

Circuito funcional de la vivencia y actividad delirante

María José Moreno¹, Antonio Medina y Rafael Lillo

Universidad de Córdoba

RESUMEN

El hincapié que los iniciadores del alienismo hicieron de la *actividad y conducta delirante* marca el auge de este síntoma como patognomónico de la enajenación, ya que la forma del síntoma se muestra como la más visible denotación de la sin-razón, elemento este, que choca de lleno con la definición ilustrada del hombre autónomo y fraterno. Los síntomas, en psicopatología, son constructos simples que adquieren significado diagnóstico cuando se ubican en la jerarquización de un síndrome y se entienden en un *¿cómo?* (causas eficiente y formal) y en un *¿por qué?* (causas material y formal). Del delirio se ha dicho que es el resultado de *tomar lo interno como si fuera lo externo*. Partiendo de la patoplastia, en visiones sincrónicas y diacrónicas queremos mostrar el distinto valor médico que un mismo síntoma tiene en función, sobre todo de su forma y de su estructura. Presentar lo que de prototípico tiene el síntoma delirio según sea la secuencia fisiopatológica que lo genera. La cualidad de la fisiopatología en la que se incardina el *delirio* es lo que debe darle valor diagnóstico y pronóstico. Así se puede entender lo íctico, lo degradativo, lo sincrónico, lo diacrónico y lo personal en el síntoma y en la actividad y conducta delirante.

Palabras Clave: Psicohistoria, delirio, círculo vivencial.

ABSTRACT

Living experience circle and delirious activity. The emphasis made by the alienism pioneers on the delirious activity and behaviour points to a period of prosperity of the symptom as patognomonic of mental derangement, given that the symptom from is shown as the more visible denotation of the no-reason. This element runs against the illustrated definition of an autonomous and fraternal man. Symptoms, in psychopathology, are simple constructs that acquire diagnostic meaning when they are placed in the syndrome hierarchy, and they are understood as *¿how?* (efficient and formal cause) and as *¿why?* (material and formal cause). It's been said that is the result of taking what's internal as external. Starting from pathoplastia, in synchronous and diachronic visions, we want to show the distinctive medical value that a symptom might have depending on its form and structure. It's to say, to show how prototypic is the symptom delirium according to the physiopathologic sequence that generates it. The physiopathology that typifies delirium is what gives diagnostic and prognostic value. This way we can understand how much of degrading, synchronic, diachronic and personal there is in the symptom and in the delirious activity and behaviour

Key Words: Psychohistory; Delirium; Living experience.

¹ La correspondencia sobre este artículo puede dirigirse al primer autor: Cátedra de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Avda. Menéndez Pidal s/n. 14004, Córdoba, España. E-mail: md1modim@uco.es.

Los elementos que en cada momento histórico definen al hombre, son los referentes de lo que la Persona es, como se cuestiona a sí misma y la forma en como ella lo hace. Sus conquistas sociales son sus definiciones porque por aquellas se modifica el *contrato social* siendo este, tanto la expresión del grado de su libertad como la naturaleza cualitativa de ella. En el campo de la Medicina y subsidiariamente en el apartado de la Psiquiatría, las teorías del *enfermar* y las concepciones teórico - constructivas de las *enfermedades* han seguido un desarrollo paralelo y consecuente con los conceptos evolutivos de Persona y con la relación triádica Persona-Sociedad-Estado, inmerso todo ello en la consideración y relevancia que la sociedad otorga en cada momento a los comportamientos y estados mentales *desadaptados*. Los síntomas psiquiátricos que se revelan como *relevantes* tienen, además de su significado fisiopatológico, una resonancia en la intimidad de la persona que los padece que trasciende al exterior, en forma de *valorada significación cultural*. Y esta valorada significación cultural es causa y producto, a la vez, de también *significada* valoración médico-psiquiátrica. Bajo esta perspectiva, sabiendo que la historia la hacen los hombres (aún sin proponérselo), hemos de considerar el análisis conceptual histórico del síntoma DELIRIO.

El delirio, como otros síntomas de nuestra semiótica: tristeza patológica, nerviosismo (ansiedad, angustia)...; no ha tenido siempre la misma consideración patopsicológica y consiguientemente el mismo peso diagnóstico nosotáxico o diferencial. El delirio, desde el Alienismo, ha remitido psicopatológicamente a una alteración del pensamiento. ¿Pero siempre ha sido desde la misma conceptualización teórica y con la misma intención metodológico-diagnóstica?

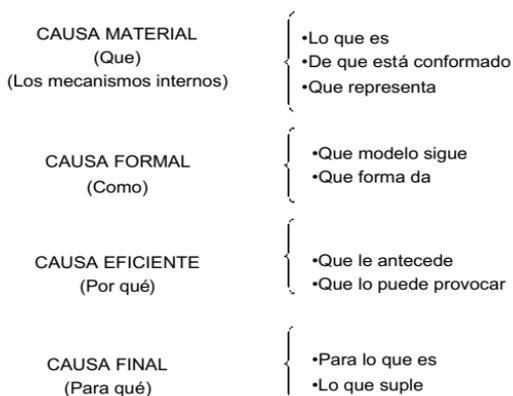
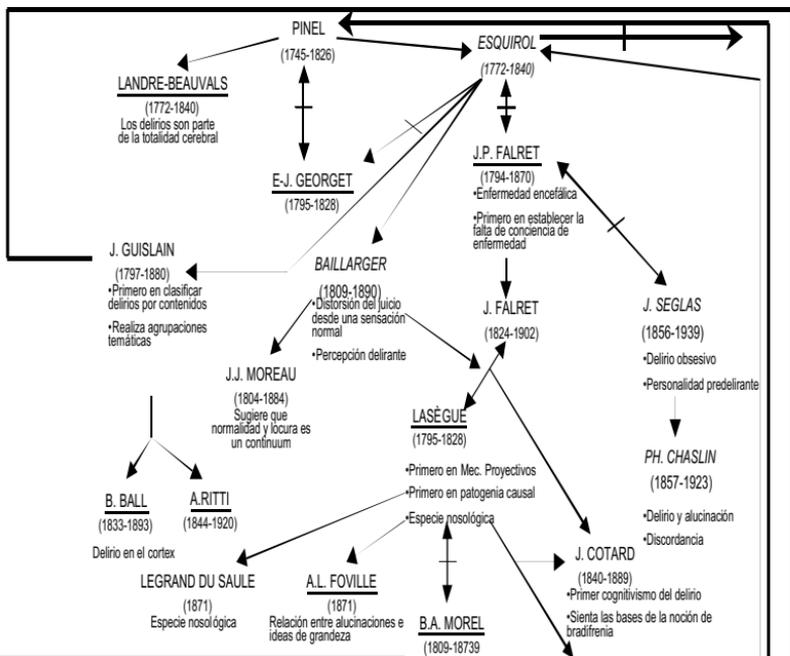
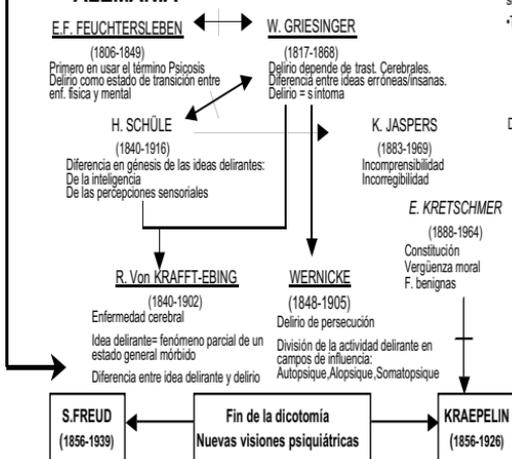


Figura 1. Lo que se estudia en el delirio (causas aristotélicas)

