

*The delirium and the discourse:
weak relating to arbitrate
in the mental health¹*

Jairo Báez²

¹ Artículo derivado del proyecto de investigación “De la locura a la política en la obra de Jacques Lacan”, financiado por la Fundación Universitaria Los Libertadores, grupo de investigación Psicosis y Psicoanálisis.

² Psicólogo, Máster en Psicoanálisis, Instituto de Altos Estudios Universitarios. Universidad de León, España. Doctorando en Teoría Crítica. Docente de la Facultad de Psicología de la Fundación Universitaria Los Libertadores. Director de grupo de Investigación Psicosis y Psicoanálisis. Correspondencia: jairbaez@gmail.com. Bogotá - Colombia.

El delirio y el discurso: Débiles referentes para arbitrar en la salud mental

Recibido: febrero 7 de 2012
Revisado: febrero 9 de 2012
Aprobado: marzo 10 de 2012

ABSTRACT

Take the delirium and discourse as referring to differentiate the anomalous and normal in the field of mental health has been frequent and arguably unquestionable, especially in the height field of the madness and normality. However, to outline the evidence that it has to argue that the delirium and the discourse can be relied on when deciding on a diagnosis, some concerns arise epistemological and social thinking that cannot be traditional, normalized and accepted, it must rely on that criterion. Consistent with the work of online research on psychosis that develops the Group Psychosis and Psychoanalysis, has taken on this occasion the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) to analyze the definitions of delirium and psychosis with the intention to discuss them accordingly with some historical and epistemological concepts which allow considering the convenience and institutional success with respect to the management and diagnosis of psychosis in the postmodern present. The data and subsequent discussion converge to the conclusion that the boundary between discourse and delirium is not clear and instead leaves many other possibilities to be questionable in terms of reference must be affirmed as a mental health diagnosis.

Key words: Psychosis, DSM, delirium, speech, madness, mental health.

RESUMEN

Tomar el delirio y el discurso como referentes para diferenciar lo anómalo y lo normal en el ámbito de la salud mental ha sido frecuente y podría decirse que incuestionable, sobre todo en el terreno álgido que decide la locura y la normalidad. No obstante, al hacer un bosquejo de los elementos de juicio que se tienen para sostener que el delirio y el discurso son fiables a la hora de decidir un diagnóstico, surgen ciertas inquietudes epistemológicas y sociales que pueden hacer pensar que no por ser tradicional, normatizado y aceptado, ha de fiarse en dicho criterio. En consecuencia con el trabajo de investigación en línea sobre la psicosis que desarrolla el grupo de Psicosis y Psicoanálisis, se ha tomado en esta ocasión el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) para analizar las definiciones que hace del delirio y la psicosis, con la intención de discutirlos en consecuencia con algunos conceptos epistemológicos e históricos que permiten reflexionar sobre la conveniencia y el acierto institucional con respecto al manejo y diagnóstico de la psicosis en la actualidad posmoderna. Los datos y la discusión subsiguiente convergen a la conclusión que el límite entre discurso y delirio no es muy claro y en cambio sí deja muchas posibilidades para ser discutibles en términos del seguir sosteniéndolo como referente diagnóstico de la salud mental.

Palabras clave: Psicosis, DSM, delirio, discurso, locura, salud mental.

¿Qué dicen los expertos en salud mental?

Delirio

Veamos cual es el trato que se le da al concepto de delirio (*delirium*) desde uno de los manuales de diagnóstico más reconocidos en la actualidad como autoridad en salud mental a nivel mundial. Es sabido que el *DSM, Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* y el *CIE, Clasificación Internacional de Enfermedades*, son los máximos rectores a la hora de definir un delirante y lo que sería un delirio. Entre estos dos manuales son pequeñas las diferencias, por tanto tomar uno en particular no irá a parcializar el concepto que se tiene sobre el delirio. En esencia, definen el delirio como una alteración de la conciencia, manifiesta en un cambio de las funciones cognoscitivas; esta alteración es perceptible en un periodo que oscila entre pocas horas y pocos días sin que se manifieste como una constante sino en intervalos a lo largo del día. La alteración de la conciencia se patenta en la disminución de la atención al entorno (centrar, mantener, dirigir, distraer, sesgar); el deterioro de la memoria (alteración de la memoria reciente); una desorientación (tiempo, espacio y persona); la variación del lenguaje (disnomia, disgrafía, vaguedad, irrelevancia, caudaloso, incoherente, salteado) y modificaciones anómalas en la percepción (interpretaciones erróneas, ilusiones y alucinaciones); además de la existencia frecuente de convicción sobre la realidad delirante con sus correspondiente respuesta emocional y comportamental. Sin embargo, el Manual señala, reiteradamente, que cada una de estas indicaciones puede o no estar presente en determinados casos. El delirio, con frecuencia, se acompaña de una alteración del ciclo sueño-vigilia (somnia diurna, agitación nocturna, dificultad para mantener el sueño, cambio radical del ciclo sueño-vigilia y ciclo noche-día). También acompañarían al delirio las alteraciones del comportamiento psicomotor (hiperactividad, inquietud, movimientos súbitos

e intempestivos, hipoactividad, inactividad, letargia, estupor); pero, igual, sólo frecuentemente y de forma oscilatoria en el transcurso del día. Asimismo, acompañarían al delirio los trastornos emocionales, (ansiedad, miedo, depresión, irritabilidad, ira, euforia, apatía); pero de nuevo, fluctuantes, rápidos e imprevisibles en el transcurso del día. Un delirio tendría sus causas en los cambios fisiológicos producidos por una enfermedad orgánica o una intoxicación ocasionada por introducción o abstinencia de sustancias en el cuerpo (APA, 1995, pp. 135-131).

En específico, para el *DSM* el lenguaje desorganizado comprende la pérdida de la ilación discursiva, saltar de un tema a otro, incomprendible y tangencial (APA, 1995, pp. 281-282) y, conceptúa, como incoherencia del lenguaje o del pensamiento a todo aquello que resulta incomprendible a los demás porque las palabras o las frases se unen sin una conexión lógica o significativa. Dicha irregularidad deberá darse dentro de las oraciones, a diferencia del descarrilamiento o dispersión, en el que la anomalía se produce entre las oraciones (APA, 1995, p. 784).

Para el Manual, un comportamiento gravemente desorganizado comprendería desde tonterías infantiloides hasta agitaciones impredecibles, que afectan la realización de las actividades diarias de autocuidado y convivencia social. Insiste el Manual, “El comportamiento gravemente desorganizado debe distinguirse del comportamiento simplemente carente de sentido o, en general, sin un propósito concreto y del comportamiento organizado que está motivado por creencias delirantes” (APA, 1995, p. 282). Un comportamiento motor catatónico es definido como una disminución de la reactividad al entorno que, con frecuencia, alcanza un grado extremo de falta de atención, manteniendo posturas rígidas y resistentes a la fuerza ejercida para mover al sujeto; resistencia activa a órdenes o intentos de ser movido, “asumir posturas inapropiadas o extrañas o una actividad

excesiva sin propósito ni estímulo provocador" (APA, 1995, p. 282). Un afecto inapropiado puede ser una sonrisa, una risa o expresión facial tonta en ausencia de estímulos apropiados. La disforia puede tomar la forma de depresión, ira o ansiedad (APA, 1995, p. 285). Una alucinación puede provenir de cualquier modalidad sensorial; escuchar voces conocidas o desconocidas (APA, 1995, p. 281). Y una ilusión es catalogada por el Manual como una percepción o interpretación errónea de un estímulo externo real, por ejemplo, escuchando el rumor de unas hojas o el sonido de unas voces (APA, 1995, p. 784).

De acuerdo con su contenido, el Manual propone siete tipos de delirio: erotomaniaco, de grandiosidad, celotípico, persecutorio, somático, mixto y no especificado (APA, 1995, p. 3). Lo que va a determinar un delirio es la alteración de la conciencia y el cambio de las cogniciones (APA, 1995, p. 129) o alteración de las funciones cognoscitivas (APA, 1995, p. 130). El tipo erotomaniaco tiene como idea central delirante, el que otra persona está enamorada del sujeto delirante; la idea delirante narra un amor novelesco engrandecido, una unión espiritual, y casi nunca refiere a la atracción sexual. La persona sobre la que recae esta convicción, con frecuencia, ocuparía un status más elevado; siendo, por lo general, una persona famosa o un conocido que ocupa un rango superior o, también, ser un completo extraño. En este delirio serían frecuentes los intentos de contacto con el objeto de la idea delirante mediante llamadas telefónicas, cartas, regalos, visitas incluso, vigilándole y acechándole; en igual forma, sería corriente que la idea delirante se conserve en secreto. El Manual señala que quienes más padecen este tipo de delirio son mujeres pero que quienes más se muestran delictivos debido a este delirar son los varones (APA, 1995, p. 304).

