esta investigación.

### **Antecedentes Teóricos para el modelo Constructivista Cognitivo**

Existen diversos antecedentes teóricos para el abordaje del delirio desde el modelo constructivista cognitivo, por lo que los exploraremos según cada autor en específico.

#### ***Vittorio Guidano y Giampiero Arciero***

La propuesta de Guidano para explicar la experiencia y expresión psicótica refiere el fenómeno a un tema de significado personal. Este autor considera que la experiencia alucinatoria y delirante son fallas de integración, o consecuencias de interferencias en los procesos de secuencialización de la experiencia de la persona, ya que en el delirio el sujeto pierde total o parcialmente sus capacidades de secuencialización cronológicas y causales (Ruiz, 2003). Aun así, a pesar de referirla al significado personal, las separa de sus organizaciones de significado personal:

Actualmente se pueden identificar 4 categorías de Significado Personal y explicar mucha de la psicopatología que vemos comúnmente en la clínica. Cada uno de estos Significados Personales puede ser elaborado de muchas maneras, en términos que llamamos normal, neurótico y psicótico. No es que normalidad, neurosis o psicosis sean entidades o categorías de experiencia en sí mismas; son modalidades de procesar la experiencia. Cada Significado Personal puede tener diferentes modalidades de procesamiento de experiencia con su significado” (Guidano, 2001, p. 30).

También, se destaca la importancia de la continuidad en la experiencia psicótica. Arciero y Guidano (2009) se refieren al fenómeno de la psicosis diciendo que la asimilación de la experiencia adquiere diferentes modalidades orientadas por las diferentes organizaciones emocionales, y que los patrones de significado personal pueden derivar en tres modalidades posibles: normal, neurótica o psicótica, esto último en función de los niveles de articulación e integración de la experiencia en una cohesión unitaria del sí mismo. Finalmente, en la situación psicótica, la incapacidad para elaborar el evento discrepante produce una disgregación del sentido de cohesión de sí mismo y por tanto de la identidad narrativa (Guidano y Arciero, 2007)

Estos dos autores, entonces, consideran la locura como una forma en la que el sistema humano se organiza para volverse viable en la realidad, respondiendo así a altas presiones emocionales que le exigen al sistema, para que elabore, con urgencia, una coherencia externa (Guidano y Arciero, 2007). Estos autores señalan que el continuum normalidad neurosis-psicosis se regula mutuamente y, en la condición neurótica, la situación discrepante es elaborada fuera del sentido de cohesión del sí mismo. Mientras que en la condición psicótica:

La incapacidad para elaborar el evento discrepante produce una disgregación del sentido de cohesión de sí mismo y por tanto de la identidad narrativa. Esta

extrañeza de sí mismo consigo mismo ruptura interna del mecanismo de identidad tiene repercusiones en las dos polaridades de la identidad personal. Por un lado, determina una intensa galvanización de temas básicos emocionales al punto de excluir cada posible variación del sentido de sí mismo. Además, la incapacidad de reordenar el propio sentir y actuar en una trama coherente de significados hace que el sujeto no logre descentrarse del campo perceptivo de la experiencia inmediata; en efecto, el acontecer intercurrente del vivir se vuelve estable en el tiempo sólo si recompone en conexiones coherentes que integran de manera unitaria la multiplicada del acontecer. (Guidano y Arciero, 2007)

Esta imposibilidad de articular la variedad de la experiencia identificándola como propia explicaría entonces por qué el contenido emergente sería advertido por el sujeto como un elemento extraño a su propia interioridad. Los autores, así mismo, sugieren que la estabilización de esta manera de percibir se verifica a través de una estructura de sentido inmutable que anula la heterogeneidad de las experiencias. Esto significaría que los acontecimientos nuevos:

Serán reconocidos sin que determinen un efecto retroactivo sobre el espacio de la experiencia y sobre el horizonte de las expectativas, neutralizando así la variedad y los posibles efectos generativos. Eso contribuye a mantener bloqueado los patrones de activación en acción y simultáneamente produce una gradual pérdida del sentido compartible del significado individual de la experiencia. (Guidano y Arciero, 2007)

### ***Sass y Parnas***

Sass y Parnas son autores que trabajan desde una perspectiva fenomenológica y, desde este marco, proponen un modelo para la Esquizofrenia, uno de los cuadros psicóticos más emblemáticos. Estos autores entienden que el trastorno del yo en la esquizofrenia ocurre en la ipseidad misma. Esta alteración de la ipseidad afectaría al núcleo de la experiencia de sí

mismo y, de esta manera, a toda la estructura del yo, incluyendo el yo reflexivo y el narrativo, y sus aspectos sociales (Nelson, Sass, Thompson et al. 2009, en Perez, García y Sass, 2010)

Tres aspectos caracterizan la alteración de la ipseidad (Sass y Parnas, 2003; 2007): la hiperreflexividad, el sentido disminuido de sí mismo y la alteración de la conciencia del mundo. Estas categorías se implicarían mutuamente y tendrían una interrelación que definiría la experiencia esquizofrénica.

- I. La **hiperreflexividad** se refiere a una conciencia intensificada de los aspectos de sí mismo que en otro tipo de sujetos funcionan implícitos, tácitos o pre-reflexivos. El caso es que estos aspectos pre-reflexivos se objetivan, presentándose como si fueran objetos externos (ya sean voces, delirios de control cenestésico, etc.). Se trata de un tipo de hiper-reflexividad en el que, por así decirlo, el “sistema operativo” pre-reflexivo se torna consciente para uno mismo (Sass y Parnas, 2007).
- II. El **sentido disminuido de sí mismo** se refiere al debilitamiento de presencia de la conciencia de sí como un sujeto que experiencia y vivencia, del sentido fundamental de sentirse a sí mismo sujeto de la experiencia o la vivencia. La propia auto-presencia, consistencia y persistencia o sensación de ser uno mismo deviene alterada (“ya no me siento que soy yo”) (Perez, García, y Sass, 2010).
- III. La **alteración de la conciencia del mundo**, en tanto, se refiere a la pérdida de la articulación perceptiva y del contacto vital con la realidad, incluyendo los otros. El mundo se ofrece descontextualizado, de modo que las cosas pierden su articulación y contextura dada por hecho conforme al “sentido común”. El mundo se vuelve menos familiar y uno se siente extraño y perplejo (Perez, García, y Sass, 2010).

A su vez, Sass (1998) propone que la experiencia psicótica se guía por cuatro fenómenos vivenciales fundamentales: la irrealidad, el mero ser, la fragmentación y la apofanía.

- **Irrealidad:** la vivencia de encontrarse desde la locura con el mundo y encontrar en él dimensiones novedosas, ya sea aumentando y cobrando un sentido y una vastedad inconmensurable, o empobreciéndose. Lo relevante de estas experiencias es que la vivencia no tiene la resonancia emocional, el dinamismo o el sentido de lo humano de la experiencia cotidiana del neurótico.
- **Mero ser:** Los objetos dejan de tener un significado y valor como elementos de la realidad integrada. Se separa objeto de función.
- **Fragmentación:** Se observan las cualidades de cada cosa por separado, nunca como un todo. Se pierde la vivencia básica de unidad y coherencia.
- **Apofanía:** vivencia de falta de significado y consecuente urgencia por el mismo. Esta “urgencia por significado” es el contexto desprovisto de sentido en el que dejan las otras 3 vivencias al sujeto, por lo que la apofanía vendría a ser, entonces, la urgencia por darle una coherencia, ya que todas estas cosas separadas entre sí parecieran para el sujeto tener un profundo e indescifrable significado.

### ***Sadock y Sadock***

La postura Constructivista Cognitiva sostiene que el delirio no sería inalcanzable a la comprensión, sino que siempre existiría algún núcleo del sujeto que sería su base de comprensibilidad, aunque este no se conozca (Vergara, Comunicación Personal, 9 de Septiembre, 2014) Esta idea en un principio pareciera contraintuitiva, ya que los autores clásicos suelen seguir la postura de Jaspers (1913) que sugiere el delirio primario como un fenómeno inentendible. Aun así, en la actualidad existen varios autores que concuerdan con la postura de Vergara. Según Bulbena (2011), el delirio surge a partir de una tensión precipitante la cual por lo general es aportada por un factor psicosocial estresante (Sadock y Sadock, 2008). Aunque a veces pareciera no existir ninguna causa, Bulbena (2011) señala que esto tiene que ver más con nuestra incapacidad de encontrar el origen del delirio que con

la inexistencia de hecho, lo que significa que según el autor el origen del delirio existiría, solo sería inaccesible al examinador.

Lo que proponen Sadock y Sadock (2008) es que, en el delirio, las sospechas o preocupaciones iniciales de la persona gradualmente devienen más elaboradas, consumen gran parte de su atención y finalmente se convierten en delirantes. El delirio entonces surge a partir de interpretaciones del sujeto, agravándose progresivamente hasta que “su convicción pasional desborda la realidad y todo se reviste de significaciones que irán incluyéndose progresivamente (Bulbena, 2011, p.222)”.

### ***Rossi***

Rossi (2014) por su parte hace una breve propuesta teórica y comprensiva del fenómeno psicótico en su tesis de Magíster. Este autor propone que la actitud del “no psicótico” (o sea, la del neurótico cualquiera) es discurrir de un modo espontáneo por el mundo, manteniendo el equilibrio entre la razón y la emoción, entre lo teórico y lo práctico, la actitud reflexiva y la irreflexiva. Existiría también una resistencia natural a dejarse llevar por la reflexión sin límite, que pareciera ser peligrosa para el sujeto, ya que indicaría la amenaza de desintegración e incoherencia del yo. El psicótico, en cambio, pareciera haber perdido esa resistencia y vive en una permanente *epoché* (suspensión) descontrolada que lo lleva a apartarse cada vez más de su natural inserción en el mundo, del sentido común, de la cotidianidad y de la “evidencia natural”, desplazando cada vez más su existencia hacia lo abstracto, lo analítico y el afán por conocer las causas últimas de las cosas. Esta actitud llevará al sujeto a una hipertrofia del mundo interno, en desmedro de la realidad consensual, donde la Exclusión como polaridad de las dimensiones operativas deja fuera elementos consensuales de la realidad compartida, quedando el sujeto “suspendido” en una realidad delirante propia que no encuentra denominadores comunes en el encuentro con otro y que se traduce en una pérdida radical de la capacidad de construir junto a otro una noción

compartida de realidad, un diálogo y un encuentro genuino, en el interjuego de la mismidad y la ipseidad. (Rossi, 2014).

Esta concepción se basa en las propuestas de Arietti (1975, en Rossi 2014). Tal y como propone el autor, en situaciones de angustia severa como los estadios pre-psicóticos, ciertos niveles de integración psicológica resultan insostenibles o no dan los resultados esperados, y existe una fuerte tendencia del sistema psíquico a estructurarse en torno a funciones de niveles más bajos de integración. Este mecanismo es denominado por el autor como el “Principio de la Regresión Teleológica”, y estaría basado en la filogénesis y ontogénesis del sujeto, ya que permite un estado involutivo de organización en un nuevo equilibrio que resguarda el mandato biológico de la sobrevivencia del sistema.

Ahora, este sistema requiere dar un sentido a su experiencia mediante explicaciones que den cuenta de sus vivencias, ya que todo ser humano estaría dotado por defecto de un “instinto hacia la racionalización” (p. 117). En concordancia con el principio de la regresión teleológica, emerge una nueva forma de simbolización que el autor denomina como “Pensamiento Paleológico”. Éste tiene una lógica distinta, no necesariamente de naturaleza “ilógica” sino que más elemental. Ésta no se rige de ninguna manera por los principios de la lógica formal Aristotélica, pero sí permite la resolución parcial del conflicto, disminuyendo la ansiedad del paciente por racionalizar y explicarse las cosas.

Desde esta perspectiva cabe destacar que existe una tendencia del sistema a operar desde la *Concreción*, no por una incapacidad cognitiva, sino más bien por un proceso de “Concreción Activa” donde la realidad y su complejidad de representaciones asociadas pueden resultar muy amenazantes para un sistema que está frente a la experiencia de una fractura inminente, y cuya continuidad es viable mediante la adopción de una perspectiva concreta y que opere además desde la Exclusión, para así generar representaciones compatibles con el estado de equilibrio actual.

Entonces, según el autor, las representaciones del sí mismo podrían resultar más amenazantes sin la construcción delirante concreta y exclusiva. El delirio sería entonces la última alternativa para cimentar el sentido de la propia existencia. Una vez instalado el delirio, en la fase activa de la psicosis, se puede observar un cambio en el funcionamiento de las dimensiones operativas, que oscilan hacia el polo de la abstracción e inclusión, incorporando nuevos elementos, en una actitud hiperreflexiva que busca sustentar el sistema de significados emergente.

### ***Hagar***

Hagar (2017) entiende la experiencia psicótica desde el constructivismo como un estado “anormal” de disfunción sistémica, donde se restringe en forma importante la incorporación de significados experienciales diversos y variados a la dinámica de la construcción permanente del sí mismo. Esto podría entenderse como una disgregación del sentido de cohesión del sí mismo y de la identidad narrativa, que conlleva una ruptura interna del mecanismo de identidad. Esto implica:

- I. La imposibilidad de articular la variedad de la experiencia identificándola como propia. Se excluyen las variaciones del sentido de sí mismo. Surgen las alucinaciones, ideas de referencia, inadecuación de la afectividad
- II. Una estructura de sentido inmutable. Acontecimientos nuevos serán reconocidos sin que determinen un efecto retroactivo sobre el espacio de la experiencia y el horizonte de las expectativas. Así, se neutraliza la variedad y los posibles efectos generativos. Existe a la vez un bloqueo de patrones de activación en acción y pérdida gradual del sentido compartible del significado individual de la experiencia. (Hagar, 2016)

El mismo autor señala también que la sensación de alienación del paciente psicótico no se debe a la psicosis ni a sus contenidos en sí mismos, sino que más bien corresponde a su imposibilidad percibida de sentirse parte del mundo social, ya que los mecanismos cognitivos

y emocionales del paciente son incapaces de lograr adaptarse a las demandas del entorno. Así, aparecen los síntomas psicóticos (como el delirio), que son herramientas de vinculación estériles, que jamás podrán dar fruto alguno para el paciente. En palabras del autor, “la psicosis, entonces, consiste en un “intento fallido” de articular el flujo de la experiencia en un todo coherente, progresivamente complejo y generativo; la noción de individualidad se presenta gravemente alterada y la dinámica mismidad-ipseidad se muestra truncada e ineficaz para alcanzar un sentido de identidad estable” (Hagar, 2016, p. 61).

### **Antecedentes Terapéuticos**

Existen antecedentes terapéuticos para el abordaje del delirio tanto desde el modelo constructivista cognitivo como desde sus modelos predecesores, como el modelo Cognitivo Conductual. A continuación, los exploraremos por separado a modo de sistematizar la información.

#### ***En el Constructivismo Cognitivo***

En la bibliografía Constructivista Cognitiva existen dos grandes antecedentes terapéuticos que versan sobre el abordaje de la psicosis desde este modelo. Por un lado, el trabajo de Hagar (2016), previamente mencionado, que estudió teóricamente desde el modelo el uso del arte dentro de la psicoterapia con pacientes psicóticos. Por otro lado, el estudio de caso de Méndez (2015), que describe en formato caso único el abordaje terapéutico exitoso que logra con un paciente que tiene un trastorno delirante comorbido a un trastorno de ansiedad social. Como la referencia es tan poca y claramente incipiente, se hace necesario mirar a las técnicas psicoterapéuticas de nuestros modelos.

### *Aportes terapéuticos según Hagar*

Hagar (2016) propone siete variables interdependientes y claves a considerar en el trabajo terapéutico desde el modelo Constructivista Cognitivo con pacientes psicóticos. Estos son:

- I. Espacio Terapéutico: existe la necesidad de generar un espacio interpersonal de contención emocional y confianza, donde se facilite al paciente el hacerse cargo de la elaboración de su propia experiencia. Esto significa generar el espacio necesario para que quien consulta pueda dudar y ponerse a sí mismo a prueba. Por lo tanto, el rol del vínculo con el terapeuta es crucial, ya que es este mismo el que se convierte en una suerte de “espejo” del mundo interior del individuo (Podvoll, 1990, en Hagar 2016)
- II. El significado en la psicosis: el terapeuta debe estar atento y abierto a reconocer el valor del significado emergente en la experiencia de la psicosis, así como el rol que tiene dichos significados para la construcción de mundo del paciente, ya que todo pareciera indicar en esto un gran potencial terapéutico.
- III. Consideración de los aspectos sanos del paciente: considerar los aspectos sanos del paciente, incluyendo los islotes de cordura del mismo, la validación de sus recursos cognitivos y emocionales, y el reconocimiento de su discurso como un testimonio válido de la experiencia en que está inmerso.
- IV. El rol del terapeuta: el rol del terapeuta debe implicar constante disposición compasiva y apertura. Es importantísimo, según el autor, no descuidar el autocuidado del terapeuta, ya que estos pacientes son altamente exigentes.
- V. Variables ambientales, sociales y culturales: es inevitable tener que lidiar con las variables del “mundo externo”: las variables ambientales, familiares y sociales y el valor terapéutico de la focalización en rutinas saludables de vida cotidiana, y el trabajo en equipos y grupos.

- VI. Cuerpo y experiencia encarnada: incorporar en los aspectos a indagar la función del cuerpo y la experiencia encarnada, o sea, a la relación de la experiencia subjetiva con la vivencia concreta. Esto significa estar en permanente contacto con las claves que entrega el cuerpo y prestarles la atención que merecen.
- VII. El tema del encuadre y los objetivos terapéuticos: asimismo, el autor reconoce que en la terapia con pacientes delirantes el encuadre tiene una enorme importancia, y las intenciones de abstinencia y neutralidad son básicas para mantener el espacio terapéutico productivo. A su vez, el autor enfatiza en la utilidad de los objetivos terapéuticos, ya que considera que con pacientes graves puede funcionar como una especie de “cable a tierra”, o sea, un llamado a la conciencia lucida del paciente.

A su vez, Hagar propone el abordaje de la psicosis a través de la arteterapia como una forma de movilizar los procesos de simbolización y organización de significado en estos pacientes, sugiriendo alternar esto con sesiones de psicoterapia conversacional para ir asistiendo el proceso de generar significado.

#### *Estudio de Caso de Méndez*

Méndez (2015), en su “Caracterización de un Caso de Comorbilidad de Trastorno Delirante de Tipo Somático y Trastorno de Ansiedad Social”, describe paso a paso el abordaje terapéutico que hizo desde el modelo Constructivista Cognitivo a un caso de Trastorno Delirante somático comorbido con un Trastorno de Ansiedad Social. La experiencia de Méndez es exitosa y logra la remisión total de los síntomas delirantes en este paciente, siendo evidencia empírica de la viabilidad del modelo para tratar esta clase de sintomatología.

Méndez concluye varias directrices terapéuticas que fueron útiles para el abordaje de su paciente y que es muy posible sean útiles para el abordaje de los pacientes delirantes en general. A continuación, exploraremos algunas de estas directrices.

- I. Aliarse con el delirio: Méndez señala lo poco útil que sería en estos casos cuestionar el contenido delirante. “Es fundamental aliarse con el delirio y no cuestionar, por más que las ideas delirantes parezcan carentes de sentido –pues, aunque sean delirantes, son sus experiencias-. Esto se logra mostrando un genuino interés en las experiencias del paciente y con una actitud empática.” (Méndez, 2015, p. 126)
- II. Evitar seguir una lógica Cognitivo-Conductual de cambiar las ideas irracionales (o sea, el delirio) por ideas racionales, sino que acentuar los esfuerzos en acceder a las significaciones propias del paciente. En palabras del autor, el Constructivismo Cognitivo “nos permite salir al encuentro del sujeto que está detrás de esos trastornos psicopatológicos, de un sujeto que se cuenta una historia y que como terapeutas, más allá de simplemente aplicar técnicas para que los síntomas o trastornos remitan, somos privilegiados con la posibilidad de acompañar y perturbar a un individuo para que se apropie de su propio proceso. En otras palabras, abogamos por su autodeterminación.” (Méndez, 2015, p. 134)
- III. Explorar con cuidado las situaciones en las que el delirio aparece como estrategia de afrontamiento y preguntarse ¿Qué esconde el delirio? y ¿De qué se protege el paciente mediante el delirio? Sin embargo, el autor señala que esto no se debe hacer desde la Exploración Experiencial, “puesto que lo que el paciente menos quiere, al estar psicótico, es contactarse con su experiencia, con esa realidad que es tan amenazante y desbordante. Por lo mismo, esta revisión debe hacerse a modo de invitación y conversación, evitando que el paciente perciba que las experiencias se están <<analizando>>” (Méndez, 2015, p. 127)
- IV. Méndez señala las técnicas operativas como un recurso muy útil al comienzo de la psicoterapia, mientras que relega a las técnicas procedurales como una opción que debe ser cuidada, ya que pueden llegar a ser interpretadas de manera amenazante por

el paciente. En el caso de la Exploración Experiencial (Guidano, 2001), Méndez empezó por el análisis de situaciones recientes y de manera muy lenta fue avanzando hasta lograr explorar experiencialmente el delirio. La Metacomunicación es percibida por el autor como útil, pero extremadamente amenazante para el paciente dado sus características de amenaza por la alianza terapéutica, por lo que se sugiere aplazarlo hasta estar seguro de que la relación terapéutica puede tolerarlo. Esto es interesante, pues se hace coherente con la propuesta que hace Rossi (2015) en su tesis de Magíster, quien señala que las Técnicas Operativas pueden ser también una fuente de cambio profundo.

- V. Respecto a las intervenciones terapéuticas, Méndez señala que las intervenciones deben ser ordenadas siempre yendo de mayor a menor en la abstención del terapeuta en un proceso paulatino, para no amenazar la alianza. Aun así, el autor recomienda evitar la confrontación, la bisociación, la interpretación y la adlaterización hasta una etapa donde el delirio haya remitido parcial o totalmente, ya que con el delirio activo es muy probable que el paciente lo signifique como una agresión.

#### ***Modelos afines: Terapia Cognitivo-Conductual para el delirio***

Actualmente, se cuenta con un número creciente de estudios clínicos controlados y aleatorios que sugieren resultados alentadores para la utilización de la terapia cognitiva combinada con procedimientos farmacológicos en el tratamiento de los trastornos psicóticos, (Tarrier y Haddock, 2002; Cuevas, 2006) y para terapia cognitiva que enfrente los síntomas delirantes resistentes o residuales a la ingesta de antipsicóticos (Cuevas, 2006). Es tan así que instituciones como el *United Kingdom's National Institute for Clinical Excellence*, la *American Psychiatric Association* y la *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists* incluyen la Terapia Conductual Cognitiva (TCC) en su guía de tratamientos

para la esquizofrenia como una psicoterapia con apoyo empírico (NICE 2002, APA 2004, RANZCP 2005, citados en Cuevas, 2006)

La concepción de los delirios en la TCC difiere sustancialmente de la conceptualización psiquiátrica tradicional. Según Chiderki, (s.f) en el enfoque cognitivo, las ideas delirantes:

- I. No necesariamente son falsas. Por ejemplo: un individuo que cree correctamente que su pareja le es infiel, tendría una idea delirante de celos si no tuviera razones justificadas para realizar tal acusación (Brockington, 1991; citado en Caballo 1996)
- II. Más que basarse en inferencias incorrectas, representan un intento de explicar una experiencia anormal.
- III. No necesariamente se mantienen con una convicción inquebrantable, sino que pueden variar en su grado de convicción.
- IV. Se ubican en un continuum dimensional con las creencias normales.

