

Trabajo de revisión:

La "seudo-comunidad paranoide" de Cameron en los Trastornos Delirantes

Patricio Olivos¹

Resumen

En este artículo queremos reactualizar un gran aporte para la comprensión y el tratamiento de los Trastornos Delirantes: *la pseudo-comunidad paranoide*, que Norman Cameron describió por primera vez en 1943 en su artículo *The Paranoid Pseudo-Community* (1), y que reformuló en su artículo *The Paranoid Pseudo-Community Revisited*, de 1959 (2), tras una década de estudios clínicos intensivos del pensamiento paranoide en el curso del psicoanálisis de pacientes neuróticos, y en la terapia a largo plazo de pacientes psicóticos.

Palabras claves: Trastorno Delirante, pseudo-comunidad paranoide.

Cameron's "pseudo-community" in Delusional Disorders.

Abstract:

In this paper we want to revitalize a great contribution for the understanding and treatment of Delusional Disorders: *the paranoid pseudo-community*, which Norman Cameron first described in 1943 in his article *The Paranoid Pseudo-Community*, and reformulated in 1959 in his paper *The Paranoid Pseudo-Community Revisited*, after a decade of intensive clinical studies of paranoid thinking in the course of psychoanalysis of neurotic patients, and in the long-term therapy of psychotic patients.

Key words: Delusional disorder, pseudo-paranoid community

Introducción

El **Trastorno Delirante** según el DSM-5 (3) se define por:

- A. La presencia de uno (o más) delirios con una duración de 1 mes o más y
- B. Sin presentar los criterios A para esquizofrenia, es decir: - si las alucinaciones están presentes, son poco prominentes y están relacionadas con el tema delirante - el lenguaje no es desorganizado - el comportamiento no es groseramente desorganizado o catatónico y - no hay síntomas negativos (p.ej. aplanamiento emocional o pérdida de voluntad).

Letelier et al. plantean que "el delirio constituye el fenómeno psicopatológico central, y en ese sentido difiere de otros cuadros en los que el delirio es un elemento de un complejo sintomático mucho más extenso. Tal delirio no consiste en afirmaciones aisladas, ocurrencias insólitas o meras percepciones delirantes, sino más bien en una construcción en la que se organizan con mayor o menor coherencia un conjunto de hechos, situaciones, recuerdos, percepciones y fenómenos imaginarios. Dicha construcción rápidamente destaca por el carácter arbitrario con que se relacionan los elementos que la conforman, sin que tal anormalidad pueda ser derivada de perturbaciones importantes de la inteligencia, el estado de conciencia o la afectividad. Más bien llama la atención el carácter inalterado de tales funciones." (4)

Desde un acontecimiento preciso y desde un determinado espacio, comienza la organización delirante. El delirio se desarrolla y difunde por la vía de eslabones concretos, pero ello no ocurre en forma lineal, sino más bien en la forma de un plexo que abarca todas las direcciones posibles." (4)

Esta descripción coincide con lo que Norman Cameron había desarrollado más amplia y detalladamente como la *seudo-comunidad paranoide*, descrita por él en 1943 en su artículo *The Paranoid Pseudo-Community*, publicado en *The American Journal of Sociology* (1), y que reformuló en su artículo *The Paranoid Pseudo-Community Revisited*, de 1959 (2), tras una década de estudios clínicos intensivos del pensamiento paranoide en el curso del psicoanálisis de pacientes neuróticos, y en la terapia a largo plazo de pacientes psicóticos.

En su capítulo *Perceptual organization and behavior pathology*, del libro *Perception: An approach to personality*, de 1951 (5) publicó una versión intermedia de la *seudo-comunidad paranoide*, en que comienza a plantear la importancia de mecanismos psicodinámicos como la negación y la proyección, así como la utilidad defensiva de la *seudo-comunidad*.

Cameron (1896-1975) recibió su PhD en Michigan en 1927, seguido por el MD con la guía de Adolph Meyer en Johns Hopkins en 1933. Fue psiquiatra residente en el Hospital Johns Hopkins y psiquiatra de la Clínica Psiquiátrica de Phipps de Baltimore, Ma-

1. Psiquiatra en consulta privada.

ryland en 1937. Se convirtió en jefe del departamento de Psicología de la Universidad de Wisconsin, y más tarde enseñó en la Universidad de Yale. Sus libros *The Psychology of Behavior Disorders* (1949) (6) y *Behavior Pathology* (Cameron & Magaret, 1951) (7) fueron importantes contribuciones a la expansión de la teoría del comportamiento en la psicología clínica.

Para presentar la *seudo-comunidad paranoide* de Cameron buscaremos integrar los artículos específicos, de 1943 y 1959, en traducción hecha por nosotros, ya que no hay una traducción disponible en español, con citas literales, buscando mantener la riqueza de su descripción y pensamiento clínico. Agregaremos algunos subtítulos para ordenar la presentación, y algunos comentarios nuestros, especialmente del primer artículo, y presentaremos casi completo el segundo artículo, con los subtítulos puestos por Cameron en cursiva.

Personalidad premórbida.

En su trabajo inicial Cameron plantea que "los adultos difieren notablemente en el grado en que han desarrollado las habilidades sociales subyacentes a la comunicación. Aquellos con un aprendizaje social inadecuado en esta dirección probablemente probarán ser incompetentes bajo condiciones de estrés inusual. Los desarrollos paranoides representan uno de los resultados."

En su revisión de 1959 Cameron sigue desarrollando más claramente este punto: "A través del intercambio continuo entre un niño que opera a niveles preverbales y personas mayores cuyo lenguaje ya es un sistema interactivo altamente organizado, cada niño desarrolla perspectivas sociales compartidas y habilidad para cambiar de una perspectiva a otra en el momento de necesidad. Un resultado altamente significativo de este proceso gradual es que, con el paso del tiempo, el niño normalmente adquiere una percepción cada vez más realista de cómo se sienten las otras personas, cuáles son sus actitudes, planes, esperanzas, miedos e intenciones y de qué maneras se relacionan con los suyos. Con el tiempo es capaz de tomar los roles de otras personas a su alrededor en la imaginación, y de ver las cosas en forma más o menos realista desde sus perspectivas, así como de la suya. De esta manera también desarrolla un grado práctico de objetividad hacia sí mismo, aprendiendo a responder a su cuerpo, su personalidad y su comportamiento más o menos como lo hacen los demás. Al final, hay una diferencia considerable entre la socialización lograda en el comportamiento públicamente compartido y genuinamente comunicado y el comportamiento que ha permanecido privado y poco formulado o expresado en el lenguaje."