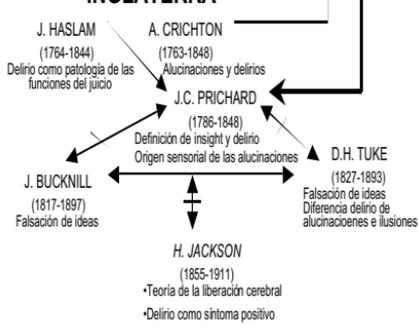
FRANCIA



ALEMANIA



INGLATERRA



MAYÚSCULA= INTELECTUALISTAS: autores que sostienen que el delirio es producto aislado de las funciones elementales cognitivas superiores (Idea lockeana).
 MAYÚSCULA CURSIVA= NO INTELLECTUALISTAS: autores que sostienen que el delirio es producto de la distorsión producida por el conjunto alterado de todas las funciones psíquicas (Idea kantiana).
 MAYÚSCULA SUBRAYADA= SOMATICISTAS: autores que presuponen una etiología cerebral, con independencia de la fisiopatología (intelectual/no intelectual).
 Influencia directa sobre la obra psiquiátrica total (inspiración escolástica) →

Concepción doctrinal contrapuesta ← + →
 Conexiones/oposiciones en las concepciones doctrinales a nivel nacional (Francia-Inglateraa-Alemania): → + →

Figura 2. Historia conceptual del significado del delirio en la teoría psiquiátrica.

Dos polos de investigación histórica nos van a permitir distinguir las diferencias y semejanzas, no aparienciales, entre las históricas conceptualizaciones de la *actividad delirante*. La indagación de cual fue el tipo de causas que estudió el autor o escuela, para ubicar el delirio y la conformación doctrinal de base de la que se desprende esa determinada conceptualización. De un lado, la indagación de cual fue el tipo de causas que estudió el autor o escuela, para ubicar el delirio y la conformación doctrinal de base de la que se desprende esa determinada conceptualización. En este sentido la proposición que surge de la medicina anatomo-clínica, reforzada por la teoría infecciosa del enfermar, con el imperio de la causa eficiente, ha nublado la posibilidad de consideración del resto de las causas que componen el canon aristotélico, como formas metodológicas muy dispares de enfrentarse al entendimiento de un síntoma o de un síndrome (figura 1).

De otro, la concepción del delirio variará según sea la concepción básica del autor de lo que es el *enfermar* mental y ello depende tanto del entendimiento cabal del enfermar general como de la resonancia social de ese enfermar en el contexto social de la época, intuyendo de esta indagación histórica, las influencias escolásticas en la nosología (figura 2) alzaprímado como sitúan al delirio en el vector fisiopatológico que surge del funcionalismo psíquico alterado.

DELIRIO Y CONCEPCIÓN DEL FUNCIONALISMO PSÍQUICO

Si observamos con detenimiento la figura 2, se pueden colegir en los autores tres posturas fundamentales en torno a la concepción del síntoma delirio que a su vez ayudan a entender las sucesivas ordenaciones nosográficas de las enfermedades mentales. También en esta figura se señalan las influencias y oposiciones doctrinales entre los autores y el flujo de información entre escuelas contrarias y afines. Ph. Pinel como mítico fundador del Alienismo, consigue este título de honor merced a su inclinación linneana en la forma de clasificación del enfermar general. Partiendo de las hipótesis de trabajo del botánico suizo, de *descendencia común* y de *divergencia gradual* que implican las nociones de relaciones jerárquicas de parentesco y de diferenciación, separa el *enfermar mental* del somático general (Medicina Interna). Es así como se instaura el campo especializado de la Psiquiatría. Pinel está imbuido de las ideas sensualistas e intelectualistas de Locke, Condillac y Cullen, y aun cuando en el delirio, intentó separarse de ellos, sus afirmaciones carecen de la consistencia necesaria para ser originales. Así pues Pinel va a representar la primera de las tres posturas, con base en el funcionalismo psíquico, en que podemos dividir la concepción estructural del delirio. Con Pinel comparte esta visión, entre los pioneros de la psiquiatría clínica, Vincenzo Chiarugi (1759-1820) de Toscana (Italia).

Concepción intelectualista

Representada por aquellos autores que sostienen que el delirio es un producto patológico aislado de las funciones elementales cognitivas superiores y por ende afe-rrados a las ideas de Locke (1632-1704) que aplica el asociacionismo elemental al

entendimiento de la facultad de pensar y que fundamenta el delirio en el *error* y en las proposiciones *equivocadas* que del error se derivan. Los autores que tienen su obra impregnada de esta concepción han sido muy influyentes en la psicopatología inicial, a pesar de que cuando se produce el alejamiento cronológico de Pinel, el resto de su obra nosográfica y nosotóxica (Morel, Magnan, Feuchtersleben...) contradice esta posición. De otro lado, en el siglo XX Jaspers, con su obra *Psicopatología General* reforzara las tesis intelectualistas del delirio, mucho más tarde, esta posición lockeana dará lugar a la visión cognitiva del delirio (Baars, 1996; Berrios, 1996).

Concepción no intelectualista

El delirio es un producto de la distorsión producida por el conjunto alterado de todas las funciones psíquicas. Esquirol (1772-1840), fue el primero en representar esta definición aunque es probable que tomara la idea de Alexander Crichton en su *Inquiry*. (1798). Esta postura se ancla filosóficamente, en el concepto de mente de Emanuel Kant (1724-1804). Para este filósofo la mente es una creadora de significados más que un receptáculo de ellos. Los seres humanos tendrían una capacidad *proforma* que les permite ordenar todas sus experiencias (sensaciones, percepciones, emociones, sentimientos, deseos...) de acuerdo con lo que denominaba Kant *categorías del entendimiento*, que serían marcos de referencia que transforman los estímulos del ambiente en algo significativo. De esta manera no es posible pensar sino en un funcionamiento psíquico interrelacionado y holístico y ello ha de repercutir a la hora de definir la *trascendencia* funcional del delirio. Sin ser tan influyente, en la diacronía de la Psicopatología Descriptiva, como la *intelectualista*, esta visión es la responsable de que S.G.E. Baillarger (1809-1890) pudiera describir, por primera vez, la *percepción delirante* y de que H. Jackson (1835-1911) lo asimilara en su patogenia al modelo biológico (integrado y jerárquico) de las enfermedades neurológicas.

Concepción somaticista

Una etiología cerebral primigenia, con independencia de la fisiopatología (intelectual, no intelectual) sería responsable del síntoma delirio. El somaticismo, engloba en la teoría de la causalidad, tanto a la causa eficiente (causalidad diacrónica de Berrios) como a la causa material (mecanismos internos de Berrios) en la consideración del cerebro como explicación del enfermar mental. A.L.S. Bayle (1799-1858) con su tipología de la *aracnoiditis crónica* representa la primera y K. Wernicke (1848-1905) en su modelo *patopsicológico* la segunda tipología causal. W. Griesinger y B.A. Morel, representan a los autores que combinan en sus explicaciones etiológicas, al cerebro como causa eficiente y causa material (mecanismo interno).

La diferencia escolástica de los autores que se agrupan en esta posición, parte de la forma de entender la causalidad y de las agrupaciones (formas) clínicas que efectúan del enfermar mental a través de la semiología jerárquica que construyen en sus tratados.

DELIRIO Y FORMAS CLÍNICAS

La formulación del inicio de la Psiquiatría científica parte de la consideración de la *locura* como un ente unitario en la que el delirio y su temática es signo patognomónico de la alienación. Ello, desde el seno de la ideología médica, es una consecuencia de la búsqueda de formas estructuradas de la prototipicidad que exige el modelo linneano de clasificar que inaugura en psiquiatría Pinel, y que va a permitir árboles de ubicación de las *especies morbosas* (Sydenham) a base del establecimiento de las diferencias patognomónicas entre ellas.