Chadwick, Birchwood y Trower (1996), por su parte, adaptaron con éxito la terapia cognitiva de Beck y de Ellis con el objeto de trabajar sobre las ideas delirantes y las alucinaciones auditivas. En el enfoque por ellos propuesto, terapeuta y paciente se manejan en una atmósfera de empirismo colaborativo evitando la confrontación directa y el uso de "etiquetas" como esquizofrenia, delirio, psicosis, etc. Parte importante de este abordaje psicoterapéutico consiste en la reestructuración cognitiva. Las estrategias cognitivas para el debate de los delirios suelen ser cuestionamientos de tipo lógico, empírico o funcional, con la intención no sólo de modificar distorsiones cognitivas, sino incluso de cuestionar las consecuencias dramáticas a menudo atribuidas a los hechos cuando son realmente negativos. Estas estrategias cognitivas se complementan con la realización de estrategias conductuales

que faciliten experiencias que ayuden a cuestionar las cogniciones disfuncionales a partir de las cuales se genera perturbación emocional y disfunción personal (Cuevas y Perona, 2002).

Para lograr un buen proceso, Cuevas (2006) separa la psicoterapia Cognitivo Conductual con pacientes psicóticos en cuatro importantes pasos:

- I. El establecimiento de una alianza terapéutica: siendo este un pilar central para el poder enfrentar junto al paciente la experiencia delirante
- II. La evaluación del paciente: Contempla explorar el desarrollo histórico de los síntomas psicóticos, un análisis funcional, valoración dimensional, relación establecida con los síntomas, reacción de los allegados hacia las experiencias psicóticas, administración de instrumentos y formulación del caso.
- III. Estrategias para el tratamiento de los síntomas psicóticos positivos: potenciación de estrategias de afrontamiento, la estrategia de focalización en las voces y la modificación de creencias para los delirios, voces y la paranoia
- IV. Desarrollo de una nueva comprensión para la experiencia psicóticas.

### **A modo de cierre**

Revisando la evidencia teórica previa se puede ver que, si bien las variables teóricas que tiene el constructivismo son variadas y amplias, se carece de un marco teórico desde el Constructivismo Cognitivo como para abordar cualquier fenómeno psicótico, siendo particularmente interesante el delirio por sus implicancias y complejidades desde la visión constructivista de realidad. Aún así, la evidencia es optimista, aun a pesar de ser escasa, y muestra el modelo como una alternativa real para abordar terapéuticamente el delirio al menos en algunos casos, a pesar de carecer por el momento de una teoría que respalde dicha intervención. Esta investigación pretende ser un primer aproximamiento en post de esta gran ambición, generando un primer acercamiento al fenómeno en esperanza de eventualmente lograr una teoría Constructivista que abarque esta clase de fenómenos clínicos.

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

### Hipótesis

Dado que esta investigación es de enfoque cualitativo, éste no admite plantear una hipótesis previa, ya que de acuerdo a lo establecido por Hernández, Fernández y Baptista (2010), en raras ocasiones se proponen hipótesis antes de ingresar en el ambiente o contexto y comenzar la recolección de datos, sino que más bien durante el proceso el investigador va generando hipótesis de trabajo, las que se afinan paulatinamente conforme se recaban los datos o son las mismas hipótesis uno de los resultados del estudio. (Hederson, 2009, en Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Aun así, se vuelve pertinente el plantearse ciertas preguntas directrices respecto del tema de investigación, tales como: ¿De qué manera se enfrenta hoy en día el terapeuta Constructivista Cognitivo experto a un paciente delirante? ¿Cuál es el marco teórico que utiliza para hacerlo? ¿Qué tan efectivo es el enfoque para tratar a esta clase de pacientes? ¿Cuáles son las técnicas más útiles? ¿Cuáles técnicas podrían llegar a ser iatrogénicas?

Todo este cuestionamiento lleva a formular la pregunta final para esta investigación: ¿Cuál es el abordaje con el que los terapeutas expertos del modelo Constructivista Cognitivo tratan el delirio y cuáles son sus visiones teóricas del fenómeno?

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Proponer una síntesis conceptual y práctica acerca del fenómeno del delirio a partir de la experiencia de expertos en el Modelo Constructivista Cognitivo (CC).

### **Objetivos específicos**

- Delimitar el concepto de delirio a partir de la experiencia de terapeutas expertos desde el Modelo CC.
- Identificar las particularidades que pueda tener el paciente delirante según la opinión de terapeutas expertos desde el Modelo CC.
- Recabar las consideraciones clínicas para el trabajo terapéutico con el fenómeno del delirio desde el modelo CC según la opinión de terapeutas expertos.
- Explorar la efectividad de la terapia desde el modelo CC en el tratamiento de pacientes delirantes desde la experiencia de expertos.

## CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO

### **Enfoque, alcance y diseño de investigación**

La presente investigación tuvo un enfoque cualitativo, de alcance exploratorio. Se optó por la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*) en su diseño emergente ya que es un método de investigación inductiva en el que la teoría emerge desde los datos (Glaser y Strauss, 1967). Según Strauss y Corbin (1988), el requisito principal para utilizar la Teoría Fundamentada es que se trate de una investigación orientada a generar teoría respecto a un fenómeno, o que se desarrolle en un área en la que no existen explicaciones suficientes y satisfactorias, lo que es precisamente el caso de esta investigación. Este diseño se centra en la recolección de datos, permitiendo que sean ellos quienes vayan guiando la investigación. Como describen Hernández, Fernández y Baptista (2014), la información pasa por codificación abierta y de ella surgen categorías, siempre desde la comparación constante, que se conectan entre sí para producir una teoría de lo investigado. En este sentido, los conceptos y las relaciones entre los datos son producidos y examinados continuamente hasta la finalización del estudio (De la Torre, et al., sf), por lo que se permiten nuevas entrevistas que profundicen o delimiten los contenidos discutidos en entrevistas previas. El análisis realizado en esta investigación se detalla de mejor manera en el apartado Procedimiento y Análisis.

La teoría proviene, entonces, de los datos en sí, no de contenidos a priori. Según esto, al lograr la saturación teórica el proceso se da por finalizado y el investigador explica la teoría y las relaciones entre categorías, lo que en esta investigación se traduce en la sistematización de la información recabada y una síntesis conceptual y práctica en base a lo obtenido. Este último criterio guio el término de la toma de datos y el tamaño de la muestra que se detalla en el siguiente apartado.

## **Instrumento**

El proceso constó de 2 series de entrevistas semiestructuradas de respuesta abierta a 4 expertos, llevadas a cabo presencialmente. En total, se realizaron 8 entrevistas. Se optó por la entrevista como técnica para la recolección de información, ya que como señalan Sautu, Beniolo, Dalle y Elbert (2005) la entrevista cualitativa como técnica de producción de información tiene por objeto obtener, recuperar y registrar experiencias, y su preferencia recae en la intimidad y comodidad que ofrece; rasgo útil para dar cuenta de aspectos que tienen que ver con las razones y opiniones y que es adecuada como técnica para recuperar testimonios. Estas entrevistas semi-estructuradas siguieron una pauta flexible, lo que permitió introducir o quitar preguntas según la contingencia de las respuestas, lo que cumplió con el fin de no limitar el discurso del entrevistado y solo guiarlo a los temas abordados en el presente trabajo. La pauta utilizada se separó en dos ejes temáticos: definición Constructivista de Delirio (definición de delirio, construcción de mundo, función psíquica del delirio e identidad delirante) y Consideraciones para la terapia con pacientes delirantes (factibilidad de la psicoterapia con pacientes delirantes, Técnicas Operativas, Técnicas Procedurales y Alianza Terapéutica). Este instrumento es flexible e incorpora todas las dimensiones temáticas que se contemplan en el estudio y funcionó como la guía de las entrevistas realizadas, en razón a profundizar los contenidos a cabalidad. El instrumento completo se puede ver en detalle en el Anexo 1: Pauta de entrevista semi-estructurada.

## **Diseño muestral y composición de la muestra**

La muestra utilizada en este estudio corresponde a una de expertos, y su selección fue no probabilística y discrecional. A su vez, el muestreo utilizado responde a un criterio teórico ya que la recolección de los datos y la teoría emergente del análisis guio la composición y tamaño de la muestra (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014). Los expertos considerados cumplieron los siguientes criterios de inclusión: Psicólogos que tengan formación desde el

modelo Constructivista Cognitivo y que hayan tenido experiencia tratando o trabajando teóricamente con pacientes que presenten sintomatología delirante (en el cuadro que sea), y que aceptaran colaborar en el estudio.

Respecto al tamaño de muestra, se trabajó hasta llegar a la saturación conceptual de contenidos, con un total de dos rondas de entrevistas.

A continuación, se presenta la tabla de características demográficas de la muestra de expertos. Para guardar la confidencialidad, posteriormente se le asociará a cada uno de estos expertos una letra aleatoria entre la A y la D, por lo que esta tabla tiene un objetivo meramente descriptivo.

<b>Terapeuta</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Años de Experiencia</b>	<b>Modelo teórico</b>
<b>Terapeuta 1</b>	35 años	Hombre	10 años	Formado en Constructivista Cognitivo, ejerce como Humanista Experiencial.
<b>Terapeuta 2</b>	38 años	Hombre	13 años	Formado en Constructivista Cognitivo, ejerce como Cognitivo Conductual
<b>Terapeuta 3</b>	42 años	Mujer	16 años	Constructivista Cognitivo
<b>Terapeuta 4</b>	26 años	Hombre	5 años	Constructivista Cognitivo

### **Consideraciones Éticas**

El proyecto de la presente investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Se utilizó un

consentimiento informado con todos los participantes y, al utilizar transcriutores, se les solicitó firmar un acuerdo de confidencialidad.

Es importante destacar que, dado que el estudio posiciona a los participantes como fuentes de información experta, el consentimiento informado contempló la opción de que el participante decida ser reconocido como colaborador del estudio, lo cual fue acordado en la entrevista final. En cualquier caso, se ha mantenido y se mantendrá la confidencialidad con respecto a las opiniones vertidas por cada uno de los participantes.

Para resguardar el derecho a conocer los resultados por parte de los participantes, se les envió a todos los participantes una copia electrónica de los resultados finales de la investigación.

El informe de aprobación por parte del comité, el consentimiento informado para participantes visado y el acuerdo de confidencialidad para transcriutores pueden verse en los Anexos 2, 3 y 4, respectivamente.

## **Procedimiento y Análisis**

### **Convocatoria**

El procedimiento comenzó por medio de un correo de contacto enviado a la población de interés del estudio en el que se les invitaba a participar y se adjuntaba el consentimiento informado visado por el CEI-FACSO. A través de este medio electrónico se programó la primera entrevista.

### **Primeras entrevistas**

En la primera entrevista se firmó el consentimiento informado y se utilizó el formato de entrevista. La primera ronda de entrevistas fue audiograbada y oportunamente transcrita. Los contenidos se codificaron a través de codificación abierta, desde la perspectiva de la teoría fundamentada, en su diseño emergente (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014). En

base a eso se generaron pautas de resumen sobre las ideas principales abordadas en cada ronda de entrevistas, las cuáles fueron enviadas a los expertos para así incitar la reflexión teórica.

### **Segundas entrevistas**

Para las segundas entrevistas se repitió el procedimiento haciendo énfasis en triangular la información para ir incorporando correcciones y alentar la discusión respecto del tema. Al cerrar segunda entrevista, se les preguntó y se certificó si deseaban obtener el reconocimiento como colaboradores del estudio o si preferían permanecer en el anonimato, tomando las medidas consecuentes a cada decisión en específico. Finalmente, se construyó una última propuesta teórica y práctica, reflejando los consensos y los desacuerdos de los expertos entrevistados.

Para la segunda entrevista se utilizó la misma pauta, con énfasis en las preguntas originadas desde las categorías emergentes de la entrevista previa. Como la pauta original es flexible, ésta permitió incorporar los nuevos contenidos emergentes. La indagación fue guiada por un diseño emergente, que se estructura a partir de los sucesivos hallazgos que se van realizando durante el transcurso de la investigación, es decir, sobre la plena marcha de ésta. La validación de las conclusiones obtenidas se hace aquí a través del diálogo, la interacción y la vivencia; las que se van concretando mediante consensos nacidos del ejercicio sostenido de los procesos de observación, reflexión, diálogo, construcción de sentido compartido y sistematización (Hernández, Fernández y Baptista, 2005). Finalmente, cuando se alcanzó la saturación teórica, se optó por dejar de entrevistar y se trabajaron los contenidos.

### **Análisis y Resultados**

Para analizar la información se utilizó el análisis de contenido en codificación abierta. La codificación abierta es definida en el proceso analítico por medio del cual se identifican

los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones. Las *categorías* son conceptos derivados de los datos, que representan fenómenos, o sea, ideas analíticas pertinentes que emergen de nuestros datos. Una vez que los conceptos comienzan a acumularse, el analista debe iniciar el proceso de agruparlos o categorizarlos bajo términos explicativos más abstractos, o sea, en categorías. (Strauss y Corbin, 1988) Asimismo, este análisis permitió identificar los principales componentes y organizar los contenidos jerárquicamente. Por último, utilizando esto de base se diseñó una síntesis conceptual y práctica acerca del fenómeno del delirio a partir de la experiencia de expertos.

## CAPÍTULO V: RESULTADOS

El objetivo del presente trabajo era proponer una síntesis conceptual y práctica acerca del fenómeno del delirio a partir de la experiencia de terapeutas expertos en el Modelo Constructivista Cognitivo (CC). Para lograr esta tarea se analizaron las entrevistas a través de codificación abierta, mediante la cual los contenidos emergentes fueron jerarquizados progresivamente, agrupándose finalmente en tres macrocategorías generales, a saber: Concepto de delirio, El paciente delirante y Consideraciones para el abordaje desde el Constructivismo Cognitivo. Las cuales a su vez se subdividieron en categorías, subcategorías y códigos. El árbol de codificación que se generó en este proceso se puede ver en el Anexo 5: Árbol de codificación.

A continuación, se ahondará en cada una de las categorías emergentes, haciendo un resumen del contenido de las citas que hicieron alusión a cada una de ellas.

### **Concepto de delirio**

Esta macrocategoría reúne todas las alusiones que refieren a la construcción de un concepto de delirio. Respecto a esto, los expertos estuvieron de acuerdo con que el delirio pareciera ser una herramienta o una estrategia resolutoria de algún conflicto. A modo de ejemplo, el Experto A indica *“Yo diría que está la respuesta corta y la respuesta larga, la respuesta corta: como una estrategia resolutoria, como una estrategia desadaptativa por supuesto, pero una estrategia resolutoria, al fin y al cabo. Y la respuesta más larga es como una estrategia, claro, pero como un recurso que se entiende como tal en base a la historia de vida del paciente” (Entrevista A-1)*. Por otro lado, el Experto B indica: *“Yo creo que el delirio es un intento de generar articulación de significado para preservar un nivel de coherencia, aunque sea rudimentario, y eso lleva a tener creencias locas.” (Entrevista B-1)*.

En esta macrocategoría se abordan, además, todas las alusiones que refieren a la Conceptualización de delirio, la diferencia entre Tipos de delirio, Situaciones desencadenantes, y lo patológico del delirio, categorías que ahondaremos a continuación.

### **Caracterización del delirio**

En esta categoría se agrupan las citas en la que los entrevistados caracterizan el delirio como fenómeno.

Se entiende el delirio como una reacción que ocurre frente a un cambio cualitativo de la experiencia inmediata. Como nos dice uno de nuestros Expertos: *“lo que pasa es que cuando alguien delira, como pre requisito vivencial, debe haber un cambio cualitativo de la experiencia inmediata, es decir la experiencia inmediata se vuelve extremadamente disruptiva, extremadamente amenazante”* (Entrevista D-1). El delirio sería una respuesta a una demanda desbordante (traumática, de difícil asimilación) y que obstaculiza el proceso de identidad, ya sea por causa o por efecto. En palabras del Experto B: *“Yo creo que sí, yo creo que la psicosis y los fenómenos psicóticos como el delirio y otros, tienen que ver con que se obstaculizan procesos de identidad más que el revés. Podemos decir que la identidad depende más de los procesos basales que viceversa”* (Entrevista B-1). Esto ocurriría a través de una regresión hacia sí mismo o “retiro al ser”, que suele ser acompañado de características como la hiperreflexibilidad, lo apodíptico y lo incorregible de la experiencia. Nuevamente, en palabras del Experto B: *“El delirio es como que entra en un espacio de ruptura con eso como una especie de retiro al ser, o algo por el estilo [...] el ser arrojado al mundo en donde yo me relaciono instrumentalmente con la realidad y la realidad cobra sentido en la medida que yo veo algo en ella, entonces claro habría una ruptura de esa caída, había como una cosa de retiro, como de “esto que esta acá no me sirve ahora mismo” interno que generalmente están marcado por el dolor. Para que haya delirio tiene que igual haber un cierto grado de*

*fragmentación, tiene que haber algo en donde te separaste de la posibilidad de inmediatamente aportar tiene que haber algo que te obliga a retirarte” (Entrevista B-1).*

El sistema entonces, a modo de significar esta experiencia traumática, expulsa el dato conflictivo y, como consecuencia, reniega la realidad consensuada. En palabras del Experto D: *“Precisamente el paciente lo que hace es escaparse de una vivencia de profunda transformación de la existencia. O sea, lo que le está ocurriendo al paciente esquizofrénico es que no reconoce su cuerpo, que tiene vivencias de cambio interoceptivo, de cambio corporal, de cambio de la atmosfera que percibe la realidad, entonces desarmar las teorías que él está construyendo en ese momento es atender con un proceso homeostático en que el paciente busca re-organizarse a través del delirio en un nivel de significación previo más primitivo.”* (Entrevista D-1)

### **Tipos de delirio**

En la categoría Tipos de delirio se agrupan las alusiones en las que los entrevistados distinguieron entre tipos de delirios y el abordaje para cada uno de éstos. Esta Categoría se divide en cuatro subcategorías: el delirio Esquizofrénico, el delirio en los Trastornos del ánimo, el delirio del trastorno delirante y el delirio en cuadros orgánicos cerebrales.

Existe un acuerdo entre los Expertos respecto a que no todos los delirios son iguales y que, por tanto, al acercarse a un paciente delirante es importante hacer una distinción psicopatológica respecto al tipo de delirio que estamos observando. El Experto D nos señala: *“El delirio como fenómeno psicopatológico, sí [es abordable], pero yo creo que nunca hay que perder la perspectiva psicopatológica descriptiva y psicopatológica etiológica cuando uno diseña la psicoterapia. Me explico, no es lo mismo abordar el delirio del paciente esquizofrénico que abordar el delirio del paciente con trastorno delirante, o abordar el delirio del paciente con un trastorno de personalidad y que hizo un episodio micropsicótico que está durando algunas horas”* (Entrevista D-1).

Por otro lado, el Experto B establece que: “cada trastorno ofrece una distinta manera de entender los delirios. A ver, el delirio de una persona que viene con trastorno esquizoafectivo va a tener otro significado, lo más probablemente va a ser diferente el significado de un esquizofrénico crónico, en el sentido que el delirio cobra mayor fuerza a lo que tiene una persona con trastorno psicótico agudo que le dura un tiempo con el consumo de droga. Entonces, si bien siempre hablamos de fenómenos delirantes, habría que también hablar de graduaciones del delirio” **(Entrevista B-2)**.

A su vez, se mencionaron algunas características de los tipos de delirio que pueden relacionarse con su abordabilidad para la psicoterapia.

### ***El Delirio Esquizofrénico***

Esta categoría reúne las posturas de los expertos con respecto a las características particulares de los delirios en la Esquizofrenia. Los entrevistados hicieron hincapié en las diferencias que tienen los delirios típicos de la Esquizofrenia, ya que estos, a diferencia de otros tipos de delirio, serían una respuesta del sistema a la vivencia de desestructuración. En palabras del Experto D: *“lo que pasa con el delirio esquizofrénico es que se desborda la intencionalidad del mundo hacia el sujeto, el sujeto va perdiendo intencionalidad en términos de sus propósitos vitales de hacer un proyecto vital, pero el mundo mismo, incluso su cuerpo, se vuelve amenazante; hay significados ocultos y estos significados ocultos hay que develarlo. Hay una presión permanentes de los otros que me observan, mi cuerpo empieza a cambiar, me traiciona, escucho voces que no se si son mías o son de los otros. Hay un vínculo con el mundo que se vuelve constantemente amenazante y hay un vínculo conmigo mismo que se vuelve desestructurante, como dice Broiler; lo más fundamental de la esquizofrenia es la perdida de la función unitaria de la personalidad y de las funciones psíquicas que la componen”* **(Entrevista D-2)**.

A su vez, el experto C nos dice que el delirio en la esquizofrenia tendría una perturbación vivencial más endógena y, si bien los factores ambientales influyen, serían más bien los factores patológicos los que mandan en su aparición, por lo que sería muy difícil abordarlo terapéuticamente. Como dice el Experto C: *“especialmente esquizofrénicos, por el nivel de desestructuración, es muy complejo de abordar el delirio, porque la verdad es que uno no entiende, [...] el paciente ni siquiera te lo puede comunicar”* (Entrevista C-1).

### ***El Delirio del Trastorno del Ánimo (lo deliroide)***

Esta categoría reúne todas las alusiones en la que los expertos se refieren a las características particulares de los delirios en los trastornos del ánimo.

Los expertos señalan que es importante diferenciar los fenómenos deliroides, ya que tendrían una naturaleza y un curso distinto al de otros tipos de delirios, más cercana a la biografía del sujeto. El contenido en este caso sería más concordante con la vivencia del paciente, pero siempre centrado en el ánimo y teñido por la fase que se esté cursando, ya sea maníaca o depresiva. Al respecto, el Experto D nos dice *“uno ve el delirio, el delirio depresivo, que hay una especie de pérdida completa de la proyección hacia el futuro y hacia un proyecto viable, y el sujeto se queda atrapado en un cuerpo que no le es amenazante pero si es tremendamente desagradable, que le pesa, que le molesta, que le duele, que no puede dormir; y en esa lógica comienza a generar delirios, hipocondriacos delirios de culpa, delirios de ruina o muy volcado a un yo defectuoso, un yo inferior, a un yo culpable, a un yo que merece ser castigado. Y para el maniaco es al revés, el maniaco vuelca su experiencia hiperproductiva hacia el mundo e invade al otro con contenido delirante y quiere que los otros sean parte del delirio. Hay una invitación a delirar en conjunto, son ofertas relacionales distintas las que nos van a proponer los pacientes y eso hay que considerarlo en el proceso de cambio”* (Entrevista D-2).

### ***El Delirio de la perturbación de Conciencia (lo delirioso)***

También se mencionó y se separó, en razón a sus características, el delirio propio de los estados confusionales. Este delirio, por ser consecuencia de un estado confusional, debe ser abordado más bien desde lo biológico y tendría poca cabida para la psicoterapia. En palabras del experto C: *“A ver, cuando uno piensa en un cuadro más bien delirioso, evidentemente uno piensa que debe hacer un abordaje que debes hacer rápidamente, entonces es que la verdad uno podría hacer [terapia] en términos que además el paciente va a tener síntomas confucionales de algún otro tipo o algo más. Lo deliroide yo creo es interesante porque de alguna forma son distintos los delirios en los pacientes que tienen, por ejemplo, trastornos del ánimo. Yo creo que tal vez éstos sean más abordables de pronto en lo que yo he visto hay veces en que sí, en que está muy psicótico y es muy difícil entrar, y otras veces en que es un poco menos difícil y se acerca más a la idea sobrevalorada, en especial cuando el paciente se empieza a mejorar, el que de pronto es capaz de visualizar en que en realidad hay cosas que yo estoy viendo distintos”* (Entrevista C-2)

### **Situaciones desencadenantes**

Esta categoría reúne todas las alusiones en las que los expertos se refieren a las situaciones que podrían llegar a desencadenar fenómenos delirantes. El Experto A dice, a manera de síntesis: *“[el delirio aparece] bajo contingencias en el que el sistema se ve enfrentado a desafíos más allá de sus capacidades”* (Entrevista A-1). Todos los entrevistados parecieran estar en mayor o en menor medida de acuerdo con el postulado de que al delirio le suele anteceder una perturbación, un evento desencadenante de gran repercusión biográfica y/o un trauma. En palabras del Experto C: *“yo trabajo mucho con trauma, y en general cuando uno ve psicosis en trauma, es más de lo mismo, la psicosis tiene muchas veces que ver con la disociación al máximo: que efectivamente las cosas nunca pasaron, no existieron, que no son o no ha pasado el tiempo”* (Entrevista C-1).