En el tipo de grandiosidad, el tema de la idea delirante es la convicción de tener algún talento que no le es reconocida, una intuición extraordinaria

o el haber hecho un descubrimiento importante. Algunas veces se caracterizaría porque la persona afectada puede tener la idea de mantener una relación especial con alguien importante -Consejero del Presidente- o ser una persona importante. La idea delirante de grandiosidad puede tener un contenido religioso, como creer que ha recibido un mensaje especial de una divinidad (APA, 1995, p. 304). En el tipo celotípico, la idea delirante central es que el cónyuge o amante le es infiel. La creencia aparecería sin ningún motivo y se basa en deducciones erróneas que descansan en pequeñas pruebas que son guardadas y utilizadas para justificar la idea delirante. La persona afectada por una idea delirante suele pelear con el cónyuge o amante e intenta dar fin a la infidelidad imaginada, restringiéndole la libertad de movimientos, siguiéndole a escondidas, agrediendo e investigando al supuesto amante (APA, 1995, p. 304). El delirio celotípico sería más frecuente en varones que en mujeres (APA, 1995, p. 305). En el tipo persecutorio, la idea delirante trata de la creencia de una persona de que es objeto de una conspiración, ser engañada, espía, perseguida, envenenada o drogada, calumniada, seguida u obstruida en la consecución de sus metas a largo plazo. Nimiedades suelen ser exageradas y convertidas en el núcleo de su sistema delirante. Con frecuencia, el núcleo de la idea delirante es alguna iniquidad que debe ser remediada mediante una acción legal y en donde la persona afectada puede enzarzarse en repetidos intentos por obtener una satisfacción apelando a los tribunales y otras instituciones gubernamentales. Las personas con ideas delirantes de persecución son a menudo resentidas e irritables y podrían reaccionar de forma violenta contra los que creen que les están haciendo daño (APA, 1995, p. 304). En el tipo somático, la idea delirante se refiere a funciones o sensaciones corporales. Las ideas delirantes somáticas se presentan de diversas formas; en la más frecuente la persona se muestra autosugestionada de que emite un olor insoportable por la piel, la boca, el recto o la vagina; en otra la persona cree estar poblada por insectos

en o dentro de la piel, tener un parásito interno o, en contravía de la evidencia, que algunas partes de su cuerpo tienen evidentes malformaciones o son feas o, también, que hay partes del cuerpo que no funcionan (APA, 1995, p. 305). El tipo mixto, el Manual lo aplica cuando no hay ningún tema delirante que prepondere y el tipo no especificado se utiliza cuando la creencia delirante dominante no puede ser determinada con claridad o cuando no está descrita en los tipos especificados anteriormente (APA, 1995, p. 305).

Reza el manual que la persona delirante puede presentar un aire de superioridad y condescendencia, pomposidad, atildamiento, falta de naturalidad y vehemencia extrema en las interacciones interpersonales (APA, 1995, p. 292-283); puede presentar problemas sociales, conyugales o laborales como consecuencia de sus ideas; desarrolla un estado de ánimo irritable o disfórico. En caso de los delirios persecutorio y celotípico, las personas pueden mostrar accesos de ira o comportamiento violento. La persona puede asumirse en comportamientos litigantes, que con seguridad lo conducirán al envío de infinidad de misivas de protesta al gobierno, a los funcionarios judiciales, y a comparecencias en los tribunales. Es posible encontrar que la persona delirante tenga problemas legales, especialmente, cuando padece el tipo erotomaniaco o el tipo celotípico. Si la persona sufre el tipo somático puede verse compelido a hacerse a pruebas y exámenes médicos injustificados (APA, 1995, p. 305).

Al concretar y especificar su concepción de lo delirante, el *DSM* asume una idea delirante como una creencia errónea que, por lo general, está relacionada con una mala interpretación de una percepción o de una experiencia. Su contenido puede ser: persecución, (ser perseguido, molestado, seguido, engañado, espiado o ridiculizado); autorreferencia, (los hechos y acciones están dirigidos directamente a su persona); somático, religioso, grandiosidad (APA, 1995, p. 281). Insiste el Manual, “la distinción entre una

idea delirante y una idea sostenida tenazmente resulta a veces difícil de establecer, y depende del grado de convicción con el que se mantiene la creencia, a pesar de las claras evidencias en sentido contrario” (APA, 1995, p. 281). Una idea delirante también se caracterizaría por ser una falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia delirante no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto. Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor, sólo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad. La convicción delirante se produciría a lo largo de un *continuum* y a veces solo posible de inferir a partir del comportamiento del individuo. Con frecuencia se haría difícil distinguir entre una idea delirante y una idea sobrevalorada, en cuyo último caso el individuo tiene una creencia o idea no razonable, pero no la sostiene tan firmemente como en el caso de una idea delirante (APA, 1995, pp. 783-784).

El Manual presenta otra categoría de ideas, que sin ser catalogadas como delirantes, tampoco están dentro de los cánones de la normalidad y aceptación de lo saludable. Entre ellas está la idea sobrevalorada o creencia persistente y no razonable que se mantiene con menos intensidad que la idea delirante; así, el sujeto sería capaz de aceptar la posibilidad de que su creencia no sea cierta. En tal caso, se aconseja sopesar para su diagnóstico que la creencia no sea aceptada usualmente por otros miembros de la cultura o subcultura a que pertenece el sujeto (APA, 1995, p. 784).

Psicosis

El Manual refiere que término psicótico ha tenido diferentes acepciones a través de la historia y que ninguna ha sido aceptada

universalmente. Desde una lectura de los síntomas, y en términos restrictivos, la definición de psicótico, describe las ideas delirantes y alucinaciones manifiestas en ausencia de conciencia de enfermedad; esto es, la persona psicótica no es consciente de la falsedad de sus ideas y percepciones. Por otro lado, en palabras menos restrictivas, el término señalaría la manifestación de alucinaciones así y sean reconocidas como tales por el sujeto que las padece. Y en su forma amplia, el término psicótico abarcaría la presencia de síntomas positivos de la esquizofrenia: lenguaje desorganizado y comportamiento gravemente desorganizado o catatónico. El *DSM* enfatiza que la definición de lo psicótico pasó de la funcionalidad a la sintomatología; así, habrían quedado atrás las concepciones que tenían presente el deterioro funcional medido en el grado de interferencia en la capacidad para responder a las demandas de la vida diaria. Otra acepción que refiere de lo psicótico, es la pérdida de las fronteras del ego o el grave deterioro de la evaluación de la realidad. Y acorde con la definición asumida, el Manual reconoce diferentes trastornos psicóticos: esquizofrenia, esquizofreniforme, esquizoafectivo, breve, debido a enfermedad, inducido por sustancias, compartido (APA, 1995, p. 279). Además de esto, el Manual señala que la locura es el vocablo utilizado por los latinos para referirse a formas graves de psicosis crónicas; este trastorno es atribuido a una vulnerabilidad hereditaria, al efecto de múltiples dificultades en la vida o a la combinación de ambos factores. Los síntomas presentes en las personas con locura serían incoherencia, agitación, alucinaciones auditivas y visuales, dificultad para seguir las reglas de la interacción social, impredecibilidad y posible violencia (APA, 1995, p. 866).

Describe el Manual que las personas con trastorno esquizotípico suelen tener ideas de referencia, interpretaciones incorrectas de incidentes casuales y acontecimientos externos como poseedores de un significado especial e inusual específico

para esa persona. Y que estas ideas deben diferenciarse de las ideas delirantes de referencia en las que las creencias son mantenidas con una convicción delirante. Estas personas pueden ser supersticiosas o estar preocupados por fenómenos paranormales ajenos a las normas de su propia cultura; pueden sentir que tienen poderes especiales para predecir los hechos antes de que sucedan o para leer los pensamientos de los demás; pueden creer que tienen un control mágico sobre los demás, que puede ser utilizado directa o indirectamente, a través de la realización rituales mágicos; asimismo, pueden presentar alteraciones perceptivas. El lenguaje en estas personas puede incluir frases o construcciones raras o idiosincrásicas; frecuentemente se mostraría indefinido, disgresivo o vago, pero sin un verdadero descarrilamiento o incoherencia; las respuestas verbales podrían ser demasiado concretas o demasiado abstractas; las palabras y los conceptos se aplicarían, algunas veces, de formas poco habituales (APA, 1995, p. 658).

Las personas con un trastorno psicótico compartido presentarían síntomas parecidos a los que se observan en el trastorno delirante; las ideas delirantes aparecen en el contexto de una relación muy estrecha entre dos o más personas; las ideas de una persona con respecto a la otra serían formalmente idénticas y se atenuarían, o desaparecen, cuando el sujeto con el trastorno psicótico compartido es separado del sujeto con el trastorno psicótico primario (APA, 1995, p. 307). La característica esencial del trastorno psicótico compartido (*folie à deux*) es catalogado por el Manual como una idea delirante, que se desarrolla en un sujeto implicado en una relación estrecha con otra persona, que suele denominarse inductor o caso primario, y que padece un trastorno psicótico con ideas delirantes. La persona pasa a compartir las creencias delirantes del caso primario en parte o en su totalidad. El caso primario, en el trastorno psicótico compartido, es el dominante en la relación y quien impone el sistema delirante a

la segunda persona, por lo general, caracterizada por su pasividad e, inicialmente, sana; con frecuencia, las personas que llegan a compartir las creencias delirantes serían aquellas que han vivido durante mucho tiempo con el caso primario, tales como familiares o el cónyuge; otras veces, entre aquellas que han vivido en un relativo aislamiento social. Si la relación con el caso primario es interrumpida, las creencias delirantes de la otra persona suelen disminuir o llegan a desaparecer. Describe el Manual que a pesar que lo más corriente es que se de en relaciones entre sólo dos personas, el trastorno psicótico compartido puede presentarse entre un número mayor de personas; especialmente, en situaciones familiares en las que uno de los padres es el caso primario; en tal caso, los hijos pueden adoptar las creencias delirantes del progenitor en grado variable (APA, 1995, p. 312). Independiente a las creencias delirantes, en un trastorno psicótico compartido no suelen darse otros aspectos raros o inhabituales en el comportamiento. Igualmente, el *DSM* señala que no se sabe demasiado acerca de la edad de inicio habitual en el trastorno psicótico compartido pues parece ser muy variable y se presenta con más frecuencia en relaciones prolongadas y resistentes al cambio. El deterioro suele ser menor en el sujeto con el trastorno psicótico compartido que en el caso primario (APA, 1995, p. 312). Es raro que los sujetos afectados por este trastorno busquen tratamiento; sólo suelen llamar la atención cuando recibe tratamiento clínico el caso primario (APA, 1995, p. 312). Si no hay una intervención, el curso es crónico (APA, 1995, p. 313).