El proceso de transformación del *delirio* en los *delirios* viene marcado por la oposición entre delirios agudos y crónicos, tras la bipartición de la melancolía de Pinel, en la monomanía y lipemanía de Esquirol (Álvarez, 1995). La nominación de los delirios aislados como *locuras parciales* comienza a llamar la atención de los clínicos toda vez que aquellos son mas reacios a la *curación* que las *locuras generales*, y es Esquirol el que por este hecho les da el apelativo de *crónicos*, lo que servirá (primera introducción del método patocrónico) para definirlos como grupo. Es entonces cuando lo más representativo del delirio era su temática, y a partir de ahí se elaboran las clásicas clasificaciones francesas, la alemana de Wernicke y la austríaca de Feuchtersleben (Moreno, 2000). Esta oposición entre *delirantes agudos* y *delirantes crónicos* como formas clínicas, abre el horizonte del estudio exhaustivo de la clínica deliriológica en sus aspectos formales y materiales así como también derivativamente las estructurales, tal como podemos observar en la figura 3.

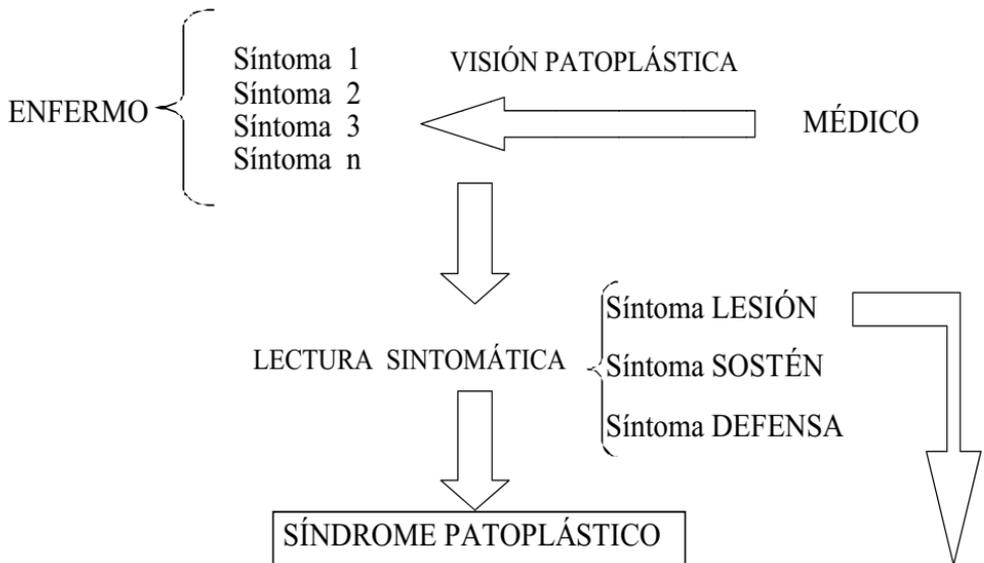


Figura 3. Lectura sintomática patoplástica

Los intentos de clasificación de los delirios, se han ido sucediendo en el transcurrir del tiempo, viéndose claramente influenciados tanto por la evolución de los conocimientos nosográficos (incluyendo el discernimiento del valor jerárquico del síntoma delirio en cada entidad), como por el posicionamiento ideológico de quien acomete la tarea descriptora y clasificadora desde un enfoque escolástico concreto.

A pesar de las críticas que han sido efectuadas a las clasificaciones puramente temáticas de los delirios, entre otras razones, porque algunos de los criterios utilizados por autores como Ey o Guiraud, tienen comprensiblemente una elevada carga de artificio puramente teórico (llevados de la intencionalidad de agrupar los delirios dentro de constructos implícitos en toda clasificación); la ordenación temática sigue teniendo, desde una perspectiva semiológica, un valor muy destacable, pues desde ella será factible el reconocimiento del tipo o tipos de delirios en los diferentes trastornos, demostrando el papel que puede jugar el síntoma (en nuestro caso el delirio) en la configuración de una taxonomía de los Trastornos Mentales que debería ser al mismo tiempo pragmática y rigurosa, a sabiendas que la constatación aislada de la sintomatología delirante no nos puede llevar por sí misma a un diagnóstico específico.

Los diferentes enfoques clasificatorios en relación a los delirios, han sido fundamentalmente los siguientes.

Atendiendo al nivel de *coherencia interna* del delirio, se han clasificado por sus diferentes grados de sistematización, desde niveles de sistematización escasos o muy simples, hasta estructuras de complejidad importante (con contenido coherente, bien conexionado y hasta incluso con aspecto de verosimilitud). Debe incluirse también en este ordenamiento, la posibilidad de ausencia absoluta de sistematización en el contenido o contenidos del delirio. Guardando relación con el nivel de coherencia interna, el delirio nos puede aparecer: encapsulado, con diferentes grados de congruencia interna y credibilidad, o bien con expresión claramente absurda y sin conexión entre los elementos que lo integran.

Respecto a la temática Ruíz Ogara (1982), propone una clasificación fenomenológica que comprende:

- * Modificación delirante peyorativa de la existencia: delirios de culpa, de ruina y de condenación.
- * Transformación delirante de la vitalidad y cualidades de la corporalidad: Peyorativa (delirio hipocondríaco, síndrome de Cotard y transformación corporal); y Transformación omnipotente de la vitalidad capacidades de la persona (inmortalidad y poder, entre otros).
- * Alteración delirante de la autonomía yoica: delirios de influencia, de posesión y delirios de predestinación o misión.
- * Modificación delirante de la propia identidad: delirios genealógicos y transformación en Dios.
- * Transformación delirante de las personas del entorno: en su Identidad (transformaciones en sosias, heautoscopia y ocultaciones); o en sus Comportamientos o Intenciones (autorreferencia, engaños, celos, conversión paranoide de los otros en perseguidores y persecuciones amorosas).
- * Interpretaciones míticas y fabulatorias de la realidad y la historia: pseudociencias,

cosmogonias y creaciones religiosas.

Desde el punto de vista del *curso evolutivo* de la actividad delirante, se han diferenciado los delirios agudos y los crónicos, como hemos visto a partir de la denominación introducida por Esquirol.

En función de la *proyección temporal* que la temática delirante encierra, pueden señalarse: Aquellos delirios que preferentemente se orientan hacia el futuro (Anterógrados); los que encuentran en el pasado el núcleo central desde donde estructurar su temática (Retrógrados); y aquellos, que si bien en un análisis inicial podría advertirse una cierta inclinación hacia el pasado o el futuro, el curso evolutivo de la actividad delirante termina inclinándose por la utilización de todos los éxtasis temporales que conforman la patobiografía del delirante (Mixtos o de doble curso).

Aplicando una *visión patogénica*, pueden establecerse una serie de variantes del delirio como son: la *percepción delirante* (el delirio se configura en base a datos sensorceptivos carentes de cualquier alteración); la *interpretación delirante* (el delirio surge de la interpretación errónea de elementos que no poseen ninguna significación particular); la *fabulación delirante* (siendo las fabulaciones y componentes fantásticos, el origen de la actividad delirante); y la *intuición delirante*, que da lugar a delirios que se generan de manera espontánea, sin que sea posible establecer conexión con ningún elemento anterior. Así, resumiendo, diríamos que el delirio puede surgir desde la *valorada significación especial* (para el enfermo) de un hecho *neutro* (para el observador) de la percepción, deducción cognitiva, imaginación y conceptualización.

Tomando como criterio clasificador el *polo psíquico* que se sitúa en el origen del delirio y que condiciona la naturaleza de las imágenes que contiene, podemos destacar los siguientes tipos de delirios: delirio *sensorial*; delirio *imaginativo*; delirio *onírico*; delirio *intuitivo*; y delirio *interpretativo*.