"El adulto que es especialmente vulnerable a los desarrollos paranoides es aquel en quien este proceso de socialización ha

sido seriamente defectuoso. Su deficiente aprendizaje social y sus malas habilidades sociales lo hacen incapaz de comprender adecuadamente las motivaciones, actitudes e intenciones de los demás. Cuando se ve perturbado o confundido por el estrés, debe operar con desventaja por una incapacidad para

- comunicarse libre y eficazmente,
- suspender el juicio por tiempo suficiente para compartir sus interpretaciones tentativas con otra persona,
- imaginar en forma realista las actitudes que otros puedan tener hacia su situación y a sí mismo,
- e imaginar sus roles y así compartir sus perspectivas."

De este modo Cameron anticipa lo que constituirá posteriormente una de las teorías contemporáneas sobre los delirios: los déficits en *Teoría de la Mente* propuestos inicialmente por Frith (8,9).

Formación del delirio.

Cameron (1943) dice que "la alta susceptibilidad de algunos individuos a los desprecios -intencionales, no intencionales o imaginarios- surge de una actitud poco práctica que tienen hacia sí mismos como objetos sociales; o bien no tienen una actitud estable y confiable, o son despectivos o condenatorios y hostiles. Esto los hace especialmente vulnerables al desarrollo delirante, cuyos rudimentos se pueden ver fácilmente incluso entre personas "sensibles" que nunca son consideradas neuróticas o psicóticas."

Y agrega que "hay factores que pueden agravar esa reacción más allá de los límites normales." Uno de ellos es "la tendencia a aferrarse a una conclusión una vez formada y construir en secreto sobre ella."

Esta observación va muy en línea con otra de las teorías contemporáneas sobre los delirios: Garety, Hemsley y Freeman postulan que el *razonamiento probabilístico* está implicado en la formación y/o mantenimiento del delirio. A través de diversos estudios han demostrado que los sujetos delirantes tienden a «precipitarse en las conclusiones» (*jumping to conclusions bias*): los sujetos delirantes, comparados con sujetos normales, se precipitan al extraer conclusiones; esto es, necesitan menor cantidad de información para llegar a una conclusión. Además, confían más en lo acertado de sus decisiones (10,11, 12).

Cameron (1943) continúa: "Los delirios paranoides o paranoicos sistematizados de discriminación y persecución se desarrollan a partir de los intentos de la persona de dar cuenta de situaciones y sucesos que usualmente son producto de su propio compor-

tamiento asocial, sus actitudes y sus fantasías. Su intercambio socialmente inadecuado de actitudes e interpretaciones con otros no sólo lo arroja sobre sus propios recursos limitados para explicaciones e hipótesis, sino que también permite elaborarlos sin los controles y modificaciones que las opiniones contrarias de los demás, si son tenidas en serio, inducirían inevitablemente. Tal preocupación, con su recopilación y anotación de incidentes, se vuelve cada vez más absorbente; reduce los intereses y las actividades de la persona y lo aísla de los asuntos de los demás."

"A medida que las interpretaciones delirantes crecen en extensión e intensidad, la persona puede ser llevada finalmente a tratar de compartir sus sospechas con otros; pero en este momento sus propias creencias se han vuelto tan firmemente establecidas como una forma habitual de pensar que cualquier modificación radical y básica es imposible sin cambiar todo el sistema y abandonar las interpretaciones que se desarrollaron originalmente bajo condiciones de gran tensión emocional, que aún está presente. Además, sus sospechas pueden haberse vuelto tan sistematizadas e intrincadas que otra persona no puede entrar fácilmente en la situación; incluso, si se le da la oportunidad, es poco probable que pueda seguir paso a paso el crecimiento de un sistema delirante tal. O bien argumenta en contra, obligando así al paranoico defensivo a desarrollar nuevos argumentos contrarios y a consolidar aún más su posición; o descarta lo que entiende como algo absurdo o ridículo y así puede verse clasificado como otro enemigo."

"Mientras más y más datos se acumulan, el individuo decide que todo el asunto debe ser mucho más que mala suerte o desaires casuales aislados. Concluye, a veces muy de repente, que se está desarrollando una trama generalizada en la que están implicadas varias personas, algunas reconocidas y otras no. Esta es una etapa crucial en el desarrollo paranoico."

(...) "La persona paranoide se enfrenta a sus verdaderos o imaginados desprecios y discriminaciones sin una adecuada comunicación con los demás y sin competencia en la interpretación social de motivos e intenciones. Cuando se siente bajo escrutinio, procede como cualquier otro, verificando y reuniendo eventos que parecen estar juntos. Está claro que en tal proceso cualquier persona, normal o no, tenderá automáticamente a organizar su entorno y, cuanto más organiza su entorno a través de sus respuestas a los acontecimientos, más sus respuestas se organizan en términos de este entorno. Todo este proceso en sí mismo no es anormal ni inusual. Todas las personas lo hacen, y todos en algún momento cometen el error de organizar los eventos de manera que no corresponden con el consenso; pero la gran mayoría de las personas volverán atrás y revisarán sus reacciones interpretativas para concordar más o

menos con las de los demás. La persona cuyos hábitos sociales están inadecuadamente desarrollados puede intentar lo mismo, pero sus medios para establecer criterios socialmente válidos y para compartir en el consenso son insuficientes cuando surgen condiciones de estrés personal severo. Carece de las habilidades sociales necesarias para poder suspender el juicio hasta que se puedan determinar las actitudes de los demás y, entonces, poder asumir adecuadamente estas actitudes de los demás cuando la situación lo exige."

"Obviamente, esta relativa incompetencia no será uniforme en todo su repertorio de comportamiento. Sus modales, su cortésia hacia los demás, su deferencia y flexibilidad en la entrega y conversación impersonal, e incluso su cooperación en juegos de grupo competitivos o empresas comunitarias pueden ser a veces muy adecuados. Se trata de asuntos públicos que raramente amenazan la integridad y la seguridad del individuo. Cuando éstos se involucran es por lo general después de que los desarrollos delirantes se han expandido. Estos en la mayoría de los casos comienzan con asuntos personales, cosas que están más cerca de lo incomunicable incluso para personas normales. Es fácil comprender la casi universalidad de la participación sexual en los delirios paranoicos. Es en esta esfera donde el fracaso para desarrollar la verdadera madurez social es más frecuente en nuestra cultura. Las actitudes sexuales entran relativamente rara vez en la comunicación social. La relación entre las actitudes sexuales que funcionan en privado y las que se comparten libre y genuinamente con la comunidad es desproporcionadamente alta en comparación con la mayoría de las otras actitudes comunes. Desde este punto de vista, la mayor prevalencia de preocupaciones heterosexuales entre las mujeres que desarrollan delirios paranoicos y de preocupaciones homosexuales entre los hombres probablemente refleja diferencias básicas en las actitudes sociales más que diferencias biológicas."

