



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Epistemología, filosofía de la mente y bioética

La marca de la psicosis: hacia una síntesis del problema tipológico de los delirios



Pablo López-Silva ^{a,b}

^a Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

^b Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP), Valparaíso, Chile

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de agosto de 2021

Aceptado el 7 de noviembre de 2021

On-line el 21 de diciembre de 2021

Palabras clave:

Delirios

Psicosis

Creencias

Imaginaciones

Psicopatología

Keywords:

Delusions

Psychosis

Beliefs

Imaginations

Psychopathology

R E S U M E N

Aunque los delirios son considerados como la marca por excelencia de la psicosis, su observación en el contexto clínico aún conduce a una serie de interrogantes empíricas y conceptuales. En este contexto, el debate tipológico intenta responder a la pregunta sobre cuál es el tipo específico de estado mental instanciado por reportes delirantes. Respuestas para este debate son clave, entre otras razones, para guiar la investigación empírica sobre la etiología y el tratamiento de los delirios. Este artículo intenta explorar 3 de las principales respuestas a la pregunta sobre qué son los delirios. Luego de revisar sus fortalezas y debilidades, se intenta esbozar de qué modo estas alternativas —comúnmente entendidas en la literatura como rivales— podrían complementarse, para así lograr una comprensión más compleja, fructífera y contextualizada del delirio en la psicosis.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

The Mark of Psychosis: Towards a Synthesis of the Typology Problem of Delusions

A B S T R A C T

Although delusions are regarded as the mark of psychosis, their observation in clinical contexts still leads to a number of empirical and conceptual debates. In this context, the typology debate tries to answer the question about the specific type of mental state instantiated by delusional beliefs. Answers to this debate are fundamental, particularly in terms of guiding empirical research on the aetiology and treatment of delusions. This article explores three approaches to this discussion. After examining all the strengths and weaknesses, suggestions are made about how these approaches – commonly depicted as rivals in current literature – might work together to gain a more complex, fruitful, and contextualised understanding of delusions in the context of psychosis.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Correo electrónico: pablo.lopez.silva@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.11.002>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

En su *magnus opus Allgemeine Psychopathologie*, Karl Jaspers¹ se refiere al delirio como «la marca por excelencia de la psicosis», que es una de las expresiones más graves y complejas de la alteración de la mente humana. Con esto, Jaspers parece sistematizar el fenómeno respetando algunos de sus usos cotidianos más comunes. En su análisis histórico del desarrollo del concepto de psicosis, Porter² apunta que el término delirio—incluso fuera de la psiquiatría— siempre se refirió a la idea de creer cosas que no son el caso. Sin embargo, las precisiones respecto del uso y la historia del término poco ayudan a responder una de las preguntas más fundamentales que surgen al observar el fenómeno en el contexto clínico, esto es, qué tipo de estado mental subyace al reporte de un delirio o, en otras palabras, qué tipo de estado mental reporta un paciente delirante. Para muchos, esta discusión podría ser irrelevante, ya que el esfuerzo conceptual debería estar puesto en dilucidar la potencia diagnóstica de este tipo de fenómeno. Por el contrario, la respuesta a la pregunta antes especificada parece importante por al menos 2 razones prácticas; primero, porque la formulación de potenciales respuestas a la discusión implica la elección de premisas filosóficas respecto de la naturaleza de la mente humana y sus maneras de funcionar, de modo que influirá nuestra forma de entender la potencia diagnóstica del fenómeno (y en este sentido, la discusión de la potencia diagnóstica de los delirios estaría también contenida en la discusión respecto del tipo de estado mental instanciado por reportes delirantes). Segundo, porque mediante la clarificación de este debate puede desarrollarse medios (psicoterapéuticos y farmacológicas) más eficientes y eficaces para tratar el fenómeno.

Así, si un delirio es un tipo de estado mental M, luego la producción de un delirio puede entenderse como la alteración de los diversos factores a cargo de la producción normal del tipo de estado M. Por una parte, esto podría iluminar la investigación científica sobre las formas en que el cerebro produce estados de tipo M, y así entender las bases neurobiológicas de los delirios. Por otra parte, esto permitiría desarrollar psicoterapias enfocadas en el tratamiento específico en la formación de estados mentales de tipo M. En este contexto, luego de introducir algunos problemas generales y específicos derivados de la observación clínica del delirio psicótico, este artículo explora 3 de las principales respuestas actuales a la pregunta sobre el tipo de estado mental instanciado en reportes delirantes. Luego de revisar sus fortalezas y debilidades, se intenta esbozar de qué modo estas alternativas—comúnmente entendidas en la literatura como rivales—podrían complementarse, para así lograr una comprensión más compleja, fructífera y contextualizada del delirio en la psicosis.

