



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO DELIRANTE
DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

MACHUCA BENITES KATTE CAROLINA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2022



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO
DELIRANTE DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

MACHUCA BENITES KATTE CAROLINA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2022



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

EXAMEN COMPLEXIVO

ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO DELIRANTE DESDE EL
ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

MACHUCA BENITES KATTE CAROLINA
PSICÓLOGA CLÍNICA

REBOLLEDO YANGE NAVIER ENRIQUE

MACHALA, 22 DE AGOSTO DE 2022

MACHALA
22 de agosto de 2022

Origen de la psicopatología del trastorno delirante desde el enfoque cognitivo-conductual

por Carolina Machuca

Fecha de entrega: 17-ago-2022 01:13a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1883466284

Nombre del archivo: Ensayo_C_Machuca.docx (20.04K)

Total de palabras: 2851

Total de caracteres: 15784

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, MACHUCA BENITES KATTE CAROLINA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Origen de la Psicopatología del Trastorno Delirante desde el enfoque Cognitivo Conductual, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

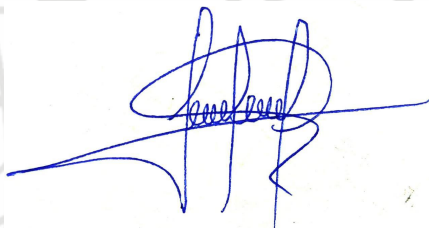
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 22 de agosto de 2022



MACHUCA BENITES KATTE CAROLINA
1727314658



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO
DELIRANTE DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO
CONDUCTUAL**

MACHUCA BENITES KATTE CAROLINA

PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA

2022

Origen de la psicopatología del trastorno delirante desde el enfoque cognitivo-conductual

INFORME DE ORIGINALIDAD

3%	2%	0%	2%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica San Pablo Trabajo del estudiante	1%
2	www.nucleodoconhecimento.com.br Fuente de Internet	1%
3	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%
4	mejorconsalud.as.com Fuente de Internet	<1%
5	www.cnsns.gob.mx Fuente de Internet	<1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

RESUMEN

Katte Carolina Machuca Benites

C.I.: 1727314658

kmachuca3@utmachala.edu.ec

El trastorno delirante es una enfermedad psicológica de carácter psicótico que afecta al individuo principalmente a nivel cognitivo en donde puede afectar a la conciencia, la atención y al razonamiento, puesto que su principal característica sintomatológica es los delirios, los cuales se pueden presentar de diferentes tipos, entre las más comunes el persecutorio. Es preciso destacar que, no existe en el padeciente de grado personológico, por lo que puede llevar a cabo funciones cognoscitivas como el pensamiento, razonamiento y conducta de manera óptima, lo que resulta en la dificultad para ser diagnosticada. El presente trabajo de investigación tiene como objetivo el de explicar el origen del trastorno delirante desde el enfoque cognitivo conductual, por lo que se puede exponer que tal patología tiene su origen en sesgamiento de sistemas de procesamiento de información y en el pensamiento deformado o sesgado.

Palabras claves: Trastorno delirante, enfoque cognitivo conductual, origen, creencias.

ABSTRACT

Katte Carolina Machuca Benites

C.I.: 1727314658

kmachuca3@utmachala.edu.ec

Delusional disorder is a psychological illness of psychotic character that affects the individual mainly at the cognitive level where it can affect consciousness, attention and reasoning, since its main symptomatological characteristic is delusions, which can be presented in different types, among the most common the persecutory. It should be noted that there is no personological degradation in the sufferer, so it can carry out cognitive functions such as thinking, reasoning and behavior optimally, resulting in the difficulty to be diagnosed. The present research work aims to explain the origin of delusional disorder from the cognitive-behavioral approach, so it can be stated that such pathology has its origin in biased information processing systems and in distorted or biased thinking.

Keywords: Delusional disorder, cognitive behavioral approach, origin, beliefs.