En este párrafo Cameron de algún modo refuta el decisivo papel que Freud atribuye a los impulsos homosexuales en la formación del delirio. La fijación homosexual y el fracaso en la represión de la homosexualidad son esenciales en la teoría de Freud sobre la paranoia, quien después, basado en el análisis de la autobiografía de Schreber, llegó a la conclusión de que lo nuclear en los trastornos paranoicos era el sentimiento de atracción o amor hacia una persona del mismo sexo. Este impulso homosexual y su relación con personas que previamente han representado un papel importante en la vida del paciente produce displacer. Los mecanismos de represión y negación elaboran la tendencia homosexual, y el sentimiento de amor se proyecta percibiéndose por el paciente como una fuerza externa más malevolente que amorosa. Freud creyó que el perseguidor era idéntico a alguien que con anterioridad hubiera representado un papel importante en la vida del paciente. (13)

Cameron, sin embargo, se muestra de acuerdo con Freud en que el delirio paranoide es un fenómeno restitutivo, reconstructivo (13)

Forma de comienzo, contenido y desarrollo

"La formación del delirio mismo puede comenzar con preocupaciones estimuladas y animadas por conversaciones, argumentos o lecturas; puede ser iniciada por algún incidente desafortunado que ilumina las dudas y conduce a rumiaciones. La persona sensibilizada, al principio preocupada por sus propias respuestas conflictivas y luego con la posibilidad de que otros compartan sus dudas o los hechos sobre sí mismo, busca inevitablemente pruebas. Debido a sus propias actitudes o temores respecto a sí mismo y debido a su relativa incompetencia al asumir el rol de los demás y así realmente compartir sus actitudes hacia él, es especialmente vulnerable." (...) "Está más dispuesto a reaccionar ante señales desfavorables o de peligro. Sus respuestas tienden, en primer lugar, a seleccionar las reacciones de su entorno que encajan en tal interpretación y, a continuación, a remodelar en retrospectiva las cosas que parecían inocentes cuando ocurrieron, de tal manera que apoyan la tendencia de sus sospechas. En otras palabras, se ha visto perjudicado con respecto a su entorno social." (1)

Letelier et al. (4) plantean que "habitualmente la formación delirante se inicia en un momento preciso, y ello en relación con un acontecimiento también preciso, al que el paciente atribuye una muy particular importancia. (...) Independientemente de la forma particular que adopta la temática delirante en cada caso -celotípica, querulante, persecutoria, etc.- el contenido posee en la totalidad de los casos una significación esencialmente degradante. Tal carácter degradante es de una constancia que no puede pasar desapercibida. Al igual que el insulto, la amenaza paranoide sitúa al paciente en una dimensión menoscabada, lo despoja de atributos esenciales."

(...) "Dentro de la atmósfera esencialmente amenazadora que lo acosa, el paciente paranoide se encuentra en un estado de vigilia permanente. El movimiento de una mano, una ventana levemente entreabierta, una sonrisa, un murmullo, objetos de cualquier especie constituyen comprobaciones ciertas del contenido amenazante."

Muchos de estos fenómenos constituyen percepciones delirantes en el sentido clásico, pero con la propiedad de ser una confirmación evidente del contenido de la construcción delirante. Otros de los fenómenos mencionados difieren solamente en que el elemento que revela el significado anormal ya no es una percepción definida, sino un recuerdo, una deducción o una percepción poco estructurada."

Esto puede entenderse a la luz de otro grupo de teorías cognitivas que se centran en el papel de la atención selectiva como factor de mantenimiento de las creencias delirantes. Los estudios, utilizando diferentes tipos de tareas, apoyan la hipótesis del *sesgo atencional selectivo* a estímulos amenazantes (Kendlerman, 1994; Bentall y Kaney, 1996 (14,15).

La pseudo-comunidad paranoide.

Cameron (1943) plantea que, "a diferencia del adulto normal, el sujeto paranoide no es capaz de obtener reaseguramientos duraderos de otros para contrarrestar su creciente temor y desconfianza. A medida que comienza a atribuir a los demás las actitudes que tiene hacia sí mismo, involuntariamente organiza a estos otros en una comunidad funcional, un grupo unificado en sus supuestas reacciones, actitudes y planes con respecto a él. De esta manera organiza a individuos, algunos de los cuales son personas reales y algunos sólo inferidos o imaginados, en un todo que satisface por el momento su necesidad inmediata de explicación, pero que no trae reaseguramiento y usualmente sirve para aumentar sus tensiones. La comunidad que forma no sólo no corresponde a ninguna organización compartida por otros, sino que de hecho contradice el consenso. Más que esto, las acciones y actitudes atribuidas por él no son realmente actuadas o sostenidas por ellos; no están unidos en ninguna empresa común contra él. Lo que él toma por ser una comunidad funcional es sólo una *seudo-comunidad* creada por sus propios intentos inhábiles de interpretación, anticipación y validación del comportamiento social."

"Esta *seudo-comunidad* de actitud e intención, que él logra establecer, organiza sus propias respuestas aún más en la dirección en que han estado yendo; y estas respuestas conducen a una sistematización cada vez mayor de su entorno. La *seudo-comunidad* crece hasta que parece constituir una amenaza tan grave para la integridad del individuo o para su vida que, a menudo después de torpes intentos de llegar directamente a la raíz de las cosas, irrumpe en actividades defensivas o vengativas. Esto pone en evidencia todo un sistema de respuestas organizadas a una supuesta comunidad funcional de detractores o perseguidores que ha estado ensayando en privado. La comunidad real, que no puede participar en sus actitudes y reacciones, se opone con contención forzada o con represalia, dependiendo de si reconoce su estallido como enfermedad o como maldad."

"Es un hecho importante que, para la persona paranoide, esta reacción de la comunidad real se convierte en una prueba más de que sus sospechas e interpretaciones han sido completamente justificadas a lo largo del tiempo. Ha salido al espacio abierto con una acción contra sus supuestos enemigos y logrado así derribar la efectiva represalia social contra él. Esta nueva

fase tiene el desafortunado efecto de hacer que la *seudo-comunidad* paranoide se vuelva más objetiva y real para él, ya que las reacciones de la comunidad real que ahora se unen contra él son precisamente las que él ha estado anticipando sobre la base de sus creencias ilusorias. Es más que probable que incluya, a todos aquellos que frustran sus intentos de obtener reparación o venganza, entre sus perseguidores y sus cómplices."

La pseudo-comunidad paranoide revisitada.

Cameron en 1959 plantea que esa descripción original de 1943 "todavía parece válida, pero innecesariamente restringida. En primer lugar, el relato del desarrollo delirante presta escasa atención a la dinámica interna debido a los límites impuestos por una orientación conductista. Los pacientes, por supuesto, no reconocen tales limitaciones. En el curso de la terapia intensiva a largo plazo, a veces, pueden proporcionar información importante sobre lo que está sucediendo en su interior a un terapeuta que está listo para recibirla. Algunos describen como sucede, en sus propios términos. Algo de ello uno puede inferirlo de lo que se dice y se hace, con la ayuda de material comunicado en casos paralelos. Algo de ello uno debe postularlo, en un esfuerzo por hacer más inteligibles sus observaciones e inferencias directas, tal como se hace en otras ciencias empíricas."