Por el *grado de constancia* que expresan desde la observación clínica, los delirios pueden ser: estables, si permanecen en la patocronia del trastorno en el que se insertan; e Intermitentes o discontinuos, si su constatación clínica no tiene estabilidad temporal.

Desde una *perspectiva etiológica*, sin abordar ni el cómo se inicia la actividad delirante, ni la forma de organizarse esta, pueden describirse: los delirios reactivos situacionales; los que aparecen en las Psicosis Endógenas; aquellos que encontramos en las Psicosis de fundamento corporal; y los delirios en las Psicosis Orgánicas.

UNA FORMA DE ENTENDER LOS DELIRIOS

Una lectura patoplástica del enfermar observable en un enfermo psiquiátrico, en este caso con una *actividad delirante*, obliga a la estructuración de los síntomas en tres niveles de intelección: el lesional, el de sostén y el de defensa (Medina y Moreno, 1990), en aras de una auténtica comprensión totalitaria de aquello que observamos.

Los síntomas lesionales, son los primeros en ordenación fisiopatológica y los primeros en ordenación jerárquica estructural de composición clínica, pero no tienen que ser los primeros en la observación semiológica del síndrome. Esta clase de síntomas, surgen tras la composición mental del médico en una orientación patogénica y por

ello dirigirán el pensamiento hacia la génesis etiológica anatomofuncional del cuadro. Desde el punto de vista patoplástico estos síntomas lesionales, servirán para la jerarquización y por ende ordenación del cuadro sintomático.

Los síntomas sostén del síndrome, son aquellos que cohesionan y sustentan los distintos elementos y hacen referencia a la/s función/nes psíquicas más observablemente afectadas y no tienen porqué ser la/s primera/s en afectación jerárquica fisiopatológica ni en importancia de economía libidinal (al contrario de lo que ocurre con los síntomas lesionales).

Junto a los síntomas lesionales y de sostén del síndrome, los síntomas de defensa nos revelan, dentro del complejo sindromológico, una determinada (por calificada) tendencia de economía libidinal (carácter) y una direccionalidad, encaminada a la recuperación de la normalidad perdida, en conjunción con la sintiente realidad sincrónica que envuelve al enfermo (figura 3).

No obstante, hemos de examinar lo anterior, a la luz de la impronta vivencial del síntoma, es decir en el circuito tectónico en el que se enmarca y la contaminación extensiva e intensiva que tenga en la totalidad de la persona. Como decía P. Lersch (1938), la vida se ilumina en la vivencia antes de llegar a la conciencia. Para ello, es necesario tener en cuenta, el circuito funcional de la vivencia, resultado de la interconexión entre el sector interno con el sector externo. El sector interno de la vivencia, comprende la integración de niveles somatopsíquicos e implica formalmente una superposición de capas (al modo geológico) genéticas de funcionamiento psíquico. La capa más profunda corresponde a proceso y bases orgánicas prepsíquicas (preformación somática de lo mental) así como al inconsciente psíquico (preformación psíquica de lo mental). Por encima de esta, la capa intermedia, contiene los apetitos e instintos, los afectos y el temple del humor, y la capa superior, que tiene como base la intermedia, se constituye por los pensamientos, la expresión del pensamiento, la memoria y la

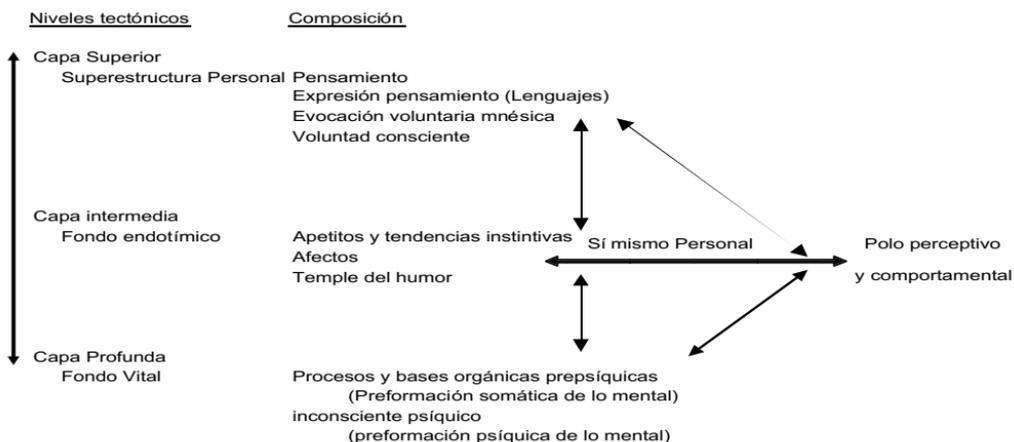


Figura 4. Niveles tectónicos y composición

voluntad consciente. El sector externo es el encargado de captar el mundo, polo perceptivo y comportamental, y pasando por el sector interno, volcarse en el mundo (figura 4).

La observación de la evolución es otra forma complementaria y posterior, de abordar metódicamente el diagnóstico diferencial de la actividad delirante. Ello consiste en señalar lo que de peculiar tiene cada “estado delirante” en sus momentos “ícticos y degradativos”.

Siguiendo la metodología propuesta, podemos reflejar cual es la fisiopatología de la actividad delirante esquizofrénica, la de origen corporal y la sensitiva.

ACTIVIDAD DELIRANTE ESQUIZOFRÉNICA

La laboriosa construcción del concepto de demencia precoz, por Kraepelin, sobre la base de los pensamientos de Morel, Griesinger, Kahlbaum, Haecker, Moebius y Wundt, trajo a la psiquiatría clínica, la idea de la unidad nosológica, a partir de la cual sentar los fundamentos de las futuras investigaciones en este terreno. Kraepelin, individualiza la demencia precoz, y describe como invariante en la enfermedad los trastornos del pensamiento y la inefectividad, así como el criterio evolutivo de fatalidad parademencial (Colodrón, 1983). E. Bleuler (1911) publica en el *Handbuch der Psychiatrie*, dirigido por G. Aschaffenburg, su obra *fundamental Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien* en la que se lamenta de no poder eludir el incómodo deber de acuñar un nuevo nombre para esta enfermedad, Esquizofrenia. Con este término, Bleuler, designa un grupo de Psicosis de curso crónico o intermitente, que no permite la *restitutio ad integrum* y en la que existe una alteración específica del pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior, distinguiendo dentro de ella, el tipo paranoide, el catatónico, el hebefrénico y el simple. Así mismo separa por un lado los síntomas fundamentales, propios y exclusivos de la enfermedad, de los accesorios, que pueden observarse en otras enfermedades o cuadros clínicos y entre los que sitúa, el delirio. La publicación, en 1913, del libro *Psicopatología General* de Jaspers, nos introduce las nociones de proceso y desarrollo, explicación y comprensión, delimitando aun más a la esquizofrenia como enfermedad procesual, por tanto de naturaleza orgánica o psíquica y por ende explicable, y que conduce a la limitación o destrucción de la personalidad. En 1928, delimita las experiencias delirantes, según su procedencia del mundo interior o exterior y le asigna los términos Ocurrencia delirante y Percepción delirante, respectivamente y sobre todo sistematiza el significado psicopatológico del delirio en tanto que auténtica idea delirante privativa de la psicosis esquizofrénica, como hemos reseñado anteriormente. Barcia (1998) cree necesario, tener en cuenta además de las Ocurrencias delirantes y las Percepciones delirantes, el humor delirante descrito por Gruhle (1932) y la esquizoidia de López Ibor (1953) como forma básica de la experiencia delirante, pues en él se esconde el germen de la validez objetiva como dijera Jaspers (Blackenburg, 1985 cit. por Barcia, 1998). K. Schneider (1939) clasificó las manifestaciones psicopatológicas de la esquizofrenia en: Síntomas de primer rango, indicadores de esquizofrenia en ausencia de enfermedad somática concomitante y con estado de conciencia clara y síntomas de segundo orden, que no se hallan únicamente vinculados a ella, asignando la percepción delirante a los primeros y la ocurrencia delirante a los

segundos. Las clasificaciones modernas, desde el RDC hasta el DSM IV, recogen entre sus síntomas característicos las ideas delirantes, aunque valoran a la hora del diagnóstico la evolución y persistencia de las mismas.