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT.....	4
ÍNDICE.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO DELIRANTE DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL.....	7
CONCLUSIONES.....	15
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

INTRODUCCIÓN

El trastorno delirante es una psicopatología en la que el individuo que la padece, posee ideaciones delirantes restringidas a un solo tipo de contexto, uno de los más comunes es el del tipo persecutorio. Las ideas delirantes se producen en torno a dado contexto, por lo que el sujeto puede hipotéticamente pensar y razonar habitualmente en las diferentes áreas de su vida. Aunque sus rasgos no sean del todo evidentes, es una condición grave, que incluso el propio paciente no tiene conciencia de su padecimiento, lo que dificulta el proceso de tratamiento. (Alfonso, 2019).

El síntoma principal y más característico de este trastorno, son los delirios. Las ideaciones delirantes que se presentan, tiene su fundamento en una convicción errónea que el individuo cree y a más de eso sostiene firmemente en tal creencia. El sujeto, efectúa una deducción errónea de la realidad de su medio y pese a existir evidencia que lo refute, él se niega. (Gamarra, 2020).

Al explorar diversos estudios sobre el trastorno delirante, se pudo evidenciar la poca información científica en cuanto a esta patología, los estudios que se han realizado cuentan con pequeñas muestras debido a la poca prevalencia de este trastorno y al ser una patología de diagnóstico poco común, los padecientes tienden disimular los síntomas y resistirse al tratamiento, por lo ante la severidad de mencionada patología, resulta pertinente el desarrollo del presente trabajo. (González, 2014).

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo el de explicar el origen del trastorno delirante desde el enfoque cognitivo conductual, destacando aspectos importantes como definiciones, sintomatología, prevalencia con fundamentación en datos estadísticos en la que se dará paso a explicar de manera profunda la etiología del trastorno.

ORIGEN DE LA PSICOPATOLOGÍA DEL TRASTORNO DELIRANTE DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

Es importante empezar con una clara descripción de la patología predominante en este estudio para lograr una mayor comprensión del presente trabajo. Cabe destacar que el trastorno delirante al que nos referimos, es una patología de índole psiquiátrica y considerada también como grave y que como su mismo nombre lo manifiesta se caracteriza por ideaciones delirantes (Mármol *et al.*, 2019).

Para esto, es necesario conceptualizar al delirio, por lo que la autora Acosta (2020), se refiere al mismo como, aquella alteración de grado intenso que afecta principalmente a la conciencia, la atención, así como también al razonamiento; manifiesta también que es provocado mayormente por situaciones de exposición al estrés, o como ella lo menciona la homeostasis.

Por otro lado, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) desarrollado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), establece a los delirios como, aquellas “creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra”. Así como también, incluye varios tipos de delirios entre los que se destacan: los persecutorios, referenciales, de grandeza, los erotomaníacos, nihilistas y somáticos.

Siguiendo el contenido del manual (APA, 2014), los delirios persecutorios son aquellos en el que el individuo posee la convicción de ser perseguido o acechado ya sea esto por uno, varios o una entidad. En cuanto a los delirios referenciales, se refiere a estos como aquellos en los que el individuo, considera que existen ciertas señales y manifestaciones en su entorno que poseen un significado.

Por otro lado, en base a (APA, 2014), el delirio de grandeza, son aquellos en los que se está convencido de que se posee capacidades, conocimientos extraordinarios, abundancias, poderes especiales y demás. En el delirio erotomaníaco, el sujeto tiene la errónea convicción de que otra persona tiene sentimientos por él o ella. Dentro del delirio nihilista, la persona tiene la creencia de que sucederá un desastre. Y, por último, el delirio somático, es aquel en el que se posee convicciones erradas con respecto al propio funcionamiento del organismo.

También, debemos considerar que en los últimos años puede haberse suscitado una serie de confusiones en cuanto a la terminología y sintomatología de este trastorno en relación a otras patologías, por lo que resulta pertinente hacer énfasis también en la sintomatología que se presenta en el padecimiento de esta patología. (González-Rodríguez *et al.*, 2021).

Dentro de la definición del trastorno delirante se puede determinar que, es un trastorno de índole psicótico que tiene su distinción por presentar ya sea una o más ideas delirantes en el transcurso mínimo de un mes, y sin la existencia de otro tipo de sintomatologías psicóticas, alucinaciones sobresalientes, ni síntomas emotivos; suele tener sus inicios en personas de mediana o avanzada edad. (DSM-5 APA, 2013 citado por González-Rodríguez, *et. al.*, 2021).