"En la versión original, no se hizo suficiente hincapié en los logros positivos de la formación del delirio. Como veremos, la *seudo-comunidad* es el mejor medio que un paciente paranoide tiene en el momento de salvar el abismo entre su realidad interior y la realidad social. Su uso con este fin puede conducir a una reducción progresiva de la desocialización y a la reaparición de canales comunicativos más normales."

"Y, por último, el concepto de pseudo-comunidad necesita un trasfondo de postulados estructurales. Para hacer sentido de las experiencias que la gente tiene realmente en fantasías, ensueños, sueños y psicosis, uno está obligado a ir más allá de conceptos como la percepción, la respuesta y el comportamiento -en los cuales como autor me apoyé antes- y asumir fuerzas y mecanismos probables que operan dentro de sistemas de personalidad y subsistemas que interactúan. Aquí, una vez más, el paciente a menudo viene al rescate con datos empíricos. Y, de vez en cuando, uno se encuentra con un paciente que describe con simplicidad ingenua y franqueza -pero consistentemente durante un largo período de tiempo- fenómenos que parecen puramente teóricos y sumamente abstrusos, como se reportan en la literatura. Expuesto a tal material, el terapeuta puede quedar con un sentido de extrañeza, pero su sentimiento previo de que son abstrusos, y su incredulidad, desaparecen tarde o temprano."

Cameron alude así a la necesidad de trascender el enfoque conductista que animó hasta entonces su visión psicológica, para integrar "fenómenos que parecen puramente teóricos y sumamente abstrusos", su modo de presentar una nueva visión que incorpora su experiencia en el psicoanálisis con pacientes neuróticos y la terapia prolongada de pacientes psicóticos.

En el Resumen reformula la *seudo-comunidad paranoide* "como una estructura cognitiva que intenta resolver el problema de conciliar la realidad social con los productos de la proyección paranoide. El desarrollo delirante sigue a la regresión y a la pérdida de la realidad social. Comienza con el extrañamiento experimentado por una persona parcialmente regresiva cuando intenta recuperar las relaciones de objeto y procede a través de sucesivas reconstrucciones provisionales de la realidad, hasta que se alcanza una solución cognitiva que parece justificar la acción paranoide. Su acción agresiva hace probable que la realidad social confirme las expectativas de la *seudo-comunidad*." (2)

Lo seguiremos en su reformulación, tal como él la planteó:

Pérdida paranoide de la realidad social.

"El desarrollo del delirio paranoide comienza con un deterioro de la comunicación social. Está precedida por experiencias de frustración a las que, al igual que muchas personas normales, el individuo paranoide reacciona apartándose de su entorno y refugiándose en la fantasía y el ensueño. Esta es la fase de retirada y preocupación que a veces es obvia incluso para un observador no entrenado.

Cuando una persona paranoide se retira así, es mucho más probable -en relación con una persona normal- que pierda contacto efectivo con su entorno social y experimente una regresión. Si esto sucede, puede abandonar la realidad social completamente por un tiempo y quedar absorto en pensamientos y sentimientos regresivos primitivos. Ocasionalmente un paciente expresa abiertamente algunas de sus experiencias regresivas en ese momento; más a menudo se pueden inferir sólo de lo que emerge más adelante."

Precursores de la pseudo-comunidad. I. Comienzo de la restitución.

"Es un hecho, tanto de observación clínica como de reportes subjetivos, que los pacientes paranoides, cuando están aún retirados, preocupados y regresados, comienzan a hacer intentos por recuperar sus relaciones perdidas con la realidad social, los que podemos conceptualizar como marcadores de disminución de la regresión y del comienzo de la reintegración de la personalidad. Los intentos, sin embargo, no logran recuperar la reali-

dad social perdida, porque la situación interna del paciente no es lo que era antes de su regresión. Ya no es posible para él recuperar la realidad social como, por ejemplo, una persona normal hace cuando se despierta por la mañana. La reintegración paranoide implica un proceso de restitución, la construcción de una pseudo-realidad que culmina en la pseudo-comunidad paranoide.

Las personalidades paranoides sufren toda su vida de defensas represivas defectuosas y una fuerte dependencia de las defensas más primitivas de negación y proyección. Si sufren una regresión psicótica, que implica la desintegración parcial del yo, sus defensas represivas se vuelven aún más defectuosas. Surgen entonces fantasías y conflictos primitivos, y amenazan con perturbar al yo. El paciente se ve obligado a tratar con ellos de alguna manera, si quiere preservar la integración de la personalidad que aún tiene y evitar una regresión adicional. Como no puede reprimirlos con éxito, los niega vigorosamente y los proyecta. Un resultado inmediato de la intensa defensa proyectiva es que los productos de las fantasías y conflictos emergentes del paciente ahora le parecen venir de fuera de él. Por lo tanto, parece escapar de la desintegración desde el interior sólo para ser amenazado con la destrucción desde el exterior."

Precursores de la pseudo-comunidad. II. Extrañamiento y vigilancia difusa.

"En el proceso de negar y proyectar, el paciente paranoide comienza a recuperar el contacto con su entorno. Pero este proceso no simplifica ni aclara la situación para él, y no lo trae de retorno a la realidad social. Por el contrario, el entorno ahora parece de alguna manera extraño y diferente. Algo ha sucedido innegablemente. El paciente identifica mal este "algo" como básicamente un cambio en la composición de su entorno en lugar de lo que realmente es, un cambio fundamental dentro de sí mismo. Si expresa sus sentimientos en este punto, es probable que diga que están pasando cosas que él no entiende, y esto, por supuesto, es literalmente cierto.

No es de extrañar que el paciente, al encontrarse en un mundo de repente extraño, se vuelva difusamente vigilante. Observa todo con inquietud, escucha alerta por pistas, busca por todas partes significados ocultos. Aquí su incompetencia social de toda la vida hace las cosas aún peor. Le falta incluso la habilidad corriente en técnicas comunes para poner a prueba la realidad social. Es incapaz de ver su situación amenazante desde la perspectiva de una persona neutral incluso temporalmente. Cuanto más ansioso y vigilante se pone, menos puede confiar en nadie; menos se atreve a compartir con nadie su inquietud y suspicacia. Está condenado a seguir un camino solitario, acosado por

miedos primitivos, odios y tentaciones a las que no puede hacer frente ni huir."

Precursores de la pseudo-comunidad. III. Aumento de la auto-referencia.