Advertencias del DSM

Es propio del *DSM* la utilización de matizadores tales como “frecuentemente”, “en ocasiones”, “pero”, “difícil de evaluar”, “puede”, etcétera, que remiten a conciliar la presencia o ausencia de sintomatología; lo mismo, el

llamado a fijar la atención en pequeñas diferencias en la percepción de un síntoma porque de ello se irá a dirimir la patología y la normalidad y, la presencia de los síntomas en otras patologías. Esto hace que sea la interpretación del observador quien decida si un síntoma se ajusta o no al criterio de un delirante o un psicótico. Por ejemplo, para definir síntomas negativos propios a la esquizofrenia (aplanamiento afectivo, alogia, abulia, anhedonía) se debe tener presente que el aplanamiento afectivo sea frecuente y se caracterice por la inmovilidad y la falta de respuesta en la expresión facial, el contacto visual pobre y la reducción del lenguaje corporal la persona que, en ocasiones, puede sonreír y mostrarse cálida. Al determinar la pobreza del habla se debe prever las réplicas breves, lacónicas y vacías, descenso en la fluidez y la productividad del habla pero habrá que diferenciarlas de la falta del deseo de hablar. Para caracterizar la abulia es preciso tener presente que la persona permanezca sentada durante largo tiempo y muestre poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales (APA, 1995, p. 282).

El *DSM* advierte sobre la posibilidad de que un delirante pueda pasar los controles de normalidad en cuanto logran apropiarse de conceptos de su cultura y la educación para responder a la evaluación. Un delirante puede que memorice y se familiarice con información propia a su cultura (APA, 1995, p. 131). Al delirante habrá que diferenciarlo del simulador y el trastornado facticio (APA, 1995, p. 133). Una idea delirante extraña será difícil de definir si no se tiene presente la variedad de culturas; por tanto, el Manual define una idea delirante extraña como aquella que se muestra altamente improbable e incomprensible y que no se deriva de las experiencias corrientes de la vida (APA, 1995, p. 281). Se habrá de tener presente que la brujería y los sortilegios son normales en unas culturas, lo mismo que las alucinaciones visuales o auditivas de contenido religioso en

otras (experiencias religiosas de apariciones de la virgen y escuchar la voz de dios); además se deberá tener presente al evaluar el lenguaje, que las culturas pueden tener su modo y estilo propios de narrativas (APA, 1995, pp. 286-287). Así pues, los síntomas se deciden en referencia al marco cultural tanto en su mayor o menor grado de presencia como en su ausencia. Por esta razón, es necesario contextualizar los síntomas en cada una de las culturas. El Manual indica que los síntomas que se enumeran en su texto son los considerados más relevantes en el diagnóstico en Estados Unidos y provienen de estudios llevados a cabo con la población de este país (APA, 1995, p. 459).

Precisamente, habría que tener presente que el tipo y la frecuencia de presentación de los síntomas somáticos puede variar entre culturas. La sensación de quemazón en las manos y los pies o, la experiencia no delirante de tener gusanos en la cabeza u hormigas debajo de la piel, que se ha observado con mayor frecuencia en África y en el Sur de Asia que en Norteamérica. Los síntomas relacionados con la función reproductora masculina son prevalentes en las culturas en las que existe una preocupación sobre la pérdida de semen, ejemplo, el síndrome *dhat* en la India. El alto índice de afectación del trastorno de somatización en varones griegos y portorriqueños en contraposición a la poca afectación de varones estadounidenses sugeriría que los factores culturales pueden afectar la prevalencia en función del sexo (APA, 1995, p. 459). Igual, para el manual, las distorsiones cognoscitivas y perceptivas han de ser evaluadas en el contexto del medio cultural de cada sujeto, pues las características determinadas culturalmente, en especial, las referidas a las creencias y rituales religiosos, pueden ser vistas como patológicas por el profano desinformado; se ejemplifica el caso del budú, hablar otras lenguas, creencia en la vida después de la muerte, chamanismo, leer la mente, tener un sexto sentido, ojo del diablo y creencias mágicas

relacionadas con la salud y la enfermedad (APA, 1995, p. 659). Se propone que no deben considerarse como incoherencia ciertas construcciones escasamente gramaticales o usos idiomáticos característicos de una cultura o región particulares, una falta de escolarización o un bajo nivel intelectual (APA, 1995, p. 784).

Otras particularidades propias a la cultura que contempla el *DSM* son descritas con cierta meticulosidad: El *bouffée délirante*, síndrome observado en el oeste de África y en Haití que refiere a la aparición súbita de un comportamiento agitado y agresivo, confusión acusada y excitación psicomotriz, que puede acompañarse en algunas ocasiones de alucinaciones visuales y auditivas o ideación paranoide; episodios que pueden parecerse a una psicosis reactiva breve (APA, 1995, p. 866). El *agotamiento cerebral*, proveniente del oeste de África, que refiere a un estado que experimentan los estudiantes en respuesta a los desafíos planteados por la escuela o la universidad y cuyos síntomas incluyen dificultades de concentración, de memoria y de pensamiento; los afectados comentan que sus cerebros están fatigados; los síntomas somáticos acompañantes, se centran alrededor de la cabeza, cuello y nuca, e incluyen algias, tensión o flojedad, visión borrosa, calor, o sofoco; el cansancio cerebral, o la fatiga derivada de pensar demasiado, que se usa como término de queja en bastantes culturas, y los síndromes resultantes que pueden parecerse a los trastornos de ansiedad, depresivos y somatomorfos (APA, 1995, pp. 864-865). El *amok*, informado por primera vez, en la cultura malasia, que refiere a un episodio disociativo caracterizado por un período de depresión seguido de una manifestación de comportamiento violento, agresivo u homicida, dirigido a personas y objetos; es un episodio, prevalente en varones, se desencadena por la percepción de una falta de respeto o de un insulto; se acompaña frecuentemente de ideas paranoides, automatismo, amnesia,

agotamiento y retorno a un estado premórbido tras el episodio; en algunas ocasiones, el *amok* se ha visto que puede aparecer durante la presentación de un episodio psicótico breve o constituir el comienzo o una exacerbación de un proceso psicótico crónico; se señala un patrón de comportamiento similar registrado en Laos, Filipinas, Polinesia, Papúa-Nueva Guinea y Puerto Rico y, también, en la población navaja (APA, 1995, p. 865). El *ataque de nervios*, que describe la expresión de malestar utilizada entre los latinos del Caribe, y reconocible entre los grupos latinoamericanos y latinomediterráneos, y cuyos síntomas más frecuentes incluyen gritos y llanto incontrolable, temblor, sofocación y agresión verbal o física, las experiencias disociativas y los episodios pseudocomiciales o de pérdida de conciencia; la característica general de un *ataque de nervios* es el sentimiento de estar fuera de control (APA, 1995, p. 865).