Tal como lo expresan Muñoz-Negro y Cervilla (2017), en la actualidad con el avance de las investigaciones y estudios realizados se ha podido instaurar a esta psicopatología como una entidad diversa, y por consiguiente se desplaza la concepción de un trastorno monosintomático que éste habría adquirido, destacando así, la multidimensionalidad y un prominente rango de comorbilidad de la mencionada patología.

Como se mencionaba anteriormente, el trastorno delirante al ser considerado multidimensional, sus rasgos sintomatológicos no pueden considerarse como específicos del mismo, puesto que ha ido evidenciando que puede poseer ciertas características distintivas del trastorno de la esquizofrenia. (Muñoz-Negro y Cervilla, 2017).

Como manifiesta (Bevilacqua, 2020), fue el psiquiatra alemán Emil Kraepelin quien proporciona la construcción del término de una patología insidiosa, con presencia de delirios, enfermedad que tiene tendencia a desarrollarse en ciertas personalidades. este postulado otorgado por Kraepelin, quien tuvo la fundamentación en las diversas escuelas, fue considerado un punto de partida a la concepción, entendimiento y delimitación de este constructo, tanto que en años posteriores en 1987, la Asociación Americana de Psiquiatría, lo incluye en la tercera edición de su Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), acogiendo lo como una patología autónoma de la esquizofrenia, puesto que en aquella época, se consideraba como una exteriorización del mencionado trastorno.

Por otro lado, teniendo en cuenta a (Mármol *et al.*, 2020). Una característica bastante importante del trastorno delirante, es que sus síntomas no concluyen en un grado

personológico, el individuo que la padece, puede llevar a cabo funciones cognitivas como el pensamiento, razonamiento y conducta de manera óptima como cualquier otra persona. Pese a que, como se mencionó anteriormente, los avances en cuanto a las investigaciones en este campo han sido de gran utilidad, no se ha podido concretar las razones o las causas de su surgimiento, sin embargo, existen teorías que explican el origen de este trastorno.

Por su parte, Cardoso *et al.*, (2017), manifiestan que una gran particularidad de esta patología es el desarrollo de un delirio aislado o a su vez un conjunto de delirios que se asocian entre sí, son estimados como constantes y en algunos casos tienen una duración de por vida en el individuo.

Según Salavert *et al.*, (2003), en el año de 1982, se llevó a cabo uno de los estudios de carácter descriptivo más significativos en cuanto al desarrollo del trastorno delirante se trata. En este estudio realizado por Kendler, se contó con una muestra conformada principalmente por pacientes de instituciones psiquiátricas de diversos países como Estados Unidos, Inglaterra, Irlanda y Canadá. Fue considerada como una investigación sustancial debido a que su duración fue de cerca de sesenta años, en los que se demostró datos acerca de la prevalencia de la patología en donde esta era del 1-4%, teniendo como frecuencia de 1-3 casos por cada 10.000 habitantes.

Es preciso mencionar también que, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), señalan que, la prevalencia en cuanto al trastorno delirante a lo largo de la vida, se encuentra en alrededor del 0,2%, de la misma manera considera que, el subtipo delirante que podría considerarse como el más frecuente es el persecutorio. Otro punto importante que nos menciona es que el subtipo celotípico puede estimar que sea más común en género masculino que en el femenino dejando claro que no existen distinciones cuantiosas entre ambos géneros.

Citando a Mármol *et al.*, (2020), quienes realizaron un estudio epidemiológico tomando en cuenta doscientas sesenta y un (261) historias clínicas de pacientes que han sido diagnosticados con trastorno delirante del Dispensario de Psiquiatría e Higiene Mental de Córdoba, España. En esta investigación se obtuvo como resultados que, el subtipo de trastorno delirante más predominante en los participantes, fue el de tipo persecutorio englobando 129 casos del total, es decir el 49,4% de la muestra, así mismo se obtuvo al

subtipo celotípico con 51 casos lo que resultaría en el 19,5%, al subtipo de grandiosidad con 31 casos tomando el 11,9%, el subtipo mixto con 19 casos que resultan en el 7,3%, el subtipo somático con 18 casos, tomando el 6,9% y por último el subtipo erotomaníaco con 13 casos, tomando el 5% restante de la muestra.