"Las fuertes tendencias hacia la auto-referencia son características de las personalidades paranoides. Cuando un adulto paranoide está preocupado profunda y regresivamente, su orientación habitualmente egocéntrica se incrementa mucho. Y cuando luego recurre a la proyección masiva, convierte su entorno en un escenario para sus fantasías y conflictos proyectados. Esto destruye cualquier neutralidad y objetividad que el ambiente pueda haber tenido previamente para él. Ahora está absorto en escudriñar sus alrededores para encontrar signos del retorno de lo que está negando y proyectando. A éstos se ha vuelto selectivamente sensible. Está observando en busca de algo que explicará la extrañeza y le permitirá escapar de su terrible sensación de aislamiento.

Es un hecho desafortunado que una persona muy asustada -aunque sea una persona normal- pueda notar cosas y hacer interpretaciones que aumenten en vez de disminuir su miedo. Y esto es especialmente el caso si se siente solo, en un entorno extraño, y amenazado por un peligro desconocido. El adulto paranoide, que está poblando su entorno con fantasmas proyectados de su propio pasado, también crea una situación en la que todo parece de alguna manera peligrosamente relacionado con él. Puesto que no puede escapar, trata de comprender la situación que él ha creado inconscientemente, en la vana esperanza de que entonces pueda ser capaz de hacer frente a ella."

Precursores de la pseudo-comunidad. IV. Hipótesis preliminares.

"Como es humano, el paciente paranoide es impulsado irresistiblemente a hacer hipótesis, pero, al estar parcialmente regresivo y paranoide, no puede ponerlas a prueba. Tiende, por lo tanto, a pasar de una suposición o una sospecha a otra. Utilizando los materiales proporcionados por su ambiente y por sus fantasías y conflictos proyectados, construye una sucesión de hipótesis provisionales, descartando cada una cuando no logra satisfacer las demandas contradictorias de sus necesidades internas y del medio ambiente. Esto también es característico de la resolución de problemas complejos normales. Es una expresión de lo que se llama la función sintética del yo.

Todo el que trabaja con pacientes paranoides descubre que algún tipo de reconstrucción delirante de la realidad es esencial para su existencia como personas. Incluso una hipótesis delirante temporal e insatisfactoria puede ser en ese momento el único medio de un paciente para salvar la brecha entre él

y su entorno social. Da una imagen distorsionada del mundo, pero un mundo distorsionado es mejor que ninguno. Y ésta es a menudo la única opción de una persona regresada. Abandonar sus miedos proyectados, odios y tentaciones podría significar abandonar todo lo que ha ganado en la reconstrucción de la realidad, hacer que su mundo se desmorone y él mismo se desmorone. Los pacientes perciben este peligro, incluso lo expresan en estas palabras, y se niegan a renunciar a su realidad delirante. Su miedo no es poco realista, porque clínicamente tales catástrofes ocurren realmente, terminando en la desintegración de la personalidad."

"Un gran número de personas paranoides nunca van más allá de la fase de hacer y abandonar una sucesión de hipótesis delirantes preliminares. Algunos de ellos recuperan una buena relación de trabajo con la realidad social, algo que se aproxima o iguala a su estado pre-mórbido. Algunos son menos exitosos y permanecen crónicamente suspicaces, aversivos y parcialmente retirados, pero logran seguir viviendo de otro modo a como antes habían vivido. Pueden parecer irascibles y amargos, pero no fijan enemigos definitivos ni toman una acción hostil definida. A lo sumo sufren breves estallidos de protesta y queja sin perder su capacidad de retirarse de una posición delirante enojada. En este trabajo, sin embargo, nos interesan principalmente los pacientes paranoides -de ninguna manera incurables-, que van a cristalizar una organización delirante más estable."

Cristalización final: la pseudo-comunidad.

"Muchas personas paranoides consiguen cristalizar una organización conceptual estable, la *seudo-comunidad*, que les da una explicación cognitiva satisfactoria de su extraño mundo alterado y una base para hacer algo sobre la situación tal como la ven ahora. Su problema es extremadamente complejo. Es imposible para ellos deshacerse de los elementos inconscientes que han negado y proyectado, pero que ahora vuelven aparentemente desde el exterior. No pueden abandonar, ni siquiera ignorar, su entorno sin afrontar una regresión aterradora en un mundo sin objeto. Su tarea es de alguna manera integrar estos fenómenos internos y externos, que aparecen ante ellos en un solo plano, en una imagen unificada del mundo.

El entorno humano que otros comparten (la realidad social) proporciona al paciente personas reales que tienen roles y características sociales que puede utilizar para realizar su reconstrucción delirante. También proporciona una interacción real entre ellos, incluyendo la interacción con el propio paciente. Muchas cosas realmente suceden en él, algunas de ellas en relación directa con el paciente, la mayoría de ellas en realidad no."

"La realidad interna proporciona dos conjuntos de funciones. Uno se compone de los impulsos, conflictos y fantasías previa-

mente inconscientes, que ahora estallan, se niegan y proyectan. Esto, como se ha indicado, introduce motivación, interacción e intenciones imaginadas en las actividades observadas de otras personas. Da un significado aparente a los acontecimientos, que no tienen ese significado para el consenso. El otro conjunto de funciones se incluye en el concepto de adaptación del yo. Es la síntesis del yo antes mencionada, mediante la cual las demandas de la realidad interna y la estructura de la realidad social se integran en una unidad significativa, aunque delirante.

Lo que el paciente paranoide hace es lo siguiente: En la organización de la realidad social, tal como la percibe, inconscientemente proyecta su propia motivación previamente inconsciente, la cual ha negado, pero de la que no puede escapar. Este proceso requiere ahora una reorganización perceptiva y conceptual de las relaciones de objeto en su entorno en una comunidad aparente, que él representa a sí mismo como organizada totalmente con respecto a él (delirio de auto-referencia). Y puesto que los elementos eruptivos, negados y proyectados del paciente son abrumadoramente hostiles y destructivos, la motivación que atribuye a las personas reales que ahora ha organizado en su pseudo-comunidad conceptual está destinada a ser extremadamente hostil y destructiva."

"Para completar su organización conceptual de una conspiración paranoide, el paciente también introduce personas imaginarias. Les atribuye, en cuanto a las personas reales, funciones imaginadas, roles y motivaciones de acuerdo con su necesidad de unificar su concepción restitutiva y hacerla estable. Se imagina a los ayudantes, a los embaucadores y los títeres, a los intermediarios y a los intelectuales, de cuya existencia real tiene certeza."