Los problemas del delirio

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V)*³ define los delirios como creencias falsas basadas en deducciones incorrectas sobre la realidad externa que se mantienen firmemente a pesar de lo que las demás personas crean y a pesar de las pruebas evidentes e indiscutibles de lo

contrario. Los problemas filosóficos y empíricos generados por esta definición, en mi opinión, pueden agruparse en generales y específicos. Ahora bien, antes de profundizar en ambos tipos de problemas, es necesario indicar que muchos críticos del sistema DSM argumentan que una de sus debilidades radica en la ausencia de pistas sobre la naturaleza o la etiología de los síntomas que intenta diagnosticar. Sin embargo, este tipo de crítica parece superflua, ya que el objetivo del DSM nunca fue explicar el origen o la naturaleza de los síntomas que diagnostica. Desde su inicio, el manual se constituye como una obra nosológica que intenta ordenar la información para el diagnóstico. La respuesta sobre la naturaleza y el origen de los delirios no es algo que se pueda adscribir al sistema DSM, ya que no es su objetivo. Si bien podría ser una debilidad de sistema DSM, este tipo de investigación necesariamente requiere una profundización independiente. Clarificado esto, se revisan al menos 2 grandes tipos de problemas relacionados con el fenómeno delirante.

Problemas generales

La observación inicial del fenómeno de los delirios llama a una serie de cuestiones. Probablemente la más fundamental de todas sea definir el tipo de estado mental que se ve instanciado en los reportes de pacientes que sufren delirios, lo que previamente he denominado problema tipológico⁴. La mayoría de nuestros reportes verbales pueden ser categorizados de forma simple según su pertenencia a una modalidad experiencial más o menos específica que los posibilita. Cuando Geraldine dice que su café está amargo, ella lo dice en virtud de una experiencia gustativa (perceptual); cuando Agustín dice que está viendo *Star Wars*, su reporte instancia un episodio de percepción visual (además de una serie de otros procesos cognitivos). Por otro lado, cuando Geraldine indica que se estaba imaginando cómo se organizaba la vida en torno a las catedrales medievales, su reporte parece estar fundamentado en una experiencia de tipo cognitivo (ejercicio imaginativo), y cuando Agustín reporta verbalmente los nombres de caballeros Sith de la saga *Star Wars*, tal reporte también obedece a una experiencia cognitiva, pero ahora del tipo evocativo (memoria).

Pues bien, no está claro a qué modalidad experiencial refieren los reportes de delirios. Cuando un paciente asevera que su esposa ha sido reemplazada por un alienígena, ¿lo dice en virtud de estar imaginándose tal situación (experiencia cognitiva)?, ¿de verdad el paciente percibe diferencias entre su esposa antes y ahora (experiencia perceptual)? No está claro. Ahora bien, el problema tipológico abre la pregunta respecto de cómo se producen tales estados mentales patológicos. Sea cual sea la respuesta al problema tipológico, los defensores de alternativas específicas deberán contar una historia sobre cómo ese tipo de estado mental específico se forma en la mente humana. Denominaremos a esto el problema etiológico de los delirios. Finalmente, un tercer problema general asociado con la observación de los delirios tiene que ver con el soporte empírico y experimental que ofrecen los defensores de las alternativas al problema etiológico, a lo que se ha denominado problema empírico. En perspectiva, cualquier teoría que intenta construir una historia más o menos

plausible del fenómeno de los delirios debería entregar respuestas coherentes con al menos estos 3 problemas generales.