Así, en palabras del Experto D “Esa perturbación proviene predominantemente de un evento desencadenante con una gran repercusión biográfica, entonces ahí hay un mecanismo que da cuenta de cómo se origina un sistema delirante” **(Entrevista D-1)**. El delirio, entonces, aparecería bajo contingencias en las que el sistema se vería enfrentado a desafíos más allá de sus capacidades, por lo que se termina por optar por crear una realidad diferente, más tolerable. En palabras del Experto C: “yo creo que las sustanciales son, una, tolerar el dolor. Yo creo que los niveles emocionales, en unas situaciones o en unas vivencias o en unas experiencias, para alguien pueden ser imposibles de manejar desde la psicosis, entonces si armas una realidad diferente, es más tolerable. Y, por otro lado, creo que también tiene que ver con esto que decías tú, que a lo mejor no es dolor, pero si es amenaza. Que si es amenaza ahí tendría que ver con la dificultad de construir lo que nosotros entendemos como normal, que sencillamente construirlo significa además tener que tener otras herramientas, que ese sujeto no las tiene o no las sepa utilizar” **(Entrevista C-1)**.

Otros Expertos, en tanto, consideran que el delirio se desencadena con el descuido de la vida cotidiana y al sentimiento de distancia con el resto. El Experto B respecto a esto bien dice: *“a mi gusto es un fenómeno que tiene que ver con el hecho que nos sentimos separados de los otros, y mientras más separados nos sentimos más enfermos psicológicamente estamos, y a mi gusto en la psicosis ese es el gran eje de que haya psicosis, no el hecho de que tenga delirio. El delirio es un recurso que la persona ocupa para intentar sentirse unificado que, por algún motivo, llega hasta ese nivel en su sistema de significar la vida”* **(Entrevista B-1)**.

### **Lo patológico del delirio**

Esta categoría reúne todas las citas que refieren a la naturaleza patológica o no del fenómeno delirante y se profundiza en tres subcategorías: Patología del vínculo, Delirio versus Experiencia normal, y Creación.

Respecto al tema, algunos expertos consideran que el delirio es siempre una manifestación patológica, mientras que otros abren la duda al respecto ya que existirían ciertos fenómenos psíquicos (como por ejemplo la creación artística) que sin ser patológicos comparten muchas características con los fenómenos delirantes. Sin embargo, todos los Expertos concuerdas que el delirio como tal solo puede ser entendido como delirio en tanto esté ocurriendo en un contexto psicopatológico, tiña toda la realidad y sea incorregible. *“Si yo empiezo a delirar con esta tetera es patológico en la medida que me pierdo la relación real de la tetera. Pero si yo puedo decir esta es la tetera con la que yo me sirvo él te, y la veo, y además pienso que además es la señorita Francis, estoy inventando cualquier cosa, no me va a generar mayor problema, lo puedo tomar como algo divertido artístico. Pero el asunto está en cuando veo a la señorita Francis y se me olvida que es la tetera, la desvincula de la realidad, en términos que hay un mundo con el que me estoy vinculando, que es más cotidiano que se relaciona con el mundo que estás viviendo tú también”* (Entrevista B-1).

De todas maneras, es el mismo Experto B quien señala “el delirio patológico, si le ponemos delirio ya es patológico, me quedé dándole vueltas porque estaba pensando en un proceso de creación artística. Porque cuando hay un proceso de creación artística la experiencia creativa que está ocurriendo es que el artista directamente hace o juega o entra en el nivel de la significación, logra navegar por el nivel de la significación de manera libre, juega más por las reglas del inconsciente, como metafórico” (Entrevista B-2).

### ***Patología del vínculo***

Esta subcategoría reúne todas las alusiones en la que los Expertos se refieren a la patología del vínculo. Esto se refiere a la idea de una patología del vínculo y la comunicación como base del proceso delirante. Al respecto, el Experto B nos dice: *“s que finalmente todos los problemas psicopatológicos son problemas vinculares, no hay psicopatología sino como problema vincular. La psicosis misma, las depresiones por supuesto, son todos problemas*

vinculares” y “El mismo delirio implica que se cosifica la experiencia se cosifica el significado, ahí genera el corte vincular” (Entrevista B-1). El Experto C, por su parte, complementa diciendo que “especialmente esquizofrénicos, por el nivel de desestructuración, es muy complejo de abordar el delirio, porque la verdad es que uno no entiende, [...] el paciente ni siquiera te lo puede comunicar” (Entrevista C-1).

Lo sano sería entonces poder vincularse con otros, y lo enfermo, en este caso, perder la comunicación con otros, perder la realidad consensuada y, a través de esto, perder la comunicación con el resto. Esta sería una forma útil de entender la vivencia esquizofrénica: el no poder comunicar la vivencia.

### ***Diferencia entre el delirio y la experiencia normal***

Esta subcategoría reúne todas las citas en la que los expertos se refieren a las características que diferencian el delirio de cualquier otra experiencia normal y se subdivide en dos códigos: Cambio cualitativo de la experiencia y el Alejamiento de la experiencia.

Respecto a estos códigos, son varios los expertos que mencionan lo difícil que es diferenciar el delirio de otras maneras de significar la experiencia en el Constructivismo. Al respecto, el Experto C nos señala: “Sí, estaría difícil hacer una diferenciación, estoy de acuerdo con eso, sería súper difícil, porque finalmente uno puede pensar que perfectamente que esa es la realidad de la persona, entonces lo cierto es que no tenemos consenso, es otra cosa. Así que si, no sé si se puede diferenciar desde esa perspectiva, me da la impresión de que no probablemente, yo creo que podemos diferenciarnos de otra cosa, por eso mismo uno aquí ve pacientes que son psicóticos y en otras partes no” (Entrevista C-1).

### ***Cambio cualitativo de la experiencia***

En este código se reúnen todas las alusiones a las diferencias cualitativas de la experimentación de la experiencia como manera de separar el delirio de la vivencia neurótica. Según algunos de los entrevistados, la experiencia delirante sería distinta de la experiencia

normal siempre desde un criterio cualitativo. En el delirio existiría entonces un cambio cualitativo de la experiencia (la pérdida de las certezas elementales), lo que convertiría la experiencia del día a día en algo profundamente amenazante. El Experto D explica *“En ese sentido es un quiebre cualitativo, el delirio no es una idea sobrevalorada más intensa, sino que es una idea que implica un cambio en la manera de significar la realidad, que es distinto”* (Entrevista D-2). y el Experto B complementa diciendo que *“En cambio, cuando hay un delirio, no quedan retrasos de la realidad encarnada, consensuada, emocional o sea lo que básicamente hacen estas personas se aferran al delirio. El delirio es la explicación a esta cosa como ansiógena con el delirio, ‘todo se explica a partir de’, cualquier información se mete dentro de eso, entonces ahí, a diferencia de lo que ocurre con la parte artística, no hay una flexibilidad como para que esa información tenga un tinte expresivo, creativo, sino que se encapsula un poco la persona en esta cosa como se le dice “hiperreflexiva”* (Entrevista B-2).

Entonces, parecería que la experiencia “normal” sería distinta por sus cualidades: en ella jamás cuestionaremos las certezas elementales de la vida, aun a pesar de que tiñamos con nuestras creencias e identidades nuestras realidades, lo que podría llevar a generar ideas sobrevaloradas. *“Una idea sobrevalorada... tal vez todos podemos incurrir en ideas sobrevaloradas, con afectos exacerbados en curso, pero cuando alguien se psicotiza hay de manera permanente como telón de fondo esta destrucción de la certeza más elemental, entonces uno diría que delirio es un acto cognitivo secundario, que viene a entregar sentido a una perturbación existencial básica de la vivencia al estar en el mundo”* (Entrevista D-1).

#### *Alejamiento de la experiencia*

En este código se reúnen todas las alusiones al delirio como una experiencia descentralizada en comparación a la experiencia neurótica, alejada de la realidad consensuada. Según otros entrevistados, el paciente delirante siempre vive la experiencia

desde “fuera”, enajenado, de una manera descentralizada. *“El enajenado está enajenado porque sus vivencias las vive como algo fuera, que también lo dijeron Arciero y Guidano, dijeron que hablaban y que lo dice Juan Yáñez en su propuesta de los mecanismos descentralizados, entonces la información se procesa descentralizadamente y mientras más descentralizada es como información propia, la vives más enajenadamente. Por ejemplo, un contenido delirante que ves que está ahí, como que te persigue: ‘el otro me dijo, dijeron mi nombre, yo soy parte de él’”* (Entrevista B-1).

La vivencia entonces se diferenciaría por una manera de construir el mundo “normal”, en tanto que se comienza a tergiversar el sentido común y el acceso directo a la experiencia a través de la vivencia queda cerrado. Respecto a esto, el Experto B nos dice: *“No es parecido [El delirio y la idea sobrevalorada] porque el contenido de la manera de procesar ya está fuera de la experiencia compartida, ya está, ya te fuiste, y vas a echarle la culpa a la CIA, y te van a internar. La diferencia del delirio es un recurso que se ocupa cuando no hay posibilidad de socializarlo, no hay posibilidad de resolverlo en el mundo”* (Entrevista B-1). El contenido de la experiencia del paciente estaría fuera de la experiencia compartida, no podrá ser socializada y, por ende, pasa de ser una manera de ser, una manera de construir la propia realidad, a una manera de alejarse del resto.

### ***Creación***

En el código Creación se reúnen todas las alusiones a las similitudes y/o diferencias entre el proceso delirante y el proceso creativo. Esta postura propone un paralelo entre el delirio y la creación artística. Ambos procesos generan contenidos nuevos y comparten características en común, pero el delirio se diferenciaría de la creatividad “normal” a través de la pérdida de la relación real con el objeto o sujeto. Pero si ambas cosas se mantienen pasaría de ser delirio a ser un contenido de creación y creatividad. *“Porque la creación no es necesariamente delirante, el proceso que llamamos delirante puede estar al servicio de la*

*creación, pero el nombre delirante tiene una connotación psicopatológica; igual habría que ponerle nombre a eso, proceso de apertura creativa, proceso de deconstrucción de significado. Habría que ver si delirio es la palabra correcta, tal vez habrían otras palabras”* **(Entrevista B-2)**. La diferencia que separaría al artista del delirante es que el artista “*entra en una especie de delirio, pero logra despegarse a él, no lo toma como algo apodíctico como habíamos hablado. Entonces logra entrar ahí y a la larga es un delirio funcional al Yo, hay un sujeto que está observando esa información y la plasma con las manos de alguna manera para generar un producto creativo, que comunica cosas sobre sí mismo”* **(Entrevista B-2)**.

### **Comprensibilidad del delirio**

Esta categoría reúne todas las alusiones en la que los expertos se refieren a la posible comprensibilidad del fenómeno delirante. Se subdivide en un código: Factores culturales, que aparecen como el principal recurso para poder entender y aproximarse a la comprensibilidad del delirio.

El delirio ha sido siempre debatido respecto a sus criterios de comprensibilidad. El Experto B nos dice que “la lógica delirante funciona metafóricamente y simbólicamente, no linealmente y eso es lo que vuelve tan difícil y volvió loco a los psiquiatras en los principios del siglo XX” **(Entrevista B-2)**. Esta discusión teórica no es la excepción, ya que existe desacuerdo con respecto a si siempre es posible entender el delirio o no.

Algunos de los expertos sugieren que el constructivismo nos daría luces para comprender el delirio de manera más acabada. Respecto a esto, el Experto A nos dice: “*No sé si siempre [se entiende el delirio]. Es que hablar de siempre es como difícil, pero constructivísticamente hablando como que uno puede entender cualquier estrategia, tal vez entender cómo la historia de vida del paciente puede ir comprendiendo la función que cumple el delirio [...] para mantener en este caso la coherencia sistémica del sistema, valga la redundancia”* **(Entrevista A-1)**.

A su vez, el entrevistado B nos dice que de ser accesible a la comprensión, esta comprensión no sería lineal, ya que “[en el delirio] hay lenguajes metafóricos y simbólicos en donde el arte ayuda mucho a entender esto que habla de la subjetividad de la persona, ayuda para entender lo que le está pasando a este sujeto, de manera no lineal, entonces ahí es donde tú puedes entender qué es lo que quiere decir este delirio, esto es lo que trae, como contenido, como mensaje en ese sentido. Pero no es un mensaje literal que venga de una entidad delirante, sino que es [un] mensaje del sujeto que está hablando, es parte de lo que la persona habla, el cómo yo interpreto lo que la persona habla va a tener que ver con cómo yo me aproximo a entender a esa persona, su subjetividad, y [...] tener un conocimiento teórico del cómo funciona el delirio” **(Entrevista B-2)**.

A su vez, se hace mención de las características de personalidad y organización de significado previa como un factor importante para entender las temáticas delirantes. *“Un paciente depresivo de OSP depresiva, un trastorno psicótico del ánimo esquizofreniforme, es eso, una persona que llega a un punto en que está tan vacía de sentimientos que nuevamente no le queda el espacio vincular emotivo para dar significado y recurre a la ideación que ahora es mucho más auto mutilante que otros pacientes” (Entrevista B-1)*.

Esto mismo podría funcionar como un factor importante para la psicoterapia, dado que, al parecer, las ideas delirantes serían más abordables en psicoterapia en tanto más comprensibles, ya que así se podrían entender desde el modelo como una estrategia de resolución. En este sentido, el entrevistado A nos dice: *“es que en el fondo, un delirio va a ser en este sentido comprensible en la medida que uno [el terapeuta] pueda comprender la función que tiene como estrategia resolutoria el individuo. Pero, ¿para qué sirven las estrategias resolutorias?, ¿para qué sirven desde la teoría?, ¿para qué sirven?: para hacer frente ante las experiencias, en la medida que mantengan la unidad y coherencia del sistema y, por lo tanto, las estrategias resolutorias pueden ir conociendo y comprendiendo su función*

*en la medida que van conociendo cómo ha sido la historia de vida del sujeto, y por eso uno puede llegar a comprender un delirio, o sea una, idea delirante en el trastorno delirante. Pero en el caso de la esquizofrenia o de algún trastorno de ese lado, como el trastorno de personalidad esquizotípico, por dar un ejemplo, ahí van a haber ideas delirantes que no van a aparecer tanto como una estrategia, entendiendo desde el punto de vista constructivista cognitivo como una estrategia resolutive, porque no van a cumplir o no van a tener como esa razón de ser, sino que van a tener una pausa más biológica por así decirlo” (Entrevista A-2).* Esto está íntimamente ligado con el tipo de delirio del que estamos hablando y pareciera estar relacionado con la endogeneidad, ya que, según el mismo experto, los trastornos biológicos son menos comprensibles y, por tanto, “menos abordables psicoterapéuticamente”.

### ***Factores culturales***

Esta subcategoría reúne todas las alusiones a los factores culturales como fuente de información y entendimiento respecto al delirio. Se hizo hincapié respecto a los factores históricos, sociales y culturales en la aparición de los delirios y si deben ser considerados patológicos o no. Respecto a esto, el Experto C ejemplifica diciendo que *“En la clínica psiquiátrica siempre contaban, era muy frecuente, que los docentes que habían estado en la época de la dictadura en la clínica, contaban que a ellos les pasaba con frecuencia que llegaban pacientes diciendo que la CNI los perseguían, etc., y que les costaba mucho hacer la diferenciación (que uno lo diferencia finalmente), no porque la cosa es ilógica, sino porque el paciente lo duda, porque la verdad las ideas pueden ser completamente lógicas, pueden ser completamente creíbles, pueden ser entendibles, comprensibles. El tema, y lo que hace la diferencia con el delirio es que [en el delirio] no hay ninguna duda” (Entrevista C-1).*

Existirían pacientes que en otras culturas no serían considerados enfermos, sino que santos (por ejemplo los delirios mesiánicos), o pacientes enfermos que generan dudas puesto

a que el contenido delirante de lo que afirman puede bien ser cierto. Según la experiencia de uno de nuestros expertos: *“yo tengo, he visto pacientes que acá tiene delirio mesiánico, y que se van a la india y allá los veneran y hacen un grupo con ellos en la calle y comen en los comedores comunes, y la familia te cree y bueno, ‘usted me dijo estaba loco y está súper bien’ y claro, esos delirios bien particulares obviamente no son esquizofrenia, no son otras cosas, pero de alguna manera hay algunos delirios que pueden convivir mejor con ciertas culturas, y eso habla de cómo es el tema de construcción de las realidades”* (Entrevista C-1).

### **Función del delirio**

Esta categoría reúne todas las citas en la que los expertos se refieren a las posibles funciones que cumple el delirio para el paciente que lo padece. La categoría se separa en dos subcategorías: Modo de Significación y Protección.

#### ***Modo de significación***

Esta subcategoría reúne todas las alusiones al delirio como modo de significación de la experiencia. En palabras del Experto B: *“necesito darle una explicación y si no le puedo dar una explicación delirante, no tengo un marco de referencias para interpretarlo, así que eso por un lado que reduce la incertidumbre”* (Entrevista B-2).

Quien delira utilizaría esto como forma de entender y entrar en una experiencia desbordante, alejándose de la realidad para entenderla y hacerla manejable. Ahora, existen salvedades que vale la pena efectuar. En palabras del Experto D: *“yo creo que es un modo de significación. Ahora, qué entendemos por significación: empezar a establecer relaciones de sentido, relaciones de causalidad, unir representaciones, tomar desde el concepto más precario de significación, desde la representación, no solo la elaboración teórica más acabada, sino que puede ser un fenómeno más experimental. Lo que uno ve en los pacientes esquizofrénicos algunas veces los delirios tienen muy poca elaboración simbólica, precarios*

*se establecen durante 10 segundos y después pasan” (Entrevista D-1).* Esto significa que habría una diferencia entre este proceso y los procesos de significación normales, sería más bien una elaboración de significado precaria y poco profunda de la experiencia, altamente desadaptativa. Respecto a esto, el Experto A complementa diciendo: *“claro qué mejor ejemplo de una estrategia desadaptativa que una persona con delirio que te hace alejarte de la realidad y son tan precarias las capacidades que tiene la persona para poder asimilar las experiencias que está viviendo, que no le queda más opción una realidad interna en su mente” (Entrevista A-1).*

### ***Protección***

Esta subcategoría reúne todas las citas en la que los Expertos se refieren a las posibles funciones protectoras que cumple el delirio para el paciente que lo padece. La categoría se ahonda en un código, llamado *mantención de la coherencia sistémica*.

Todos los expertos concuerdan que el delirio tiene una función de protección de la identidad. El Experto A nos dice: *“[la función del delirio] Proteger de una realidad que es inasimilable [...] pero con un tremendo costo por supuesto, pero esa es la ganancia del sistema. la protege [a la identidad], pero la protege de un modo desadaptativo”.* (Entrevista A-1). El Experto C complementa diciendo que *“Entonces es interesante verlo así, tengo entendido también que unos autores como Victor Frankl plantean esto de que también lo buscan en cierta situación, psicotizarse también era como protector, decían que era más inteligente de hecho. Entonces claro cuando uno lo piensa por ahí va la línea de qué sentido tiene.”* (Entrevista C-1).

Esta protección puede ser una respuesta por vivir en una familia intolerable, por traumas, por vivencias extremas, etc. El Experto C con respecto a esto nos señala: *“A mí me ha pasado con muchos pacientes que el paciente está muy psicótico y luego hace pasar a la familia y la sensación de uno es, ‘yo no sé cómo yo podría tolerar esa familia sino*

*estuviera psicótico', o sea tendría que suicidarse, entonces en realidad parece que este señor en realidad está protegiéndose, esa es la impresión que tenía yo.*" **(Entrevista C-1)**

#### *Mantenimiento de la coherencia*

Esta subcategoría reúne todas las alusiones al delirio como manera de protección particular de la coherencia sistémica del sujeto. Un factor en el que hay gran acuerdo es que, finalmente, la mantención de la coherencia sistémica pareciera ser la función máxima del delirio. El Experto B nos dice: *"Yo creo que el delirio es un intento de generar articulación de significado para preservar un nivel de coherencia, aunque sea rudimentario y eso lleva a tener creencias locas."* **(Entrevista B-1)**

El delirio sería entonces un intento de generar articulación de significado para mantener una coherencia mínima, aunque sea rudimentaria. Al escaparse de la vivencia, el sujeto protegería su continuidad y coherencia sistémica. Según esto, el Experto C dice: *"[El delirio protege] yo creo que la coherencia y la continuidad también yo creo que eso es lo principal [...] o sea el paciente no lo planifica, en ese minuto parece re buena idea como para el aparato psíquico. Claro, probablemente visto desde afuera y a la larga, no, pero en ese minuto aparece la alternativa finalmente para el aparato psíquico."* **(Entrevista C-1)**.

Para explicar cómo funcionaría esta función del delirio, el Experto B ilustra: "porque en territorio de experiencia, que es pura angustia, logras significar este significado extraño pero que te mantiene en contacto, o sea te mantiene ahí, te mantiene estable, recurres a él. No sé si los pacientes te lo han dicho, pero cuando se confirma que sus delirios son verdad se acompaña muchas veces con una sensación de euforia y de tranquilidad enorme porque se dieron cuenta que no estaban locos. Cuando alguna alucinación les confirman que los delirios son verdad entonces efectivamente hay un tema de coherencia interna Hay una película en donde aparece, *La mente brillante*, ¿te acuerdas? Cuando nuevamente aparece este personaje que era como el compañero de cuarto, y le dice 'qué bueno que apareciste estaba tan

desesperado’, como que ahora hace la coherencia. Claro, hay un aspecto que puede ser medio egosintónico o egodistónico, pero ¿qué hace una coherencia?: estabiliza.” (Entrevista B-1).

### **Identidad de pacientes delirantes**

Esta macrocategoría reúne todas las citas que refieren a los factores de identidad que influyen en pacientes delirantes y se subdivide en cuatro categorías: la vivencia delirante, la vinculación delirante, la personalidad psicótica y las necesidades terapéuticas particulares del paciente delirante.

#### **La Vivencia delirante**

Esta categoría reúne todas las citas que refieren a las características que tienen las vivencias delirantes. Los entrevistados entienden la vivencia delirante como una vivencia de profunda lejanía y soledad, como un corte de la posibilidad de vínculo con un otro. La vivencia es tan disruptiva que se vive con gran perplejidad y desconcierto, ya que cuestiona las certezas más básicas de la existencia. Así, el Experto D señala: *“Esta cosa de que mi cuerpo ya no es mi cuerpo, de que la realidad está cambiando, de que siento movimiento extraños en mi cuerpo, que de repente escucho sonidos que no entiendo, que la gente tiene una cara más amenazante, hay un telón de fondo que es la perplejidad ya sea en el paciente esquizofrénico o pacientes que tienen otras vivencias delirantes. La perplejidad, el asombro y el desconcierto, el no poder dar cuenta de esta nueva experiencia inmediata, y como no puedo dar cuenta de esta experiencia inmediata estoy perdiendo las certezas más básicas de la existencia, y por lo tanto está amenazada la visión unitaria de mí mismo, están amenazadas las verdades más elementales que me mantienen en este mundo”* (Entrevista D-1).