"Es característico de la pseudo-comunidad que está formada por personas reales e imaginarias, todas ellas con funciones e interrelaciones tanto reales como imaginarias. En la forma generalmente corresponde a uno u otro de los grupos hostiles y peligrosos comunes en la sociedad contemporánea, pandillas reales o ficticias, círculos de droga y de espionaje, policía secreta y grupos de fanáticos políticos, raciales y religiosos. Muchos pacientes paranoides logran crear una organización restitutiva que tiene planes bien formulados. El principal perseguidor es a veces un familiar o conocido, o una figura pública, mientras que el resto del personal imaginario forma un fondo vago y siniestro. A veces se encuentra el reverso -el principal perseguidor es desconocido-, un "cerebro" malévolos detrás de todo, mientras que las personas peligrosas conocidas desempeñan papeles secundarios en el elenco delirante."

"La reconstrucción delirante final de la realidad puede caer en un patrón conceptual integrado que trae una experiencia

de cierre: "¡De repente me di cuenta de qué se trataba todo!", puede exclamar el paciente con alivio obvio por la aclaración repentina. El suspenso intolerable ha terminado; la extrañeza de lo que ha estado "pasando" parece desaparecer; la confusión es reemplazada por "entendimiento", y la duda vacilante por certeza. Un peligro conocido puede ser aterrador, pero al menos es tangible, y uno puede hacer algo al respecto. En resumen, la pseudo-comunidad reduce la desesperada complejidad y confusión a una fórmula clara. Esta fórmula - "la trama"- el paciente puede ahora aplicarla a los acontecimientos futuros como él los experimenta, y los encaja en el marco general de su reconstrucción."

"La organización de una pseudo-comunidad conceptual es un paso cognitivo final en la resolución de problemas paranoides. Restablece relaciones de objeto estables, aunque sobre una base delirante, y hace posible la acción integrada. Podemos resumir lo que esta reconstrucción de la realidad ha logrado para su creador:

- a. **Reducción de la extrañeza:** Como resultado directo de la resolución paranoide de problemas, la realidad externa experimentada se distorsiona para alinearla con los elementos proyectados ineludibles. Esto disminuye la confusión y el desapego, y permite al paciente recuperar parte de su sentido perdido de integridad del yo. El mundo parece peligroso pero familiar.
- b. **Absorción interna de la agresión:** La construcción y el mantenimiento de una pseudo-comunidad conceptual absorben internamente la agresión, en el mismo sentido en que organizar un equipo de béisbol, un grupo político o una sociedad científica absorbe la agresión. Esto reduce la amenaza de desintegración del yo que plantean las erupciones del ello.
- c. **Bases para la acción:** Cualquier nuevo constructo cognitivo puede servir de base para una nueva acción; en este sentido la pseudo-comunidad paranoide no es una excepción. Organiza los procesos cognitivos dirigidos por impulsos, conduce a interpretaciones significativas en una estructura de pseudo-realidad bien definida y abre el camino para una acción abierta con un enfoque definido. El paciente está capacitado para seguir adelante como cualquier otra persona que tiene fuertes impulsos y está seguro de que tiene razón.
- d. **Justificación de la acción agresiva:** Por último, una pseudo-comunidad persecutoria justifica el ataque o la huida, que implican una descarga agresiva directa en una acción abierta. Luchar o huir es menos desintegrador psicológicamente que una prolongada y asustada

inacción. Y en esas circunstancias, como el paciente ahora las conceptualiza, no necesita sentir culpa por atacar ni vergüenza por huir."

Cognición paranoide y acción paranoide.

"Cuando un paciente logra conceptualizar una pseudo-comunidad, ha tomado el paso cognitivo final en la resolución de problemas paranoides. Ahora "sabe" cuál es su situación. Pero todavía se enfrenta con su necesidad de hacer algo al respecto. De hecho, la cristalización de una estructura delirante hostil generalmente aumenta la necesidad de actuar. Un proceso circular puede desarrollarse rápidamente. Las amenazas imaginadas de la conspiración imaginaria ahora estructuradas parecen al paciente concretas e inminentes. Estimulan cada vez más su ansiedad y su hostilidad defensiva, y esta última, como se proyecta usualmente, aumenta aún más la aparente amenaza externa. A menudo este tipo de auto-estimulación escala, mientras que más y más "incidentes" y personas pueden ser atraídos a la tormenta psicótica."

"La acción paranoide, por muy inadecuada que sea, sigue representando la conclusión de las relaciones de restitución y el contacto más completo con su entorno humano de que el paciente es capaz en ese momento. Cambia de su anterior papel pasivo de observador e intérprete, con toda su indecisión y ansiedad, a la de un participante agresivo en lo que él concibe como realidad social. Para él esta es la interacción genuina, y experimenta la gratificación que viene con la certeza y con una descarga masiva de agresividad reprimida. Puede dar una advertencia preliminar a los supuestos culpables o hacer un llamamiento de intervención a alguien en autoridad antes de tomar una acción directa, la cual, cuando llegue, puede ser en forma de un ataque o huida repentinos, cualquiera de los cuales puede ser planeado y ejecutado con considerable habilidad."

Conformar la realidad social a la pseudo-comunidad.

"Los pacientes paranoides que toman acciones agresivas a menudo logran una victoria pírrica. Logran finalmente hacer que la realidad social actúe de acuerdo con la realidad delirante que han creado. Mientras un paciente se limita a mirar, escuchar e interpretar, no necesita entrar en conflicto abierto con la comunidad social. Pero, cuando toma una acción abierta apropiada sólo en su pseudo-comunidad privada, surgirá un serio conflicto social.

La realidad social es el producto vivo del intercambio genuino, la comunicación y la interacción. Las actitudes, interpretaciones y acciones sociales válidas derivan continuamente de estas operaciones. La realidad restitutiva en la que el paciente se cree

participativo no tiene contraparte fuera de sí: es ilusoria. Otras personas pueden no compartir sus actitudes e interpretaciones porque no comparten sus proyecciones y distorsiones paranoides. Por lo tanto, no entienden la acción tomada en términos de su reconstrucción delirante. El paciente, por su parte, no puede compartir sus actitudes e interpretaciones porque está impulsado por necesidades regresivas que no encuentran lugar en la realidad social de los adultos."

"Cuando un adulto inteligente expresa sus creencias y hace acusaciones que parecen ininteligibles a otros, así como amenazantes, puede hacer que la gente alrededor de él se ponga extremadamente ansiosa. Esto es particularmente el caso cuando sus palabras tienden a activar sus fantasías y conflictos inconscientes. Y cuando esa persona comienza a tomar una acción agresiva, que parece no provocada e ininteligible, inevitablemente provoca hostilidad defensiva, y de represalia en otros. En el momento en que la comunidad social actúa contra él, le proporciona la confirmación que ha estado esperando: que hay un complot contra él."