Otros atenuantes a tener presente son, la *atracción*, un síndrome que se ha observado en afroamericanos y euroamericanos del sur de Estados Unidos y que es estado de trance en el que ciertas personas creen que se comunican con parientes ya fallecidos o con espíritus: algunas veces, este estado se asocia con períodos breves de cambio de personalidad; el Manual recuerda que la *atracción* no es considerada un cuadro clínico en la tradición popular, pero que puede ser erróneamente etiquetada como episodio psicótico en el contexto clínico (APA, 1995, p. 865). La *bilis*, *cólera* o *muina*, que se relaciona directamente con la experiencia de cólera o rabia; contemplada entre algunos grupos de latinos como una emoción particularmente poderosa que tiene efectos directos sobre el organismo y puede acentuar síntomas ya existentes; el efecto mayor de la cólera es una alteración en la homeostasis central del organismo, entendida como el equilibrio entre las valencias calor y frío, y entre los aspectos material y espiritual del organismo; los síntomas incluyen, tensión nerviosa aguda, cefalea, temblor,

alteraciones gástricas y, en los casos más graves, pérdida de conciencia; la fatiga crónica puede ser la consecuencia de un episodio agudo (APA, 1995, p. 865). La *enfermedad de los espíritus* que trata de una preocupación por la muerte o los muertos, en ocasiones viene asociada al uso de magia; observada, frecuentemente, entre los miembros de algunas tribus indias americanas; varios síntomas son los atribuidos a la *enfermedad de los espíritus*: pesadillas, debilidad, sensación de peligro, falta de apetito, desmayos, mareos, miedo, ansiedad, alucinaciones, pérdida de conciencia, confusión, sentimientos de futilidad y sofocación (APA, 1995, p. 866). El *fallo o desconexión temporal* que se da principalmente entre grupos caribeños y del sur de Estados Unidos; se caracteriza por un colapso súbito, que muchas veces aparece sin previo aviso y otras va precedido de sensaciones de inestabilidad o mareo; en este síndrome la persona permanece con los ojos abiertos, pero no puede ver; puede oír y comprender lo que está ocurriendo a su alrededor, pero no poder moverse. El *hwa-byung* o *wool-hwa-byung*, un síndrome popular coreano que el Manual traduce como *síndrome colérico* y es atribuido a la inhibición de la cólera; sus síntomas incluyen insomnio, fatiga, crisis de angustia, miedo a la muerte, disforia, indigestión, anorexia, disnea, palpitaciones, algias generalizadas y sensación de masa en el epigastrio (APA, 1995, p. 866). El *shin-byung*, popular en Corea, con ese nombre se conoce el síndrome que inicia con ansiedad y quejas somáticas, debilidad general, inestabilidad, miedo, anorexia, insomnio, problemas gastrointestinales, con disociación subsiguiente y posesión por espíritus ancestrales (APA, 1995, p. 868). El *susto* o *miedo súbito* o *pérdida del alma* es popular entre algunos latinos de Estados Unidos y la población de México, América Central y Sudamérica; refiere a un acontecimiento que provoca miedo súbito y causa la salida del alma, dando lugar a sufrimiento y enfermedades; las personas que sufren de *susto* experimentan dificultades significativas en el contexto social; los síntomas pueden aparecer

tras semanas o años de experimentar el miedo súbito; se tiene la creencia que, en casos extremos, el *susto* puede provocar la muerte. Los síntomas típicos incluyen trastornos del apetito, sueño inadecuado o excesivo, sueño intranquilo o pesadillas, disforia, falta de motivación para cualquier actividad, y baja autoestima o valoración negativa; los síntomas somáticos que acompañan el susto incluyen mialgias, cefaleas, gastralgias y diarrea; los rituales de sanación se orientan a la recuperación del alma para que vuelva al cuerpo y a limpiar a la persona para que se restaure el equilibrio corporal y espiritual (APA, 1995, p. 868). El *taijin kyofusho*, especie de fobia que se puede diferenciar culturalmente y que se observa en Japón; en algunos aspectos se parece a la fobia social; refiere a un miedo intenso del individuo a que su cuerpo o sus partes o funciones ofendan, molesten o sean desagradables a otras personas, por el aspecto, el olor, las expresiones faciales o los movimientos (APA, 1995, p. 868). El *zar*, término general que aplican en Etiopía, Somalia, Egipto, Sudán, Irán y otras sociedades del norte y medio este africanas, a la experiencia en que los espíritus poseen a un individuo; las personas poseídas por un espíritu pueden experimentar episodios disociativos que incluyen gritos y susurros, estereotipias, golpes de la cabeza contra la pared, cantar o llorar; las personas que lo padecen pueden mostrar apatía y aislamiento, rechazar la comida y las actividades cotidianas o desarrollar una relación duradera con el espíritu que los posee (APA, 1995, pp. 868-869).

Unas prescripciones más de carácter cultural a tener presente al evaluar un delirio y la psicosis, el *koru*, de origen malasio, que refiere a un episodio súbito e intenso de ansiedad ante la preocupación por el hecho de que el pene en el hombre o la vulva y las mamas en la mujer se contraigan dentro del propio organismo pudiendo causar la muerte; el síndrome es conocido en el sudoeste de Asia, donde es nombrado con distintos términos locales, como *shuck yang*,

shook yong y *suo yang*, *jinjinia bemar*, o *rok-joo*; el *koru* se presenta de forma epidémica en áreas del este de Asia (APA, 1995, p. 866).

El *latab*, que trata de una hipersensibilidad al terror súbito, que se acompaña de ecopraxia, ecolalia, obediencia a la autoridad y comportamiento disociativo o anormal; el término es de origen malasio o indonesio pero ha sido observado en diversas partes del mundo; en Malasia es más frecuente en mujeres de mediana edad (APA, 1995, p. 866). El *mal de ojo*, concepto utilizado comúnmente en las culturas mediterráneas y muchas otras partes en el mundo; fue traducido al inglés como *evil eye*; los niños son su población en riesgo; los síntomas incluyen insomnio transitorio, gritos sin causa aparente, diarrea, vómito y fiebre; algunas veces, los adultos, principalmente mujeres, sufren este trastorno (APA, 1995, p. 867). Los *nervios*, término que remite a un malestar conocido entre los grupos latinos de Estados Unidos y Latinoamérica; otros grupos étnicos poseen términos similares que reflejan la idea de los *nervios*, tal como *nevra* entre los griegos de norteamérica; los *nervios* refieren tanto a un estado de vulnerabilidad frente a experiencias de estrés cotidiano lo mismo que a un síndrome producido por circunstancias difíciles en la vida. El término *nervios* incluye una amplia variedad de síntomas de malestar emocional, alteración somática e incapacidad para la actividad; los síntomas más frecuentes son, cefaleas, irritabilidad, alteraciones gástricas, trastornos del sueño, llanto fácil, dificultad para concentrarse, temblor, sensación de escalofríos, prurito, mareos e inestabilidad con exacerbaciones ocasionales similares al vértigo (APA, 1995, p. 867). El *pibloktoq*, un episodio brusco y disociativo que acompaña a una extrema excitación de más de media hora de duración; presenta crisis convulsivas y coma que dura más de 12 horas; este episodio ha sido observado principalmente en las comunidades esquimales del ártico y subártico; la persona

afectada puede mostrarse retraída o ligeramente irritable por un período de horas o días antes de empezar la crisis y presentará una amnesia completa de ella; durante la crisis, la persona puede rasgar sus ropas, romper muebles, gritar obscenidades, defecarse, escapar de su refugio o efectuar otros actos irracionales o peligrosos (APA, 1995, p. 867). La *reacción psicótica de qi-gong*, que describe un episodio agudo limitado en el tiempo, caracterizado por síntomas disociativos, paranoides u otros síntomas psicóticos o no psicóticos, que pueden aparecer tras la participación en la práctica popular china del qi-jong para la mejora de la salud (ejercicio para estimular la energía vital); las personas que practican esta técnica en grado excesivo, son las especialmente vulnerables (APA, 1995, p. 867). Los *rituales mágicos (rootwork)* definidos como el conjunto de interpretaciones culturales que relacionan la enfermedad con el uso de la magia o la influencia del diablo sobre la persona; los síntomas incluyen, ansiedad generalizada, náuseas, vómito, diarrea, debilidad, inestabilidad, miedo a ser envenenado y, en ocasiones, a ser asesinado o muerto por vudú: las personas afectantes pueden poner raíces, objetos mágicos, palabras mágicas o conjuros sobre otras personas, causándoles diferentes problemas emocionales y psicológicos; la persona conjurada se manifiesta con miedo a morir hasta que el objeto mágico haya sido retirado o eliminado, normalmente a través del trabajo de un chamán o un curandero, al que suelen llamar para exorcizar a un enemigo; los rituales mágicos se practican en el sur de Estados Unidos entre las poblaciones afroamericanas y euroamericanas, y entre las sociedades caribeñas. Estos *rituales mágicos*, también son conocidos en las sociedades latinas como *el mal puesto o la brujería* (APA, 1995, p. 867). El *sangre dormido o sangre dormida*, que se ha visto en la población portuguesa de las islas de Cabo Verde y en los inmigrantes de esta isla a Estados Unidos e incluye dolor, entumecimiento, temblor, parálisis, convulsiones, accidentes

vasculares, ceguera, infarto de miocardio, infecciones y pérdida del juicio crítico (APA, 1995, p. 867-868). El *shenjing shuairuo*, detectado en China; trata de un estado caracterizado por fatiga física y mental, inestabilidad, cefalea, algias, dificultades de concentración, trastornos del sueño y pérdidas de memoria; otros síntomas del *shenjing shuairuo* son, problemas gastrointestinales, disfunción sexual, irritabilidad, excitabilidad y diversos signos sugerentes de una alteración del sistema nervioso vegetativo (APA, 1995, p. 868). El *shen-ke'uei* en Taiwan o *shenkui* en China que trata de una calificación que describe síntomas de ansiedad o crisis de angustia, que se acompañan de quejas somáticas para las que no existe una causa física demostrable; los síntomas incluyen inestabilidad, lumbalgia, fatiga, debilidad general, insomnio, pesadillas frecuentes y quejas de disfunción sexual, como eyaculación precoz o impotencia; los síntomas son atribuidos a una excesiva pérdida de semen, a consecuencia de relaciones sexuales frecuentes, masturbación, poluciones nocturnas y emisión de orina blanca y turbia, que da la impresión de contener semen; la excesiva pérdida de semen es causa de alarma en estas culturas, bajo la creencia de que representa la pérdida de una esencia vital y una amenaza para la vida (APA, 1995, p. 868).