### **Vinculación delirante**

Esta categoría reúne todas las referencias hechas hacia la capacidad o incapacidad del paciente delirante de abordar los fenómenos de vínculo o afecto con otros. Pareciera que mientras más grave el cuadro es menos la posibilidad que tiene el paciente delirante de comunicarse y vincularse con otros, como señala el Experto B: *“Obvio que sí, que mientras más grave hace que esté más desvinculado del mundo y que socialice menos”* (**Entrevista B-2**). A su vez, esta experiencia delirante pasaría a reemplazar la falta de vínculo con otros. Según afirma el mismo Experto: *“Yo creo que es el vínculo lo que enferma, en ese sentido yo creo que la psicosis y el delirio en particular pasa a reemplazar el vínculo, pasa a reemplazar la capacidad de la persona de relacionarse con la realidad, con otro y, en general, siempre que hablamos de la realidad de alguna manera estamos hablando de relaciones humanas, de que hay alguien afuera. En ese sentido, la experiencia delirante pasa a reemplazar la capacidad de vincularse, y eso es lo que lo vuelve tan complejo que a la larga pasa a ser algo muy difícil de interpretar y de asumir y de tolerar por su entorno, la familia por ejemplo trata de convencerlo que no es verdad lo que está pensando, etc. Entonces yo creo que sí. Ahora, por supuesto que eso respondería a la segunda pregunta en el sentido de que, si viene en una situación delirante, una persona que está delirando probablemente va a tener más consecuencias en ese vínculo; va a ser como círculo vicioso”* (**Entrevista B-2**).

### **Personalidad psicótica**

Esta categoría reúne las alusiones a la personalidad psicótica y al debate de si es necesaria una personalidad particular previa para delirar. Si bien los entrevistados fueron claros en que no se necesita una personalidad prepsicótica para delirar (*“Recalco esto de que tiene que haber un error en términos de necesitar una personalidad psicótica para delirar”*) (**Entrevista D-2**), los entrevistados sí reconocen ciertos patrones que tienden a repetirse en

las personalidades de quienes deliran. Las identifican como personalidades desestructuradas, “atrasadas” en el desarrollo (o sea, que no arman nada con su vida o que arman múltiples proyectos sin comprometerse a ninguno), o como dice el Experto C: *“lo más clásico que uno ve es que son personalidades justamente muy desestructuradas y que uno ve poco desarrollo finalmente. Cuando tú te los encuentras en la adultez, son sujetos que normalmente no han armado nada, que no han estudiado, que han estudiado muchas cosas y no han terminado ni una, han tenido muchas parejas, generalmente todavía no se independizan, o sea como que de alguna forma no hacen, como que es el camino que hacen este otro tipo de estructuras.”* (Entrevista C-1).

**A la vez, estas personalidades suelen ser** altamente comprometidas a ideales, como señala el Experto B: “personas que están muy comprometidas con una idea, con una idea de salvación de la humanidad. Hace mucho está esta cosa como new age, se comprometen mucho con una idea y así como vamos, se van a desvincular mucho con la realidad. Si uno mira la estructura de personalidad, puede empezar a temer que se abra más hacia el polo psicótico y el hecho que ocurran procesos de desestructurarse un poco. Sabemos que la fortaleza de la personalidad está dada por cómo se lidia con la vida cotidiana, y muchas veces son eventos [los que hacen] más aún que la persona se desaloje de sus recursos cognitivos de la vida cotidiana y los ponga en procesos delirantes. Yo creo que ahí uno puede adelantarse y tener la precaución en el sentido de conocer todo este tipo de experiencia y cómo tratar de entenderla. Y pasa con el trabajo que estás haciendo, que es ayudar a tomar medidas a tiempo, ayudar a la persona a que vuelva a la realidad, reforzar estos aspectos de la vida cotidiana que son más encarnados, más afectivos, y que pueden ayudarnos a prevenir” (Entrevista B-2).

Pareciera que, también, estas personalidades tienden a retirarse hacia la soledad. “Un funcionamiento que está fuera de lo vincular, que nunca está completamente fuera pero que

reacciona a lo vincular, que tiene que ver con una retirada a sí mismo, y en ello pensaba la salvedad como la social, como en lo vincular propiamente tal. En ese sentido, claro, a mí me parece que la identidad necesita lo vincular, tú necesitas estar dentro de lo social como para tener una idea de quién eres, y lo conversas en el día a día” **(Entrevistado B-1)**.

A su vez, existe desacuerdo sobre si la psicosis es un fenómeno que puede ocurrir en cualquier estructura o no. El entrevistado A nos dice: *“Eso no debe darse al mal entendido de pensar que todas las personas sí o sí puede llegar a ser psicóticas”* **(Entrevista A-1)**, mientras que C opina lo contrario, diciendo: *“Yo creo que también puede aparecer en cualquiera, porque la verdad, la verdad es que la psicosis puede aparecer en cualquiera. [...] O sea, si el día de mañana no sé, toda la familia de uno está en el avión y el avión se cayó y se murió toda tu familia, tengo derecho a estar por lo menos 1 semana psicótica. Entonces la verdad yo creo que sí puede aparecer en cualquiera”* **(Entrevista C-1)**.

### ***Fragilidad identitaria***

Esta subcategoría reúne todas las alusiones la fragilidad identitaria como factor relevante de la personalidad psicótica. Dentro de la personalidad psicótica todos los entrevistados se refirieron de un modo u otro a la fragilidad identitaria como factor común en pacientes que tienden al delirio o a otros fenómenos psicóticos. El Experto D nos señala: *“pensemos que en muchos pacientes que están delirando, la estructura de personalidad a la base es precaria, y a veces el delirio empieza a ser la única verdad para el sujeto. Y el empezar prematuramente a corromper esa verdad, cuando hay montos elevados de angustias psicóticas abajo, podría promover una mayor regresión o una mayor reestructuración”* **(Entrevista D-1)**.

Esto asumiría una base de personalidad precaria que tiende a la regresión y que utiliza el delirio como estrategia para comprender, aún a costa de sí mismo. Algunos de los expertos, a su vez, señalan que la personalidad base depende de la patología que circunscribe

al delirio. De todas formas, esto tendría dos factores: la fragilidad identitaria, por un lado, pero por otro también el peso de la vivencia desencadenante. Así: *“No sé si débil, pero si tiene que romperse el YO, o sea por ejemplo una persona que ha ido a Vietnam o fue torturado, claro puede ser que sea propenso y no es que tenga el Yo débil, le pasó algo muy traumático”* (Entrevista B-2). El Experto D complementa a esta idea, señalando: *“pero quién nos asegura a uno que puede ser el Dalai Lama, pero si le avisan que toda su familia murió en este minuto y fue atacada por terrorista de no sé qué y explotaron en dinamita, es un estímulo suficientemente potente para que cualquier estructura de personalidad se desmorone”* (Entrevista D-2).

### **Necesidades terapéuticas del paciente delirante**

Esta categoría refiere a las necesidades terapéuticas particulares del paciente delirante, sea cual sea el modelo en el que esto está enmarcado. Respecto a esto, los expertos señalan que los antipsicóticos son una necesidad clara de los pacientes delirantes. A su vez, éstos exigirían del terapeuta una actitud de “neutralidad amistosa”, en palabras del Experto D: *“La actitud, terapéutica, esta actitud más bien que decía Cameron de la neutralidad amistosa con el paciente delirante (no mantenerse ni cerca ni muy lejos, ni muy cuestionador, ni muy aceptador o congraciativo con el sistema delirante del paciente), esa es una cosa que es importante. Otra cosa que es importante también es poder construir el motivo de consulta con el paciente”* (Entrevista D-1).

Los expertos señalan que el rol del diagnóstico es importante, ya que “El delirio como fenómeno psicopatológico, sí [es abordable], pero yo creo que nunca hay que perder la perspectiva psicopatológica descriptiva y psicopatológica etiológica cuando uno diseña la psicoterapia. Me explico, no es lo mismo abordar el delirio del paciente esquizofrénico que abordar el delirio del paciente con trastorno delirante, o que abordar el delirio del paciente

con un trastorno de personalidad y que hizo un episodio micro-psicótico que está durando algunas horas” (**Entrevista D-1**).

A su vez, siempre se debe hacer énfasis en la escucha y en la validación (“validación en términos de que tal vez lo que necesite en el momento es que no haya un juicio a su experiencia, de que sea escuchado, que alguien se relacione; lo que no significa decirle tu eres esa locura” (**Entrevista B-2**)), y en el procesamiento constante de los datos que el paciente sea capaz de entregar: “Generar un buen diagnóstico, ese diagnóstico de los aspectos débiles y de los aspectos fuertes del paciente más allá de la patología, yo creo que de ninguna manera, independiente de que una teoría diga un delirio o diga una depresión de ciertas luces a intervenir ciertos aspectos genéricos, no hay que perder nunca la idea de que hay que ver caso a caso” (**Entrevista D-2**).

El Experto D también rescata el valor que tiene el rol terapéutico en la integración biográfica del episodio delirante. “Yo siempre debo escuchar al paciente y sus necesidades. Por ejemplo, algo que he visto mucho en pacientes bipolares, sobre todo los pacientes bipolares que deliran, es que van a tener una recuperación interepisódica que es mejor que las recuperaciones que tienen los esquizofrénicos, esta otra necesidad psicoterapéutica que es cómo incorporo esta experiencia delirante, psicótica, en mi biografía, en quien soy yo” (**Entrevista D-1**).

### **Consideraciones para el abordaje desde el CC**

Esta macrocategoría reúne todas las citas que refieren a las consideraciones necesarias para el abordaje terapéutico del delirio desde el modelo Constructivista Cognitivo y se subdivide en cinco categorías: Factibilidad de la terapia CC para el abordaje del delirio, Limitantes para la Terapia, Consideraciones Técnicas, Consideraciones Teóricas y Alianza terapéutica.

## **Factibilidad de la terapia CC para el abordaje del delirio**

Esta categoría reúne todas las citas que refieren a la factibilidad o imposibilidad de hacer psicoterapia Constructivista Cognitiva con pacientes delirantes. Esta categoría se divide en dos subcategorías,,: Condiciones para el cambio terapéutico y Limitantes para la terapia.

Existe cierto desacuerdo respecto a si la terapia es efectiva en todos los casos o no. Pareciera que lo que prima como opinión entre los expertos es un sí, pero con matices. Algunos expertos reconocen la psicoterapia Constructivista Cognitiva como factible, tal como dice el Experto A: *“si [es factible la psicoterapia constructivista cognitiva con pacientes delirantes], pero es factible con un montón de consideraciones”* (Entrevista A-1). Otros expertos opinan que la psicoterapia solo podría ser útil en períodos refractarios al delirio, mientras que las crisis serían impermeables a psicoterapia. Los últimos señalan que la intervención depende tanto del momento evolutivo del delirio, siendo a momentos más o menos apodíptico, por lo cual el criterio para la intervención sería el poder levantar la pregunta respecto al delirio en el momento correcto, y que también dependería del trastorno en el cual el delirio aparece, siendo distinto, por ejemplo, el delirio esquizofrénico del delirio del trastorno delirante. *“Uno ahí podría invitarlo a pensar desde otro punto de vista, yo creo que tiene que ver básicamente con el momento evolutivo del momento delirante y con el trastorno de base, yo creo que si puede ser abordable del punto de vista psicoterapéutico tomando en cuenta esas consideraciones”* (Entrevista D-1).

En particular, se hace importante diferenciar el tipo de delirio para ver si es abordable a psicoterapia o no tanto. *“El delirio como fenómeno psicopatológico, sí [es abordable], pero yo creo que nunca hay que perder la perspectiva psicopatológica descriptiva y psicopatológica etiológica cuando uno diseña la psicoterapia; me explico, no es lo mismo abordar el delirio del paciente esquizofrénico que abordar el delirio del paciente con trastorno*

delirante, o que abordar el delirio del paciente con un trastorno de personalidad y que hizo un episodio micropsicótico que está durando algunas horas” (**Entrevista D-1**).

### *Agentes de cambio terapéutico*

Esta subcategoría reúne todas las citas que refieren a agentes, elementos o condiciones necesarias para lograr el cambio terapéutico en pacientes delirantes, para que la psicoterapia con ellos se vuelva factible.

Considerado todo lo previamente señalado, existen ciertas condiciones terapéuticas que se deben cuidar para propiciar el cambio con pacientes delirantes. El primer objeto identificado por los terapeutas son los psicofármacos, que son reconocidos por casi todos ellos como necesarios para el abordaje del paciente delirante.

Los expertos identifican como agente de cambio terapéutico para el paciente delirante al vínculo por sobre todos los demás, punto en el cual hay gran acuerdo entre expertos. El Experto B bien nos dice: *“la alianza, y lo que ocurre dentro de esa alianza, la alianza y relación terapéutica es el lugar en el cual la persona se ve a sí mismo de manera diferente y actúa de una manera diferente y hace que pueda experimentar su realidad cotidiana de manera diferente”* (**Entrevista B-2**). Ahora, el vínculo por sí solo pareciera no bastar del todo, ya que *“Yo creo que es una herramienta pero que debe ser sincrónica también con los contenidos que van transcurriendo en la psicoterapia, ¿me explico? Yo creo que aporta por sí mismo y puede ser más importante que los contenidos en la medida que yo descuide este nivel (tal vez esté expresado falta de compromiso o esté expresando el lenguaje opuesto al que estoy expresando verbalmente). Yo creo que así a secas no sirve, pero sí es fundamental para que el nivel discursivo verbal se lleve de manera adecuada”* (**Entrevista D-2**). O sea, dentro de la alianza se debe utilizar en lo práctico de la psicoterapia.

De la misma manera, se identifica el rol del respeto a la construcción del paciente, aunque sea delirante. *“Yo le transmito le hago sentir que estoy preocupándome por esa*

persona como ser humano, se lo transmito, te fijas que le llegue, que internamente pueda sentir esa confianza. Que más allá del vínculo profesional, yo estoy aquí para ayudarlo, y eso es lo que moviliza al cambio” (**Entrevista B-1**). Pareciera que esta sería una manera de poder re-vincular al paciente y así devolverle elementos de la realidad consensual. Lo que generaría cambio, entonces, sería la exploración empática con el otro.

Por último, se reconoce la coherencia de dominios lingüísticos como una manera de generar vínculo y aliviar la soledad de la experiencia psicótica. Como dice el experto B: “Yo creo que es clave [la coordinación de dominios lingüísticos], el asunto es no apurar, porque cuando estamos coordinados y justo lo había pensado hace un rato, ahí estamos hablando que generamos consenso, estamos generando un nuevo consenso que en este caso ayuda al paciente para que pueda ver su realidad desde otro lado” (**Entrevista B-2**).

### ***Limitantes para la terapia***

Esta subcategoría reúne todas las alusiones respecto a las limitantes que se tiene para abordar el delirio. Esta categoría se subdivide en dos subcategorías, que son los dos tipos de limitantes principales: las limitaciones del modelo CC para la terapia con pacientes delirantes y las limitaciones propias del fenómeno del delirio.

#### *Limitaciones del modelo CC para la terapia con pacientes delirantes*

Este código reúne todas las alusiones respecto a las limitantes que el modelo Constructivista Cognitivo tiene para abordar el delirio. Los Expertos reconocen que para que un paciente delirante sea un buen candidato a terapia constructivista cognitiva debe cumplir de ciertos requisitos: estar motivado por un abordaje más profundo, tener recursos cognitivos necesarios y tener capacidad de *insight*, ya que es posible que si no cumple estos requisitos la terapia constructivista cognitiva no sea su mejor opción. “Que la indicación de psicoterapia constructivista cognitiva no debe ser una indicación general para todos los pacientes ni tampoco para todos los pacientes psicóticos, primera cosa” (**Entrevista D-1**).

También se presenta una limitante respecto a los recursos teóricos de la CC y del procesamiento de la experiencia. Como indica el entrevistado A: *“eso me tomo de una frase que dijo el profe Yáñez, no en una clase sino en una conversación de pasillo, pero yo le encontré mucho sentido, y es que el constructivismo cognitivo estaba hecho más bien para pacientes de estructura neurótica, y cuando estamos hablando de trastorno delirante no estamos hablando de estructura neurótica”* (Entrevista A-1).

A su vez, se reconoce el riesgo que pueden llegar a tener las técnicas más centradas en el cuerpo con estos pacientes. El entrevistado D nos dice: *“Ojo acá con esto, esto yo lo he visto en términos clínicos un par de veces y lo he leído en un par de papers que a veces estos pacientes, sobre todo con pacientes con trastornos delirantes o con esquizofrenia, la invitación a los ejercicios corporales, la invitación a ejercicios de relajación, la instrucción a cerrar los ojos, de centrar la tensión en sus estados interoceptivo a veces también puede ser amenazante y puede ser una experiencia que fomente la disociación o abiertamente la psicosis.”* (Entrevista D-2). Por lo mismo, aconseja evitar ejercicios como la relajación sistemática o cosas parecidas.

#### *Limitaciones para la terapia propias del fenómeno delirante*

Este código reúne todas las alusiones respecto a las limitantes que el delirio presenta para cualquier tipo de abordaje terapéutico. Como ya se señaló previamente, la gran mayoría de los expertos aseveran que es muy difícil, si no imposible, intervenir en el delirio agudo. Nuestro entrevistado D bien indica: *“Yo creo que comparten en términos de denominador común es que tal vez en la etapa aguda del delirio, o sea cuando el paciente está en sintomatología psicótica muy aguda, es mucho más difícil entrar al sistema de significación debido a que esta capsula delirante se vuelve impermeable”* (Entrevista D-1). Algunos expertos temen que la intervención podría hasta empeorar al paciente y sobre esto el mismo

Experto indica “¿Por qué no abordar preliminarmente desde el punto de vista agudo?, porque podría implicar incluso un empeoramiento del paciente” **(Entrevista D-1)**.

Otros reconocen que es muy necesario abordar el fenómeno siempre desde los recursos del paciente, ya que cuestionar antes de tiempo podría ser altamente iatrogénico. Habría que tener gran cuidado en el tiempo según el cual se interviene, ya que “Entonces si yo abruptamente interrumpo ese proceso [si cuestiono], probablemente voy a promover más la emergencia de angustia psicótica y, por tanto, más la regresión, la desorganización de la experiencia y probablemente podría aumentar la posibilidad del suicidio.” **(Entrevista D-1)**

Es interesante saber que existirían indicadores de gravedad que harían más difícil el trabajo terapéutico, por ejemplo, el grado de apodipticidad del delirio. Como señala B: “Yo creo que sí [mientras más apodíptico más grave] porque claro, hay que siempre ver el cuadro completo, pero a la larga tiene que ver con la complejidad en que está funcionando la persona: mientras más apodíptica es más vivido como algo concreto y mientras menos flexibilidad hay menos abstracción en la información, se toma de manera literal concreta. Entonces sí, de todas maneras” **(Entrevista B-2)**.

### **Técnicas psicoterapéuticas**

Esta categoría reúne todas las alusiones respecto a las técnicas psicoterapéuticas que pueden ser útiles para abordar el delirio. Esta categoría se subdivide en cuatro subcategorías: Técnicas Operativas, Técnicas Procedurales, Intervenciones Psicoterapéuticas y Otros Recursos.

Una consideración que fue entendida como horizontal a todo el proceso terapéutico es la necesidad de flexibilidad terapéutica para ir ajustándose a las necesidades del paciente según momento evolutivo: pegándose a los recursos más cognitivos cuando el paciente esté más en crisis, para ayudar a la homeostasis del sistema y sostener, pero siendo flexibles como para recurrir a los recursos más profundos que ofrece la psicoterapia CC en tanto el paciente

este estable. Como señala el terapeuta D, entonces: *“Y en función de lo que vaya pasando con el paciente, de repente yo estoy optando por la homeostasis sostenido por técnicas cognitivo-conductuales, pero en la misma sesión el paciente se mete en tema mucho más profundos que incluso podría tener que ver con fenómenos relacionales, y yo podría tener que ocupar la meta comunicación para algunas cosas. Y me doy cuenta que el paciente está preparado y que me está trayendo los insumos, y que quiere reflexionar en torno a, y yo tengo que tener la flexibilidad terapéutica para poder ocupar dispositivos técnicos, constructivistas cognitivos y una construcción constructivista cognitiva”* (Entrevista D-1).

### ***Técnicas operativas***

Esta subcategoría aborda todas las alusiones a las técnicas operativas como opción para la psicoterapia con pacientes delirante, ya sean útiles o iatrogénicas.

Los terapeutas entrevistados reconocen gran utilidad en las técnicas operativas, las que pueden llegar a ser una especie de cable a tierra para el paciente. El Experto D respecto a esto nos dice: *“también ahí es necesario esta otra participación que yo le decía más cognitiva, más de invitar al sujeto nuevamente al criterio de realidad, de bajar la angustia, de orientarlo. A veces la intervención debe ser muy estructurante y sin estar permanentemente en la búsqueda de significados profundos, sobre todo cuando el delirio se acerca más a lo exógeno o cuando están en etapas más agudas”* (Entrevista D-2).

Con base en esto, los expertos destacan el Registro de Pensamientos Automáticos como un recurso útil para pesquisar pensamientos delirantes. *“La detección de pensamiento automáticos permite que tanto el paciente como uno se vaya dando cuenta de cuáles son las ideas que van apareciendo y eso permite ir como escarbando para ver que delirios hay”* (Entrevista A-1).

### *Técnicas procedurales*

Esta subcategoría aborda todas las alusiones a las técnicas procedurales como opción para la psicoterapia con pacientes delirantes, ya sean útiles o iatrogénicas. Esta subcategoría se divide en dos códigos: Metacomunicación y Exploración Experiencial.

En este tema existe acuerdo general para considerar las técnicas procedurales como útiles y hasta necesarias en ciertos casos, pero altamente iatrogénicas estando mal indicadas o aplicadas abruptamente. *“Con este tipo de pacientes yo creo que son legítimas [las Técnicas Procedurales]; ahora, creo que deben estar muy al servicio de la relación, deben ocuparse en el momento precisos y no antes”* (Entrevista B-1).

Los expertos hacen gran énfasis en que para utilizarlas es preciso ser cautos y reconocer el momento evolutivo del delirio, ya que, de lo contrario, estas técnicas tienen gran potencial iatrogénico con pacientes delirantes por su naturaleza orientada hacia la deconstrucción de contenidos, lo que podría terminar como dice el Experto C en generar más trama para la idea delirante: *“Yo creo que probablemente en pacientes que por ejemplo estén con psicosis maníacas, también psicosis paranoides, es complicado [usar Técnicas Procedurales] porque de alguna manera lo que haces ahí es como armarle más trama”* (Entrevista C-1).