Las investigaciones más recientes llevadas a cabo sobre el tema, remarcan la heterogeneidad del delirio, tanto en su estructura como en su proceso constructivo (Marková y Berrios, 1995), por lo que en su formación no sólo hay que tener en cuenta la filogenia sino también la ontogenia, determinando esto diferentes niveles a conceptualizar para su íntegro entendimiento.

La adjudicación de un significado anómalo a aquello que proviene del exterior (a), viene posibilitado patogénicamente en el esquizofrénico por la presencia de un *locus* cerebral perturbado y/o por la presencia de un Yo escindido (a), a partir de lo cual se instaura fisiopatológicamente (b) un estado predelirante. Conrad (1956) propuso el nombre de “trema” para este periodo que coincide con la “vivencia delirante primaria” de H. Ey. Ocurre aquí una vivencia de cambio donde la percepción de la realidad se falsea como consecuencia de la escisión psicótica. Este estado predelirante precede a la cristalización del delirio (Berrios y Fuentenebro 1995) y en él tienen lugar una serie de acontecimientos psicopatológicos que para algunos autores se debe a un trastorno de la cognición (Magnan, Serieux, Maher, Bentall y Kinderman), para otros de la motricidad (Störring, Melurdy), del afecto (Specht, Wetzell, Bleuler, Lange, Schneider, Conrad, Jaspers y Oepen), e incluso de la conciencia (Mauz, Llopis, Cabaleiro, Lange y Ey). El estado predelirante, ya sea entendido como fallos globales o selectivos a distintos niveles de actividad psicológica, provoca un colapso en la organización lógica del Yo, a través de las denominadas por Ktretchmer “vivencias llave” se posibilita la generación de la actividad delirante (c), con la que argumenta una supuesta *nueva realidad* en la que cree firmemente, y comprende lo captado desde el mundo exterior e intuido por la representación, dado el carácter reorganizativo que tiene dicha actividad delirante,

Niveles tectónicos

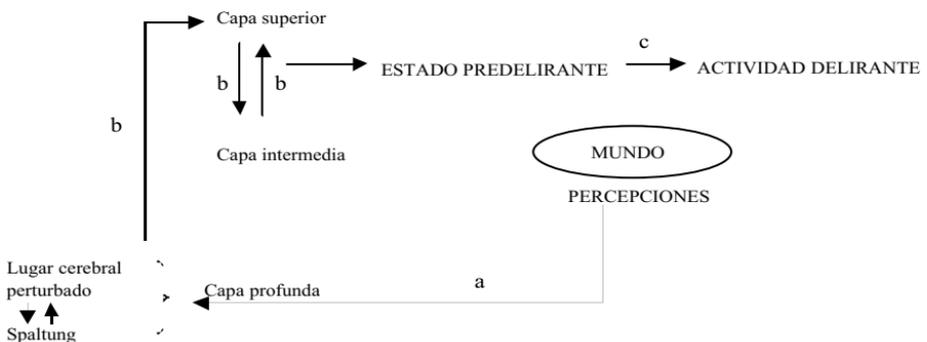


Figura 5. Circuito funcional de la actividad delirante esquizofrénica.

aunque en su finalidad no sea completamente exitosa (figura 5).

Como señalaba Kronfeld, *el delirio es el enorme esfuerzo que hace la persona para volver a encontrarse a sí mismo... mediante una nueva determinación del mundo y de su yo.*

La lectura sintomática patoplástica, distingue como síntoma sostén a la actividad delirante, totalmente inespecífica como síntoma nuclear indicador de esquizofrenia, pero sí fácilmente observable y por ello fiable objetivamente, sin embargo es el síntoma lesión el que marcaría el origen de esa actividad delirante, lo primero en fisiopatología serían aquellos síntomas que provienen directamente de la *insuficiencia* bien cerebral, bien del Yo (síntomas negativos o fundamentales de Bleuler), lo primero en jerarquía sería la escisión y fragmentación de la realidad y lo primero en semiología, la reorganización y creación de una nueva realidad mediante la actividad delirante. Con esta actividad delirante, constituida, (anastrosfé de Conrad) se invierte la intencionalidad normal del individuo hacia el mundo, deviniendo el mundo hacia el individuo (Sarró, 2001).

La patocronia de la actividad delirante esquizofrénica es muy variada, a veces remite y desaparecen totalmente tras el tratamiento y otras se encroniza, entonces se modifica en algunos aspectos, fundamentalmente se reduce la tensión emocional entre el delirio y la realidad y el delirio se vuelve más intrasubjetivo al desvincularse mediante él, cada vez más del mundo exterior y encaminarse más hacia su mundo interior. La actividad delirante esquizofrénica puede reactualizarse en los distintos brotes, de forma estereotipada, en algunos sigue prevaleciendo un contenido armónico y en otros, unos temas suceden a otros.

ACTIVIDAD DELIRANTE DE ORIGEN CORPORAL

Los delirios que se presentan en los trastornos psiquiátricos que se derivan del curso de “enfermedades de base somática conocida” han inspirado gran número de investigaciones en la historia de la psiquiatría. El término de “Psicosis Exógena” se debe a Möebius. Liebermeister describió bajo el nombre de *Delirium* la clínica alucinatoria-delirante del estado febril persistente y la primera descripción nosognómica del “*Delirium Tremens*” fue efectuada en Gran Bretaña por Sutton en 1813, aún cuando habría que esperar hasta 1819 para que Rogers adscribiera nosogénicamente este cuadro a la etiología alcohólica. Con todo, en el terreno que nos ocupa, es en el trabajo publicado en 1912 por Karl Bonhoeffer (1868-1948) para el tratado que le encarga G. Aschaffenburg, donde se establecen claramente las vías patogénicas por las que las enfermedades somáticas pueden producir actividad delirante en los que las padecen: *El delirio exógeno vendría caracterizado por un pensamiento confuso e incoherente, con orientación perturbada lo que dificulta una captación de la realidad circundante y donde se dan fácilmente ilusiones, alucinaciones, ocurrencias delirantes y distimias angustiosas.* Este autor crea el término “reacción exógena psíquica” para los trastornos de índole psicótica que cursan en la clínica, concomitantemente con la patocronia de una enfermedad somática grave en la que acontecen episodios agudos. Posteriormente englobó la clínica psiquiátrica dispersa en tipos específicos de “reacción exógena aguda”, donde el

principio patogénico rector estribaba en los hechos de la inespecificidad de la noxa y de la clínica psiquiátrica sindrómica, entrelazadas ambas.

Así un mismo trastorno psiquiátrico puede ser producido por distintas noxas y variadas etiologías pueden producir un mismo síndrome patoplástico psiquiátrico. E. Bleuler describió en 1916 los cuadros delirantes en los denominados por él Psicosis Orgánicas para las que determinaba una etiología orgánica clara y una psicopatogenia que radicaba en afectaciones cerebrales difusas. Anterior, en el tiempo a ambos, en 1908 y sobre la teoría general de los tipos de reacción A. Meyer había adscrito estos cuadros a la concepción “disergásica” del cuerpo humano en el curso de las enfermedades orgánicas. Paralelo a él, aunque posteriormente, H.Ey sobre las teorías de H. Jackson construyó la patogenia de estos síndrome alucinatorios sobre un “estado de disolución de conciencia” (en los que se incluían tanto una disminución del campo como del tono) que propician “formas inferiores, en el sentir evolutivo, del actuar psíquico”).