El DSM como signo

Si miramos con cierta distancia los mandatos del *DSM*, sus postulados patológicos parten del apriori de una conciencia sana o normal que se altera debido a la intrusión de un agente extraño; este agente modifica la fisiología y como consecuencia, se tendría un cambio en las funciones cognoscitivas; lo llamativo es que dicho agente no muestra sus efectos de forma constante sino que se manifiesta más bien de forma intermitente; y algo más sugerente, a veces la conciencia muestra algunas o todas las anomalías sin que haya sido posible atribuir causalidad

en algún agente extraño. De otro lado, es claro que para el *DSM*, existe una realidad *per se* (interna y externa) y que es la conciencia quien la capta valiéndose de la capacidad percepción, la capacidad de memorizar, la capacidad de ubicar los objetos en un tiempo y un espacio, la capacidad de creer o interpretar y la capacidad de hablar para dar cuenta de lo conocido; dependiendo la facultad afectada se puede determinar el fallo en la conciencia. La falla en la conciencia ocasiona fallas totales o parciales en las respuestas emocionales y comportamentales que afectan el desempeño en la adaptación al medio físico y social.

Para el *DSM*, el lenguaje sano y adaptativo debe caracterizarse por una organización donde se muestre conexión entre sus partes para formar un discurso; no mostrar saltos, cada palabra y cada frase, debe mostrar conexión lógica y significativa; además ha de ser comprensible a quien lo capta. Esto implica que existe, consecuentemente, un lenguaje sano y aceptado normalmente para el acto comunicativo. El comportamiento normal no debe ser tonto ni infantil y servir para desarrollar las actividades diarias de autocuidado y convivencia social; no debe estar disminuido en su reacción precisa ante las exigencias del entorno; esto muestra que existe un comportamiento adulto y óptimo para el desenvolvimiento en lo cotidiano. El afecto apropiado es aquel que corresponde con lo esperado para los acontecimientos naturales y sociales; esto es, la manifestación afectiva es una convención social o una manifestación unívoca ante un acontecimiento natural. La percepción sana debe captar el objeto en su totalidad, sin distorsiones de ningún tipo; así, se sabe si la percepción es sana o normal por los enunciados que expresa la persona; con ellos se puede determinar interpretaciones erróneas, ilusiones o alucinaciones, fallas conocidas de la percepción. También, para el *DSM*, es indudable la existencia de ideas verídicas e ideas erróneas; por supuesto, las ideas verídicas se originan en

el acto sano de creer o interpretar de la conciencia mientras las erróneas van ser producto de su anomalía y, a estas son a las que se les denomina ideas delirantes, ideas sobrevaloradas o ideas no razonables. La capacidad de creencia o interpretación de la conciencia, está supedita a la cultura; es la cultura la que determina la sana creencia y la verídica interpretación; esto querría decir que lo que decide el acto de conciencia no es tanto la relación con el objeto sino la aceptación de la creencia en un ámbito social.

Cuando el *DSM* define los tipos de delirios, surge irremediablemente la reflexión acerca de los límites que definen lo sano y lo anómalo de la conciencia; lo mismo, la inquietud acerca del porqué los contenidos se tornan universales. Precisamente, si se lee cada uno de los contenidos señalados como delirantes, los mismos se repiten en las personas normales: creer que otra persona está enamorada de uno, la idealización romántica del amor, la puesta de la mirada en un superior en tanto objeto de amor, el asedio al objeto amado, temor al abandono por parte del objeto amado, la creencia en estar dotado de capacidades físicas y cognitivas que otros no tienen, la creencia en que otro quiera hacernos daño, el sentirse enfermo. No son, como tal, los contenidos los que determinan un delirio, sino la forma como se escapan a la creencia normal instituida por la cultura en la que se desenvuelve el sujeto. Ahora, el problema vendría a ser el poder determinar la medida exacta de aceptación de los contenidos. ¿Hasta dónde permite una cultura dada los sesgos para que no pasen al terreno de la anomalía de la conciencia? Parece ser que el recurso del que echa mano el *DSM* es el pragmatismo; mientras el sesgo a la sana conciencia no se muestre contrario a los cumplimientos de los mandatos culturales, aquellos los que se suponen indiscutiblemente útiles para poder responder a las exigencias del entorno, la distorsión no es asumida como anomalía. Esto dice que las culturas no

son imparciales y que las culturas no están preocupadas por la verdad del acto de conciencia sino por la utilidad del mismo, por el servicio que pueda prestar a la adaptación al entorno; pero, también, dice del *DSM* que no es tan cierto que el funcionalismo haya sido superado a la hora del diagnóstico y que ahora sean los síntomas los decisivos, pues éstos están subordinados a la utilidad más que a su manifestación. No obstante, esto no responde a la pregunta del porqué esos son los contenidos que se repiten en la infinidad de las culturas y dirimen un delirio ni, tampoco, no son otros los que pueden estar presentes asimismo en todas las culturas.

El *DSM*, a pesar de la contemplación de las particularidades culturales, a la hora de definir la anomalía de la conciencia, tiene una posición definida en torno a un marco cognoscitivo preciso que guía el acto de conciencia normal. Exceptuando el criterio positivista en la obtención del conocimiento, (observable, repetible y contrastable), todo otro criterio es objeto de evaluación detallada para dirimir la anomalía. Los criterios de verdad del conocimiento mítico y el conocimiento religioso son verificados en el contexto cultural; cosa que no sucede con los criterios positivistas. La clásica sentencia de que no existe nada en el pensamiento que antes no haya pasado por los sentidos es incuestionable para el *DSM*. Por tanto, la supuesta superación de la hegemonía cognitiva, que se vendría con la aceptación de la diversidad cultural, no es tan cierta; una forma de pensar correctamente universal es el principio.

Por otro lado, el delirio compartido que refiere el *DSM*, debería ser motivo de un detenimiento analítico y valorativo en tanto se ha venido señalando la anomalía de la conciencia en términos sensoriales. El inicio del delirio compartido está en la distorsión de la creencia o la interpretación de la conciencia de una persona. Esta distorsión es transmitida a otra persona

pero no a cualquiera; esta se da esencialmente donde una acepta la autoridad de la otra y la persona que acepta la idea delirante muestra vínculos familiares o conyugales con la otra; o, también, cuando hay cercanía espacial y en aislamiento de otras personas. Lo impresionante es que cuando estos vínculos se rompen el delirio desaparece en la persona sometida. Esto, fácilmente, nos lleva al vínculo; a presuponer la fuerza del lazo afectivo y de la autoridad en la aceptación de la creencia; siendo de esa manera, el principio empírico quedaría subordinado al afecto y la obediencia y, dará más fuerza al entendimiento de porqué la cultura determina el acto de conciencia y no la exacta percepción del objeto a conocer. El delirio compartido, antes que poner en evidencia la anomalía de la conciencia en la anormalidad, está poniendo en evidencia la conciencia misma, la sana conciencia. Pues acá el problema de la conciencia no está centrado en la distorsión sino en la aceptación de una idea que es transmitida por otra persona, quien fue la que propició la distorsión. A menos que se esté planteando una nueva anomalía en palabras de una conciencia débil y una conciencia fuerte; cosa que pondría en vilo y discusión el lugar de la educación.

Una reflexión más amplia

Si hemos de dar por sentado el rigor con el que Žižek, (1999/2001), interroga a los grandes estudiosos de la epistemología, (Hegel, Kant, Heidegger), se tiene que asentir que todo ser antes de humano, en su inicio es un vacío que se llena con una ideología hasta llegar a ser sujeto posteriormente. De ese comenzar en el vacío ha de emerger un delirio; esto es, un discurso capaz de dar respuesta a lo que acontece. Con el comienzo de lo humano surge el deseo de explicar, de dar razón, de poner en palabras lo que se presenta y lo que sucede. Con palabras se expresan todos los acontecimientos. Si ponemos como hito inicial del humano y la humanidad

al niño y al primitivo, el mismo origen se manifiesta: una ausencia total de palabras y la consecutiva apropiación paulatina de cada una de ellas hasta llegar a un discurso grueso y acabado que confluye con la denominación recíproca de un adulto y un sujeto humano actual totalmente acabados. Las explicaciones que se expresan con las palabras, tienen la estructura irrefutable de la verdad; lo dicho es innegable; en tanto se tiene certeza del acontecimiento, en términos de causas y efectos, garantiza la acción irrepachable. No hay discurso que no sea verdadero; sin embargo, todos los discursos son cuestionados y controvertidos por otro discurso aquél que, según su propio criterio y su propia lógica, sí tiene la indiscutible verdad. El discurso es la defensa del acto humano; ningún movimiento debe hacerse, ningún movimiento se da, si no hay una palabra que lo valide.