### *Metacomunicación*

Este código reúne todas las alusiones a la metacomunicación como herramienta para la psicoterapia con pacientes delirantes. Existe un acuerdo entre los Expertos que la metacomunicación debe ser reservada para etapas tardías de terapia, ya que como esta trabaja con la misma relación terapéutica puede llegar a alterar el proceso de construcción de alianza o, peor, a alimentar el delirio. Como nos dice el Experto A: *“[Hay que evitar] en un principio o en una primera etapa o al menos en la etapa más aguda de la sintomatología delirante, la metacomunicación como técnica procedural, porque eso obviamente con cualquier paciente*

*tiene que ver con la relación terapéutica. Y de partida, con cualquier paciente delirante, construir una buena relación terapéutica es una meta en sí misma, entonces uno no puede partir con una metacomunicación” (Entrevista A-1).*

### *Exploración experiencial*

Este código reúne todas las alusiones a la Exploración experiencial como herramienta para la psicoterapia con pacientes delirantes. La exploración experiencial es reconocida por algunos de los expertos como un recurso útil desde el comienzo de la psicoterapia, ya que permite coordinar dominios lingüísticos, lo que como ya hemos visto puede en sí ser un factor de cambio en pacientes delirantes. El Experto D nos dice: *“Podría ser [un agente de cambio], porque la exploración experiencial de alguna u otra manera va facilitando la convergencia entre la experiencia inmediata en curso y los elementos de realidad que muchas veces se le escapan también al paciente. Entonces ahí el terapeuta puede ayudar a resignificar poniendo el foco de atención en algunos elementos de la realidad que el paciente va perdiendo, y creo que es una buena interacción” (Entrevista D-1).*

A su vez, el Experto C señala que la exploración experiencial puede ser útil también como manera de generar información para el terapeuta: *“Yo creo que tal vez podría hacerse exploración experiencial en situaciones donde aparecen delirios importantes y todo. No sé si necesariamente colabora mucho en ese minuto en que el paciente logra ver algo, pero sí en el terapeuta para entender un poco más al paciente como entender un poco más el mundo del paciente” (Entrevista C-1).* A la vez, el mismo experto asevera que puede llegar a ser hasta más efectiva que el diálogo socrático por las características particulares de la técnica: *“Sí, yo creo que en un paciente delirante podría ser [más efectiva que el diálogo socrático] por lo mismo, porque yo creo que no parte desde el juicio. Incluso cuando uno hace el diálogo socrático con el paciente, en el fondo está haciendo una confrontación, porque si el paciente*

*está de alguna manera mostrando como uno enjuicia las cosas, acá siento que acá uno no enjuicia nada, acá uno está ayudando a mirar” (Entrevista C-2)*

De todas maneras, y al igual que con la metacomunicación, se debe esperar a instancias tardías de psicoterapia para evitar potencial daño. Para esto, El Experto B nos indica que “[*La Exploración Experiencial*] yo creo que se puede ocupar, tiene que estar la confianza, tiene que haber un lenguaje común con el paciente. [...]tiene que estar la alianza anclada, muy bien establecida” (Entrevista B-1).

### ***Intervenciones psicoterapéuticas***

Esta categoría aborda todas las alusiones a intervenciones psicoterapéuticas, ya sean útiles o iatrogénicas para el paciente, y se subdivide en un código de gran interés, que es el cuestionamiento o alianza con el delirio. Los expertos están en acuerdo general que las intervenciones deben ser pausadas y progresivas, siempre partiendo desde las menos amenazantes (exploración, clarificación) y avanzar lentamente hacia las más amenazantes en tanto la alianza así lo permita (interpretación, confrontación). Esto se hace porque existe un riesgo, ya que como nos dice el Experto D: “*porque si yo parto de inmediato confrontando ni siquiera me estoy preguntando cual es la función que cumple el delirio en ese paciente, le estoy haciendo una invitación inmediata a la angustia, entonces eso es peligroso*” (Entrevista D-2).

Algunos señalan que lo mejor es reestructurar el sistema “desde afuera hacia dentro”, lo que significa poner el cambio superficial como primer objetivo y desde el mismo avanzar hacia el cambio profundo. En palabras del experto D: “*Mi experiencia acotada clínicamente a un paciente me ha demostrado que es mejor reestructurar el sistema desde afuera hacia adentro, más que desde adentro hacia afuera. Porque cuando uno se mete a las vivencias más profundas de un paciente uno promueve las emergencias de estas angustias que*

*desorganiza; incluso estoy pensando en esquizofrenia o en pacientes bipolares empezar con intervenciones más conductuales más directivas” (Entrevista D-1).*

#### *Cuestionamiento o alianza con el delirio*

Este código aborda todas las alusiones sobre la utilidad o el daño de la alianza o del cuestionamiento del delirio. Existen posturas diferidas entre los expertos entrevistados respecto al cuestionamiento o alianza con el delirio. Algunos hacen gran énfasis en lo peligroso que es cuestionar el delirio y sugieren aliarse con el delirio como una estrategia útil, mientras que otros enfatizan el cuestionamiento como una técnica posiblemente útil para el cambio terapéutico en tanto se haga de buena forma (*“Uno diría que es confrontar el delirio, confrontar es mostrar contradicciones con la realidad, cómo hago esa contradicción, qué tan neutro o no neutro soy desde el punto de vista de aspectos no verbales o trascendentales, cómo eso puede impactar también positiva o negativamente al paciente” (Entrevista D-2)*) Aun así, ambas partes están de acuerdo con que la confrontación no puede jamás ser temprana, sino que requiere de tiempo.

En la segunda entrevista, después de haberlo reflexionado y de haber sido expuestos a la opinión de otros expertos, pareciera haber mayor consenso en el tema y la gran mayoría concuerda con que el delirio no se debe cuestionar sino hasta que el paciente esté listo para cuestionarlo por sí mismo. Entonces, no es el terapeuta quien cuestiona al paciente, sino que el espacio se cuida de manera tal para que invite a que el mismo paciente se cuestione a sí mismo. Así, *“que sea como esta misma realidad que está viendo el paciente, estas mismas experiencias que está teniendo el paciente en la terapia lo que vaya cuestionando al paciente. O sea, en el fondo no el terapeuta sino el espacio intersubjetivo que cuestione al paciente” (Entrevista A-2)*

El autor B, secundando esto, nos dice: “que no hay que cuestionarlo [...] solamente si ya es que estás en una posibilidad en que al paciente le sirva cuestionarse el delirio[...], pero

si yo cuestiono el delirio de por si en espacios tempranos del tratamiento voy a escandalizarlo porque ese delirio es su experiencia y es donde está aferrándose, entonces a la larga si yo lo cuestiono sería más a la larga una amenaza que como una exploración conjunta, un trabajo conjunto Hoy día se sabe bastante que no ayuda el cuestionar el delirio, no es terapéutico es iatrogénico, hace que claro tú puedas ayudar a que tal vez el paciente te crea” (**Entrevista B-2**).

También, se menciona la importancia de hablar desde la verdad con estos pacientes, ya que: “no te va a servir absolutamente de nada o tampoco decirle; ’oye estoy completamente de acuerdo, en realidad si todos estos hombrecitos verdes que esta acá también’, de una forma es súper complicado, ¿no?, y creo que también hay que tener cuidado con eso. Esta paciente que yo te contaba que se reía porque nosotros le decimos “yo le creo que usted siente”, porque esto de aliarse y mentirle al paciente es súper complejo para la alianza, porque después cuando el paciente está mejor es difícil que confié en uno” (**Entrevista C-1**).

### ***Otros recursos***

La subcategoría Otros Recursos reúne todas las alusiones de recursos técnicos no abarcados en las categorías previas y se subdivide en tres: Arteterapia, Timig y Encuadre.

#### ***Arteterapia***

Este código reúne todas las alusiones a la Arteterapia como manera para abordar terapéuticamente el fenómeno del delirio. Para algunos Expertos la Arteterapia es una manera útil de intervenir en pacientes psicóticos y ayudarles a “comunicar lo incomunicable”, siendo el arte un vehículo para validar y comunicar su experiencia de separación del mundo. Al respecto el Experto B señala: “*Martin Baquero, él dice que el delirio o el contenido delirante o de las alucinaciones uno las puede, como síntomas, trabajar desde la creatividad para ver qué lugar ocupa de la experiencia ese individuo. Pero cuando tú ocupas el contenido y lo*

*pones dentro de un proceso terapéutico no solamente lo estas interpretando dentro de marcos racionales, sino que también lo estás transformando a través de una vivencia. O sea, la persona que trabaja con sus alucinaciones para transformarlas en una pieza de teatro hace un proceso de creación, hace un proceso emocional, un proceso en donde de alguna manera se revisa a sí mismo y encarna de otra manera, se está viviendo de otra manera.”*

**(Entrevista B-2).**

### *Encuadre*

Este código reúne todas las alusiones al encuadre como ítem de cuidado para el abordaje terapéutico del fenómeno del delirio.

El encuadre terapéutico debe ser cuidado con pacientes delirantes, ya que la entrega de certezas elementales es vital con este tipo de pacientes. A su vez, debe ser flexible a las necesidades del mismo, por lo que por sobre todo debe ser un espacio dinámico. *"Yo creo que es difícil mantenerlos dependiendo del tipo de pacientes delirantes. Yo creo que el encuadre si bien debe ofrecer condiciones básicas elementales estables, también debe ser flexible a las necesidades del paciente durante el transcurso de las estaciones porque no sabemos cómo van a ir transcurriendo las estaciones, entonces el encuadre también debería adecuarse. Y tal vez en algún momento es necesario: si yo jugara a las damas o si en algún momento es necesario pararse y empezar a mover las cortinas para mostrarle que vea que no estoy lleno de micrófonos y que lo estoy grabando, yo creo que ahí hay que tener cierta flexibilidad al servicio de la angustia y al servicio de mantener una homeostasis y mantener un equilibrio. Independiente de cuál sea el paciente que está delirante, siempre hay una homeostasis muy frágil y muy precaria y el encuadre debiera ser capaz de ser modificado en medida que el paciente lo requiera sesión a sesión, más hacia la rigidez y estabilidad o más hacia la flexibilidad. Un encuadre rígido probablemente no lo va a tolerar la mayoría”* **(Entrevista D-2).**

En segundo lugar, el encuadre pareciera tener un objetivo terapéutico en sí mismo con estos pacientes, ya que según lo que nos indica el experto C: *“yo tengo la impresión de que igual es importante [el encuadre], pero es importante por lo mismo porque, por ejemplo, si estamos pensando en pacientes que están muy desestructurados como los pacientes esquizofrénicos que más bien le sirven las estructuras, les sirven como una sensación de seguros también. Y los otros pacientes tal vez porque uno suele ver que el delirio tiene algo que ver con la rigidez de la persona también, por lo tanto son personas que yo considero que funcionan mejor más encuadradas que no”* (Entrevista C-2).

### *Timing*

Este código reúne todas las alusiones al Timing como ítem de cuidado para el abordaje terapéutico del fenómeno del delirio.

Un espacio en el que se hizo gran énfasis es que todos los terapeutas entrevistados están de acuerdo con que el respetar el timing o el momento evolutivo del cuadro del paciente tiene una tremenda importancia y un rol vital en producir resultados terapéuticos útiles para el paciente. Como el Experto D nos dice: *“Yo creo que una cosa siempre a considerar es lo que hemos hablado que tiene que ver con el diagnóstico y la otra es la respuesta individual e idiosincrática de cada paciente, y esa no la podemos predecir. Hay pacientes con las que va a ser extremadamente lento, otros pacientes con los que no se va a poder penetrar en el delirio y hay que estar atento, también a identificar si lo que estoy haciendo está al servicio del narcisismo terapéutico o al servicio del paciente.(...)Pero yo no pondría que es siempre lento, sobre todo en pacientes que tienen elementos psicogénicos y psicoreactivos.”* (Entrevista D-2).

En su mayoría, pareciera que estos procesos terapéuticos son lentos. El experto A nos dice *“sí como interviniendo muy de apoco, sabiendo que cada sesión que uno haga o cada intervención por más que uno sienta o no avancé casi nada, pero ese casi nada es un poquito,*

pero eso a uno le ayuda a no tirar la esponja porque uno de verdad se frustra.” (Entrevista A-1).

También, algunos expertos mencionan cómo mantener un encuadre estable ayuda a mantener los límites, siendo esto particularmente importante para los pacientes psicóticos. *“Yo creo que es lo mismo, yo creo que obliga a saber qué medidas tomar, en términos de si vas a acompañar al paciente en su proceso, si estás capacitado para entrar desde lo emocional o si es necesario intervenir, si es necesario intervenir por internación o con algún aspecto”* (Entrevista B-2).

El timing entonces debe ser flexible y adaptativo a nivel micro, o sea en la misma sesión, y a nivel macro, en tanto las condiciones evolutivas del cuadro delirante.

### **Teóricas**

Esta categoría reúne todas las alusiones que se hicieron a las variables teóricas a tener en cuenta para el proceso psicoterapéutico con pacientes delirantes desde el Constructivismo Cognitivo. Esta categoría se divide en dos: Dimensiones Operativas y Organizaciones de Significado Personal.

#### ***Dimensiones Operativas***

Esta sub-categoría reúne todas las alusiones al rol de las dimensiones operativas en el abordaje terapéutico del fenómeno del delirio.

Las Dimensiones Operativas identificadas como las más comprometidas en los fenómenos delirantes son Concreción-Abstracción, Rigidez-Flexibilidad e Inclusión-Exclusión (uno de los Expertos propone que de hecho la dimensión sería la Sobre inclusión, ya que todos los datos de la realidad comienzan a ser relevantes).

A su vez, se propone el trabajo con las dimensiones operativas como una piedra angular en el trabajo con pacientes delirantes, ya que *“en pacientes con trastornos delirantes uno podría decir que también podría invitar al paciente en ese momento a la cordura; uno*

*también como terapeuta puede ser representante del juicio de realidad e invitarlo amablemente a cuestionarse el delirio desde otros puntos de vista. Eso lo podemos mirar por ejemplo desde dos perspectivas, primero desde la perspectiva cognitiva más tradicional en la lógica del cuestionamiento socrático y también lo podemos mirar desde la perspectiva de Guidano de reacomodar el funcionamiento de las dimensiones operativas” (Entrevista D-1).*

Algunos expertos también mencionan que hay dimensiones operativas que pueden dar pistas y están asociadas a la gravedad de los casos. *“Es curioso porque el delirio no es muy concreto, cierto (...) pero puede llegar a niveles de concretitud, probablemente mientras más grave más concreto” (Entrevista B-1).*

### ***Organizaciones de Significado Personal***

Esta sub-categoría reúne todas las alusiones al rol de las Organizaciones de Significado Personal en el abordaje terapéutico del fenómeno del delirio. Todos los expertos consultados concuerdan en que todas las OSP pueden presentar delirios. Algunos proponen que la OSP, más que hacer diferencia en la posibilidad o no de psicotizarse, tendría gran influencia en la temática en la cual caería el delirio, al contenido de la vivencia misma. A su vez, algunos de los expertos identifican a los DAP y a los Obsesivos como población de mayor riesgo a psicotizarse. *“Yo creo que uno encuentra mucho más pacientes en la línea de lo dápico y en la línea del obsesivo. Me ha pasado poco ver fóbicos psicóticos, que yo recuerde, depresivos la verdad me ha tocado ver muy pocos en general, como OSP reales depresiva, (...) si bien uno esperaría que puntualmente por el tema vincular, la historia pasada, los traumas todo, probablemente pudiera ser la que tuviera más, pero a mí me ha tocado más bien mas dápicos y más obsesivos” (Entrevista C-1).*

Aun así, se postula que la Organización de Significado Personal de cada paciente sí podría influir en gran medida en los contenidos y las temáticas del delirio en sí mismo. *“Un paciente depresivo de OSP depresiva, un trastorno psicótico del ánimo esquizofreniforme, es*

*eso, una persona que llega a un punto en que está tan vacía de sentimientos que nuevamente no le queda el espacio vincular emotivo para dar significado y recurre a la ideación que ahora es mucho más auto mutilante que otros pacientes (...) porque es como el contenido de la vivencia” (Entrevista B-1).*

### **Alianza Terapéutica**

La categoría Alianza Terapéutica reúne todas las aseveraciones respecto a la alianza y la intersubjetividad clínica que se da con pacientes delirantes. Esta categoría se separa en dos subcategorías: Cuidados para la alianza y Exigencias para el terapeuta.

Todos los expertos concuerdan en que la alianza tiene un rol trascendental en el proceso terapéutico con pacientes delirantes. Como dice el Experto B: *“la alianza y lo que ocurre dentro de esa alianza, la alianza y relación terapéutica, es el lugar en el cual la persona se ve a sí mismo de manera diferente y actúa de una manera diferente y hace que pueda experimentar su realidad cotidiana de manera diferente” (Entrevista B-2).*

Según la opinión de algunos de los entrevistados la apertura empática le permitiría al paciente volver a vincularse e ir sanando su separación del mundo, por lo que debe ser el primer paso de toda psicoterapia con pacientes delirantes. *“Yo creo que [la alianza] es un elemento que promueve el cambio, el poder utilizar adecuadamente las intervenciones cognitivas conductuales y constructivistas que tenemos, desplegarlas oportunamente cuando el paciente las necesite, ver cuando necesitamos más intervenciones de escucha, cuando tenemos que movernos más a las intervenciones de acción, por ejemplo, y ahí uniéndolo con el timing. No se debe subestimar al paciente porque un paciente está psicótico o delirando, con un paciente que siente que no puede tolerar intervenciones más profundas, con confrontaciones como disociaciones como interpretaciones, también se debe poner todo el arsenal termino al servicio del paciente y también estar pendiente al timing, todas las técnicas y todas intervenciones están al servicio del espacio” (Entrevista D-2).*

### *Cuidados para la alianza*

La subcategoría Exigencias para el terapeuta reúne todas las alusiones a los cuidados que se deben tener con la alianza en el abordaje terapéutico de pacientes delirantes. Según lo señalado por los expertos la alianza contiene gran potencial de cambio terapéutico. Se hace énfasis en evitar que se transgreda el encuadre, ya que esto da pie a confusiones y angustias en general, pero de manera particular con pacientes delirantes. *“En términos de la alianza es muy incorrecto que tú establezcas una relación fuera del contexto de lo terapéutico, eso es muy riesgoso, eso de mandar Whatsapp todo el tiempo, hacer cosas que puedan entenderse de otro lado donde tú puedes involucrarte al punto donde puedes perder el foco de lo terapéutico, o sea es una línea muy delgada o yo creo que en pacientes más graves el encuadre es muy central para que haya este flujo este proceso interpersonal que genera el cambio” (Entrevista B-1).*

A su vez, los expertos señalan que se debe evitar mentirle al paciente, ya que esto suele romper la alianza. En particular, hay gran acuerdo en que se debe evitar confrontar antes de tiempo ya que es fácil que el paciente se sienta atacado, por lo que el trabajo debe ser pausado y calmo.

### *Exigencias para el terapeuta*

La subcategoría Exigencias para el terapeuta reúne todas las alusiones a las dificultades o exigencias que vive el terapeuta con esta clase de pacientes y se ahonda en un único código, el de Actitud Terapéutica.

La primera exigencia es mantener un diagnóstico clínico certero y acorde, para estar al tanto de lo que ocurre en sesión y tener las herramientas necesarias para comprenderlo. En palabras de uno de nuestros expertos: *“Sí, anamnesis: nosotros no podemos tener una realidad con quienes estamos trabajando, en este sentido el rigor clínico tiene que ser infalible, tiene que saber cuál es la historia de este sujeto que tiene trastorno previos,*

*psicológicos psiquiátricos, su historial médico, qué hábitos posee; todo lo que nos ayude a entender cómo funciona y tener el diagnóstico estructural y también de identificar más o menos qué está ocurriendo. Y eso dependiendo del marco interpretativo de cada profesional va a permitir acercarse a ese fenómeno más idiosincrásica, más ajustada a lo que la persona necesita, porque si no se corre el riesgo de idealizar lo entretenido de la locura, entonces uno lo ve más que lo hayan dicho ellos, es igualitario [...] Algunos autores escribieron sobre la esquizofrenia este libro del anti Edipo que es muy interesante para entender el proceso psicótico desde otro punto de vista, pero también hay un riesgo que se idealice, que se transforme la esquizofrenia o la psicosis o el delirio en una cosa romántica como esperable e ideal, que en realidad no lo es” (Entrevista B-2).*

La exigencia más mencionada por los expertos es la exigencia de flexibilidad, ya que el terapeuta debe tener a su disposición gran conocimiento teórico para ir poniéndolo al servicio del paciente según este lo vaya necesitando. *“Y en función de lo que vaya pasando con el paciente, de repente, yo estoy optando por la homeostasis sostenido por técnicas cognitivo conductuales, pero en la misma sesión el paciente se mete en tema mucho más profundos que incluso podría tener que ver con fenómenos relacionales, y yo podría tener que ocupar la meta comunicación para algunas cosas y me doy cuenta que el paciente. está preparado y que me está trayendo los insumos y que quiere reflexionar en torno a, y yo tengo que tener la flexibilidad terapéutica, para poder ocupar dispositivos técnicos, constructivistas cognitivos y una construcción constructivista cognitiva” (Entrevista D-1).*

El terapeuta debe estar abierto y ser capaz de generar interpretaciones metafóricas y simbólicas, muchas veces dificultosas de lograr. *“Y ahí bueno depende de la capacidad interpretativa del terapeuta y de lo que vaya ocurriendo. Si tu ocupas el metro como una metáfora y el metro casi representa el poder pasar, ‘tú puedes pasar y tomar tu propio tren por la vida’, pero siempre y cuando haga que la persona lo tome como en un sentido literal,*

*poder que lo logre aterrizar a su propia experiencia, de otro modo se corre el riesgo que sea prematura su interpretación y la persona puede incorporar más contenidos delirantes a esa interpretación” (Entrevista B-2).*

A su vez, el terapeuta tiene la exigencia de ser capaz de manejar la incertidumbre y “tolerar la locura” del paciente, no enganchar con estos datos “locos” ni permitirse engolosinarse con lo raro del síntoma, para lograr mantener una actitud neutral. *“El terapeuta puede tolerar la incertidumbre de lo que vive ese paciente, en que puede entrar a generar un vínculo de confianza, en que puede tolerar el dolor, en que puede tolerar esas cosas que son más humanas, más normales, dentro de ese paciente con psicosis, y alguna manera teniendo la delicadeza de no tomar el anzuelo de lo perturbante de ciertos contenidos, por ejemplo, delirantes” (Entrevista B-1).*

Ya que el trabajo con estos pacientes es largo y lento, muchas veces generan frustración, por lo que la gran mayoría de los expertos concuerdan que el terapeuta debe ser capaz de manejar su propia ansiedad y expectativas. *“Por otro lado [un riesgo es que el terapeuta] se empiece a molestar y que esa molestia y frustración, que es inevitable sentir con pacientes delirantes [...] sea percibido por el paciente en un primer momento y eso haga que se pueda sentir agredido, yo diría más que nada eso.” (Entrevista A-1).*

#### *Actitud Terapéutica*

Este código reúne todas las alusiones a la actitud terapéutica ideal para el abordaje terapéutico del fenómeno del delirio. La actitud terapéutica debe cumplir con ser “neutralmente amistosa” y esto con pacientes delirantes es más real que con cualquier otro. *“La actitud terapéutica, esta actitud más bien que decía Cameron, de la neutralidad amistosa con el paciente delirante, no mantenerse ni cerca ni muy lejos ni muy cuestionador ni muy aceptador o congraciativo con el sistema delirante del paciente, esa es una cosa que es*

*importante. Otra cosa que es importante también es poder construir el motivo de consulta con el paciente” (Entrevista D-1).*

Se necesita una actitud de honestidad y apertura. “Ser honesto con el paciente, pero sin enjuiciar, el delirio no es algo para aferrarse de los juicios valóricos ni de ningún tipo [...]ni a las etiquetas diagnósticas, ni tampoco en el delirio, es ver a la persona” **(Entrevista B-2).**

Solo así es que uno pone las condiciones necesarias de actitud como para abrirla a ser un agente generador de cambio positivo, ya que “*todo paciente que se encuentra psicótico necesita un vínculo seguro. Otro elemento es poner mucho énfasis en la relación con objetivo, relación que puede ser también sumo terapéutico en sí mismo, más allá de los significados que se desplieguen verbales, sino que a nivel no verbal, los sujetos siempre van confrontando la actitud terapéutica y la actitud terapéutica de aceptación, de no cuestionamiento, [...] de no enjuiciamiento superyoico del delirio; también puede hacer que el sujeto lo mire desde otra perspectiva, de que se acepte otras miradas” (Entrevista D-2).*

## CAPITULO VII: DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue proponer una síntesis conceptual y práctica acerca del fenómeno del delirio a partir de la experiencia de expertos formados en el Modelo Constructivista Cognitivo (CC). Para lograr esta tarea, este propósito se subdividió en cuatro objetivos específicos que examinaremos a continuación, detallando la forma en que se dio respuesta a éstos y cómo esto se relacionó con los precedentes teóricos revisados.