Empleando las palabras de Bevilacqua (2020), quien expresa que la psicopatología delirante, se encuentra estrechamente relacionada con los estratos sociales, económicos y de educación más bajos, estimándose así que, de toda esta población, el 66.67% se trata de personas que no alcanzaron a terminar los estudios de instrucción primaria o, en otras palabras, iletrados. Por otro lado, también se menciona que existen diversos factores de riesgo para que este trastorno se desenvuelva como: la existencia anticipada de sucesos de estrés, deficiencias a nivel sensitivo, desplazamientos migracionales, traumatismos craneoencefálicos, causales ambientales, sociales, precedentes familiares con diagnósticos psicóticos, consumo de sustancias y patrones personológicos.

Para que el diagnóstico de la psicopatología del trastorno delirante sea el adecuado debemos considerar los criterios diagnósticos propuestos por el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), una guía producida por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), en su contenido, establece que, es imprescindible que se dé cumplimiento a los siguientes criterios:

A. Presencia de uno (o más) delirios de un mes o más de duración.

B. Nunca se ha cumplido el Criterio A de esquizofrenia.

Nota: Las alucinaciones, si existen, no son importantes y están relacionadas con el tema delirante (p. ej., la sensación de estar infestado por insectos asociada a delirios de infestación).

C. Aparte del impacto del delirio(s) o sus ramificaciones, el funcionamiento no está muy alterado y el comportamiento no es manifiestamente extravagante o extraño.

D. Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, han sido breves en comparación con la duración de los períodos delirantes.

E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno dismórfico corporal o el trastorno obsesivo-compulsivo.

Como señala Díaz *et al.*, (2017), la existencia de alteraciones de índole perceptivas y sensoriales no se pueden considerar habituales. Pero en el caso de que den aparición, tienen tendencia a ser de naturaleza olfativas y tangibles, pero sobre todo se desarrollan simultáneamente con el delirio. En ciertos casos de pacientes con trastorno delirante, puede surgir también otro patrón de alucinación como las acústicas, las que predominarán ante las visuales.

En el mundo de la psicología es cuantiosamente contemplado el hecho de considerar que uno de los mayores pilares institucionales que posee el enfoque cognitivo, son aquellas grandes contribuciones que concibieron representantes como Aaron Beck y Albert Ellis. Como ya se conoce, uno de los campos en los que principalmente Beck fijó su atención en sus comienzos, fue en el manejo de la depresión y, por consiguiente, de las alteraciones emocionales. (Fernández y Fernández, 2017).

Desde el punto de vista de Tur Barja y Caballero-Campillo (2014), en el transcurso de los últimos años correspondientes al siglo XX, se ha hecho uso del enfoque cognitivo en el ámbito del entendimiento y tratamiento de patologías como la psicosis a la cual, el autor Aaron Beck, se refirió por primera ocasión en el año de 1976. La perspectiva antes mencionada, establece que las interpretaciones cognoscitivas y las creencias de las que disponen los sujetos con respecto a la percepción, tienen una gran relevancia y persuasión en el desenvolvimiento de las ideas delirantes.

El enfoque cognitivo-conductual se considera como un procedimiento en el cual se otorga apoyo psicológico teniendo como base al conocimiento del comportamiento interpretándose bajo un noción determinista y naturalista acerca de la conducta de las personas, debido a la adherencia a un empirismo y una metodología experimental como apoyo al conocimiento y una actitud pragmática hacia los problemas psicológicos. (Rangé, 2001 citado por Teixeira, 2021).

Tal y como lo plantea (Dattilio, 2006 citado por Teixeira, 2021), dentro de esta perspectiva cognitivo conductual se plantean las creencias centrales y las intermedias las cuales se encuentran en la organización cognitiva en un rango bastante complejo, ya que estas en los recursos interventores de las emociones y la interpretación propia, toman una posición normativa más dictatoriales y potenciales, como es en el caso de la autoestima y la perspectiva que tienen del mundo, son percibidas como primordiales para lograr una mejor comprensión de la manera en que los individuos se autoprotegen, expresan sus pensamientos y emociones.