Problemas específicos

Este tipo de problemas surge al analizar la coherencia interna de las definiciones específicas del concepto de delirio. Tomemos como ejemplo la definición del DSM-V previamente señalada. ¿Es cierto que los delirios *qua* creencias falsas siempre derivan de deducciones incorrectas? Maher^{5,6}, por ejemplo, indica que las deducciones de los pacientes delirantes no serían del todo incorrectas, pues existiría un error fundamental al nivel experiencial que desinformaría ciertos juicios sobre el mundo, de modo que, aunque el sistema deductivo del sujeto podría estar intacto, este llegaría a generar creencias delirantes basadas en este factor fundamental anómalo de primer orden (experiencial). Por otra parte, no está claro que los delirios sean exclusivamente sobre la realidad externa. Una serie de delirios tienen como temas el propio cuerpo, por lo que el alcance de la definición parece ser bastante reducido (delirio de Cotard, delirio zoopático interno, casos de delirios en licantropía clínica, entre otros). Finalmente, la definición del DSM-V presenta diversas dificultades al descansar en un concepto de justificación altamente problemático. Muchos sujetos en nuestra sociedad manifiestan creencias irracionales que no son sustituidas incluso frente a evidencia en contra, pero no por esto se categoriza a tales sujetos como delirantes (un buen ejemplo de esto lo constituyen las ideas racistas y machistas). Entonces, ¿cuál es la relación entre delirio, justificación y racionalidad? Este, entre todos los otros desafíos nombrados, es buen ejemplo de problemas específicos que surgen al tratar de definir el fenómeno de los delirios.

¿Qué son los delirios?

Tal como se ha indicado, el problema tipológico es uno de los problemas generales más fundamentales al momento de observar el fenómeno delirante. En esta sección se exploran 3 alternativas a esta discusión, a saber, el enfoque fenomenológico, el enfoque imaginativo y el enfoque doxástico de los delirios.

El enfoque fenomenológico de los delirios

El enfoque fenomenológico de los delirios encuentra su génesis en el trabajo de autores como Jaspers¹, Conrad⁷ y Binswanger^{8,9}, quienes se proponen comprender la experiencia psicopatológica desde el punto de vista de la primera persona o, como refieren Sass y Byrom¹⁰, explorar el fenómeno en su dimensión vivida o subjetiva. Esta idea puede entenderse en contraste con el punto de vista epistemológico de la tercera persona que caracteriza las ciencias médicas, perspectiva que intenta dilucidar las alteraciones orgánicas que producirían estados mentales anómalos como los delirios y que se nutre de la idea de que tales elementos son medibles y accesibles de forma pública (no así, la experiencia subjetiva¹¹). Así, más que profundizar en sus causas, el enfoque fenomenológico enfatiza la exploración de la forma o modo en que

las experiencias psicopatológicas se dan en la conciencia de los pacientes y, por consiguiente, el contenido específico de un delirio dentro de este enfoque es menos importante que la descripción detallada de tal experiencia^{1,12}.

Para el enfoque fenomenológico, estados mentales como los delirios son mutaciones en el marco ontológico de la experiencia, lo que implica una alteración del sentido de realidad, tiempo, espacio y autoconciencia^{13,14}. ¿Pero que idea hay detrás de tal compleja aseveración? Las experiencias conscientes poseen ciertos parámetros para su ocurrencia. Las experiencias conscientes pueden ser verdícas o no y sus objetos abarcan un espectro de posibilidades específicas relacionadas, muchas veces, con las modalidades sensoriales que las posibilitan. Además de esto, los contenidos de la experiencia subjetiva surgen en la conciencia en un tiempo y espacio específico y su presencia incluye sensaciones de familiaridad, control, agencia, eficacia y realidad, entre muchas otras¹⁵. Todas estas vienen a ser características de la forma en que nuestras experiencias se dan en la conciencia, o podríamos entenderlas como las coordenadas de la experiencia. El enfoque fenomenológico enfatiza la idea de que tales coordenadas —a lo que se denomina marco ontológico— mutarían en psicosis, y por esto las experiencias psicóticas reportadas poseen las características anómalas paradigmáticas que conocemos, porque surgen dentro de un plano de coordenadas que ha mutado y es distinto del nuestro. Por esto, Schreber¹⁶ indica que el lenguaje común muchas veces no permitiría comunicar la totalidad de las características de tales experiencias, pues surgirían en «otro plano de coordenadas».