### **Delimitar el concepto de delirio desde el modelo Constructivista Cognitivo**

Respecto al objetivo de delimitar el concepto de delirio a partir de la experiencia de terapeutas expertos desde el Modelo CC, y a modo de resumen de los resultados, se encontró que, según la opinión de los expertos, el delirio sería siempre una estrategia desadaptativa del sistema que responde a situaciones desencadenantes de gran impacto biográfico y que implica un alejamiento de la experiencia y un cambio cualitativo en la percepción de la misma. No es comprensible, aunque sí afectable por fenómenos culturales, y tiene como función la tramitación de contenido experiencial para la protección y la mantención de la coherencia sistémica.

### **Definición del delirio Constructivista**

Para explicar el funcionamiento del delirio, El experto B nos dice *“necesito darle una explicación [a la experiencia] y si no le puedo dar una explicación delirante, no tengo un marco de referencias para interpretarlo, así que eso por un lado que reduce la incertidumbre”* (Entrevista B-2). Podemos ver entonces que el delirio es una estrategia resolutive que responde a la necesidad de mantención de coherencia sistémica, que es una necesidad horizontal a todo ser humano y que puede ser resuelta mayor o menor éxito (Yáñez, 2005).

Como vimos previamente, la teoría constructivista propone al sujeto como un constructor de su propia realidad, quien en el proceso de construirla la tiñe con sus propios significados. En este contexto y dado a que tal como señala Dörr (1995) el delirio ha sido considerado históricamente como un contenido contrario a la verdad, abre la necesidad de generar una definición de delirio que sea acorde a las necesidades del Constructivismo, ya que la definición de la psiquiatría clásica del delirio como “una creencia falsa” presupone una realidad objetiva, alcanzable e inmutable, cosa imposible desde el paradigma constructivista. Por lo mismo, nace la necesidad de definir el delirio para el Constructivismo Cognitivo por sus cualidades fenomenológicas y no así por su relación con la realidad.

Esta, sin embargo, no es tarea fácil. Según la opinión de los expertos, pareciera que el delirio se distingue de la experiencia normal por dos cualidades particulares: el alejamiento de la experiencia y el cambio cualitativo de la misma. Este cambio cualitativo implicaría: su incorregibilidad, el cuestionamiento de certezas elementales y la tinción total de la experiencia en base a la creencia delirante. O sea, esta característica tan propia del delirio que implica un “todo se explica a partir de”, particularidad muy parecida a los dos primeros puntos de la propuesta Jasperiana para comprender el delirio, quien propone que este debe ser: apodíptico, incorregible y de contenido imposible.

Este último factor de la caracterización Jasperiana del delirio, el contenido imposible, pareciera verse refutado en la actualidad, pues no existe evidencia de que el contenido deba ser imposible como para ser delirante. Es más, como nos señala en su ejemplo el experto C, hasta pueden ser contenidos plausibles y posibles, que son delirantes de igual manera. *“En la clínica psiquiátrica siempre contaban, era muy frecuente, que los docentes que habían estado en la época de la dictadura en la clínica, contaban que a ellos les pasaba con frecuencia que llegaban pacientes diciendo que la CNI los perseguían, etc., y que les costaba mucho hacer la diferenciación que uno lo diferencia finalmente no porque la cosa es ilógica,*

*sino porque le paciente lo duda, porque la verdad las ideas pueden ser completamente lógicas, pueden ser completamente creíbles pueden ser entendibles, comprensibles, el tema y la diferencia y el que hace la diferencia con el delirio es que [en el delirio] no hay ninguna duda” (Entrevista C-1).* Pareciera que, entonces, la visión Jasperiana del delirio no es suficiente para abordar las complejidades que implica entender el delirio desde el constructivismo.

La propuesta de Scharfetter (1979) en tanto, sí parecería más coherente al paradigma constructivista. En su propuesta, este autor habla que el paciente delirante tendría distintos grados de posibilidades para la interacción entre la realidad delirante y la realidad consensuada, lo que permitiría hablar de que estas ideas no son estables, sino que pueden ir cambiando en el tiempo y por ende, su posibilidad de acceso para el abordaje terapéutico puede cambiar de momento a momento. O sea, el alejamiento de la experiencia (primera cualidad del delirio identificada por los expertos entrevistados) sería gradual dependiendo del paciente.

A su vez, el mismo autor delimita el delirio como una vivencia de significación que sufre una transformación radical, que ocurriría con absoluta certeza y que tendría como características el ser inquebrantable e incorregible. Esto se condice con la segunda cualidad descrita por los expertos entrevistados, la del cambio cualitativo de la experiencia, por lo que esta sería la propuesta que más se acerca a lo propuesto por los expertos entrevistados.

### **El delirio como alteración de la ipseidad**

Sass y Parnas proponen el delirio Esquizofrénico como una alteración que ocurre en la ipseidad que afectaría el núcleo de la experiencia en sí mismo y de esa manera toda la estructura del yo (Nelson, Sass, Thompson et al. 2009, en Pérez, García y Sass, 2010). Recordemos que ipseidad es parte de la identidad y se define como:

Un sistema de conocimiento descentralizado que provee un sentido discrepante de uno mismo a partir de experiencias desbordantes que deben ser explicadas para ser asimiladas a los procesos centralizados de conocimiento, asociadas con procesos de

cambio y de predominio de contenidos emocionales expresados en activaciones emocionales recurrentes.

La ipseidad (o sea, lo discordante del yo) debe estar en constante relación con la mismidad (o lo concordante) para generar la mediación entre contenido que permite la incorporación de nuevos contenidos a la identidad narrativa (Ricoeur, 1996). Esto, en el delirio, pareciera no ocurrir: el sujeto se quedaría más bien congelado en la vivencia delirante, sin poder encontrarle explicación a la experiencia, por lo que el sujeto no es capaz de integrarla y por ende se vuelve incorregible y apodíptica. Pareciera que el contenido ipse, entonces, se vuelve desbordante e incontrolable para el sujeto, lo que viene acompañado de perplejidad pues el contenido no es reconocido como propio y por ende, se salta al delirio como una manera de restablecer el sistema.

La opinión de expertos recogida en este estudio de cierto modo concuerda con esto, ya que presentan una posibilidad de entender el delirio como una experiencia que, de partida, es respuesta a una experiencia desbordante, cuya función es entregar significado aunque este suele ser erróneo y que está acompañado de sentimientos acordes a la discrepancia de sentido. En palabras del experto A: *“Hay un telón de fondo que es la perplejidad ya sea en paciente esquizofrénico o pacientes que tienen otras vivencias delirantes, la perplejidad, el asombro y el desconcierto, el no poder dar cuenta de esta nueva experiencia inmediata”* (Entrevista A-1). Esto pareciera dar luces al énfasis ipse de la experiencia, a saber: la experiencia en la que lo que predomina es la parte del yo que el propio ser no conoce ni reconoce como suya.

Ojeda, por su parte, entiende el delirio como una traslocación mórbida del acto de conciencia a partir de la pérdida de la normal exclusión recíproca de los actos perceptivos e imaginativos en la mente sana, es decir, de la capacidad del sujeto de separar los actos de percepción de los actos de imaginación. El autor hace especial énfasis en la cualidad

noético/noemática de la experiencia delirante, lo que da nuevas luces para entender la alteración de la ipseidad que implica. Esto significa que el delirio tendría componentes de nóesis (que refieren a cómo se presenta a la experiencia, lo que podríamos llamar componentes vivenciales) y de nóema (el sentido y significado que se le da a una vivencia) al mismo tiempo. Ambos espacios parecieran estar alterados en la vivencia delirante, lo que invita a pensar -como sugieren nuestros entrevistados- que el fenómeno delirante es tanto una manera de vivir la experiencia como una forma de tramitación de la misma; tiene un sentido solo como unidad. Esto se condice con lo que dice Scharfetter (1979), quien señala que en el paciente delirante la vivencia de la significación experimenta un cambio radical en que el saber inmediato que se impone desde la experiencia es la vivencia delirante primaria. La experiencia delirante, entonces, sería una experiencia que funciona en estos dos niveles al mismo tiempo noético y noemático y que, por ende, es una forma de significar y una vivencia, siendo esta una relación de co-construcción entre ambos factores e influyendo, por lo mismo, tanto en términos de Significado Personal como en términos de Sentido Personal, en tanto se corta la unidad organizadora del *self*.

Pareciera entonces que esta vivencia noético/noemática llega al sujeto cuando el acceso a la ipseidad se desborda y se vuelve traumática, inconexa a la identidad narrativa que la enmarca y de gran costo para el sistema. Así, entonces, el delirio aparece como un síntoma de este intento fallido de llegar a la experiencia, bloqueándola y generando una vivencia de la misma y una significación de gran impacto vivencial, con un alto costo a nivel identitario. Esto tiene importantes implicancias para el abordaje desde Constructivismo del fenómeno delirante, ya que daría base teórica para no centrarnos tanto en el delirio sino que más bien en el intento fallido de llegar a la experiencia. Esta idea se ahondará de mejor manera en el objetivo de Consideraciones para la psicoterapia Constructivista Cognitiva, en el apartado Exigencias para el terapeuta.

Con respecto a las cualidades del delirio, los expertos entrevistados identificaron el cambio cualitativo y el alejamiento de la experiencia. El referido cambio cualitativo implicaría: su incorregibilidad, el cuestionamiento de certezas elementales y la tinción total de la experiencia en base a la creencia delirante, es decir, esta característica tan propia del delirio que implica un “todo se explica a partir de”. Todas estas características podrían pensarse como un predominio del contenido ipse si pensamos en el delirio como una respuesta a una situación desbordante e inentendible para el sujeto, que lo obliga a llegar y romper su límite sistémico de coherencia, sin ser por ello una experiencia “fuera” de su propio sistema. En palabras simples, el delirio -si bien sería incoherente- invitaría a vivir la experiencia en términos extraños pero propios para el sujeto, y que podrían generar los sentimientos de perplejidad mencionados por los expertos entrevistados en el estudio.

Por último, con respecto a la cualidad del alejamiento de la experiencia consensuada, Hagar (2017) entiende la experiencia psicótica desde el constructivismo como un estado “anormal” de disfunción sistémica, donde se restringe en forma importante la incorporación de significados experienciales diversos y variados a la dinámica de la construcción permanente del sí mismo, lo que pareciera estar asociado a lo indicado por los expertos como un alejamiento de la experiencia: o sea, se generaría una distancia a las posibilidades de generar nuevos significados y así seguir experimentando.

### **Procesamiento de la experiencia delirante**

¿Qué diferencia al delirio de otros tipos de procesamiento de la experiencia? Para contestar esta pregunta, se vuelve interesante utilizar la corriente de la asimilación de la experiencia que propone Yáñez (2005), la cual consiste en 7 pasos que llevan a un reordenamiento del sistema de conocimiento en términos de nuevos órdenes de complejidad. Es importante considerar que este procedimiento describe el proceso de la asimilación de la

experiencia neurótica, por lo que queda claro que, para pensar el delirio, debe sufrir de algunas modificaciones, las cuales se discutirán a continuación.

La evidencia recogida en las opiniones de los expertos nos permiten inferir que el delirio es una forma poco eficiente de tramitar la experiencia, ya que, si bien la experiencia a asimilar sería, al igual que en el modelo propuesto por el autor, una respuesta a una experiencia perturbadora, esta experiencia no llegaría a tomar parte de la identidad del sujeto, sino que sería expulsada e intercambiada por un contenido vivencial tolerable, aunque ilógico. Esto es coherente, de nuevo, con lo que propone Hagar (2017), quien dice que la psicosis restringe la ocasión de significar la experiencia, por lo que es imposible hablar del delirio como un modo de significación, sino que sería más bien un proceso primitivo que se asemejaría al proceso de significación pero que en calidad es más precario e inefectivo en la tarea de complejizar la identidad.

Coherente a esto, Rossi (2014) propone que la diferencia entre el transcurrir del neurótico y del psicótico (o sea, del delirante) es la pérdida de la resistencia a la reflexión sin límite, lo que llevaría al sujeto a procesar la experiencia desde una visión primitiva, a la que el autor llamó “pensamiento paleológico”. Esto es fácil de asociar con el concepto de hiperreflexibilidad que proponen Sass y Parnas, (2003;2007) que sugiere que el esquizofrénico no sufriría una pérdida de la conciencia, sino que esta se intensificaría pero con una lógica distinta, elemental, que no se regiría de ninguna manera por la lógica formal Aristotélica. Esto es muy concordante con el concepto levantado por los expertos entrevistados del delirio como un “cambio cualitativo de la experiencia”, ya que de alguna manera nos ilustra como la significación se vuelve primitiva y ya no eficiente en significar, pero si logra resolver parcialmente el conflicto de la significación misma. Lo que viviría, entonces, no sería un proceso de significación, sino que un proceso de pre-significación, o de mera tramitación,

que no logra cumplir el objetivo de integrar información al sistema ya que por su naturaleza centrada en la ipseidad el contenido le es al paciente absolutamente ajeno.

Con estos antecedentes entonces se podría pensar que en el modelo de Yáñez, el proceso delirante toma un cambio con la corriente de asimilación de la experiencia recién en el punto III, que involucra el reconocimiento de información de contenido relevante para el sistema. Acá, según lo que proponen los expertos, la información relevante sería tanta y en tal nivel desbordante que no lograría activar de manera apropiada los procesos de subjetividad, por lo que la función de tramitación se vería afectada (y podría ser asociado con la evidencia neurobiológica que nos dice que los esquizofrénicos tienen problemas y tardan más en analizar imágenes amenazantes en comparación al grupo control (Blackwood, Howard, Bentall, y Murray, 2001)).

Esta falla en el proceso de tramitación tendría un impacto vivencial enorme en el siguiente paso, el de levantamiento de explicaciones, ya que esas mismas explicaciones estarían a tal nivel cargadas de contenido que tendrían que salir de la lógica como para que, recién entonces, sea tolerable la clasificación. El sistema entonces no se asociaría con otros contenidos, no integraría y no apropiaría, quedándose en los primeros estadios de la asimilación y, por tanto, inefectivo en el proceso de significar, hecho coherente a lo que proponen Guidano y Arciero (2007) respecto a la psicosis como una falla en la secuencialización de la experiencia.

### **Particularidades de los pacientes delirantes desde el modelo CC**

A modo de síntesis de lo recabado, los expertos logran el consenso de que los pacientes delirantes tienden a tener una personalidad más frágil que los pacientes no-psicóticos, no siendo una condición que se dé en todos los pacientes, pero sí una condición que, de existir, establecería que saltar al delirio sea mucho más fácil. A su vez, acordaron que todas las Organizaciones de Significado Personal (OSP) pueden llegar a psicosis, pero que las

más propensas a estos son la Organización Obsesiva y la Organización Dápica. En tanto, respecto a las Dimensiones Operativas se identificaron las dimensiones de Concreción-Abstracción, Rigidez-Flexibilidad e Inclusión-Exclusión como las más afectadas. Estos sujetos tendrían problemas a la hora de generar vínculos y, por lo general, se hace importante diferenciar el tipo de delirio que tenga cada paciente porque cada uno dará luces específicas respecto a las características y los recursos del paciente.

### **Identidad y Fragilidad identitaria**

Desde el Constructivismo Cognitivo, el Sí mismo puede ser definido como “un sistema de conocimiento personal que provee al sujeto de una identidad coherente y permanente, a través de la dinámica de los procesos de continuidad y de cambio, en relación con el mundo” (Yáñez, 2005). Esto sería un sistema horizontal a todo ser humano, pues todos tendríamos la tarea constante de tener una idea de nosotros mismos que nos permita enfrentar las perturbaciones que nos entrega el mundo. Este sí mismo estaría conformado por dos partes: la mismidad y la ipseidad, y por supuesto que el sujeto es afectado por ambas. Es por eso que todo lo mencionado previamente del delirio como un fenómeno de alto contenido ipse es importante en términos de construcción de identidad, ya que esto sin duda debe tener un correlato en términos de identidad. A su vez, lo revisado previamente respecto a asimilación de la experiencia nos permite ver cómo el delirio restringe la progresión en complejidad del sistema, impidiendo su progresión y la incorporación de nuevos contenidos a la mismidad y, por ende, simplificando sus versiones de sí mismos, lo que fragiliza la identidad. Es así como, metafóricamente, podríamos plantear que el delirio sería un gran punto aparte en el texto que lleva la identidad narrativa en estos pacientes.

Los expertos entrevistados generaron entre sí gran debate respecto al tema de la fragilidad identitaria. Aun así, todos los expertos estaban de acuerdo con que no es necesaria una fragilidad identitaria para generar delirios, sino que este sería tan solo uno de los factores.

Esto funcionaría más bien como un interjuego de equilibrio precario entre la fragilidad del sistema y el peso vivencial de la experiencia que la desencadena. Esto significaría que, a mayor peso vivencial del factor desencadenante, menor importancia tendría la fragilidad identitaria del sujeto, por lo que el delirio es una posibilidad hasta para la persona más fuerte a nivel identitario en tanto el evento desencadenante sea lo suficientemente fuerte.

Esto tiene importantes implicancias a nivel vivencial. Si bien todos vivimos este interjuego para asimilar la experiencia que vivimos en el día a día, en el caso del paciente psicótico que tiene una identidad más frágil las vivencias disruptivas tendrían un especial costo psíquico para el sistema y arriesgarían desbalancear de manera más fácil el equilibrio precario de coherencia que tiene el sistema del paciente. De alguna manera, su sistema es simplemente más vulnerable que el de otros. Esto puede ser asociado nuevamente a la evidencia neurobiológica que nos dice que los esquizofrénicos tienen problemas y tardan más en analizar imágenes amenazantes en comparación al grupo control (Blackwood, Howard, Bentall, y Murray, 2001). Esta tardanza podría ser entendida, entonces, como un síntoma de la dificultad que presenta para el sistema delirante procesar estos estímulos altamente disruptivos.

### **OSP y Dimensiones Operativas**

Respecto a los factores teóricos que influyen en la construcción de identidad desde la perspectiva constructivista, los expertos declararon que la psicosis puede ocurrir en todas las OSP, coherente con lo indicado con la teoría, aunque según los expertos entrevistados pareciera que la Organización Obsesiva y la Dápica serían más propensas que las demás. Esto puede entenderse por lo revisado recientemente, ya que como se sabe, la organización dápica y la obsesiva son las organizaciones más difusas por su calidad *outward* (León y Tamayo, 2011). Si relacionamos esto con el contenido mencionado previamente, es posible que estos sujetos reaccionen a vivencias de menor peso vivencial que quienes tienen una identidad más

definida, ya que por haber construido su identidad en base a otros, la vivencia traumática desencadenante externa adquiere más poder a nivel de impacto vivencial.

En general, la OSP estaría ligada siempre al contenido de la vivencia delirante, por lo que entender la OSP de cada paciente podría entregarnos recursos valiosos para poder comprender la utilidad que el delirio tiene para el sistema psíquico del sujeto que lo padece.

En tanto, respecto a Dimensiones Operativas se identificaron las dimensiones Concreción-Abstracción, Rigidez-Flexibilidad e Inclusión-Exclusión como las más afectadas. En la primera, sin embargo, existen terapeutas que señalan que el delirio es más concreto, mientras que otros insisten en que sería exageradamente abstracto en otros casos, lo que podría recordar al concepto de Hiperreflexividad de Sass, que habla de una reflexión que se desregula y aumenta, pero de manera pre-reflexiva, no lógica. Respecto a la dimensión Rigidez-flexibilidad, todos acordaron que el delirio tiende siempre a lo rígido y, respecto a la dimensión de inclusión-exclusión, esto podría ser entendido como una exclusión o como una sobre-inclusión.

### **Delirio como patología del vínculo**

La capacidad de estos pacientes para generar Vínculo es un tema interesante que emergió desde los expertos y que merece una mayor profundización. En efecto, esto puede condecirse con lo señalado por Dörr (2011) respecto al delirio como un factor que imposibilita la vinculación. Según este autor, sin embargo, esta característica es particular de las psicosis esquizofrénicas, maníacas o depresivas, mientras que nuestros expertos abren la posibilidad a que esto sea una cualidad más bien horizontal a todo delirio.

Letelier Ojeda y Olivos (1976), por su parte, proponen que en el delirio el sujeto queda desconectado de la experiencia concreta y prescinde de las relaciones que estructuran los hechos del mundo real, sustituyéndolas por relaciones delirantes, lo que a su vez le impide actuar efectivamente sobre su circunstancia y ser modificado por ella. Los autores señalan

que, entonces, Delirio y autismo son inseparables, aunque en estos casos el autismo se circunscribe al ámbito del delirio. Esto es sumamente coherente con lo presentado por la opinión de los expertos como B, quien señala *“Yo creo que es el vínculo lo que enferma, en ese sentido yo creo que la psicosis y el delirio en particular pasa a reemplazar el vínculo, pasa a reemplazar la capacidad de la persona, esto de relacionarse con la realidad, con otro”* (Entrevista B-2).

Duarte (2012) señala que la intersubjetividad es un proceso básico en la relación del sujeto constructivista con el mundo, ya que afecta la dinámica de los procesos de continuidad y cambio del sujeto. Esta visión podría darnos luces de como en el paciente delirante los factores narrativos afectados (que sin duda existen) pueden nacer en base de esta consideración esencial. A su vez, entender el delirio como una patología de la intersubjetividad también tiene implicancias no menores respecto al espacio terapéutico. Si es el vínculo lo que enferma en el psicótico, entonces debemos cuidarnos de esto en el espacio terapéutico por su naturaleza principalmente vincular y evitar intervenciones que pudieran llegar a amenazarlo. Esto se ahondará de mejor manera en el siguiente apartado, con relación a las intervenciones terapéuticas y a las técnicas procedurales que involucran el vínculo.

### **Consideraciones Clínicas para el trabajo terapéutico del delirio**

Respecto a las consideraciones clínicas para el trabajo terapéutico del delirio -y a modo de resumen-, se identificaron como agentes de cambio algunos factores esperables desde la literatura, como los fármacos. A su vez, se identificaron también como factores el rol de la alianza y lo que ocurre en ella como agente de cambio. Por último, se reconoce la coherencia de dominios lingüísticos como un factor importante para generar vínculo y lograr entendimiento. También se destacó la importancia del manejo del timing, del trabajo con la alianza y las Técnicas Procedurales, Técnicas Operativas e Intervenciones Psicoterapéuticas que deberían ser utilizadas dependiendo del momento.

### **Timing, Encuadre y Alianza**

Partir reflexionando respecto al rol del Timing se hace relevante, ya que pareciera que este factor es horizontal a todos los otros. Los expertos entrevistados hicieron hincapié en que uno de los grandes peligros de trabajar con pacientes delirantes es precisamente intervenir antes de tiempo, ya que esto puede ser altamente iatrogénico y hasta generar un aumento en la producción delirante del paciente. También se destacó que el trabajo con estos pacientes suele ser lento, por lo que es fácil que el terapeuta se frustre e intervenga antes de tiempo. Es por eso que este timing debe ser siempre observado, considerando tanto el momento evolutivo del delirio (es decir, el estado en el que está la patología del individuo) como el momento intrasesión en el que se interviene, ya que los recursos que el paciente va demostrándole al terapeuta pueden ser una pista para acelerar el paso en determinadas situaciones.