K. Schneider prefirió, en un intento didáctico para no confundir con los términos de organicidad y de somaticidad, el nombre de Psicosis de fundamento corporal conocido y abrió otra nueva vía en la interpretación patoplástica y en el desvelamiento patogénico con su división de los síntomas en “obligados” y “facultativos” que orientaban hacia los por nosotros denominados síntomas lesionales, auténticos síntomas indicadores de fisiopatología y de la jerarquización del síndrome patoplástico en este caso Alucinatorio-Delirante de origen corporal conocido.

Actualmente en el DSM IV, estos cuadros figuran dentro del epígrafe “Delirium... y otros trastornos cognoscitivos” y en la CIE 10 en la rúbrica “Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos”.

En España, los autores que mejor han explicado la génesis y la subdivisión patoplástica de estos cuadros han sido Gonzalez Infante y Giner Ubago (1979,1982,1984) y es en sus ideas y sobre nuestro método didáctico del círculo funcional de la vivencia con lo que creemos pueden explicitarse mejor las distintas vías patogénicas de surgimiento del Síndrome Alucinatorio-Delirante de etiología corporal conocida.

Gonzalez Infante y Giner (1982) añaden a las condiciones necesarias de enfermedad somática grave, mal estado general del enfermo y accidente somático agudo, la situación “vital” del sujeto, entendiendo por ella, la posibilidad de que el proceso corporal de base, reactive fondos constitucionales vitales (constelaciones endogénicas) morbosas o caracteriológicas o ambos. De otro lado, estos autores señalan que la constelación etiológica que se añade a la orgánica primaria puede ser determinante para algunas vías patogénicas y que aquella entonces, estaría determinada por los factores situativos de reacción vivencial a la propia enfermedad corporal en cuanto a su trascendencia para la vida y las expectativas ambientales del sujeto.

De esta manera las patogenias serían (figura 6):

- 1^a) La enfermedad somática (a1) o la enfermedad primeramente cerebral (a2) actuaría, en su curso, sobre la capa profunda del sujeto produciendo alteraciones en la conciencia (obnubilación simple y/o disminución del tono) que van a ser las responsables de la Actividad delirante exógena (c1) o exógena onírica para

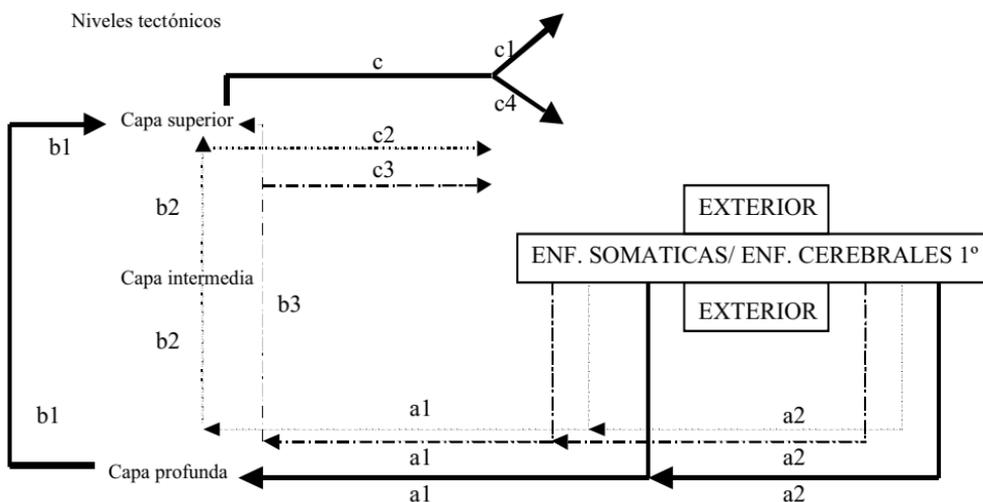


Figura 6. Circuito funcional de la actividad delirante de origen corporal.

la etiología (a1) y los delirios orgánicos (c4) dentro de los que hay que incluir, en el caso de los alcoholismos, los delirios subagudos o el delirium tremens.

- 2ª) Ahora, preferentemente, los elementos patogénicos (a1) o (a2) favorecen un estado de ensimismamiento introspectivo sobre las consecuencias que la posesión de la enfermedad tiene para la vida del sujeto. Los factores caracteriológicos, la constelación biográfica sincrónica y la elaboración conjuntada de expectativas y frustraciones que trae consigo la formación de la enfermedad somática (b2) es la responsable de una sindromología delirante (c2) plagada de elementos persecutorios o autorreferenciales que responden a la producción de una reacción vivencial anormal al propio “estado de enfermedad”. Por eso se puede observar que esta vía patogénica atraviesa todas las capas del circuito funcional de la vivencia, ya que es una reacción global de la personalidad.
- 3ª) Por último, los elementos etiopatogénicos basales (a1 y a2) en su patocronia, movilizan por afectación de las capas vitales de la persona (b3), los elementos constelacionales de aquel, que ahora se expresarían bajo la forma (c3) de un síndrome delirante de trasfondo que es anómalo en cuanto supone una “transformación reactiva” de unas percepciones, no integradas e inteligidas, de la capa vital de la persona.

En estas tres vías patogénicas de producción sintomatológica delirante (patoplástia) los síntomas lesión se constituyen de la siguiente forma en las Psicosis sintomáticas y en las Psicosis orgánicas.

1º) En (c1) una disminución del tono de la conciencia y/u obnubilación simple es

la fisiopatología lesional que conduce a la dificultad para la integración de senso percepciones y su aprensión cognoscitiva en niveles de realidad, lo que supone la primicia jerárquica para la emisión de una sindromología alucinatoria-delirante en las Psicosis sintomáticas. Sin embargo, en el caso de las Psicosis orgánicas (c4) puede ocurrir sólo (raro) una disminución del tono de la conciencia (alucinosis alcohólica) o una alteración global de esta (tono y campo) que propician jerárquicamente el déficit cognoscitivo y el deterioro global de la personalidad que la cronicidad de estos enfermos ha constituido y que ahora se ve más o menos menoscabada por el accidente agudo somático.

- 2º) En (c2) es la introspección aumentada por ensimismamiento en la enfermedad somática (percepción interior de Gonzalez Infante y Giner,1982) la que actúa lesionalmente mediante mecanismos de psicogénesis reactiva, alzaprímado jerárquicamente los sentimientos motivados de forma sobrevalorada.
- 3º) En (c3), la intelección errónea de los sentimientos de trasfondo vital, prioriza jerárquicamente la emisión de unas interpretaciones “alucinatorio-delirantes” de aquellas.

Los síntomas defensa en estos tipos de actividad delirante hacen siempre referencia al idiosincrásico tipo de carácter del enfermo, que imprimen especial, pero muy relativo tinte, a esa actividad (González Infante y Giner, 1982)

Como señalan González Infante y Giner (1982,1984) la actividad delirante (c1) es privativa de las Psicosis sintomáticas al igual que la (c4) es sólo de las psicosis orgánicas. No obstante, la (c2) y (c3) puede darse en ambas y siempre formando parte de lo que Wicck (1956) denominó “Síndromes de paso o transición” y que luego fueron complementados por Scheid en 1959 y por Conrad en 1960.