El enfoque imaginativo de los delirios

Un segundo enfoque al problema tipológico encontrado en la literatura reúne a una serie de autores que proponen una relación causal entre la actividad imaginativa de un sujeto y la producción de delirios. Lo llamaremos enfoque imaginístico de los delirios. El modelo imaginístico de Currie¹⁷⁻¹⁹ propone que los delirios son alucinaciones cognitivas. Por esto, el autor refiere a la idea de que, desde un punto de vista tipológico, los delirios son estados imaginativos mal identificados por los sujetos como creencias. Esta idea implica que la etiología de los delirios tendría su génesis en una alteración en el proceso de identificar estados imaginativos¹⁷. Otra modalidad del enfoque imaginístico se encuentra en McGinn²⁰, quien propone que los delirios son creencias creadas por el descontrol y falta de monitoreo de los estados imaginativos de un sujeto. Desde un punto de vista etiológico, para McGinn²⁰ los delirios surgen de una hiperproducción imaginativa de un sujeto que, al caer en descontrol y falta de monitoreo, termina engañando a su sistema de creencias. Finalmente, el enfoque imaginístico posee una variante intermedia entre el enfoque doxástico (que ya explicaremos) y la influencia de actividad imaginativa de un sujeto en la creación de experiencias conscientes de carácter psicopatológico. Desde un punto de vista tipológico, para Egan²¹ los delirios son un estado mental intermedio que comparte algunas propiedades de las creencias y algunas características distintivas de las imaginaciones las que denomina *bimagnations*. El autor indicará que los sujetos psicóticos producen delirios en virtud de representaciones con contenido sesgado, y que tal contenido es de carácter imaginativo.

Sin embargo, la continuidad del uso de esa representación sesgada para la creación de creencias o deseos estará determinada por el rol de esta en la economía cognitiva del sujeto. Por esto, para Egan²¹ los delirios no se podrían clasificar directamente como creencias o imaginaciones, ya que no comparten todas las características de las creencias ni tampoco todas las propiedades de las imaginaciones.

El enfoque doxástico de los delirios

Por último, la alternativa al problema tipológico dominante en la literatura actual parece ser el enfoque doxástico, el cual conceptualiza los delirios como un tipo de creencia anormal^{4,22-24}. Según Bayne²⁵, los delirios son creencias que carecen de ciertas características paradigmáticas de este tipo de estado mental. Así, la idea detrás de este enfoque es que el hecho de que los delirios no instancien todas las características paradigmáticas de las creencias normales no implica que no sean creencias genuinas. Una de las fortalezas del enfoque doxástico es que ha profundizado en la comprensión de los mecanismos a cargo de la producción de creencias y las formas en que anomalías en estos llevarían a la producción de delirios. En este contexto, existen al menos 2 modalidades del enfoque respecto del problema etiológico. Por una parte, el modelo *top-down* indica que ciertas creencias extravagantes que los sujetos producen en un periodo crítico quedarían sedimentadas en la vida mental de estos de modo tal que tomarían preponderancia en sus respectivos sistemas doxásticos. Estas creencias terminarían contaminando el carácter cualitativo de las experiencias conscientes que los sujetos tienen de sí mismos y el mundo²⁶. Por otra parte, el modelo *bottom-up* indica que los delirios son creencias causadas principalmente por experiencias con contenidos muy extraños y anormales^{22,23,25,27}. Así, alteraciones perceptivas y cognitivas generarían experiencias con contenido aberrante, lo que produciría estados doxásticos con el mismo o similar tipo de contenido²⁸.

Comprendiendo el delirio: hacia una síntesis

El delirio debe ser una de las experiencias conscientes más complejas de entender, ya que no solo implica la aparición de contenidos aberrantes en el flujo de la conciencia de un sujeto, sino una profunda transformación de toda la experiencia perceptual y afectiva del mundo y del sí mismo^{7,29,30}. Por esto, parece natural indicar que la comprensión del fenómeno debería ser multifactorial y multidisciplinaria. Ahora, es importante señalar que las actuales alternativas al problema tipológico son típicamente tratadas como antagónicas en la literatura. Así, hay autores que contraponen las premisas del enfoque fenomenológico y el doxástico (lo cual parece ser un error fundamental) o las de este último y el imaginístico, aunque esto parece tener más sentido^{22,31}. Sin embargo, aunque existen algunas diferencias de base, también creo que cada enfoque logra aportar elementos permitirían complejizar la comprensión del fenómeno delirante. Exploremos, pues, una potencial síntesis integrando elementos provenientes de estos 3 enfoques.