El encuadre con pacientes delirantes pareciera tener también especial importancia, ya que según lo dicho por los expertos, este debe ser capaz de entregar certezas elementales que le permitan al paciente una mejora. Establecer un buen encuadre es reconocido por algunos de los expertos como un objetivo terapéutico en sí mismo, ya que hablaría de una capacidad de estructura que el paciente delirante debe ejercitar y, en algún momento, lograr. Esto tiene sustento en la teoría, ya que Hagar (2016) señala que en la terapia con pacientes delirantes el encuadre tiene una enorme importancia, y que, a su vez, los objetivos terapéuticos podrían llegar a funcionar como una especie de “cable a tierra”, o sea, un llamado a la conciencia lucida del paciente.

Todos los expertos entrevistados concuerdan con el importante rol de la alianza para el abordaje de estos pacientes y se discutió ampliamente respecto a si este sería un factor en sí mismo de cambio o más bien un vehículo, en lo que hay diversas posturas. Es posible que, quizás, sea ambos, ya que la vinculación sana con el terapeuta abriría la posibilidad de sanar

y re-vincular con la realidad. Ya que, tal y como se abordó previamente, el fenómeno delirante tiene importantes implicancias vinculares. El vínculo se vuelve entonces un factor crucial para intervenir de manera adecuada y evitar el hacerlo antes de tiempo, pero también una intervención en sí misma que reeduca la relación con otros y re-vincula al paciente con la realidad consensuada, externa al mundo delirante en el que está el paciente.

### **Técnicas Psicoterapéuticas**

Respecto al uso de las técnicas psicoterapéuticas del Constructivismo Cognitivo, tales como las técnicas operativas, las técnicas procedurales y las intervenciones terapéuticas, los expertos consensuaron diversas consideraciones a tener en cuenta en el ejercicio terapéutico que examinaremos a continuación.

Las técnicas Operativas se reconocieron en general como útiles, en particular en situaciones donde el riesgo de saltar al delirio está presente, ya que tendrían una función reestructurante para el sistema. Esto tiene antecedente teórico en la propuesta que hace Rossi (2015) en su tesis de Magíster, quien señala que las Técnicas Operativas pueden ser también una fuente de cambio profundo. Aun así, se reconocieron ciertas técnicas operativas que tienen más correlato físico que pueden ser iatrogénicas para el paciente delirante, como la relajación sistemática, los ejercicios corporales, etc.) ya que está reportado que los pacientes psicóticos no viven bien las intervenciones más ligadas al cuerpo, ya que pueden ser material para que se abra más contenido delirante.

Las técnicas Procedurales fueron motivo de gran debate para los expertos, quienes llegaron a la conclusión de que pueden ser muy útiles en tanto sean bien usadas. Ambas (la metacomunicación y la exploración experiencial) no deben apresurarse jamás, ya que su fin desestructurante puede ser dañino para el paciente que no está listo para esto. Esto es coherente con la advertencia que Rossi (2014) hace respecto a que las técnicas procedurales y las intervenciones de acción o “profundas” no sólo podrían ser ineficaces, sino además

podrían ejercer un efecto iatrogénico en pacientes psicóticos. Aun así, la utilidad de las técnicas procedurales es indiscutible y reconocida por todos los expertos. En esto influye en gran medida que, si bien las ideas delirantes son incorregibles, estas no necesariamente se mantienen siempre en una convicción inquebrantable, sino que pueden variar en su grado de convicción (Brockington 1991) y, a su vez, en su grado de relación con la realidad común (Scharfetter, 1979). Esto significa que, llegado el momento, hacer una intervención profunda lejos de ser iatrogénico puede ser profundamente terapéutico. Ya que ambas posturas son ciertas, se hace particularmente relevante estar pendiente de que el momento en el que se haga la intervención procedural sea el correcto y que esta nunca se apresure, pues puede dar lugar a daño para el paciente.

Se destaca en particular el rol de la Exploración Experiencial para la coordinación de dominios lingüísticos, cuyo rol terapéutico se distingue y podría relacionarse con las implicancias vinculares que tiene el delirio. Respecto a la Exploración Experiencial, vale reconocer que la técnica hecha en su totalidad puede ser amenazante en instancias cercanas al delirio agudo, ya que tiene la intención original de reestructurar la significación de la experiencia, situación que como ya vimos estaría alterada en el delirio. Es por eso que, probablemente, lo más recomendable sería, en el comienzo, quedarse en las primeras dos operaciones: instigar una exploración abierta de contenidos y contener la ansiedad del paciente, ya que los demás pasos pueden fácilmente ser vistos como una amenaza por el paciente. Por lo mismo, es mejor dejar estas otras operaciones para etapas más avanzadas de la psicoterapia, cuando el delirio este más controlado.

Respecto a las Intervenciones Terapéuticas, se establece que deben ir siempre de menos -las menos involucradas-, a las más involucradas de manera progresiva y pausada en el tiempo, cuidando la neutralidad amistosa: es decir, la capacidad para mantener las intenciones de neutralidad y abstinencia de manera cordial y no amenazante, ya que si se

llega a intervenir con algo muy involucrado de manera muy rápida el paciente corre el riesgo de desestructurarse. Se puede relacionar esto con las alteraciones intersubjetivas que se asocian a lo delirante, y es por lo mismo que el vínculo fácilmente se puede volver amenazante para estos pacientes. Por lo mismo es posible inferir que lo más probable es que las intervenciones orientadas a mantener y sostener el vínculo serían un gran recurso como para prevenir que el delirio reaparezca, por lo que el proceso general debe tener esto como un objetivo terapéutico constante.

### **Exigencias para el Terapeuta**

Se enfatiza el rol dinámico que debe tener el terapeuta, quien debe ser capaz de saltar entre distintos roles dependiendo el momento intrasesión y el momento evolutivo del delirio del paciente, saltando hacia intervenciones más estructurantes (como las intervenciones terapéuticas que implican menos involucramiento del terapeuta o las técnicas operativas) o más desestructurantes (como las intervenciones terapéuticas que implican mayor involucramiento del terapeuta o las técnicas procedurales) dependiendo de los recursos que vaya mostrando el paciente.

Es importante señalar y destacar uno de los grandes desacuerdos que se dio en la investigación: el tema de la aliarse o el cuestionar el delirio. Esto es porque algunos expertos proponen cuestionar el delirio como una opción, mientras que otros indicaban que esto podría generar gran daño en el paciente delirante y en cambio, proponen generar una alianza con el delirio, o sea: no cuestionarlo, funcionar como un aliado para el delirio, ni siquiera reconocerlo como tema para la consulta y no verlo como tema sino hasta muy avanzada la terapia. En la segunda entrevista pareciera haber mayor consenso en el tema y la gran mayoría concuerda con que el delirio no se debe cuestionar sino hasta que el paciente esté listo para cuestionarlo por sí mismo, lo que podría considerarse como una opción intermedia

que utilizaría algunos recursos del aliarse con el delirio que propone Méndez (2015) pero que también, llegado el momento en el que el paciente tiene los recursos, lo cuestiona.

Revisando la evidencia teórica, podemos ver como hay antecedente para el cuestionamiento del delirio en las técnicas cognitivo conductuales (Cuevas y Perona, 2002) que han demostrado gran efectividad para delirios resistentes a fármacos (NICE 2002, APA 2004, RANZCP 2005, citados en Cuevas, 2006). Aun así, estas mismas técnicas son identificadas como peligrosas si se hacen antes de tiempo, por lo que se vuelve a hacer énfasis en la importancia del Timing y de la habilidad receptiva del terapeuta.

Recogiendo lo discutido previamente respecto al delirio como un síntoma de un intento fallido por significar la experiencia de alto contenido ipse, que bloquea e impide la progresión en complejidad, podemos ver como esta definición de delirio bien puede poner en cuestionamiento la necesidad de abordar el delirio como fenómeno que siempre debe ser cercenado por la psicoterapia. Coherente a esto, Méndez (2015) señala que hay que evitar en lo posible seguir una lógica Cognitivo Conductual de cambiar ideas irracionales por ideas racionales, sino que el esfuerzo terapéutico siempre debe estar orientado hacia acceder a las significaciones propias del paciente. Esto se vuelve clave considerando las implicancias del delirio como síntoma ipseidad, ya que desde esta mirada entender el lugar que ocupa el delirio en el sistema psíquico del paciente y su consecuente utilidad podría ayudar a trabajar con el problema de fondo y no con el delirio, que en este caso sería el mero síntoma.

### **Efectividad de la terapia Cognitivo Constructivista para el abordaje del delirio**

Respecto a explorar la efectividad de la terapia desde el modelo CC en el tratamiento de pacientes delirantes desde la experiencia de expertos, se encontraron posiciones discordantes entre los entrevistados. Al evaluar las limitantes del fenómeno y de la corriente Cognitivo Constructivista en específico -y si bien todos aceptan que la terapia puede ser útil en períodos refractarios del fenómeno delirante-, pareciera que su utilidad y efectividad varía

según el momento evolutivo del delirio, el cuadro psicopatológico subyacente y el estado de la alianza terapéutica. Todas estas variables deberían ser evaluadas constantemente para ver si la psicoterapia CC es o no una opción útil para el paciente en cuestión.

### **Factores de influencia en la efectividad del modelo**

El factor más mencionado como factor negativo en el abordaje del modelo desde la teoría es la falta de un marco teórico consistente como para mirar el fenómeno. Pareciera que los recursos heredados de la corriente Cognitivo Conductual (cómo el diálogo socrático o las intervenciones operativas) son útiles como una alternativa para trabajar el delirio, pero al igual que las técnicas más propias del modelo (dícese, las técnicas procedurales o las intervenciones más complejas que invitan a la deconstrucción de contenidos), no ninguna manera resultan eficaces si no son ocupadas en el momento adecuado. Es por esto que, para que la terapia con pacientes delirantes sea efectiva, no se puede olvidar la importancia del timing y de la receptividad como manera de gestionar la intervención.

Es importante dejar en claro que la psicoterapia de ninguna manera sustituye el uso de neurolépticos. Aún así, esta puede ayudar y complementar el tratamiento. Pareciera que la utilidad de la psicoterapia no estaría tanto en el episodio delirante en sí, sino en su manejo posterior y en la prevención de recaídas.

Algunos expertos señalan que a pesar de que la psicoterapia sea efectiva solo en períodos refractarios no significa, sin embargo, que no podamos trabajar en la terapia mientras la crisis ocurre. Algunos expertos creen que es posible que el desempeño del terapeuta frente al delirio en crisis puede hasta determinar la efectividad de la terapia al futuro, teniendo como factor protector el que el terapeuta acompañe al sujeto por el delirio, no se atemorice frente al fenómeno y no mienta respecto a su capacidad de entendimiento.

## **El Rol del Diagnóstico**

Ya que los expertos señalaron que las diferencias entre los tipos de delirios tienen un papel fundamental en cómo estos se presentan, el diagnóstico toma un rol importante como instrumento para saber si el delirio que cursa un determinado paciente puede ser susceptible o no a psicoterapia. Este diagnóstico debe ser en dos niveles: a nivel sindromático y a nivel de recursos del paciente.

El diagnóstico psicopatológico sindromático es importante puesto que no da lo mismo el contexto psicopatológico en el que el delirio aparece. Dado que se identificó la comprensibilidad como un factor relevante -y los delirios causados por trastornos endógenos son identificados por los expertos como más incomprensibles-, es probable que entonces a mayor compromiso biológico es menos lo que podamos hacer a través de la psicoterapia. A su vez, si estos trastornos son menos endógenos y más comprensibles serían más abordables a través de esta clase de intervenciones.

De igual modo y como ya hemos visto, diagnosticar de manera adecuada los recursos del paciente se vuelve relevante de partida para ver si son buenos candidatos para la aproximación constructivista.

## **CAPITULO VIII: CONCLUSIONES**

El objetivo del presente trabajo fue proponer una síntesis conceptual y práctica acerca del fenómeno del delirio a partir de la experiencia de expertos en el Modelo Constructivista Cognitivo (CC). A continuación, se presentará dicha síntesis que reúne las conclusiones generales de la investigación y pretende ser un primer acercamiento al fenómeno delirante desde el modelo Constructivista Cognitivo.

### **Síntesis conceptual y práctica acerca del fenómeno del delirio a partir de la experiencia de expertos**

Con base en la opinión de los expertos recabada en el presente estudio, se propone definir el delirio para el Constructivismo Cognitivo como una manera de tramitar (y no así de significar) una experiencia altamente desbordante, que influye tanto a nivel de vivencia como a nivel de significado de la experiencia (noético/noemático), que implica una distancia de la experiencia y un cambio cualitativo de la misma, con alto costo identitario y con un alto compromiso de la ipseidad en el proceso. El cambio cualitativo estaría regido por: la incorregibilidad del contenido, el cuestionamiento de certezas elementales y la tinción total de la experiencia en base a la creencia delirante, es decir, esta característica tan propia del delirio que implica un “todo se explica a partir de”.

La experiencia del delirio podría ser descrita, entonces, por 3 importantes características:

1. La experiencia delirante genera una distancia entre la significación y la experiencia, que implica un cambio cualitativo del vivenciar.
2. El delirio es de gran impacto vivencial: de certeza absoluta, incorregible e incuestionable, aunque la magnitud de estas características puede variar según el momento evolutivo del delirio.

3. El delirio tiene como función el mantener primitivamente el sentido y la coherencia del sujeto, cerrando el sistema a influencia externa, impidiendo su progresión en complejidad y alterando la relación con todo otro.

Por todas las características previamente mencionadas es que el mayor objetivo del terapeuta Constructivista Cognitivo no debe ser necesariamente hacer desaparecer el delirio, sino que el énfasis debe estar siempre en miras de entender a que necesidad sistémica identitaria está respondiendo el contenido delirante, pues el delirio sería un síntoma del desajuste del individuo. La intervención debe estar guiada no necesariamente hacia falsear el contenido delirante, sino que a entenderlo y trabajar con la situación de desajuste que lo causa. Es por lo mismo que el rol del psicodiagnóstico con estos pacientes es esencial, pues diferencia a los pacientes abordables (probablemente delirios más reactivos o fenómenos deliroides que, por su naturaleza, son más comprensibles para el terapeuta) de los simplemente no abordables (esquizofrenias y otros trastornos más bien endógenos, que aparecen ante el observador como más incomprensibles) para la psicoterapia Constructivista Cognitiva.

Respecto a las consideraciones terapéuticas a tener en cuenta, a nivel práctico se consensuó que:

- Las Técnicas Operativas se reconocieron en general como útiles, en particular en situaciones donde el riesgo de saltar al delirio está presente, ya que tendrían una función reestructurante para el sistema. Aun así, se reconocieron ciertas técnicas operativas que tienen más correlato físico (como la relajación sistemática, los ejercicios corporales u otros) y que podrían ser iatrogénicas para el paciente delirante, ya que está reportado que los pacientes psicóticos no viven bien las intervenciones más ligadas al cuerpo, dado que pueden ser material para que se abra más contenido delirante.

- Las Técnicas Procedurales fueron motivo de gran debate para los expertos, quienes llegaron a la conclusión de que pueden llegar a ser muy útiles en tanto sean bien usadas. Ambas (la metacomunicación y la exploración experiencial) no deben apresurarse jamás, ya que su fin desestructurante puede ser dañino para el paciente que no está listo para esto. Aun así, se destaca el rol de la exploración experiencial para la coordinación de dominios lingüísticos, ya que es una herramienta útil para generar proximidad y comprensión entre paciente y terapeuta.
- Se identifica que las técnicas deben ir siempre de lo menos amenazante a lo más amenazante, de manera progresiva y pausada en el tiempo, ya que si se llega a intervenir con algo amenazante el paciente corre el riesgo de desestructurarse. A la vez se enfatiza el rol dinámico que debe tener el terapeuta, el cual ser capaz de saltar entre distintos roles dependiendo el momento intrasesión y el momento evolutivo del cuadro del paciente.

Respecto a las consideraciones terapéuticas a tener en cuenta, a nivel teórico se descubrió que, según los expertos, la psicosis puede ocurrir en todas las OSP (coherente con lo indicado con la teoría), aunque pareciera que la Organización Obsesiva y la DAP serían más propensos que las demás. Aún así, las OSP, según indican los expertos entrevistados, suelen estar ligadas con la temática delirante que el paciente presente, lo que puede dar oportunidades para que el terapeuta comprenda la función que tiene para el sistema el delirio que el paciente padece. En tanto, respecto a las Dimensiones Operativas se identificaron las dimensiones Concreción-Abstracción, Rigidez-Flexibilidad e Inclusión-Exclusión como las más afectadas.

La efectividad de la terapia CC con pacientes delirantes está aun por ser determinada. pareciera que la utilidad de la psicoterapia CC no estaría tanto en el episodio delirante en si, sino en su manejo posterior y en la prevención de recaídas. Es importante recalcar que de

ninguna manera la psicoterapia podría reemplazar el uso de neurolépticos. Y más aún: el delirio difícilmente sería permeable a psicoterapia en momentos agudos, siendo muy fácil que las intervenciones desde esta corriente lleguen iatrogénicas para el paciente si no se toman los cuidados pertinentes. Por ello, se hace necesario para estos casos trabajar siempre en coordinación con un psiquiatra y tomar una actitud terapéutica siempre dinámica y atenta, que permita utilizar intervenciones centradas en reestructurar al paciente si se ve la posibilidad real del salto al delirio (refiriéndonos con esto a intervenciones menos involucradas o las técnicas operativas) y utilizar las intervenciones más amenazantes sólo cuando el paciente presente un mayor rango de relación con la realidad.

A su vez, la opinión de los expertos indica que el delirio podría ser abordable para el Constructivismo Cognitivo en tanto se cumplan ciertas condiciones generales en el paciente: estar motivado por un abordaje más profundo, tener los recursos cognitivos necesarios y tener capacidad de *insight*, ya que es posible que, si no se cumplen estos requisitos, la terapia constructivista cognitiva no sea la mejor opción y se deba optar por una alternativa más clásica, como la psicoterapia Cognitivo Conductual.

Por último, la actitud psicoterapéutica debe ser siempre de neutralidad amistosa. El terapeuta debe ser flexible, como ya se mencionó, pero también hábil en generar interpretaciones metafóricas y simbólicas, muchas veces dificultosas de lograr. Por último, el terapeuta debe hacer ejercicio de su paciencia, ya que el trabajo con pacientes psicóticos por lo general es lento y, muchas veces, frustrante. Según lo recopilado, pareciera que no queda opción para trabajar el delirio desde el constructivismo cognitivo que no implique un proceso pausado y lento, todo esto a causa de la dificultad en la construcción de la alianza y el énfasis en las intervenciones exploratorias y reestructurantes. Optar por otra forma de tratamiento desde el modelo probablemente sería iatrogénica para este tipo de pacientes, por lo que se postula que los tiempos de psicoterapia se alargarán considerablemente respecto a los

tiempos utilizados en pacientes neuróticos, y por tanto es importante proyectar la psicoterapia a largo plazo y regular las expectativas respecto al proceso tanto en el terapeuta como en el paciente.

### **Limitaciones y proyecciones del estudio**

Como toda investigación, la presente tiene ciertas limitaciones que vale la pena revisar y tener en cuenta al momento de analizar las conclusiones que de ella se desprenden. En primer lugar, se encuentra el tamaño reducido de la muestra, que se debe al bajo número de expertos que existen en esta temática y el difícil acceso a los mismos. La naturaleza exploratoria de la investigación permitió hacer énfasis en la apertura de contenidos y en la profundización de los mismos, por lo que se optó por utilizar el concepto de delirio de un modo amplio y comprensivo, lo que también podría haber generado un sesgo ya que el contenido general podría no ser aplicable a algunos casos específicos.

Las mismas limitaciones descritas anteriormente abren luces respecto a las maneras de proyectar la investigación. De partida, se vuelve relevante replicar el estudio con una mayor muestra, ya que, si bien la muestra utilizada permitió una saturación de contenido mediante las entrevistas realizadas, es posible que se pueda complementar con nuevos puntos de vista si se amplía. Si bien los contenidos se trabajaron y consensaron con los expertos, sería interesante realizar estudios posteriores donde los expertos puedan generar conocimientos comunes en instancias grupales, a modo de *focus-group*.

Finalmente, continuar con la investigación respecto al delirio desde el enfoque Constructivista Cognitivo tomando en cuenta las diferencias entre los tipos de delirio que identifica esta investigación, podría delimitar de manera más específica y certera las características de éste, siendo de utilidad para el avance en el estudio de esta clase de fenómenos. A su vez, grabar intervenciones y generar con esto estudios pre-post intervención podrían dar mayor referencia para definir que tipos de intervenciones podrían ser las más

efectivas en el tratamiento de pacientes delirantes. Así, la pretensión exploratoria del presente estudio abre el espacio para generar mayor investigación y desarrollo teórico en el tema de psicosis y/o delirio desde el constructivismo, lo que es necesario para generar un concepto consensuado y desarrollar futuros modelos de intervención basados en los resultados presentados.

## CAPITULO VIII: BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR). (M. S.A., Ed.) Barcelona.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), 5ta Edición*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Arciero, G., y Guidano, V. (2009). Experiencia, explicación y búsqueda de coherencia (material electrónico). Santiago: Sociedad de Terapia Cognitiva Post-racionalista. Recuperado el 26 de abril del 2017 de: <https://www.inteco.cl/2007/11/29/experiencia-explicacion-y-la-busqueda-de-la-coherencia-giampiero-arciero-y-vittorio-f-guidano/>
- Blackwood, N. J., Howard, R. J., Bentall, R. P., y Murray, R. M. (2001). Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 527-539.
- Buchy, L., Ad-Dab'bagh, Y., Lepage, C., Malla, A., Joober, R., Evans, A., y Lepage, M. (2012). Symptom attribution in first episode psychosis: a cortical thickness study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 203(1), 6-13.
- Bulbena, A. (2011). Trastorno delirante (paranoia) y otras psicosis delirantes crónicas. En J. Vallejo (Ed., *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Bunge, M. (2008). Tratado de Filosofía. Semántica 1. Sentido y Referencia. (GEDISA, Ed.)
- Caballo, V. (1996). Manual para el tratamiento cognitivo- conductual de los trastornos psicológicos, vol. I. Madrid: Siglo XXI.
- Capponi, R. (2013). *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica*. Santiago: universitaria.
- Cayupe, R. (2013). *Diseño y Validación de un Instrumento para evaluar los tipos de Organización de Significado Personal (OSP) predominantes* (Tesis para optar al

- grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos). Recuperado el 26 de abril de 2016 de:  
<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/130690/TESIS%20U.%20DE%20CHILE%20Robert%20Cayupe%20Reyes.pdf?sequence=1>
- Chadwick, P., Birchwood, M., y Trower, P. (1996). *Cognitive Therapy for Delusions, Voices and Paranoia*. Chichester: Wiley.
- Chiderski, B. (s.f.). *Terapia Cognitiva: Un abordaje posible para el tratamiento de ideas delirantes*. Recuperado el 27 de Agosto del 2017 de Fundación Foro:  
<http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo38.pdf>
- Corlett, P. R., Murray, G. K., Honey, G. D., Aitken, M. R., Shanks, D. R., Robbins, T. W. y Fletcher, P. C. (2007). Disrupted prediction-error signal in psychosis: evidence for an associative account of delusions. *Brain*, 130(9), 2387-2400.
- Corlett, P., Towlora, J., Wangb, J., Fletcher, P., y Krystala, J. (2010). Toward a neurobiology of delusions. *Progress in Neurobiology*, 92 (3), 345-369.
- Cortés, J. y Martínez, A. (1996). *Diccionario de filosofía*. Barcelona: Empresa Editorial Herder, S.A
- Cuevas, C. (2006). Terapia cognitivo conductual para los delirios y alucinaciones resistentes a la medicación en pacientes psicóticos ambulatorios. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 267-292.
- Cuevas, C., y Perona, S. (2002). Terapia Cognitivo Conductual y Psicosis. *Clínica y Salud*, 13 (3), 307-342.
- De la Torre, G., Di Carlo, E., Florido, A., Opazo, H., Ramírez, C., Rodríguez, P., Sánchez A, Tirado, J. (2010). *Teoría Fundamentada o Grounded Theory*. Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Formación del Profesorado y Educación, Madrid.