La evolución de estos delirios, desde el punto de vista organodinámico de H. Ey (1939) estaría en relación con el 4º punto de los principios fundamentales de H. Jackson “... a una disolución del mismo nivel pueden corresponderse cuadros clínicos distintos según la mayor o menor velocidad con la que se han producido”. Tanto los episodios de actividad delirante de origen somático conocido (Psicosis exógenas) como las de enfermedades primariamente cerebrales (Psicosis orgánicas) la intensidad de la noxa en su sentido cualitativo y en la rapidez de acción conjuntado con el estado de los polos perceptivos y cognitivos explican, en parte, la patocronia íctica y degradativa de los estados delirantes. Sin embargo hay que hacer algunas precisiones: En c1 y c4 (Delirios exógenos oníricos y delirios subagudos y tremens) el estado de acmé lo marca el estado de la conciencia en sentido lato (obnubilación y/o tono) y es la recuperación de ella la que produce el proceso de degradación de la actividad delirante hasta su desaparición (Giner y González Infante,1979). En el caso de los delirios en alcohólicos no es infrecuente que tras el episodio de alucinaciones (delirio subagudo) o de delirium tremens se pase a la vía patogénica c2, creándose un delirio celotípico que no debe confundirse con una cristalización secundaria del primitivo delirio por afectación del tono de la conciencia (c4). Son las vías b2 y b3 donde la patocronia de la actividad delirante está más ligada al proceso secundario que se reactiva por la enfermedad somática de base que a esta misma. En estos tipos de síndromes de transición, en sus formas leves

y medianas (González Infante y Giner, 1982) la patocronia va ligada al peculiar “ensimismamiento” que provoca la anómala vivencia de sentirse gravemente enfermo y al trasfondo vital que el proceso básico ha activado. En ambos, el decurso posterior depende del camino evolutivo que estas, segundas vías patogénicas emprendan. En b2 la no degradación de la actividad delirante persecutoria o autorreferente paralela a la desaparición de la enfermedad somática de base significaría que el delirio que se mantiene o acrecienta es ya un delirio psicógeno (sinistrosis o hipocondríaco) o uno paranoide (sensitivo...). En b3, esto mismo, indica que se ha puesto en marcha una fase depresiva que surge de la endogeneidad reactivada. De esta manera se muestra como la evolución de la actividad delirante es coherente con la vía patogénica que modula la plastia de aparición fenoménica y que cuando el síntoma (delirio) sobrepasa con su apariencia la vía patogénica primaria es porque se ha instaurado otra vía genética distinta de la primera.

ACTIVIDAD DELIRANTE DE ORIGEN SENSITIVO

La conceptualización de los delirios de autoreferencia se imponen y alcanzan una posición de firmeza patoplástica a partir de las sucesivas ediciones (1833 a 1915) que E. Kraepelin hace de su Tratado, a través de las que se va produciendo una paulatina reducción del ámbito nosográfico de la paranoia. Con este motivo, este autor, alzaprima el papel que juegan los “conflictos internos” y la “exacerbación de los rasgos de carácter” en esta especial clase de enfermos delirantes. Sin embargo es en Hoffman (1861) donde encontramos el primer antecedente de “enfermos delirantes” que no tienen patología previa ni concomitante ligada a manía o melancolía, lo que equivale a “delirios sin locura”. En 1865, Schell atribuye a un “sentimiento hipertrofiado de la personalidad y una clara tendencia a la acción” de esta modalidad delirante. Esta creciente tendencia de explicación patogénica es combatida por Hitzig en 1895, (cit. por W. Kretschmer) temeroso de la introducción en Psiquiatría de explicaciones de corte psicogenético. En 1893, Kramer y Bödeker con motivo de una sesión de la Sociedad de Psiquiatría de Berlín, describen los Delirios Circunscritos que “son sin afectación de la conciencia, pero que transforman la personalidad y cambian las relaciones con el mundo subjetivo y el mundo exterior”. Clemens Neisser en 1892, atribuye su base etiopatogénica a la por él denominada “significación personal mórbida”, claro antecedente de la sensibilidad de E. Kretschmer, por la cual ésta falsearía las realidades de la percepción y de la representación conduciendo a unas ideas delirantes que vendrían a cubrir el “vacío” que produce la autorreferencia primitiva. Para este autor, la “significación personal mórbida” es el síntoma primario, siendo la patoplastia de elección, el producto delirante.

E. Bleuler (1906) en “Afectividad, sugestibilidad y paranoia”, atribuye el delirio, en este contexto, a una deformación catatímica de los afectos, por el que un conflicto afectivo interior se vehicularía mediante la actividad delirante, que a su vez vendría a compensar la inferioridad basal del sujeto.

R. Gaupp (1913) con motivo del célebre “caso Wagner” otorga a los afectos, a la inferioridad y a la culpa moral, la actividad delirante e influye en su alumno E.

Kretschmer, que en 1918 publica la primera versión de su delirio sensitivo de relación, que fundamenta en la conjunción de hechos internos (constitución premórbida) y elementos externos (clase de conflicto, medio social...) que se conjuntarán en cualificada vivencia. Ya en 1909, P. Serieux y J. Capgras, a propósito de explicar los mecanismos de la interpretación delirante, dicen que esta se produciría por “una asociación de ideas ligadas a tendencias afectivas que toman a través de inducciones o deducciones erróneas una significación personal en el enfermo”. Actualmente en el DSM IV, estos delirios figuran en el apartado 297.1 Trastornos Delirantes y en la CIE 10ª en el F22.00 Trastornos por ideas delirantes.

E. Kretschmer en una descripción del tipo de enfermos delirantes (que va más allá de los definidos por él), tuvo el gran acierto de conjuntar lo que llamamos hoy “vulnerabilidad” y agentes (eventos) “estresantes específicos”. En efecto, él describe como elemento etiológico basal una constitución caracteriológica “predominantemente asténica” que oscilaría entre los polos de la sensibilidad (proclive a los delirios referenciales) y la expansividad (delirios querulantes, persecutorios y proféticos). Y unos elementos situacionales de “experiencias vividas”, de vergüenza moral y de humillación. Sobre todo ello, en conjunción, se desarrolla una Vivencia (grupo de sensaciones y de representaciones susceptibles de producir un afecto) que produce la experiencia (delirante) de ser observados, ser menospreciados y por último, rechazados.

Así, desde un punto de vista patogénico la actividad delirante referencial es una experiencia, aunque extrema, de una particular estructura caracterial, como forma de reacción, donde lo importante (secuencialmente) es la “peculiar disposición constitucional”, que se enfrenta a una serie de elementos situacionales que se vivencian con menoscabo de la seguridad personal.

Desde el esquema didáctico que guía nuestra explicación (figura 7) la disposición constitucional básica (a), que supone una mezcla interaccional de elementos biológicos temperamentales y de constitución caracterial impregnada de tonalidad afectiva,

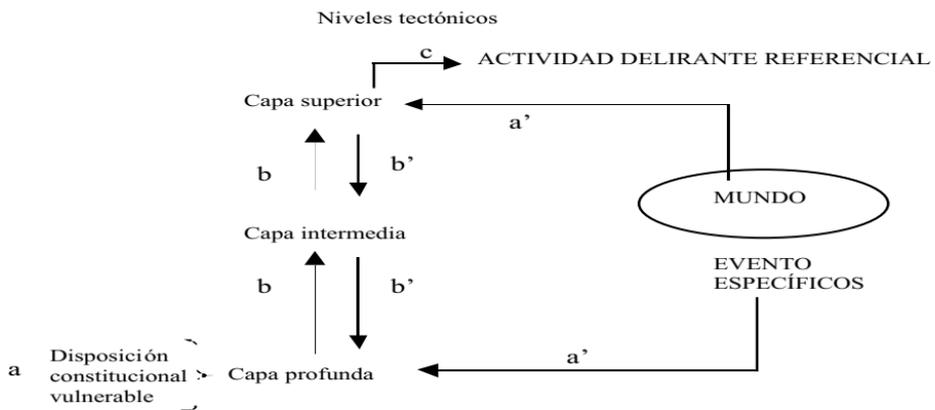


Figura 7. Circuito funcional de la actividad delirante de origen sensitivo

predispone a un sesgo cognitivo de los eventos específicos (a') de la realidad exterior en los que el sujeto está inmerso, siguiendo la vía patogénica (b). A su vez estos sesgos (a') de la vida del sujeto, provistos de una vivencia de "especial significación" reactivan la vulnerabilidad constitucional del sujeto sensitivo (b'). Ambas vías son las responsables de la producción de una actividad delirante (c) específica, que los caracteriza fundamentalmente y que se genera alrededor de los elementos que definen el encuentro interpersonal y que en definitiva, como diría Sartre, interesan a las valoraciones y enjuiciamientos que de nosotros efectuamos los demás.

