



Guía para lidiar con pacientes con delirios a nivel psicológico



Guía para lidiar con pacientes con delirios a nivel psicológico

1. Comprender el delirio

Antes de intervenir, es fundamental entender las características del delirio:

- **Definición:** Un delirio es una creencia fija, irracional, y no compartida por la cultura del paciente, resistente a la argumentación lógica o a la evidencia en contra.
- **Tipos comunes:**
 - Persecutorio: El paciente cree que está siendo vigilado o perseguido.
 - De grandeza: Se percibe como alguien especial, poderoso o destinado a un propósito único.
 - Somático: Cree tener una enfermedad o anomalía física.
 - Referencial: Piensa que eventos externos tienen un significado especial para él.
- **Diferenciar delirio de idea delirante:** Un delirio es estructurado y afecta la vida del paciente de forma global; una idea delirante puede ser más aislada y menos disruptiva.

2. Principios básicos del abordaje

1. No confrontar directamente el delirio:

- Evitar discutir o intentar convencer al paciente de que su creencia es falsa. Esto puede incrementar su desconfianza hacia el terapeuta.
- En lugar de decir "Eso no es real", utilizar frases como: "Entiendo que esto es muy real para ti".

2. Construir una relación terapéutica sólida:

- Priorizar la empatía, la validación emocional y la escucha activa.
- Mostrar interés genuino por la experiencia del paciente sin invalidarla.

3. Evitar refuerzos inadvertidos:

- No respaldar el delirio directa o indirectamente.
- Si el paciente busca aprobación de su creencia [e.g., "¿No crees que me están espiando?"], redirigir hacia su experiencia emocional: "Debe ser muy angustiante sentir eso".

3. Evaluación inicial del delirio

- **Grado de convicción:** ¿Cuán seguro está el paciente de su creencia? Esto ayuda a distinguir entre una idea delirante y un delirio estructurado.
- **Impacto funcional:** ¿Cómo afecta su vida diaria? Evaluar el grado en que el delirio interfiere con sus relaciones, trabajo o actividades cotidianas.

- **Riesgos asociados:**

- ¿Hay riesgo de daño a sí mismo o a otros?
- ¿El delirio incluye elementos violentos o persecutorios?

- **Explorar el contexto:**

- ¿Cuándo comenzó el delirio?
- ¿Está relacionado con un evento estresante, consumo de sustancias, o una condición médica?

4. Estrategias de intervención

4.1. Establecer un enfoque centrado en el paciente

- **Escuchar sin juicio:** Permitir al paciente expresar sus creencias sin interrupciones. Esto reduce la resistencia y fomenta la confianza.
- **Validar emociones, no creencias:** Diferenciar entre validar la emoción subyacente (e.g., miedo, angustia) y validar el contenido del delirio.
 - **Ejemplo:** "Parece que te sientes muy asustado por lo que crees que está ocurriendo. Quiero ayudarte a sentirte más seguro".

4.2. Reestructuración cognitiva gradual

- **Explorar la evidencia de manera indirecta:**
 - **Preguntar:** "¿Qué te hace pensar eso?" o "¿Ha habido momentos en los que no sentiste que esto estuviera pasando?".
 - **Invitar al paciente a considerar explicaciones alternativas:** "¿Hay otras formas de entender lo que ocurrió?".
- **Desafíos suaves:**
 - **Introducir dudas de manera no confrontacional:** "Eso parece muy difícil de manejar. ¿Qué crees que otras personas en tu situación pensarían sobre esto?".

4.3. Intervenciones conductuales

- **Reducir comportamientos de seguridad:**
 - Si el paciente revisa cámaras o evita ciertos lugares, trabajar gradualmente para disminuir estas conductas que refuerzan el delirio.
 - Establecer pequeños retos: "¿Qué te parece intentar ir al supermercado y observar cómo te sientes? Podemos hablar después sobre cómo fue".
- **Técnicas de relajación:**
 - Enseñar estrategias de manejo del estrés (e.g., mindfulness, respiración diafragmática) para reducir la ansiedad que puede exacerbar el delirio.

4.4. Psicoeducación

- Brindar información adaptada al nivel de comprensión del paciente, evitando jerga técnica:
 - "A veces, cuando estamos muy estresados, nuestra mente puede interpretar las cosas de manera diferente. Puede ser útil explorar cómo ciertos pensamientos afectan lo que sentimos y hacemos".
- Explicar el rol de posibles tratamientos farmacológicos o psicoterapéuticos.

5. Tratamientos adicionales

5.1. Terapia farmacológica

- **Indicada** si el delirio es parte de un trastorno psicótico (e.g., esquizofrenia, trastorno delirante).
- **Antipsicóticos:** Como la risperidona o la olanzapina, que pueden ayudar a disminuir la intensidad del delirio.
- Trabajar en colaboración con un psiquiatra para ajustar la medicación y abordar efectos secundarios.

5.2. Terapia cognitivo-conductual para psicosis (CBTp)

- Enfoque en identificar y modificar los patrones de pensamiento que contribuyen al delirio.
- Uso de ejercicios prácticos para probar la validez de las creencias delirantes de manera segura.

6. Aspectos éticos y profesionales

- **Autonomía del paciente:** Respetar las decisiones del paciente, incluso si rechaza el tratamiento, siempre que no exista un riesgo significativo para sí mismo o para otros.
- **Confidencialidad:** Garantizarla, salvo en situaciones de riesgo inminente.
- **Red de apoyo:**
 - Involucrar a familiares o cuidadores cuando sea posible, siempre que el paciente lo permita.
 - Brindar orientación para que el entorno no refuerce inadvertidamente las creencias delirantes.

7. Indicadores de progreso

- Reducción en la convicción del delirio o en su impacto funcional.
- Mayor disposición a considerar explicaciones alternativas.

- Incremento en la participación en actividades que antes evitaba.
- Mejor manejo de la ansiedad y las emociones asociadas al delirio.

Referencias bibliográficas que pueden interesarte:

- **Ashinoff, B. K., Singletary, N. M., Baker, S. C., & Horga, G. (2022).** Rethinking delusions: A selective review of delusion research through a computational lens. *Schizophrenia research*, 245, 23–41. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.01.023>
- **Knorr, R., & Hoffmann, K. (2018).** Wahn: aktuelle psychodynamische und neurokognitive Ansätze [Delusions: current psychodynamic and neurocognitive approaches]. *Der Nervenarzt*, 89(1), 8–17. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0296-0>