Dentro del modelo cognitivo, se tiene como postulado que, aquella perspectiva que tiene un sujeto sobre los acontecimientos en general, va a intervenir en los campos emocionales y comportamentales de dicho individuo. En cuanto a los sentimientos, no podemos establecer que su origen se deba a las situaciones por las que se atraviesa, más bien por cómo logran los individuos traducir este tipo de situación. (Beck, 1995),

Según Cuevas y Perona (1997), establecen que, cuando nos introducimos en el tratamiento y origen de los delirios desde el modelo cognitivo-conductual, se exhibe como objetivo principal, el de minimizar las creencias en estas ideaciones delirantes y por consiguiente también las alteraciones emocionales producto de los mismos y las deficiencias relacionales, todo esto teniendo como fundamento metodologías que amortigüen las expresiones delirantes y a su vez, las creencias disfuncionales.

El enfoque cognitivo se posiciona frente a la evaluación de los delirios en base al modelo ABC propuesto por Albert Ellis, modelo que trata explicar las diversas interpretaciones que tienen las personas ante un hecho o suceso en particular, está compuesto por tres factores; “A” abarca aquellos acontecimientos activadores o un suceso detonante, “B” son las creencias o cogniciones que se producen en el individuo producto de aquel suceso activador y “C” son las consecuencias o respuestas emocionales y conductuales que se llevan a cabo como resultado de los dos factores anteriores. El enfoque cognitivo concibe a las consecuencias emocionales y de conducta como aspectos aún más ligados a alteraciones y perturbaciones, que la existencia de dificultades en los otros factores como voces o delirios. (Cuevas y Perona, 1997).

Un punto de este enfoque como lo manifiesta Perris (2004) es que, los individuos a medida que van desarrollándose, estos esquemas cognoscitivos que se producen la psiquis de dicho sujeto y que se han venido manteniendo, van a constituirse como una pieza base para la significación de las propias experiencias. Los procesos inferenciales, de procesamiento de información y sociocognitivas dan uso a aquellos esquemas que se mencionaba con anterioridad con la finalidad de crear una regularización en los estímulos. Estos esquemas surgen debido a las escasas facultades que proyecta el cerebro en cuanto al procesamiento de la información, por lo que afloran estos esquemas considerándose también beneficiosos en las relaciones sociales o interpersonales emergentes del sujeto.

En el modelo cognitivo-conductual, se percibe a las psicopatologías, como consecuencias producto de las distorsiones ya sea esto en el desarrollo o en la propia aplicación de los esquemas. Cabe destacar que estas distorsiones pueden encontrar su origen en una gran diversidad de estructuras, uno de ellos se puede estimar a la propuesta en 1974 por Maher, en donde las vivencias anormales de apreciación como las muy conocidas alucinaciones de carácter auditivo los delirios, pueden detonar la procreación de convicciones desadaptadas o poco sostenidas a la realidad. Sucesivamente a esto, las vivencias normales de apreciación, pueden verse tergiversadas a consecuencia de la utilización inflexible de los esquemas que no van acorde a la situación y argumento de la vivencia. De efectuarse tal hecho, existe un proceso inferencial sesgado, encaminando al sujeto al acogimiento de convicciones erróneas o limitadas. (Perris, 2004).

Para Perris (2004), ésta corriente conserva su mayor inclinación por la forma y el contexto de las convicciones delirantes. Pues considera que este contexto de las ideaciones delirantes equivale a el empeño del individuo por otorgarle significación a las vivencias, las que pueden ser de índole anormales, en las que ejemplifica los delirios que se originan para dar significado a las alucinaciones; y las de índole inciertamente normales debido a la distorsión en su asimilación.

Como lo manifiesta Beck *et al.*, (2010), existen características en aquellos trastornos considerados no psicóticos que resultan semejantes a los delirios. Entre estas características se destacan: la penetración, en la que se considera las dimensiones de la conciencia sometida por el credo del individuo; la convicción, viene a considerarse como la fuerza de la creencia;

el significado por su parte es la relevancia de la convicción dentro del procedimiento de atribución de las acepciones; en cuanto a la intensidad, es el nivel con el que el individuo se traslada a convicciones de índole realistas; la inflexibilidad y el auto convencimiento, son aquellas en donde se determina el hermetismo de la creencia con respecto a evaluaciones de lógica o razón; y por último la preocupación e impacto que tienen las convicciones en las propias afecciones y conductas.