La lectura sintomática se constituiría de la manera siguiente: lo primero en fisiopatología y también en jerarquía sería la proyección al exterior de la "inferioridad basal" del sujeto (reprimida) por lo que se recogerían en la mismidad, los eventos específicos (laborales, sexuales, morales...) con especial significación personal (observación, menosprecio, rechazo) de donde se produce la inducción o deducción errónea que conduce al delirio. Este es el fondo (síntoma) lesional de lectura patoplástica y a la vez es la defensa que propicia no enfrentarse, introyectándola, a la culpa persecutoria, mediante su expulsión sobre los demás, en un intento de destrucción de los perseguidores, lo que explica la génesis de la persecución que sufren desde el mundo al que se enfrentan con el litigio o la transformación.

Desde el punto de vista patocrónico, la aportación que la "construcción delirante" da a la autoestima, es decisiva. Como decía Kahn (1929) "la finalidad del delirio ha de reconocerse a partir del sentido y del significado". El delirio, promueve una ayuda a la supervivencia, un aumento de autoestima y siempre es recompensador.

La contrastación con la realidad, dilatada en el tiempo, no pocas veces lleva al "paranoide" a transformar su "sensitividad" en "agotamiento neurasteniforme" que se expresa en clínica con profusión de sintomatología hipocondríaca (Kretschmer, 1946) y que constituirían un equivalente delirante.

Otra línea evolutiva, viene representada por la rigidificación (defensa) del carácter en sus términos de autoritarismo, llevando, expansivamente, el delirio a caminos de complejidad explicativa, con lo que ascienden en la cadena de conspiraciones cada vez a instancias más altas. Un delirio alimenta a otro, llegándose a una especie de "profecía autoconsumatoria" en la que la explicación está no en sus aseveraciones delirantes sino en la extremada hostilidad con la que se enfrentan al ambiente. Y otras veces las degradaciones delirantes vienen tras la reubicación del sujeto en un nuevo espacio vital, donde cree puede "recomenzar" de nuevo una vida libre de la observación y de la sospecha.

REFERENCIAS

- Álvarez, J.M. (1999). *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: DOR S.A.
- Álvarez, R. y Huertas, R. (1987). *¿Criminales o locos?* Madrid: Cuadernos Galileo de Historia de la Ciencia.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)*. Barcelona: Masson.
- Berner, P. (1998). *La génesis de la experiencia delirante*. En: Pensamiento Delirante de Ruiz Ogara C.

Granada.

- Berrios, G. y Fuentenebro, F. (1996). *Delirio*. Madrid: Trotta.
- Bleuler, E. (1969). *Afectividad, sugestibilidad y Paranoia*. Madrid: Morata.
- Bleuler, M., Will, J. y Buhler, H.R. (1968). *Síndromes psíquicos agudos en las enfermedades somáticas*. Madrid: Morata.
- Colina, F. y Álvarez, J.M. (1994). *El delirio en la clínica francesa*. Madrid: Dorsa.
- Colodrón, A. (1983). *Las esquizofrenias*. Madrid: Siglo XXI.
- Conrad, K. (1963). *La esquizofrenia incipiente*. Madrid: Alhambra.
- Ey, H. (1998). *Estudio sobre los Delirios*. Madrid: Triacastela.
- Ey, H. (1973). *Tratamiento des allucinations*. Masson. París.
- Foucault, M (1976). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Garrabe, J. (1996). *La noche oscura del ser*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Giner Ubago, J. y González Infante, J.M. (1979). Aspectos fenomenológicos de la delusión de los alcohólicos. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 14, 123-133.
- Giner, S. (1987). *Historia del pensamiento social*. Barcelona: Ariel.
- Glatzel, J. (1985). *Depresiones endógenas*. Barcelona: Doyma.
- Huertas, R. (1987). *Locura y degeneración*. Madrid: Cuadernos Galileo de Historia de la Ciencia.
- Jaspers, K. (1993). *Psicopatología General*. México: Fondo Cultura Económica.
- Kraepelin, E. (1996). *Las parafrenias 1ª y 2ª parte*. Buenos Aires: Polemos.
- Kraepelin, E; Kahlbaum, K y Hecker, E. (1986). *La locura maniaco depresiva. La catatonía. La hebefrenia*. Buenos Aires: Polemos.
- Kretschmer, E. (2000). *El delirio sensitivo de referencia*. Madrid: Triacastela.
- Lanteri-Laura, G. (1994). *Las alucinaciones*. Mexico: Fondo Cultura Económica.
- Lillo Roldán, R. (1998). *Clínica psiquiátrica de los trastornos de la personalidad*. En A. Medina León, A y M.J. Moreno Díaz. *Los Trastornos de la Personalidad. Un estudio médico filosófico*. Córdoba: Nanuk.
- López Ibor, J.J. (1953). Percepción y humor delirante. Análisis fenomenológico y existencial. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 12, 89-102.
- Medina León A., Moreno Díaz, M. J. y Lillo Roldán, R (1996). Deterioro orgánico vs defecto psíquico en la esquizofrenia. *Intus*, 7, 93-105.
- Moreno Díaz, M.J. (2000). El Delirio. En C. Ruiz Ogara, A. Medina León, A y M.J. Moreno Díaz, *Cosmogonias Psicóticas. Estudio comparativo del pensamiento psicótico con el pensamiento mítico y científico*. Granada: Monografías de Folia.
- Moreno Díaz, M.J. (2000). *Historia de los delirios*. En C. Ruiz Ogara, A. Medina León y M.J. Moreno Díaz. *Cosmogonias psicóticas*. Granada: Monografías de Folia, 2. Zaidin.
- Olievenstein, C. (1993). *El Yo paranoico. De la sospecha al delirio*. Paidós. Barcelona..
- Peset, J.L. (1987). *Ciencia y marginación*. Crítica. Barcelona.
- Pichot, P. (1983). *Un siècle de Psychiatrie*. Roche. París.
- Ruiz Ogara C. (1996). Sobre la comprensión psicodinámica de los síntomas de las psicosis. *Folia Neuropsiquiátrica*. 31, (71-76)
- Ruiz Ogara, C. (1998). *Actividad imaginaria y delirio*. En Pensamiento Delirante. Granada.
- Ruiz Ogara, C. (1998). *Psicopatología de los delirios*. Madrid: Yon & Us S.A.
- Ruiz Ogara, C. (1997). *Lo carencial y lo delirante*. Cádiz: Reunión de la Sociedad de Psicoanálisis.

- Sarro, S. (2001). Ontogénesis y diacronía del delirio esquizofrénico. Un análisis fenomenológico. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 28, 23-31.
- Sauri, J.J. (1969). *Historia de las ideas psiquiátricas*. Buenos Aires: Carlos Lohle.
- Schneider, K. (1997). *Psicopatología Clínica*. Madrid: Triacastela.
- Serieux, P. (1996). *Alucinar y delirar*. Tomo II. Buenos Aires: Polemos.
- Wernicke, C. (1999). *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos.
- Zilboorg, G. (1952). *Historia de la Psicología Médica*. Buenos Aires: Psique.

Recibido, 24 mayo 2004
Aceptado, 27 junio 2004