El significante “*delirio*”, desde siempre, ha caído en el desprestigio y, pocos hacen la relación entre éste y el “*discurso*”. Si se toma un diccionario actualizado, el significado que se le va a dar al término delirio es el de un “despropósito o disparate” y, aduciendo especificidad, en la psicología, “confusión mental caracterizada por alucinaciones, reiteración de pensamientos absurdos e incoherencia” (Real Academia de la Lengua, 2001). Etimológicamente, delirar refiere el salirse del surco; en clara oposición, mediante la imposición del prefijo *de*, a *lirar* que remite a hacer o mantenerse dentro del surco. Una definición, dada por un especialista en salud mental, dice que el término castellano “*delirio*” deriva etimológicamente del latín *deliro* y aclara que en el alemán la palabra utilizada para designar el delirio es *whan* y traducida al castellano vendría a significar endógeno; otro dato que acota es que en inglés *delirio* es delusión, derivado del latín *deludere*, *-lusi*, *-lusum*, que puede ser traducido por representar, hacer malabarismo o juego de manos (Scharfetter, 1988). Por otro lado, al significante “*discurso*”, se le ha dado el

significado de “facultad racional con que se infieren unas cosas de otras, sacándolas por consecuencia de sus principios o conociéndolas por indicios y señales”, “acto de la facultad discursiva”, “uso de razón”, “reflexión, raciocinio sobre algunos antecedentes o principios”, “serie de las palabras y frases empleadas para manifestar lo que se piensa o siente”, “razonamiento o exposición sobre algún tema que se lee o pronuncia en público”, “doctrina, ideología, tesis o punto de vista”, “escrito o tratado de no mucha extensión, en que se discurre sobre una materia para enseñar o persuadir”, “palabra o conjunto de palabras con sentido completo”, “cadena hablada o escrita” (Real Academia de la Lengua, 2001). No obstante, que rápido se puede llegar a la conclusión que esos linderos entre un significante y el otro se pueden borrar para hacer del uno el otro. ¿Qué es un delirio si no todo lo que se le adjudica al discurso?

Desde la antigüedad griega ya viene la discusión, acusándose de unos a otros de delirantes, tomando como único fundamento para su decir la auto-percepción y auto-posición de discursantes. Platón daba por hecho que en el acto creativo no era un acto de razón sino de posesión extraña o desprendimiento del sí mismo: “Esto mismo le ocurre a los buenos líricos, e igual que los que caen en el delirio de los Coribantes no están en sus cabales al bailar, así también los poetas líricos hacen sus bellas composiciones no cuando están serenos, sino cuando penetran en las regiones de la armonía y el ritmo poseídos por Baco, y, lo mismo que las bacantes sacan de los ríos, en su arrobamiento, miel y leche, cosa que no les ocurre serenas, de la misma manera trabaja el ánimo de los poetas, según lo que ellos mismos dicen” (Platón, 2004, p. 534a). Lo mismo pensaba Aristóteles de los creativos poetas: “De aquí que tal poesía demanda un hombre con especial aptitud para ello, o bien alguien que se sienta tocado por la locura; el primero puede fácilmente asumir el

estado de ánimo adecuado, y el último es posible que se halle realmente poseído por el delirio poético” (Aristóteles, 2004, p. 26). Nietzsche, quien a su vez va a ser calificado por otros de delirante, bastante se sostuvo en la convicción de que el cristianismo era un delirio que había logrado seducir el gran colectivo humano occidental. “La realidad es que aquí la más consciente presunción de elegidos desempeña el papel de modestia; desde entonces se han formado dos partidos: el partido de la verdad, o sea ellos mismos, la comunidad, los buenos y los justos, y, de otra parte, el resto del mundo(...) Este fue el más funesto delirio de grandezas que hasta ahora existió en la tierra: pequeños abortos de hipócritas y mentirosos comenzaron a reivindicar para sí los conceptos de Dios, verdad, luz, espíritu, amor, sabiduría, vida, casi como sinónimos de ellos mismos, para establecer así un límite entre ellos y el mundo; pequeños superlativos de hebreos, maduros para toda clase de manicomio, hicieron girar en torno a ellos mismos todo valor, como si precisamente el cristiano fuese el sentido, la sal, la medida y también el último tribunal de todo lo demás(...)” (Nietzsche 1888/2001. Aparte 44).

Si hemos de ser consecuentes, el delirio y el discurso son unas construcciones arbitrarias, que se alejan de la quimera de la verdad; y si se acepta lo anterior, ¿qué razón existe para tomar tal o cual en ayuda para sostener el nuestro? La construcción discursiva en la que cualquier ser humano se inscribe se ha caracterizado por la referencia a otros discursos, pasados o actuales, los cuales le brindarían el carácter verídico, para poder sostener que lo que él dice tiene asidero y que no solamente se soporta en base a su experiencia directa con el objeto. Es indiscutible, que en los tiempos actuales, no es posible deshacerse del lastre axiomático de que todo lo que se dice con criterio de verdad debe ser repetible y contrastable; el fenómeno de por sí, en tanto acontecimiento único, no puede ser sostenido

con los criterios implícitos de verdad actuales; el equívoco, la ilusión y la normalidad sólo se corrigen en la contrastación. La tradición y el reconocimiento, dado a su vez, por otros que se sostienen en las mismas premisas vuelven a ser la única salida. Las disquisiciones sobre la epistemología se le aducen al filósofo, olvidando que todo ser cognoscente, es de por sí, implícita o explícitamente, un sujeto epistémico. El sujeto del común y muchos de aquellos que podemos llamar ilustrados, no se detienen en la reflexión de sus fundamentos epistemológicos; pero, sí toman una posición cuando de asumir un conocimiento se trata. Aquel que acude a la autoridad de sus padres para sostener sus conocimientos, o aquel que asume la autoridad de sus profesores, o aquel que asume la autoridad de un filósofo y no otro, o aquel que asume la autoridad de un estudio empírico y no de otro, este que asume una teoría y no otra, o aquel que decide, como Descartes, negar toda evidencia anterior, cómo diferenciarlo en términos de la veracidad discursiva. Llevados a la profundidad del origen del conocimiento, ¿qué dirime el conocimiento verdadero, cuando se decide un origen ideal y se sacrifica el origen sensual, o viceversa? Y si no es aceptado, ninguno de las anteriores, ¿serán válidos los términos medios y modalidades que nos enseña la historia de la epistemología? Avanzar con Hessen (2007), por su estudio de la teoría de conocimiento, es aterrizar en las diferentes posturas que aún siguen vivas a la hora de fundamentar un discurso cualquiera.

Orígenes tan singulares unos de otros ha tenido el discurso para sostener su meta-verdad, que se vuelven a repetir en el desprestigiado delirio a donde toman el adjetivo de descabellados. La lógica del mito, que no duda que todo conocimiento viene del hombre más viejo, sea carnal o espiritual, es el verdadero, aparece lo mismo en el delirio; sin embargo, al hombre mítico no se le acusa de delirante. Igualmente, los supuestos indiscutibles de que un dios transmite

la verdad a los elegidos, propios del discurso religioso, son catalogados como delirantes en condiciones que no son claramente definibles para marcar la diferencia. De otro lado, las tesis propias de filósofo, con las que logra, finalmente, sus constructos explicativos y promotores de moralidad, son tan parecidos, por no decir iguales, a muchos aquellos que son denominados como delirios, aún y mostrando la misma lógica discursiva fundada en la rectitud. También, la imperante lógica del discurso científico, donde las referencias fuertes a sustentar sus proposiciones, en base a los hechos perceptibles sensualmente, es la misma lógica que sostiene muchos de los discursos calificados como delirios. Esos axiomas, propios de los discursos normales, vienen a ser los mismos que sostienen los delirios; así que, no es por el basamento epistemológico que se podría deslindar al delirio del discurso aceptado.

Así pues, tenemos a Klossowski (1969/1995) para señalar a Nietzsche, Soler (2007) a Rousseau, Lacan (2006) a Joyce, y Onfray (2006) a Pablo de Tarso, como delirantes que han marcado la historia de la humanidad. Desde este punto de vista la filosofía, educación, literatura y religión han sido afectadas de manera contundente por estos personajes.

Sin embargo, lo que aquí se esgrime es que todos los seres parlantes pertenecemos a la categoría de los delirantes, sean ya porque se salen del surco o bien porque asumen un surco existente, pero, a la larga, tan desviado como cualquier otro. Tan pronto se hunde medianamente un investigador en la historia e historicidad de un creador o de cualquier discursante, pronto verá venir lo ilusorio en tanto se expone una supuesta verdad; no obstante, también, podrá notar que por más desatinado que sea el discurso, una práctica trascendental siempre ocasionó. De ser cualquier discurso un delirio, largo camino se ha de recorrer para saber por

qué algunos sujetos se amarran a alguno existente y no a otro, y además, saber por qué otros deciden crear su propio delirio. Todo discurso, desde su fundamento epistemológico, desconoce al otro en su verdad, entonces qué camino sería aquel que tuviese sentido al momento de decidir por un discurso; esto de decidir, siempre y cuando, sea posible ser pensado y llevado a la práctica, pues es ya hito en el psicoanálisis (Lacan, 1984) que el discurso hace primero a un sujeto y el sujeto es, posteriormente, incapaz de deshacerse de él. Esa procesión de los orígenes en algunos discursos normales también se encuentra en los delirios: fuentes primigénicas se van sustituyendo, traslapando o sincretizando para dar coherencia a un decir. Un argumento mítico bien puede enlazarse con un argumento religioso y estos, a su vez, forman serie encadenada con argumentos de origen en cualquier filósofo o proposición sensualista. El sentido común llega a traducirse como la verdad de Perogrullo donde todo converge; es evidente, no se cuestiona los orígenes del argumento a pesar de que en el fondo ellos sean diversos; así es porque todos lo saben y no se necesita ni se debe gran esfuerzo para llegar a concluir que lo enunciado es verdadero. El espíritu, esa gran producción del ser mítico, campea en el científico más sensualista; dios forma parte del filósofo empirista y los más racionales invocan la iluminación divina para que los acompañe en la calidad de su argumentación y esto, no es ajeno, al contrario, es más que frecuente, en la ilación discursiva del delirante.