Así mismo, Beck *et al.*, (2010) considera que, el mal procesamiento de información juega un gran rol en el pensamiento delirante, puesto que esta alteración se encuentra motivada por sistema de creencias disfuncionales y tiene su fundamento en diferentes conductas y sesgos.

Por otro lado, en cuanto a la naturaleza de las creencias, los individuos con trastornos delirantes, asignan ciertas experiencias de nivel físico, mental o emocional a la intromisión de otros entes ya sean activos o inertes. Por otra parte, una cualidad primordial del pensamiento sesgado, es la asignación indiscriminada de propósitos positivos o negativos a personas externas. La causación exterior, autorreferencial y los sesgos deliberados, conforman una perspectiva del mundo, que en estos individuos se traduce como simbolizaciones internas en función de la convicción del mundo contra ellos. (Beck *et al.*, 2010).

De la misma manera, Beck *et al.*, (2010) concibe que, en los diferentes niveles de procesamiento de la información delirante, las funciones cognoscitivas se encuentran sesgadas, de manera que esto conlleva a la existencia de desaciertos que tienen su desenlace en significados de vivencias distorsionados, poco realistas y con efectos adversos. Aunque las evaluaciones sesgadas, puedan tener patrones adaptativos, que resulten como respuesta a ciertas situaciones cotidianas como una intimidación de un sujeto, lo más razonable es que éstas son disfuncionales cuando hay la presencia de delirios, por lo que, en otras palabras, se está dando paso a una pseudo-amenaza. Estas significaciones que produce el sujeto ante estas situaciones, aparte de ser poco realistas, presiden a un malestar emocional en gran medida a la propia conducta desadaptada.

CONCLUSIONES

Después de profundizar en la teoría y de realizar un exhaustivo trabajo de investigación en cuanto al origen del trastorno delirante, podemos determinar que pese a que el estudio y foco de atención por parte de los investigadores en esta patología es relativamente reciente, en los pocos estudios realizados, se puede evidenciar la gravedad de esta patología debido que al no constituirse como un trastorno con sintomatología particular, es notoriamente difícil su diagnóstico a simple vista, por lo que existen pocos casos diagnosticados.

El enfoque cognitivo conductual pone énfasis en los sistemas de creencias y de procesamiento por lo que un modelo bastante conocido y que demuestra lo mencionado anteriormente con facilidad, es el propuesto por Ellis “ABC”, en donde se expone como una situación o hecho que suceda en la vida de un sujeto, puede provocar una creencia y por consiguiente una conducta. En otras palabras, la conducta del sujeto, depende en gran medida de la creencia o pensamiento que genere con respecto a un hecho.

Cabe destacar que la teoría cognitivo conductual considera que, el pensamiento delirante tiene su principal causa en la existencia de errores en el procesamiento de la información, puesto que como ya se expuso, el trastorno delirante tiene su impulso en las creencias disfuncionales lo que lleva consigo a conductas desadaptativas y sesgos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta-Murillo, N. (2020). Delirio en niños críticamente enfermos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(4),586-596. Obtenido de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576366658014> DOI:
10.15446/revfacmed.v68n4.77430
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-V. (5th Edition)*. Editorial Médica Panamericana.
DOI:10.1176/appi.books.9780890425596
- Alfonso N., (2019). Modelo teórico mínimo del trastorno delirante crónico. *Revista de prepublicaciones del Instituto de Estudios Filosóficos LEONARDO POLO*. pp. 109-137. Obtenido de: <http://www.leonardopolo.net/docs/MP65-F.pdf>
- Beck, A., Rector N., Stolar N., & Grant P. (2010). Esquizofrenia : teoría cognitiva, investigación y terapia. Editorial Paidós. pp. 95-103. Obtenido de:
<https://drive.google.com/drive/folders/1yhTEaa08bylmtJ9FUqqIRdAHbtcgEZDn>
- Beck, J. S. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa, pp. 32. Obtenido de: <https://elibro-net.basesdedatos.utmachala.edu.ec/es/ereader/utmachala/44350?page=1>
- Berrosipi M., Miralles M., & Salavert J. (2003). El trastorno delirante. Revisando los aspectos de la paranoia. *Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de*