"Así, finalmente, el paciente logra provocar una acción en la comunidad social que se conforma con la expectativa expresada en su organización pseudo-comunitaria. Su propia necesidad interna de experimentar hostilidad desde afuera -como defensa contra el agobio interno- se satisface cuando las personas reales se comportan de acuerdo con sus proyecciones. Su necesidad de un objetivo contra el cual descargar la hostilidad también se cumple. Esta es su victoria y su derrota.

La derrota no tiene por qué ser definitiva. Mucho dependerá, por supuesto, de la organización básica de la personalidad del paciente, particularmente su flexibilidad emocional, su potencial para el cambio interno y su capacidad residual para establecer nuevas identificaciones del yo y del superyo. La profundidad y el alcance de su regresión también son importantes, al igual que la fijeza y la inclusividad de su estructura delirante. Mucho dependerá también de su libertad potencial para comunicarse, desarrollar habilidades recíprocas de toma de roles con otra persona y de incluir las perspectivas alternativas de otro en su propia orientación terapéutica."

Terapia.

"La consideración terapéutica primaria, por supuesto, no es el carácter de la estructura delirante, sino lo que la hace necesaria. Una reducción de la ansiedad es uno de los primeros objetivos. La fuente de la ansiedad radica en los cambios regresivos y en la amenaza que estos han traído de un avance o ruptura inconsciente. Pero también se agrava por cualquier cosa en el ambiente que tiende a aumentar la hostilidad y el miedo del paciente. Una vez que el escenario se ha hecho menos ansioso,

la necesidad más urgente es de alguien en quien el paciente pueda poner su confianza; alguien no ansioso por el miedo y la hostilidad del paciente o impulsado a dar garantías y hacer demandas.

Para el paciente paranoide que está listo para intentar la comunicación social, un terapeuta interesado, pero neutral, puede funcionar como un puente vivo entre la realidad psicótica y la realidad social. A través de la interacción con esa persona, que no ataca la estructura delirante ni bate los tambores de la lógica, un paciente puede tener éxito en la obtención de nuevos puntos de referencia desde los cuales construir una nueva orientación. El proceso terapéutico implica ahora otra reconstrucción de la realidad, que deshace la pseudo-comunidad restitutiva sin destruir las defensas del paciente ni obligándolo a mayor regresión. A medida que disminuye la ansiedad y la amenaza de la desintegración, la seguridad paranoide se vuelve menos necesaria para la supervivencia de la personalidad. El paciente puede comenzar a tener dudas y considerar interpretaciones alternativas. Tales cambios, por supuesto, deben venir de dentro si es que van a venir. Si es capaz de elaborar algunos de los orígenes y derivados de sus problemas básicos, el paciente puede tener éxito eventualmente en representarse a sí mismo en forma más realista que nunca ante lo que otras personas sienten y piensan. De esta manera, la estructura conceptual de su pseudo-comunidad puede ser gradualmente reemplazada por algo que se aproxima a la estructura conceptual de la realidad social."

Discusión

El delirio ha sido un desafío central para el pensamiento psiquiátrico, con esfuerzos y logros muy destacables como el de Jaspers en su *Psicopatología General* (16), que por su penetración psicopatológica se estableció como un canon.

Kraepelin (1899) estableció un criterio restringido o estricto de la Paranoia, reservando el término de paranoia vera sólo para aquellos pacientes en que el fenómeno central es la formación delirante sistemática y autorreferente, y en los cuales la enfermedad se desarrolla por causas "puramente internas" (endógenas). Correspondería a lo que hoy conocemos como Trastornos Delirantes, pero en sus formas más severas, procesales. (Ojeda 17). Kretschmer con su libro *El delirio sensitivo de referencia* (18), estudió los delirios en que es posible una comprensión psicológica que integra el carácter, sensitivo; una vivencia clave, vergonzosa, que el sujeto rechaza y con la que no puede conformarse, y que lo llevan a autorreproches que se transforman en el delirio de ser moralmente despreciado por los demás.

Berrios y Fuentenebro, en su libro *Delirio. Historia. Clínica. Metateoría* (19), hacen una puesta al día, abordando la histo-

ria conceptual del delirio y proponiendo una nueva concepción basada en un modelo de formación de síntomas en que el estado predelirante constituye una forma de magma primordial a partir del cual, y dependiendo de ciertas reglas de codificación, se formarán los delirios.

En esa lista por supuesto deben figurar también Henri Ey y Jacques Lacan, y me atrevo a agregar ahora el trabajo de Norman Cameron sobre la *seudo-comunidad paranoide*. En nuestra práctica clínica ese concepto ha sido muy útil para la comprensión de los pacientes con un trastorno delirante, así como para su tratamiento.

En cuanto a la formación del delirio, la sagacidad y experiencia clínica de Cameron lo hicieron postular como factores de riesgo aquellos que la investigación y formulaciones teóricas posteriores confirmaron:

1. déficits en el aprendizaje social de las personas paranoides, lo que luego se desarrolló como una de las teorías contemporáneas sobre los delirios denominada genéricamente *Teoría de la Mente*, propuesta inicialmente por Frith. (8,9).
2. un factor que puede agravar la reacción paranoide más allá de los límites normales, "la tendencia a aferrarse a una conclusión una vez formada y construir en secreto sobre ella", observación muy en línea con otra de las teorías cognitivas contemporáneas que postulan que el *razonamiento probabilístico* está implicado en la formación y/o mantenimiento del delirio. (10,11,12).
3. "el sujeto paranoide está más dispuesto a reaccionar ante señales desfavorables o de peligro, y sus respuestas tienden a seleccionar las reacciones de su entorno que encajan en su interpretación y, a continuación, a remodelar en retrospectiva las cosas que parecían inocentes cuando ocurrieron, de tal manera que apoyan la tendencia de sus sospechas." Esto puede entenderse a la luz de otro grupo de teorías cognitivas que se centran en el papel del sesgo de *atención selectiva* a estímulos amenazantes como factor de mantenimiento de las creencias delirantes. (14,15).

Langdon y Coltheart (2000) plantean que los delirios con contenido «ordinario o común» pueden surgir cuando un único déficit de la evaluación normal de las creencias ocurre en el contexto de un sesgo atencional extremo (pero normal), lo que provoca fallas en la evaluación crítica de las hipótesis basadas en percepciones erróneas y malentendidos de ambigüedad (pero comunes) en la experiencia en primera persona.