La dificultad encontrada al determinar si un discurso es explicativo o interpretativo raya en la misma dificultad de buscar diferencia entre lo uno y lo otro y en la búsqueda de un apoyo en la etimología y la epistemología. Si en su origen etimológico los dos términos se confunden, en tanto ambos apuntan a declarar la verdad que se ha mantenido confusa y escondida; en lo epistemológico se tendrá que hacer mención de la

explicación en referencia a la captación de la cosa en su imparcialidad y a la ausencia de cualquier distorsión, producto de quien la percibe; y, así, dejar el uso de la interpretación para el acto que no se puede deshacer de la subjetividad y la parcialidad siempre presente en el acto perceptivo. Esto conlleva a la pregunta misma por el conocimiento y el acceso al conocimiento verdadero ¿Se conoce la cosa en su ser y estar, independiente del observador o, se conoce, invariablemente, mediante un proceso que no puede obviar la parcialidad que subyace a la subjetividad? Esto, que no ha sido definido por la epistemología, da lugar para afirmar ambas versiones y, no obstante, esto no haría posible crear lindes entre el discurso y el delirio. Si tomamos la ciencia como el campo donde la explicación se hace ley, podemos colegir, mediante su historia misma, que el acercamiento a la verdad absoluta pasa por la depuración de los errores cometidos previamente; que es un proceso gradual hasta llegar, finalmente, a la certeza absoluta (verdades que no se han encontrado hasta el momento en la ciencia). Lo mismo sucede, en su medida, con el delirio; el delirante, cada vez, se va llenando más de pruebas empíricas para afianzarse en su verdad. Pero, si aceptamos la otra posibilidad, la de la interpretación, el discurso, igualmente, no tendría forma de asegurar un sitio diferente al delirio. El sesgo con el que el delirante percibe y concibe la veracidad es equiparable a las denuncias del sesgo que se funda en las falsas asepsias y objetividades en el conocimiento supuestamente verdadero de los cognoscentes normales. El conocimiento, desde esta vertiente, en tanto es subjetivo, infaliblemente será parcializado y nunca absoluto; todo conocimiento sería una interpretación que en ningún momento se dirimiría acabado.

Todo discurso, al igual que todo delirio, tiene en su trasfondo, la intención de hacer actuar, de avalar e instaurar una práctica con implicaciones vitales adaptativas. En un delirio, si bien

tiene como pretensión una explicación causal, su importancia radica en la potencialidad de sus efectos. Y en consecuencia con el hecho de que ningún sujeto actúa si no cuenta con argumentos causales y afectantes, los discursos son los detonantes o restringentes de una acción. El discurso decide el accionar del sujeto. ¿Qué son finalmente los delirios y los discursos si no teorías y modelos explicativos?; y ¿Cuál podría ser su razón si no su finalidad práctica de control y predicción de los acontecimientos? En la imposibilidad de tener acceso a lo real, el discurso inventa un real y hace vivir ese real; sin embargo, consecuentes con esta particularización inherente al discurso, tenemos que consentir que la misma realidad es ya una invención que posibilita una práctica vital. Los discursos por tal, no deben medirse más que por el sentido práctico; pues, todo aval en la veracidad no es sostenible.

Para sintetizar, se hace difícil marcar la diferencia

En esencia, no hay forma de diferenciar un discurso de un delirio, en tanto el salirse del surco es propio al discurso mismo al igual que sucede con el delirio. Las creaciones peyorativamente catalogadas como delirios bien podrían ponerse en la misma categoría con los discursos más depurados y aceptados socialmente. Ya Freud (1913/1986), había señalado este detalle, cuando visualizó el delirio paranoico muy parecido a un sistema filosófico; la misma lógica de construcción que subyace a uno se encuentra en el otro. Seguramente, la diferencia esté en su aceptación por el colectivo, pues la duda que se percibe en el delirante bien se puede encontrar en el sistema científico, filosófico o religioso más depurado y aceptado por el colectivo. La razón y la referencia fáctica están tanto en el uno como en el otro; por consiguiente, determinar cuál es el que se colectiviza y por qué lo logra, es la misión, más allá de la veracidad

inherente a cada uno de ellos. Mediante la recurrencia a la verdad no se podría hacer linderero entre el delirio y cualquier otro discurso catalogado como normal.

Una idea delirante termina siendo una idea que no corresponde con el basamento epistemológico o teórico instituido; una idea que no cuenta con la garantía del statu quo. Así, por ejemplo, un sujeto que pretenda dar crédito a los mensajes recibidos de los dioses a través del sueño, o escuche voces y que las interprete como mandato de un ser superior, es catalogado como delirante, por aquel que, en su lógica, no concibe veracidad en ello. Pese a esto, no se debe obviar que dichas verdades fueron aceptadas durante mucho tiempo y bajo otra lógica cognoscitiva. Para los sujetos imbuidos en una cultura mítica era más que normal recibir los mensajes de los dioses a través de los sueños; lo mismo, para los místicos religiosos era una forma de recibir el mensaje de dios, las voces que se escuchaban y salían de ninguna parte. Esto llevaría a concluir que delirar versa sobre la aceptación de otras lógicas más allá de las instituidas formalmente. Se valida así, que lo que se pone en juego no es la interpretación si no la formalidad y convención instituidas para poderla hacer. Sin embargo, es de sopesar y reiterar que esa misma tendencia a saltar la lógica imperante, para explicar acontecimientos, se encuentra presente en los discursos de los normales.

Es de pensar, el asumir que el delirio y el discurso es uno solo; que no se puede hablar de dos categorías distintas en tanto comparten los mismos elementos para su construcción. El qué (cosa), el por qué (causa), el para qué (efecto), el cómo (proceso), el dónde (lugar), el cuándo (tiempo), son motivos que se encuentran siempre en el discurso y en el delirio, fundados en los mismos preceptos. Si es así, será indistinto decir discurso o delirio, dejando de tajo ese peyorativo que encarna el enunciar la palabra

delirio y esa petulancia, con asomo de razón pura, que encarna el decir discurso. Definir el delirio por la salida del surco remite a preguntar por el surco mismo. ¿Qué sentido encarna finalmente el mantenerse en el surco? Si la respuesta apunta a seguir un discurso instituido, la humanidad estaría condenada a permanecer en su estado y triunfaría el anquilosamiento en una práctica nunca cuestionada. Si mantenerse en el surco es mantener un estado de cosas que conciernen a lo humano, la filosofía, la política, y todo aquello que propenda por un estado diferente de cosas y se oponga a lo establecido, sería calificado como delirante o producto de un delirio.

En un delirio, lo mismo que en cualquier discurso, siempre va a ser la constante, el origen en las vivencias tempranas, aquellas que desde la literatura psicológica se catalogan como el desarrollo temprano. El psicoanálisis ha sido aquel, que mediante detallados análisis de caso, ha mostrado con insistencia este hallazgo, que actualmente es casi que inútil referir un sólo texto como muestra de ello. Ese origen determina el contenido y la forma; la constante sigue su curso, manteniendo su esencia, las modificaciones son menores, y esto sólo en basamento a la necesidad de coherencia discursiva; las creencias, los protagonistas y las relaciones ya están dados de antemano desde ese periodo temprano, solamente cambian los actores y la acomodación de los escenarios donde se darán los acontecimientos con la actualización de los tiempos vividos. La sustitución de actores viene con los cambios de escenarios pero siempre ejecutando los mismos papeles; las descripciones explicativas serán las mismas en cualquier momento histórico. Que si alguien puede escribir más de un guión, más de una novela, más de un cuento, es negado en tanto se analiza bien cualquier discurso o delirio; siempre, en el trasfondo, se encontrará el mismo contenido y la misma forma. Únicamente, los pequeños matices harán que se

vea diferente un relato de otro; pero, en el fondo, siempre se encontrará la misma estructura discursiva que explica y predice.

El acontecimiento que marca el origen del discurso está impregnado de intenso afecto; el discursante ha quedado preso de dicho acontecimiento. Antes que desprenderse de aquello que lo ha anclado, el discurso le permite seguir aferrado a ello; las sustituciones que actualizan, a cada instante, lo pasado, es lo que se manifiesta en todo discurso, revestido de objetividad y asepsia personal. Los hechos son seleccionados para mantener una verdad indiscutible que desde el principio está contaminada por su propia experiencia. Va a ser una sentencia plena de sentido para cada caso de todo ser discursivo: toda teoría no deja de ser más que una vivencia personal bien relatada. La objetividad de todo discurso, queda reducida al encuentro de objetos que puedan sustituirse por aquellos perdidos en la historia de cada discursante; no son todos los objetos los que permiten la objetividad sino unos cuantos que ya son parcializados, escogidos, en concordancia con el acontecimiento temprano que los posibilita por sólo apego afectivo. Que los acontecimientos tempranos, que marcan afectivamente el discurso, estén emparentados con la familia o las figuras de amor y formación en el seno familiar, es justificable únicamente en la medida que los sujetos en la sociedad occidental pasan sus primeros años en la familia. Es de esperar que para sujetos que no pasen por la familia, el acontecimiento vital afectivo tome otros semblantes discursivos.