Barcelona. 30(6) 304-313. Obtenido de:

<https://pdfcoffee.com/trdeliranterevaspectosdelaparañoia03-pdf-free.html>

Bevilacqua P. (2020). Trastorno delirante: un caso de celotipia. *Gaceta Médica Boliviana*;

43(2). pp. 207-214 Obtenido de:

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662020000200014&lng=es&tlng=es)

[29662020000200014&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662020000200014&lng=es&tlng=es)

Cardoso de Freitas, L., Relvas Argôlo, M. J., & Martins Valença, A. (2019). Aplicación del criterio biopsicológico de imputabilidad penal en un caso de trastorno delirante.

Revista Colombiana de Psiquiatría, 48(3), 192–195.

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.02.002>

Cuevas C. & Perona S. (1997). Tratamiento Cognitivo-Conductual de las ideas delirantes de un paciente esquizofrénico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. pp.

275-291. Obtenido de:

<https://pdfs.semanticscholar.org/94ad/7a2c9ec34e6ae1fae4badcb03dd2a5795650.pdf>

f

Díaz D., Mancilla F., Ortíz C., & Osorio A. (2017). Trastorno delirante. *Revista Psiquiatría y Salud Mental*, 208 - 216. Obtenido de:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/12/967562/208-216.pdf>

Fernández-Álvarez H., & Fernández-Álvarez J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22, 157-169. doi:

<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720>

Gamarra E. (2020). Caso clínico del personaje literario Alice Gould: El trastorno delirante.

Universitat Rovira I Virgili. Terragona. Obtenido de:

https://repositori.urv.cat/estatic/TFG0011/en_TFG3435.html

González-Rodríguez A., Guàrdia A., Álvarez A., Fucho G.F., Farré J.M., Betriu M.,

Acebillo S., Monreal J.A., Palao D.J., & Labad J. (2021). Trastorno Delirante 2021.

Revista Psicosomática y Psiquiatría. Psicosom. psiquiatr. 2021; 56-67.

<https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1610>.

González N. (2014). Trastorno delirante: ¿Es realmente diferente de la esquizofrenia?.

Universidad Autónoma de Barcelona. pp. 11. Obtenido de:

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/283585/ndcgc1de1.pdf?sequence=1>

Mármol Bernal F., Luque Luque R., Farouk Allam M. & Fernández-Crehuet Navarro R.

(2019). Trastorno delirante y conducta suicida: estudio descriptivo de 26 casos. *Rev*

Chil Neuro-Psiquiat 2019; 57 (3): 215-227. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717->

92272019000300215.

Mármol Bernal F., Luque Luque R., Farouk M., & Fernández-Crehuet R. (2020). Subtipo

Persecutorio del Trastorno Delirante: Estudio de series de 129 Casos. *Revista*

chilena de neuro-psiquiatría, 58(2), 116-126. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717->

92272020000200116

Muñoz-Negro J., & Cervilla J. (2017). El tratamiento integral del trastorno delirante.

Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Vol. 10. pp. 221-223. doi:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.03.003>

Perris, C. (2004). Psicoterapia cognitiva para los trastornos psicóticos y de personalidad: manual teórico-práctico. *Editorial Desclée de Brouwer*. Obtenido de: <https://elibro-net.basesdedatos.utmachala.edu.ec/es/ereader/utmachala/47705?page=26>.

Portilla-Geada N. (2010). Psicosis única en la actualidad. *Revista Salud Mental 2010*. Vol. 33, No. 2. pp.107-109. Obtenido de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000200001&lng=es&tlng=es.

Teixeira P., (2021). La terapia cognitivo-conductual y su relevancia en el proceso terapéutico. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. pp. 86-97. Obtenido de: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia-es/la-terapia-cognitivo>

Tur Barja C. & Caballero-Campillo R. (2014). Evaluación y Tratamiento de las ideas delirantes desde la terapia cognitivo conductual: perspectiva desde un caso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 39-56. Obtenido de: <http://hdl.handle.net/11531/55046>