Inicialmente, el enfoque fenomenológico no parece estar en una buena posición para entregar una alternativa específica al problema tipológico, pues simplemente no contesta la pregunta. La idea de que síntomas como los delirios son variaciones en el marco ontológico de la experiencia es atractiva como primer paso para dar sentido a las diferencias fundamentales entre tipos de experiencias conscientes; sin embargo, poco y nada dice respecto del tipo específico de estados mentales que instancian los reportes (pero parece decir mucho respecto de la forma que estos tienen). Llamaré a esto el problema de la precisión conceptual. Al parecer, el enfoque fenomenológico acepta la idea de que los delirios y las experiencias no delirantes constituyen tipos diferentes de experiencias conscientes, pero no precisa qué tipo específico de estado mental es un delirio. Por lo demás, esta idea tampoco logra distinguir en sí misma entre los diferentes síntomas que reportan los pacientes psicóticos, tales como alucinaciones visuales, alucinaciones auditivas y despersonalización, solo por nombrar algunas. Así, cabe preguntarse cómo es que las variaciones en el marco ontológico de la experiencia humana producen estados mentales psicopatológicos tan diferentes incluso desde un punto de vista fenomenológico. La dificultad de la idea de base del enfoque fenomenológico es que no explica los tipos de variaciones que llevan a la constitución de síntomas diferentes, que es, finalmente, el *datum* que permite distinciones diagnósticas en la práctica. Una teoría sobre la psicopatología humana debería ser capaz de distinguir entre tipos de estados mentales patológicos para, así, clarificar ciertos elementos respecto de su etiología. Llamaré a esto el problema de la indiscriminabilidad.

Ahora bien, es importante señalar que todo esto no implica en absoluto que el enfoque fenomenológico deba ser desechado; es más, este enfoque parece ser el primer paso fundamental para la comprensión de cualquier fenómeno psicopatológico, pues clarifica cómo ciertos contenidos mentales surgen en la conciencia alterada de los pacientes psicóticos de una forma que ningún otro enfoque puede lograr. Sin duda, el énfasis que pone la fenomenología en la descripción detallada de las experiencias conscientes logrará ofrecer los insumos descriptivos fundamentales para cualquier teoría explicativa^{32,33}. Así, el valor epistemológico y metodológico del enfoque fenomenológico es determinante al producir las condiciones de adecuación que una teoría debería cumplir para poder explicar el fenómeno de los delirios. Acá es relevante señalar que el rol de la fenomenología se fortalecerá al regular el avance del marco conceptual y empírico de la comprensión del fenómeno de los delirios y fijará las condiciones de adecuación heurística de otras potenciales alternativas. Tal como he señalado en otros lugares, la fenomenología ofrece un marco inicial unificador para la tarea de explicar las causas de los delirios, lo que es clave para explorar alternativas para el problema tipológico^{33,34}.

Una vez que encontramos un robusto camino metodológico/epistemológico en la fenomenología, debemos revisar de qué manera los enfoques imaginístico y doxástico podrían ser convocados para nuestra síntesis. Inicialmente, ambos enfoques parecen contrapuestos, ya que en realidad algunas de sus premisas y formulaciones parecen serlo; sin embargo, parecen existir también algunos potenciales puntos de convergencia.

Como ya he señalado en otra parte, comparto la idea de que los delirios se entienden mejor como un tipo de creencia anormal⁴. Sin embargo, la amplitud de esta propuesta permite una serie de conexiones con ideas provenientes del enfoque imaginístico. Primero que todo, el enfoque imaginístico no permite explicar el hecho de que los delirios son reportados como experiencias que son el caso, esto es, como creencias²³. Es más, un estudio recientemente realizado por Green et al.³⁵ provee evidencia cualitativa de que los pacientes psicóticos que reportan delirios hablan de ellos con coherencia, como si se tratase de un tipo de creencia. Ahora, una forma elegante y simple de explicar esto es indicar que los reportes obedecen a un tipo de creencia (aunque sean anormales). Ahora, la idea planteada por Currie según la cual los pacientes delirantes se autoengañan equivocándose en la identificación de estados imaginarios como si fuesen creencias parece *ad-hoc* y, además, discordante con la fenomenología de los reportes³⁵. Si bien los niveles de autoengaño pueden verse afectados en la población psicótica, el enfoque no explica cómo ciertos niveles de autoengaño podrían llevar a errores de identificación de ciertos estados mentales (imaginaciones) para luego identificarlos como si fuesen de otro tipo (creencias). Tampoco clarifica qué contienen tales estados mentales que finalmente llegan a categorizarse como creencias ni tampoco explica cómo el error de identificación es tan específico (ni tampoco que no se aplique a otros tipos de estados mentales). Por lo demás, es necesario indicar que este enfoque tampoco explica el hecho de que las terapias más eficientes para tratar los delirios, exactamente, los tratan como si fuesen un tipo de creencia. Esto provee evidencia terapéutica para la idea de que los delirios se comprenden mejor como un tipo de creencia. Ejemplos de esto son la terapia cognitiva conductual²² y la terapia basada en metacognición³⁶.