Desde la psiquiatría se ha insistido en que el delirio tiene como característica la auto-referencia, que todo acontecimiento externo tiene relación directamente con el delirante; sin embargo, los elementos de prueba bien pueden ser endilgados a los discursos de los normales, si bien es la intensidad o la no confesión lo que podría dirimir la diferencia.

¿Qué persona normal no ha tenido alguna vez la impresión de ser el tema de conversación de otras personas circundantes, conocidas o no, aún cuando los indicios resulten mínimos, sintiéndose criticada o calificada?

¿Qué enamorado no ha padecido de celos, infundados o sustentados en mínimos detalles percibidos en su pareja? ¿Quién en momentos de alta intensidad afectiva, donde su integridad y seguridad está en juego, no ha creado toda una novela a partir de un pequeño dato, al cual va hilvanando otros, aquellos que para otra persona no puedan tener la más mínima relación, dándole la coherencia discursiva precisa para mantener una verdad que solo existe en su cabeza? La duda, entonces, no es por la auto-referencia sino en qué medida la auto-referencia es tomada negativamente, cuando parece ser que todo ser discursante hace uso de ella y no solo temporalmente, sino que es más una constante que una excepción. Y, excepción que solo es sostenible, en la medida que otro proceso psíquico lo hace aparecer como alejado de la auto-referencia. La distancia, medida en la amplitud que brinden la metáfora y la metonimia, sería por tanto la posibilidad de asumir una positividad en la insalvable auto-referencia. La particularidad de relacionar acontecimientos que se presentan juntos, en términos de tiempo y espacio, con la auto-referencia es más la norma que la desviación del discursante, en procura de explicaciones causales y efectuentes; esto ha llevado, tanto al delirante como al discursante, a equívocos reconocidos pero, a su vez, a la perseverancia en la misma dinámica; el hecho de reconocer o asumir un equívoco no alecciona para no volver a cometerlo.

Otro elemento, señalado al delirio, son las explicaciones o elaboraciones descriptivas a posteriori de los acontecimientos para justificar coherencia y razón en un propio actuar anterior. Este elemento, al igual que la auto-referencia, es

propio del discurso normal; muchas de las explicaciones que parecen razonables al momento de escucharlas, son cavilaciones realizadas después de acaecidos los hechos que se dieron sin ser previamente meditados. La tendencia a explicar, en términos de causalidad o finalidad, posteriormente, lo que en un momento sorprendió por ser un acto impulsivo, al cual no se le tenía la menor explicación, es más que frecuente en los discursos normales.

En un discurso se puede tener un destinatario concreto y un mensaje preciso, así como también puede estar dirigido a un destinatario abstracto y el mensaje ser impersonalizado. Los discursos pueden ser replicas a mensajes recibidos o, simplemente, una conversación de la cual ni siquiera se espera una respuesta. Esto mismo acaece con el delirio y, sin embargo, es señalado como algo propio al proceder delirante. Que alguien, catalogado como normal, asuma un mensaje de otro como si fuese dirigido a él, implícita o explícitamente, es frecuente en ámbitos preciso o limitados y en el ambiente del transcurrir social cotidiano y general; que se le dé una respuesta directa o indirectamente, también. Entonces, esto, del mismo modo, formaría parte de la serie de características que hacen uno al discurso y el delirio. Esos pequeños indicios del mensaje, de los que cualquiera se hace destinatario, son lo que se ponen en juego tanto en el discurso como en el delirio. Qué por qué este o aquel, normal o loco, lo asuman como propios, sería lo interesante de investigar.

En todo discurso subyace una cosmología, una forma de explicar el mundo en su origen, su proceso y sus efectos; eso mismo está presente en aquellos discursos que, técnicamente, han llamado los estudiosos de la salud mental, un delirio sistematizado. La explicación holística e integral de la cosa, propia de un discurso, es la misma que convoca a los delirios. La base ética de todo delirio se puede sintetizar en un imperativo

categorico de práctica y que, a su vez, cuestiona otro u otros existentes. El discurso, lo mismo que el delirio, se torna en un modelo a seguir. La megalomanía, la predestinación, el mesianismo, la bienaventuranza, la corrección, la reivindicación, la retaliación, el altruismo, la oblación, el apostolado, el heroísmo, la persecución por parte del mal, la certeza en las causas últimas, el exceso narcisista, contenidos frecuentes, por no decir únicos, de los delirios, son los mismos que aparecen en el discurso. Todo discurso, lo mismo que el delirio, es cosmológico y versa sobre lo social y la relación del discursante con ello; esa relación se refiere a la dirección de sí mismo y de los otros que forman el colectivo y el mundo. Esto hace que un discurso cualquiera, sea de un académico, un político, un místico, un ciudadano del común o un loco tengan el mismo matiz; la estructura se repite, con los mismos contenidos en mayor o menor medida.

Se dice del delirante que tiene fallas en la percepción, fallas en la atención, fallas en la memoria y fallas en la forma de procesar información; y que eso hace diferente su discurso del discurso de los normales. A pesar de ello, donde se tuviera que hacer un análisis detallado, el análisis formal de los discursos de los normales mostraría las mismas falencias y, por eso, el peyorativo de delirante, lo mismo, les podría ser impuesto. Las falacias, señaladas por los lógicos a los discursos de los normales, más aquellos errores de apreciación perceptual, de los cuales se quiere curar o proteger a través de un método, y que, no obstante, se manifiestan con más frecuencia de lo que se quisiera, no dan lugar para hacer la diferencia entre los discursos de los sanos y los discursos de los denominados enfermos. Los olvidos y los lapsus son habituales en los normales y Freud (1901/1996), no se cansó de denunciarlos. No hay discurso sano o enfermo que no muestre, en tal o cual medida, fallas perceptivas, de atención, de registro o de procesamiento de la información obtenida.

Igualmente, los discursantes normales han tenido ilusiones de todo tipo en las cuales mantienen certeza; les parece haber visto, oído, sentido, olido o saboreado cosas a las cuales no se les encuentra un asidero sensitivo real, lo mismo que les sucede a los delirantes.

Las experiencias extrasensoriales son habitualmente señaladas como partes fundamentales en la descripción del delirante: clarividencias, clariaudencias, escuchar olores, oler la luz, ver el sonido, saborear el sonido, sentir la rugosidad y dureza de los olores, lograr desdoblamientos y viajes astrales, sentir el sabor del dolor, sueños y visiones premonitorios, deja vu, levitaciones, lectura de la mente, adivinación, telepatía, etc. Tampoco estos fenómenos se han mostrado exclusivos de los delirantes y, cada vez, más son los normales que se atreven a confesar que han padecido en alguna ocasión o padecen de estos fenómenos. Ahora, con Internet se ha ampliado el espacio para la confesión, infinidad

de páginas se encuentran en la red para dar testimonio de experiencias vividas por gentes que en ningún momento se consideran delirantes o han sido calificadas como tales por los regentes de la salud mental.

Para finalizar este texto cerremos con una pregunta que permita abrir una discusión ¿Es en definitiva, únicamente, la diferencia cuantitativa y/o cualitativa de las diferentes categorías para elaborar el discurso lo que diferencia a un sujeto normal de aquel descrito como delirante? Si hemos de ser consecuentes con los datos que arrojan tanto el uno como el otro, en la utilización de las categorías que permiten la creación de un decir que quiere detentar verdad, la respuesta tentativamente tiende que ser afirmativa; las categorías son las mismas pero quizá el gradiente sería el evento determinante. Ahora, lo difícil es poder determinar en qué medida la diferencia en la utilización de una o de otra categoría se hace delirante.

Referencias

- APA. (1995). *DSM-IV. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Aristóteles. (2004). *La poética*. Madrid: Alianza.
- Freud, S. (1901/1986). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1913/1986). *Tótem y tabú. Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos*. Tomo XIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hessen, J. (2007). *Teoría del conocimiento*. Buenos Aires: Losada.
- Klossowski, P. (1969/1995). *Nietzsche y el círculo vicioso*. Buenos Aires: Altamira.
- Lacan, J. (1984). *La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud*. Madrid: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2006). *El seminario 23. El sinthome*. Buenos Aires: Paidós.
- Nietzsche, F. (1888/2001). *El anticristo. Como se filosofa a martillazos*. Madrid: Edaf.
- Onfray, M. (2006). *Tratado de ateología*. Barcelona: Anagrama.
- Platón. (2004). *Ion, Timeo, Critias*. Madrid: Alianza.
- Real Academia de la Lengua. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Vigésima segunda edición. Madrid: Espasa.
- Scharfetter, C. (1988). *Introducción a la psicopatología general*. Tercera Edición. Madrid: Morata.
- Soler, C. (2007). *Estudios sobre las psicosis. El caso Rousseau*. Buenos Aires: Manantial.
- Žižek, S. (1999/2001). *El espinoso sujeto. El centro ausente de la ontología política*. Buenos Aires: Paidós.