Esto a diferencia de los delirios bizarros, que desafían el sentido común y persisten a pesar de abrumadores contra-argumentos racionales, y en que un mero sesgo parece inadecuado para ex-

plicarlos, y en ese caso proponen que dos déficits deben estar presentes en el sistema cognitivo normal: (1) debe haber algún daño en los mecanismos sensoriales y/u orientadores de la atención que causan una percepción aberrante -esto explica el contenido bizarro de la hipótesis causal generada para explicar lo que está sucediendo; y (2) también debe haber una falla de la evaluación de la creencia normal. Este último déficit se produce cuando un individuo es incapaz de suspender el estatus natural de la evidencia directa en primera persona para evaluar críticamente hipótesis, dando igual prioridad a hipótesis basadas en fuentes directas o indirectas de información. (20)

Goldberg y Gold (2011) plantean que déficits en Teoría de la Mente combinados con sesgos *atribucionales* pueden ser los componentes necesarios de una creencia delirante. (21)

Cameron (1943) de algún modo refuta el decisivo papel que Freud atribuye a los impulsos homosexuales en la formación del delirio. Sin embargo, está de acuerdo con Freud en cuanto al carácter restitutivo de la formación delirante. (13). Dice Cameron (1959) "En la versión original, no se hizo suficiente hincapié en los logros positivos de la formación del delirio. Como veremos, la *seudo-comunidad* es el mejor medio que un paciente paranoide tiene en el momento de salvar el abismo entre su realidad interior y la realidad social. Su uso con este fin puede conducir a una reducción progresiva de la desocialización y a la reaparición de canales comunicativos más normales."

En *La pseudo-comunidad paranoide revisitada*, Cameron integra a la descripción original su experiencia obtenida en el psicoanálisis con pacientes neuróticos y la terapia a largo plazo de pacientes psicóticos, agregando una comprensión psicodinámica que amplía notablemente sus posibilidades explicativas y terapéuticas.

Cuando escribió su primer artículo, en 1943, no existían los neurolepticos. Recién en 1950 Laborit descubrió la Clorpromazina, y en 1952 Delay y Deniker, psiquiatras franceses, comenzaron a ensayarla en algunos de sus pacientes. En 1958 Janssen descubrió las propiedades antipsicóticas del haloperidol. De modo que la experiencia clínica de Cameron antecedió o acompañó las primeras experiencias de tratamiento farmacológico de los cuadros delirantes paranoides.

Estos pacientes siguen siendo de difícil tratamiento por no tener conciencia de enfermedad, ya que el delirio, como hemos visto, es también su principal defensa. La revisión Cochrane, de 2015, del tratamiento de los Trastornos Delirantes plantea que "los fármacos antipsicóticos, los antidepresivos y los estabilizadores del ánimo se utilizan con frecuencia para tratar este cuadro, y existe un interés creciente por las terapias psicológi-

cas como la psicoterapia y la terapia cognitivo conductual (TCC) como medio de tratamiento." Pero concluye que "actualmente hay una falta general de información de alta calidad basada en la evidencia sobre el tratamiento de trastornos delirantes e insuficiencia de pruebas para hacer recomendaciones para tratamientos de cualquier tipo. Hasta que se encuentre tal evidencia, el tratamiento de trastornos delirantes probablemente incluirá aquellos que se consideran eficaces para otros trastornos psicóticos." (22).

De modo que el abordaje terapéutico que propone Cameron desde su comprensión y su experiencia terapéutica resulta hasta ahora una orientación básica y muy valiosa para seguirlo en la práctica clínica.

Bibliografía

1. Cameron, Norman. *The Paranoid Pseudo-Community*. American Journal of Sociology, Vol. 49, No. 1 (Jul., 1943), pp. 32-38, University of Chicago Press
2. Cameron, Norman. *The Paranoid Pseudo-Community Revisited*. American Journal of Sociology, Vol. 65, No. 1 (Jul., 1959), pp. 52-58. University of Chicago Press.
3. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
4. Letelier M, Ojeda C y Olivos P. *Análisis psicopatológico de 14 casos de desarrollo paranoide*. Rev. Chil. Neuropsiquiatría Vol 15, N°1, Enero-Junio 1976 https://www.academia.edu/2285384/An%C3%A1lisis_psicopatol%C3%B3gico_de_14_casos_de_desarrollo_paranoide
5. Cameron, Norman. *Perceptual organization and behavior pathology*, en *Perception: An approach to personality*. New York: Ronald Press Company (1951), R. Blake y G. Ramsay (eds).
6. Cameron, Norman. *The Psychology of Behavior Disorders* New York: Houghton Mifflin (1947)
7. Cameron N. & Margaret Ann. *Behavior Pathology* (1951), Boston: Houghton Mifflin, 645 p.
8. Frith CD, Corcoran R. *Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia*. Psychol Med. 1996 May;26(3):521-30.
9. Olivos P. *Folk Psychology: ¿Cómo podemos conocer la mente de los otros? Teoría de la Mente, Simulación, o Interacción y Percepción Social Directa*. Psiquiatría y Salud Mental 2017, XXXIV, N° 1/2, 78 - 87
10. Garety P. A.; Freeman D. *Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence*. British Journal of Clinical Psychology, Volume 38, Number 2, June 1999, pp. 113-154(42)
11. Garety, P.A., Hemsley D R. *Delusions: investigations into the psychology of delusional reasoning*. Psychology Press, 1997. Maudsley Monographs 36
12. Hemsley D.R, Garety P.A. *The formation of Maintenance of Delusions: A Bayesian Analysis*. Brit J.Psychiatr. 1986; 149:51-56.
13. Swanson DW, Bohnert PJ, Smith JA. *El mundo paranoide*. (1974) Editorial Labor, Barcelona.
14. Kinderman, P. (1994). *Attentional bias, persecutory delusions and the self-concept*. Psychology and Psychotherapy. Volume 67, Issue 1 March 1994. 53-6611.
15. Bentall RP, Kaney S. *Abnormalities of self-representation and persecutory delusions: a test of a cognitive model of paranoia*. Psychol Med. 1996 Nov;26(6):1231-7.
16. Jaspers, Karl. *Psicopatología General*. Tercera Edición. (1966) Editorial Beta. Buenos Aires, 1005 pp.
17. Ojeda, César. El concepto de paranoia en Emil Kraepelin. Rev GPU 2009; 5; 3: 313-320.
18. Kretschmer, Ernst. *El delirio sensitivo de referencia*. 2000. Editorial Triacastela, Madrid, 376 pp.
19. Berrios G. y Fuentenebro de Diego F. *Delirio. Historia. Clínica. Meta-teoría*. 1996. Editorial Trotta, Madrid, 230 pp.
20. Langdon R, Coltheart M. *The cognitive Neuropsychology of Delusions*. Mind & Language, Vol. 15 No. 1 February 2000, pp. 184-218.
21. Goldberg T, David A, Gold J.M. *Neurocognitive impairments in schizophrenia: their character and role in symptom formation. Chapter 8 en "Schizophrenia"*, Third Edition, 2011. Daniel Weinberger, Paul Harrison, eds. Willey-Blackwell, UK.
22. Skelton M, Khokhar W, Thacker SP *Treatments for delusional disorder*. Cochrane. Primary Review Group: Schizophrenia Group. Published: 22 May 2015.