Ahora, respecto del modelo de McGinn, no parece que haya evidencia de una hiperproducción imaginativa que preceda a los estados delirantes. Sin embargo, acá podemos ver una forma de conectar el enfoque imaginístico y el doxástico. Los delirios tienden a ser precedidos por un cambio general en la forma de percibir el mundo y el sí mismo. Este periodo, denominado atmósfera delirante¹ o *trema*⁷, puede durar desde meses hasta años y despliega una serie de alteraciones perceptuales y afectivas sutiles que comienzan a alterar poco a poco la constitución de la realidad de los pacientes. Según reportes directos de pacientes delirantes, el periodo previo más próximo a la emergencia de delirios se caracteriza por una desorganización y fragmentación caótica del flujo de la conciencia de los pacientes^{30,37}. Es más, para Jaspers¹, este periodo es lo que finalmente caracteriza los delirios psicóticos propiamente. Durante este periodo, los pensamientos comienzan a tener características quasiperceptuales, los distintos estados mentales se confunden y una sensación de carencia de agencia y control domina la vida mental de los pacientes^{13,38,39}. Según la fotografía ofrecida por la fenomenología de los pacientes delirantes, existen buenas razones para pensar que la producción de delirios podría ser nutrida, entre muchos otros, por la producción caótica de estados imaginarios en medio del caos y la desorganización experiencial sufrida por los pacientes. Sin embargo, esto no implica que el estado final reportado por el paciente sea un estado imaginario en sí, ni tampoco un estado imaginario mal identi-

ficado como creencia. Simplemente significaría que el delirio es una creencia que ha sido informada en su producción por un tipo de experiencia cognitiva no paradigmática, esto es, un estado imaginario. En este sentido, es clave recalcar el hecho de que los delirios psicóticos surgen en medio de un caos experiencial, por lo que parece plausible hipotetizar que los delirios *qua* creencias serían buenos candidatos (por su naturaleza disposicional) para recuperar niveles mínimo-funcionales de organización fenoménica de la conciencia mediante la cristalización de ciertos contenidos, aunque estos sean aberrantes (por lo demás, esta idea parece ser consistente con la teoría de la «inocencia epistémica» de los delirios⁴⁰).

Para entender esta idea, debemos tener en cuenta la existencia de una distinción importante dentro de la formulación *bottom-up* del enfoque doxástico. Por una parte, los autores que defienden un enfoque explicacionista indicarán que el estado doxástico final (delirio *qua* creencia) surgiría como una explicación al contenido anormal de las experiencias de primer orden y, por lo tanto, existiría una distancia entre el contenido representacional de la experiencia y el del delirio finalmente reportado⁴¹. La idea es que tal explicación logra dar sentido al contenido anormal de la experiencia que alimenta el delirio finalmente reportado⁴². En este sentido, estados imaginarios podrían ser algunos de los ingredientes que vienen a informar la primera etapa de formación de un delirio que serían explicados por el sujeto con posterioridad. Por otra parte, aquellos que defienden un modelo de adopción simple o *endorsement* indicarán que el delirio surge como la simple aceptación y adopción del contenido anormal de la experiencia de primer orden²⁴. La idea detrás de este enfoque es que los pacientes delirantes simplemente creen en sus sentidos del mismo modo que los sujetos no psicóticos. En este caso, los estados imaginarios podrían entregar el primer insumo experiencial para la cristalización de sus contenidos y, así, la formación de la creencia anormal. Ahora bien, es importante señalar que, en ambos potenciales casos, los estados imaginarios no serían el único insumo para la producción del estado doxástico final. Como hemos señalado, los periodos de incubación delirante se caracterizan por la interacción caótica y desorganizada de distintos tipos de estados mentales, por lo que la producción de delirios en tales condiciones es informada por diversos tipos de estados mentales en interacción descoordinada o, en palabras del mismo Kraepelin⁴³, «como una orquesta sin director». Para algunos, esta propuesta podría hacer pensar que los delirios podrían tener algunas características de las creencias y algunas de las imaginaciones, lo que implicaría en cierto sentido apoyar la idea de las *bimagnitions*. No creo que sea el caso. Primero, porque nadie realmente sabe cuáles son las características fenomenológicas de las *bimagnitions*; segundo, porque los pacientes reportan sus delirios como creencia, y entregarles la opción de caracterizarlas como *bimagnitions* sería un caso de inducción o simplemente hiperintelectualización de los reportes fenomenológicos. Finalmente, porque el potencial rol de la actividad imaginística en la producción de los delirios se despliega en la fase de constitución de los contenidos representacionales y, por lo tanto, no se sigue de que el estado final posea las características de uno de sus ingredientes; esto sería una simple falacia de composición. El asunto acá es que, a la luz de este análisis sintético que he