- Devinsky, O. (2009). Delusional misidentifications and duplications Right brain lesions, left brain delusions. *Neurology*, 72(1), 80-87.
- Díez, A. (2011). Creencia y Delirio. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 31 (1).
- Dörr, O. (1995). *Psiquiatría Antropológica. Contribuciones a una psiquiatría de orientación fenomenológica-antropológica*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Dörr, O. (2005). Aproximación al tema del delirio como una posibilidad humana. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* , 32 (3), 135-142.
- Dörr, O. (2011). Fenomenología de la intersubjetividad en la enfermedad bipolar y en la esquizofrenia . *Salud Mental* , 34, 507-515.
- Duarte, J. (2012). *Aportes desde la Intersubjetividad y la Identidad Narrativa para la Psicoterapia Constructivista Cognitiva* (Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica de Adultos). Universidad de Chile, Departamento de Psicología, Santiago de Chile.
- Glaser, B., y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Press.
- Gluck, N. (2000). Trastornos de la personalidad. *Elsevier* , 4 (1), 1-8.
- Gomberoff, L. (1999). *Otto Kernberg, introducción a su obra*. Santiago: Mediterraneo.
- Gonçalves, O., y Machado, P. (1999). Cognitive Narrative Psychotherapy: Research Foundations. *JournalL of Clinical Psychology* , 55 (10), 1179-1191.
- Guidano, V. (1987). Complexity of the self. Un enfoque evolutivo de la psicopatología y de la psicoterapia. Nueva York: Guilford Press.
- Guidano, V. (1994). *El Sí Mismo en Proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Barcelona: Paidós.
- Guidano, V. (1997). Relación entre vínculo y significado personal una perspectiva narrativa para explicar el proceso de cambio. *Curso-Taller organizado por la Sociedad de*

*Terapia Cognitiva Posracionalista en el Aula Magna de la Universidad Diego Portales, 1997. Transcripción efectuada por Angélica Carrasco, revisada y corregida por Augusto Zagmutt. Recuperado el 26 de abril de 2016 de:*

[http://posracionalismo.cl/wpcontent/uploads/2010/03/relacion\\_entre\\_vinculo\\_y\\_significadosi\\_gnificado\\_persona\\_una\\_perspectiva\\_narrativa.pdf](http://posracionalismo.cl/wpcontent/uploads/2010/03/relacion_entre_vinculo_y_significadosi_gnificado_persona_una_perspectiva_narrativa.pdf)

Guidano, V. (2001). *Vittorio Guidano en Chile*. (S. Aronsohn, Ed.) Santiago, Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano y Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista.

Guidano, V. y Arciero, G. (2007). *Experiencia, Explicación y la Búsqueda de la Coherencia*. (E. C. Casimiro, Trans.) Recuperado de 2017 de agosto de 15 de Instituto de Terapia Cognitiva Post-racionalista (INTECO): <https://www.inteco.cl/2007/11/29/experiencia-explicacion-y-la-busqueda-de-la-coherencia-giampiero-arciero-y-vittorio-f-guidano/>

Guidano, V. y Liotti, G. (1983). *Procesos Cognitivos y desórdenes emocionales*. Nueva York: Guilford Press.

Hagar, R. (2016). *Arte, locura y Psicoterapia: una aproximación constructivista a la psicosis y a la creación artística como tratamiento*. Santiago de Chile: RL Editores.

Heerlein, A. (Ed.). (2000). *Psiquiatría Clínica*. Santiago: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). McGraw-Hill.

Jaspers, K. (1913). *Psicopatología General*. México: S.L. Fondo de Cultura Económica de España.

Kaplan, H., Sadock, B., y Grebb, J. (1994). *Sinopsis de psiquiatría*. Buenos Aires: Ed. Panamericana.

- Kernberg, O. (1984). *Trastornos Graves de Personalidad: Estrategias Psicoterapéuticas*. (M. Moderno, Ed.) Mexico D.F.
- Laitinen, A. (2002). Charles Taylor y Paul Ricoeur on self-interpretations and narrative identity. In R. Huttunen, H. Heikkinen, y L. Sytjälä, *Narrative Research: Voies of Teachers and Philosophers* (pp. 57-71). Jyvasklyan: SoPhi.
- León, A. y Tamayo, D. (2011). La psicoterapia cognitiva posracionalista: un modelo de intervención centrado en el proceso de construcción de la identidad. *Katharsis* (12).
- Letelier, M., Ojeda, C., y Olivos, P. (1976). Análisis psicopatológico de 14 casos dedesarrollo paranoide. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 15 (1), 27-36.
- Locke, J. (1690). *Ensayo sobre el entendimiento humano*, Libro II.
- Marconi, J. (2000). El delirio y sus estructuras psicopatológicas. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 38 (1), 37-43.
- Méndez, M. (2015). *Caracterización de un Caso de Comorbilidad de Trastorno Delirante de Tipo Somático y Trastorno de Ansiedad Social*. (Memoria para optar al título de Psicólogo). Universidad de Chile, Departamento de Psicología, Santiago de Chile.
- Moore, A. (1988). *Batman: The Killing Joke - 20th Anniversary Deluxe Edition*. Burbank, CA: DC Comics.
- Napolitano, G., Piazzè, G. y Carbone, N. (2001). El delirio en K. Jaspers y G. de Clérambault. *Acta psiquiátrica y psicológica de América*, 46 (3), 275.
- Nardi, B. (2006). Rol de los procesos filogenéticos y ontogenéticos en el desarrollo de las organizaciones de significado personal. *Psicoperspectivas*, 5 (1), 49-64.
- Nardi, B., y Moltedo, A. (2009). Desarrollo del modelo de las organizaciones de significado personal de Vittorio Guidano: Los procesos de construcción del sí en el modelo cognitivo post-racionalista evolutivo. *Psicoperspectivas*, 8 (1), 93-111.

- Nasaan, G. (2016). The anatomy of delusions. En Lehner, T., y Miller, B. L. (Eds.), *Genomics, Circuits, and Pathways in Clinical Neuropsychiatry* (pp. 365-373). Academic Press.
- Ojeda, C. (1987). Delirio, realidad e imaginación. Ensayo de psicopatología fenomenológica. (E. Universitaria, Ed.) Santiago de Chile.
- Olivos, P. (2009). La mente delirante. *Psicopatología del delirio*. 47 (1), 67-85.
- Oneto, L., y Moltedo, A. (2002). Las Organizaciones de Significado Personal de Vittorio Guidano. Una llave explicativa de la experiencia humana. *Psicoperspectivas*, 1 (1), 83-91.
- Perez, M., García, J., y Sass, L. (2010). La hora de la fenomenología en la Esquizofrenia. *Clínica y Salud*, 21 (3), 221-233.
- Perris, C., y Mc-Gorry, P. (2004). Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad: manual teórico-práctico. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Podvoll, E. (2003). *Recovering Sanity: A Compassionate Approach to Understanding and Treating Pyschosis*. Boston: Shambhala.
- Ricoeur, P. (1996). *Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Rossi, J. (2014). Hacia un modelo de indicación de las técnicas operativas, procedurales e intervenciones clínicas en Psicoterapia Constructivista Cognitiva. (Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos). Universidad de Chile, Departamento de Psicología, Santiago de Chile.
- Ruiz, A. (2003). *La Psicosis: Teoría de la Última Frontera*. Santiago de Chile.
- Sadock, B., y Sadock, V. (2008). *Kaplan y Sadock Sinopsis de Psiquiatría (10ª ed.)*. Barcelona: Wolters Kluwer / Lippincott Williams y Wilkins.
- Safran, J., y Segal, Z. (1994). *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. . Barcelona: Ed. Paidós.

- Sanza, V. (2011). *Psicosis de tipo esquizofrénico en niños y adolescentes, desde el enfoque evolutivo cognitivo constructivista* (Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención Infanto-Juvenil). Universidad de Chile, Departamento de Psicología, Santiago de Chile.
- Sass, L. (1988). *Madness and modernism: insanity in the light of modern art, literature and thought*. Harvard: BasicBooks.
- Sass, L. (2001). Schizophrenia, modernism and the creative imagination; on creativity and psychopathology. (74, Ed.) *Creative Research Journal*, 13 (1), 55.
- Sass, L., y Parnas, J. (2003). Schizophrenia, Consciousness and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 427-444.
- Sass, L., y Parnas, J. (2007). Explaining schizophrenia: the relevance of phenomenology. En M. Chung, B. Fulford, y G. Graham (eds), *Recoverg Schizophrenia* (pp. 63-95). New York: Oxford University Press.
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., y Elbert, R. (2005). *Manual de metodología: Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología* (Construcción del Campus Virtual ed.). Buenos Aires, Argentina.: CLACSO.
- Scharfetter, C. (1979). *Introducción a la psicopatología general*. Madrid: Morata.
- Strauss, A., y Corbin, J. (1988). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2a edición ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Tarrier, N., y Haddock, G. (2002). Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia: A Case Formulation Approach. En S. Hofmann, y M. Tompson, *Treating Chronic and Severe Mental Disorders. A Handbook of Empirically Supported Interventions*, (pp. 69-95). New York: Guilford Press.

- Vergara, P. (2011). *El sentido y significado personal en la construcción de la identidad personal*. (Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos). Universidad de Chile, Departamento de Psicología, Santiago de Chile.
- Wenk, E. (2011). *Criterios de Cientificidad*. Apuntes temáticos de metodología Cualitativa, Programa de Magíster en psicología Clínica de Adultos, Escuela de Postgrado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.
- White, M., y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines Terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Yáñez, J. (2000). *Teoría Clínica Constructivista*. Universidad de Chile., Escuela de Postgrado, Facultad de Ciencias Sociales.
- Yáñez, J. (2005). *Constructivismo cognitivo: bases conceptuales para una psicoterapia Breve basada en la evidencia*. (Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica de Adultos). Universidad de Chile, Departamento de Psicología, Santiago de Chile.
- Yáñez, J. (2017). *Secuencia de acerca de la materialidad progresiva de la Conciencia*. Material no publicado.
- Yáñez, J., y Zúñiga, K. (2015). *Comunicación Personal en actividades docentes sobre Psicosis, Clínica y Psicoterapia Constructivista Cognitiva I y II*. Escuela de Postgrado, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Programa de Magíster en Psicología Clínica de Adultos.
- Yáñez, J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne, W., Leiva, V., y Vergara, P. (2001). *Hacia una Metateoría Constructivista Cognitiva de la Psicoterapia*. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10 (1).

## ANEXOS

### Anexo 1: Pauta de Entrevista Semi-estructurada.

<b>Definición constructivista de delirio</b>	Definición de delirio	¿Cómo entendería usted el delirio desde el modelo constructivista cognitivo?
	Construcción de mundo	En su opinión: ¿Se diferencia el delirio de otras herramientas de construcción de realidad? ¿Por qué? (¿Por qué es distinto de simplemente generar una construcción subjetiva sobre mi propia experiencia?)
	Función psíquica del delirio	En su opinión: ¿cuál es la función psíquica del delirio? (¿existe alguna ganancia secundaria para el paciente? ¿protege de alguna amenaza?) De ser así: ¿cual? De no ser así, ¿bajo que condiciones se manifiesta? ¿Tiene relación con la angustia de desintegración?

	Identidad delirante	¿Existen construcciones de identidad más propensas a otras para generar delirio? De ser así, ¿qué características tendrían? ¿Cuales serían las dimensiones operativas más comprometidas? ¿Concuerda usted con la idea del delirio y los síntomas psicóticos como un continuo que puede ocurrir en cualquier OSPs?
Consideraciones para la terapia con pacientes delirantes ...	.. Factibilidad de la psicoterapia con pacientes delirantes	.. En su opinión ¿Es posible hacer psicoterapia con pacientes delirantes? ¿Por qué no? ¿Por qué si? De ser el caso ¿cómo uno debería proceder en estos casos? ¿qué medidas deben ocuparse? ¿Qué debe evitarse? ¿qué pasa si aparece el delirio en mitad de un proceso?
	.. Técnicas operativas	.. En su opinión y experiencia: ¿cuáles técnicas operativas son las más útiles en psicoterapia con pacientes delirantes? ¿Cuales las menos? ¿Podría relatarme alguna experiencia con algún paciente delirante?
	.. Técnicas procedurales	.. En su opinión y experiencia: ¿cuáles técnicas procedurales son las más útiles en psicoterapia con pacientes delirantes? ¿Cuales las menos? ¿Podría relatarme alguna

		<p>experiencia con algún paciente delirante?</p> <p>.</p>
	<p>Alianza terapéutica</p> <p>..</p>	<p>En su opinión y experiencia: ¿Existen aspectos que se deban cuidar de la relación terapéutica particularmente con pacientes delirantes? ¿Podría relatarme alguna experiencia de alianza amenazada con algún paciente delirante?</p> <p>.</p>

## Anexo 2: Informe final CEI-FaCSO



21-25/2017

### INFORME DE EVALUACIÓN

#### I. IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO

<b>Título</b>	Consideraciones Clínicas desde el Constructivismo para el abordaje del delirio
<b>Investigador(a) Responsable</b>	María Victoria Briano Fuentealba
<b>Departamento</b>	Departamento de Psicología
<b>Adjudicado/ Presentado a:</b>	Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica adultos mención Constructivista Cognitivo

#### II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

El proyecto se fundamenta en que, si bien hay evidencia a favor de que el delirio es un fenómeno abordable y tratable para el modelo Constructivista Cognitivo - tanto gracias a los recursos heredados de la corriente Cognitivo Conductual como a las características particulares del modelo que hacen énfasis en la subjetividad del individuo - el modelo no entrega un referente teórico claro al respecto. Esto, ya que la mayor parte de las formas de enfrentar el delirio son experimentales, existiendo un debate en torno a ciertas intervenciones y procedimientos terapéuticos típicos del modelo (en particular los de deconstrucción) para el abordaje clínico del delirio, ya que podrían incluso ser dañinos para el paciente. El objetivo de la presente de investigación es Proponer una síntesis conceptual y práctica acerca del fenómeno del delirio a partir de la experiencia de expertos en el Modelo Constructivista Cognitivo. La presente investigación pretende abordar esta inquietud a través del juicio de terapeutas expertos que hayan tenido experiencia con pacientes delirantes. Para lograrlo se utilizará como diseño y metodología de análisis la *grounded theory* en su modelo emergente. Se realizarán de 2 a 3 entrevistas semi-estructuradas por cada participante. La cantidad de participantes y de entrevistas a realizar se definirá por saturación teórica. Así, se pretende elaborar una síntesis de Consideraciones Clínicas para el abordaje del delirio que permita responder la pregunta respecto a cuál es la forma en la que los terapeutas expertos del modelo Constructivista Cognitivo tratan el delirio y cuáles son sus visiones teóricas del fenómeno.

#### III. EVALUACIÓN DE ASPECTOS ÉTICOS

El Comité de Ética de la Investigación ha evaluado los antecedentes presentados por la Investigadora Responsable. Se han revisado los objetivos de la investigación, su marco teórico

1

y metodología, estimándose que el proyecto está bien fundamentado en dichos aspectos.

Se considera que el proyecto tiene valor científico y social, ya que aportará información relevante respecto a la forma en que se abordan los cuadros delirantes desde el modelo constructivista cognitivo, y a su vez, aportará herramientas prácticas para el quehacer de los terapeutas del modelo en este ámbito.

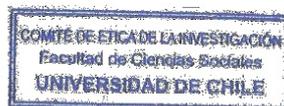
Se considera que el proyecto es de riesgo mínimo, al trabajar únicamente con profesionales mayores de edad. A su vez, se estima que los temas considerados no serán sensibles para los participantes.

Con respecto a las medidas que se adoptan para el resguardo de los datos se destaca que toda la información se trabajará de forma confidencial y será almacenada en el computador personal de la investigadora responsable bajo clave. Se destaca que en ningún momento los resultados del estudio permitirán identificar a alguno de los participantes de forma particular a no ser que ellos expliciten querer ser reconocidos en los agradecimientos del estudio, caso en el cual se incorporará el nombre del colaborador en el documento final de tesis. Se incluye una cláusula de confidencialidad para transcriptores.

Sobre la devolución de resultados a los participantes, la IR compromete la entrega del documento final de resultados vía correo electrónico. A su vez, se indica que en la entrevista final se realizará una recapitulación de los principales resultados del estudio.

Se ha revisado el Formulario de Consentimiento Informado y la Cláusula de confidencialidad para transcriptores y se considera que está elaborado conforme a los estándares éticos y procedimentales establecidos. Se adjunta documento visado.

Por lo anteriormente expuesto, el Comité declara no tener reparos éticos con el proyecto, calificándolo como **aprobado**, dentro de las especificaciones del proyecto evaluado.



Prof. Dra. Marcela Ferrer Lues  
Presidenta  
Comité de Ética de la Investigación  
Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de Chile

Santiago, 31 de agosto de 2017

## Anexo 3: Formulario de Consentimiento Informado



### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consideraciones Clínicas desde el Constructivismo para el abordaje del delirio

#### I. INFORMACIÓN

Este documento tiene por objetivo ayudarlo a tomar una decisión respecto a su participación en el estudio “Consideraciones Clínicas desde el Constructivismo para el abordaje del delirio” al cual ha sido invitado. En este documento se le brinda la información necesaria para tomar la decisión de participar, sin embargo, usted puede realizar todas las preguntas que le parezcan pertinentes y estas le serán respondidas.

El objetivo de este estudio es Proponer una síntesis conceptual y práctica acerca del fenómeno del delirio a partir de la experiencia de expertos en el Modelo Constructivista Cognitivo. Usted ha sido seleccionado(a) porque es Psicólogo o Psiquiatra que atiende desde el modelo Constructivista Cognitivo o cercanos, con experiencia tratando con pacientes que presenten sintomatología delirante (en el cuadro que sea).

Este proyecto corresponde a la tesis de magíster de la Investigadora Responsable Ps. M. Victoria Briano, y tiene por profesor guía al Prof. Dr. Juan Yáñez de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

**Participación:** Su participación consistirá una serie de entrevistas, se estima que serán 2 o 3. La cantidad de entrevistas será definida en el proceso según la información recabada. Cada entrevista durará alrededor de 60 minutos, y abarcará varias preguntas sobre el fenómeno del delirio, a las cuales debe responder desde su conocimiento y experiencia personal. Desde la segunda entrevista se realizarán recapitulaciones sobre lo hablado anteriormente para ir consensuando los puntos relevantes y que usted pueda replantear alguna idea en caso de querer hacerlo.

La entrevista será realizada en el lugar, día y hora que usted estime conveniente. Para facilitar el análisis, esta entrevista será audiograbada. En cualquier caso, usted podrá interrumpir la grabación en cualquier momento, y retomarla cuando quiera.

**Riesgos:** La investigación no presenta riesgo alguno para su bienestar. Los temas a tratar en la entrevistas no corresponderán a temas personales o datos sensibles su vida, sino que corresponderán únicamente a sus conocimientos y experiencia como profesional. A su vez, toda información que usted brinde será considerada como conocimiento válido y no será juzgado en ningún momento en su quehacer profesional, ya que usted está siendo contactado como un experto en el tema a abordar.



**Beneficios:** Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para el abordaje constructivista del delirio.

**Voluntariedad:** Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas de la entrevista que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee sin necesidad de dar justificación de ello. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

**Confidencialidad:** Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. Tanto en la gestión de los datos como en las presentaciones y publicaciones de esta investigación su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. Para asegurar la confidencialidad de la información, los archivos de audio de la entrevista estarán identificadas con un código, y en las transcripciones será eliminada toda información identificatoria. Las transcripciones serán realizadas por la Investigadora responsable o por licenciados de Psicología, quienes a su vez deberán firmar una cláusula de confidencialidad. Toda la información del proyecto será almacenada en el computador personal de la investigadora responsable bajo clave.

Si usted desea ser reconocido como colaborador del estudio, se publicará su nombre en la impresión final de la tesis. De todas maneras, las medidas de confidencialidad están pensadas de manera que sea imposible vincular una opinión a un experto en particular. Esta opción será acordada en la entrevista final.

**Conocimiento de los resultados:** Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, se le hará llegar una copia del documento final a su correo electrónico. A su vez, en la entrevista final se realizará una recapitulación de los principales resultados del estudio para poder tratarlos con usted.

**Datos de contacto:** Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la Investigadora Responsable de este estudio:

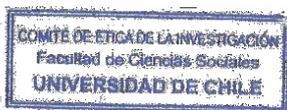
María Victoria Briano Fuentealba  
Teléfonos: 88055522

Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto  
1045, Ñuñoa, Santiago.

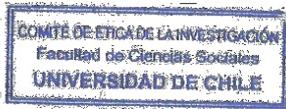
Correo Electrónico: [vbrianof@ug.uchile.cl](mailto:vbrianof@ug.uchile.cl)

También puede comunicarse con la Presidenta del Comité del Ética de la Investigación que aprobó este la realización de esta investigación.

Prof. Dra. Marcela Ferrer-Lues  
Presidenta  
Comité de Ética de la Investigación



Facultad de Ciencias Sociales  
Universidad de Chile  
Teléfonos: (56-2) 2978 9726  
Dirección: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Av. Ignacio Carrera Pinto  
1045, Ñuñoa, Santiago.  
Correo Electrónico: [comité.etica@facso.cl](mailto:comité.etica@facso.cl)



## II. HOJA DE FIRMAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, acepto participar en el estudio Consideraciones Clínicas desde el Constructivismo para el abordaje del delirio

Declaro que he leído y he comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

\_\_\_\_\_

Firma Participante

\_\_\_\_\_

Firma M. Victoria Briano Fuentealba

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico en caso de querer conocer los resultados: \_\_\_\_\_

**Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.**



## II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, acepto participar en el estudio Consideraciones Clínicas desde el Constructivismo para el abordaje del delirio

Declaro que he leído y he comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

\_\_\_\_\_

Firma Participante

\_\_\_\_\_

Firma M. Victoria Briano Fuentealba

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Correo electrónico en caso de querer conocer los resultados: \_\_\_\_\_

**Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.**

## Anexo 4: Acuerdo de Confidencialidad para Transcriptores



### Cláusula de Confidencialidad para Transcriptores

Yo, ....., Rut .....,  
me comprometo a no divulgar, revelar ni utilizar en beneficio propio o de terceros en forma alguna los datos, la identidad de los participantes y/o cualquier otro tipo de información recabada en el estudio Consideraciones Clínicas desde el Constructivismo para el abordaje del delirio.

Declaro que he leído y he comprendido las obligaciones de confidencialidad que representa el trabajar como transcriptor en este estudio y no tengo dudas al respecto.

---

Firma Transcriptor

---

Ps. Victoria Briano Fuentealba

## Anexo 5: Árbol de codificación