ofrecido, parece plausible indicar que los delirios se conceptualizan mejor como creencias anormales. Además, mediante el análisis ofrecido también hemos podido proteger nuestra síntesis de todos los ataques hacia las debilidades del enfoque imaginístico fuerte logrando un ejercicio complementario que nos permite complejizar nuestro entendimiento del fenómeno delirante de una forma contextualizada.

Conclusiones

El estudio de los delirios abre una serie de preguntas conceptuales y empíricas. Sin duda, uno de los debates más fundamentales es el desafío de determinar el tipo de estado mental instanciado en los reportes de pacientes delirantes. Este artículo se ha dedicado a la exploración de la idea de que los delirios deberían entenderse como creencias anormales. Esta propuesta ha sido enriquecida mediante la clarificación del rol del enfoque fenomenológico y cómo ciertas ideas del enfoque imaginístico nutren una comprensión más compleja y contextualizada del fenómeno de los delirios. Sin duda, la síntesis ofrecida es exploratoria y abierta a modificaciones, pero a su vez se constituye en alternativa integradora que podría (y debería) ser profundizada en la medida que el estudio de los delirios avance en términos conceptuales y experimentales. Una potencial forma de realizar eso podría encontrarse en la exploración de modelos multimodales de la cognición humana que integrasen a su estructura explicativa la interacción inherente entre diversos estados mentales en la construcción de lo consciente. Algunos ejemplos de este modo de entender los fenómenos mentales podrían encontrarse en las propuestas de la psicología ecológica y el modelo del procesamiento predictivo^{44,45}. Este tipo de camino permitiría fundamentar la necesaria conexión e interdependencia entre diversos tipos de estados sensoriales y cognitivos como *inputs* en la producción de la realidad consciente y cómo la falla en esas interacciones y dependencia podría implicar la emergencia de estados psicopatológicos como los delirios y las alucinaciones. Sin duda, la exploración de estas conexiones es necesaria a la luz de la complejidad del fenómeno delirante y de la necesidad de ofrecer comprensiones contextualizadas que permitan guiar, finalmente, procesos de intervención y prevención en las áreas de la psiquiatría y psicología clínica.

Financiación

Este trabajo fue financiado por el proyecto FONDECYT n°1221058 'La arquitectura del delirio' otorgado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) del Gobierno de Chile y el proyecto FACS0 2/2021 de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Valparaíso, Chile.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflictos de intereses en la redacción del presente trabajo.

Agradecimientos

Quisiera agradecer a Tim Bayne, Elisabeth Pacherie, Álvaro Cavieres y a mis estudiantes del Seminario de Investigación 2019-2020 por las discusiones en versiones anteriores del presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Jaspers K. *Allgemeine psychopathologie*. Berlin: Springer; 1965.
- Porter R. *Madness: a brief history*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5. ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- López-Silva P. The typology problem and the doxastic approach to delusions. *Unisinos Journal of Philosophy*. 2016;17:202-11.
- Maher BA. Delusional thinking and perceptual disorder. *J Individ Psychol*. 1974;30:98-113.
- Maher BA. En: En: Oltmanns TF, Maher BA, editors. *Anomalous experience and delusional thinking: The logic of explanations*. Chichester: John Wiley and Sons; 1988. p. 15-33.
- Conrad K. *Die beginnende Schizophrenie*. Stuttgart: Thieme Verlag; 1958.
- Binswanger L. *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze I*. Bern: Francke; 1947.
- Binswanger L. *Schizophrenie*. Pfullingen: Neske; 1957.
- Sass L, Byrom G. Phenomenological and neurocognitive perspectives on delusions: a critical overview. *World Psychiatry*. 2015;14:164-73.
- Jackson F. What Mary did not know. *J Philosophy*. 1986;83:291-5.
- Sass L, Pienkos E. En: En: Fulford B, Davies M, Gipps R, et al, editors. *Delusions: the phenomenological approach*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 632-57.
- Sass L. *Madness and modernism*. New York: Basic Books; 1992.
- Parnas J, Sass L. Solipsism, self, and schizophrenic delusions. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 2001;8:101-20.
- Parnas J, Møller P, Kircher T, Albitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE: Examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*. 2005;38:236-58.
- Schreber D. *Memorias de un enfermo nervioso*. Buenos Aires: Lohé; 1988.
- Currie G. Imagination, Delusion and Hallucinations. *Mind Language*. 2000;15:168-83.
- Currie G, Ravenscroft I. *Recreative minds: Imagination in philosophy and psychology*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
- Currie G, Jones N, McGinn. On delusion and imagination. *Philosophical Books*. 2006;47:306-13.
- McGinn C. *Mindsight*. Cambridge: Harvard University Press; 2004.
- Egan A. Imagination, delusion, and self-deception. En: Bayne T, Fernandez J, editores. *Delusion and Self-Deception: Affective and Motivational Influences on Belief Formation*. Hove: Psychology Press; 2009. p. 263-80.
- Bayne T, Pacherie E. In defence of the doxastic conception of delusions. *Mind Language*. 2005;20:163-88.
- Bortolotti L. *Delusions and other irrational beliefs*. Oxford: Oxford University Press; 2010.
- Bortolotti L. In defense of modest doxasticism about delusion. *Neuroethics*. 2012;5:39-53.

25. Bayne T. Delusions as doxastic states: contexts, compartments and commitments. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 2010;17:329–36.
26. Campbell J. Rationality, meaning and the analysis of delusions. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 2001;8:89–100.
27. McKay R, Dennett D. The evolution of misbelief. *Behav Brain Sci*. 2009;32:493–510.
28. Coltheart M, Langdon R, McKay R. Delusional belief. *Ann Rev Psychol*. 2011;62:271–98.
29. Fuchs T. Delusional mood and delusional perception. A phenomenological analysis. *Psychopathology*. 2005;38:133–9.
30. López-Silva P. Mapping the psychotic mind: A Review on Thought Insertion. *Psychiatric Q*. 2018;89:957–68.
31. Cely F. ¿Son los delirios creencias irracionales? *Ideas y Valores*. 2017;66:119–35.
32. Parnas J, Zahavi D. *The link: philosophy-psychopathology-phenomenology*. Amsterdam: John Benjamins; 2000. p. 1–16.
33. López-Silva P. La relevancia filosófica del estudio de la esquizofrenia. *Cuestiones metodológicas y conceptuales*. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2014;43:168–74.
34. López-Silva P. Esquizofrenia y la Naturaleza de lo Mental. Sobre el estudio interdisciplinario de las patologías mentales. En: López-Silva P, Osorio F, editores. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2020. p. 213–36.
35. Green H, Hauser L, Troyakov V. Are delusions beliefs? A qualitative examination of the doxastic features of delusions. *Psychosis*. 2018;10:319–28.
36. Peters E, Moritz S, Schwannauer M, Wiseman Z, Greenwood KE, Scott J, et al. Cognitive Biases Questionnaire for psychosis. *Schizophr Bull*. 2014;40:300–13.
37. Payne R. *Speaking to my Madness*. United States: CreateSpace; 2013.
38. Parnas J, Handest P. Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Comprehens Psychiatry*. 2003;44:121–34.
39. Kusters W. *Filosofie van de waanzin*. Rotterdam: Lemniscaat; 2014.
40. Bortolotti L. The epistemic innocence of motivated delusions. *Conscious Cogn*. 2014;33:490–9.
41. Davies M, Coltheart M, Langdon R, Breen N. Monothematic delusions: Towards a two-factor account. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 2001;8:133–58.
42. Pacherie E, Bayne T, Green M. Phenomenology and delusions: Who put the 'alien' in alien control? *Consciousness Cogn*. 2006;15:566–77.
43. Kraepelin E. *Psychiatrie*. Leipzig: J.A. Barth; 1896.
44. Gibson JJ. *The ecological approach to perception*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates; 1979.
45. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2003;160:13–23.