

**La certeza delirante en el discurso psicótico y sus atravesamientos en el contexto familiar****A certeza delirante no discurso psicótico e seus atravessamentos no contexto familiar****The delusional certainty in the psychotic discourse and its crossings in the family context****✉ Marcos Aurélio Fonsêca<sup>1</sup>, ✉ Lígia de Laurentiis Sabino<sup>2</sup>****Recibido:** 23/10/2021 **Aprobado:** 07/05/2022 **Publicado:** 30/09/2022**Objetivo:** presentar un caso de paranoia y la interacción entre el equipo de salud mental y la familia.**Método:** relato de caso único, con abordaje cualitativo y descriptivo, realizado a principios de 2021 en un servicio hospitalario estatal de referencia en atención a la crisis psiquiátrica. El análisis consistió en un estudio en profundidad de las historias clínicas. **Resultados:** la usuaria tenía 50 años en el momento de la atención; vivía en la región metropolitana de Belo Horizonte; de familia católica; casada desde hace 30 años; madre de dos adolescentes; educación secundaria completa; trabajó durante muchos años como peluquera, hasta que emprendió la carrera de fotógrafa, en sociedad con su marido. Con las intervenciones se logró la reducción de la inversión afectiva en certezas delirantes, con menor impacto en el desempeño funcional y en la dinámica familiar de la usuaria. **Conclusión:** la actuación del equipo de salud mental con el enfoque familiar fue resolutive y promovió la responsabilidad de los miembros del núcleo.**Descriptor:** Atención a la salud mental; Delirio; Familia.**Objetivo:** apresentar um caso de paranoia e a interação entre a equipe de saúde mental e a família. **Método:** relato de caso único, com abordagem qualitativa e descritiva, realizado no início de 2021 em um serviço hospitalar estadual de referência em atenção à crise psiquiátrica. A análise se constituiu no estudo aprofundado das anotações do prontuário. **Resultados:** a usuária considerada tinha 50 anos à época dos atendimentos; residia na região metropolitana de Belo Horizonte; procedente de família católica; casada há 30 anos; mãe de dois adolescentes; ensino médio completo; trabalhou por muitos anos como cabelereira, até assumir a carreira de fotógrafa, em sociedade com o esposo. Com as intervenções, foi atingida a redução do investimento afetivo nas certezas delirantes, com menor impacto no desempenho funcional e na dinâmica familiar da usuária. **Conclusão:** a atuação da equipe de saúde mental com a abordagem familiar mostrou-se resolutive e promotora na responsabilização dos integrantes do núcleo.**Descriptor:** Assistência à saúde mental; Delírio; Família.**Objective:** to present a case of paranoia and the interaction between the mental health team and the family. **Methods:** a single case report, with a qualitative and descriptive approach, carried out in early 2021 in a state reference hospital service for psychiatric crisis care. The analysis consisted of an in-depth study of the medical records. **Results:** the patient evaluated was 50 years old at the time of the consultations; resided in the metropolitan region of the city of Belo Horizonte; coming from a Catholic family; married for 30 years; mother of two teenagers; complete high school education; worked for many years as a hairdresser, until taking up a career as photographer, in partnership with her husband. With the interventions, the reduction of affective investment in delusional certainties was achieved, with less impact on the patient's functional performance and family dynamics. **Conclusion:** the performance of the mental health team with the family approach proved to be resolute and promoter in the accountability of the members of the nucleus.**Descriptors:** Mental health assistance; Delirium; Family.

Contacto para Correspondencia: Marcos Aurélio Fonsêca - mfonseca@ufmg.br

1. Curso de Pregrado en Terapia Ocupacional de la Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte/MG, Brasil. E-mail: mfonseca@ufmg.br

2. Terapeuta Ocupacional de la Red de Salud Mental de Belo Horizonte /MG, Brasil. E-mail: ligiadelaurentiis@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

La Reforma Psiquiátrica Brasileña (RPB) es un movimiento social significativo en la salud pública que tiene como objetivo, a través de políticas públicas, leyes y ordenanzas ministeriales, leyes estatales y municipales, modificar la atención al usuario de los servicios de salud mental, reformulando el modelo anterior de psiquiatría hegemónica, normalizadora y hospitalocéntrica<sup>1</sup> y fue responsable de la creación de un modelo que incluyó los contextos territorial, psicosocial y familiar en la construcción de la atención a la salud.

Con la progresiva implantación de servicios de salud que sustituyen al hospital psiquiátrico, como los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), la responsabilidad del cuidado del individuo con sufrimiento mental pasó a ser compartida entre los servicios y las familias. Para la consolidación de los principios de la RPB, es esencial la dimensión de la intersectorialidad, permitiendo la creación de redes de posibilidades para las personas con sufrimiento mental, promoviendo el logro de la autonomía y la participación en el territorio, con el pleno ejercicio de la ciudadanía. En este sentido, la familia ha ganado relevancia en la atención a la salud mental al asumir nuevos roles en la Red de Atención Psicosocial (RAPS) y parte de las responsabilidades<sup>2</sup>.

Se admite que es necesario contextualizar el papel de la familia en la sociedad moderna, que se constituyó con la evolución del concepto de vida privada. La familia pasó a ser considerada la principal instancia de protección social, en detrimento de las funciones sociales del Estado. Este proceso puede caracterizarse como *"familismo"* o *"familiarismo"*, con la atribución de mayores responsabilidades por el bienestar de sus miembros a las unidades familiares. También se puede decir que hay una reanudación y valorización de las funciones protectoras de la familia, lo que también puede contribuir a la sobrecarga familiar, especialmente de las mujeres, culturalmente encargadas de las funciones de cuidado<sup>2</sup>.

Desde el final del período colonial en el siglo XIX, con el apoyo del *higienismo*, la reproducción social y el cuidado se construyeron como actividades femeninas, como trabajo no remunerado. Las mujeres eran primordiales en las relaciones sociales de producción. La comprensión de este proceso, conocido como división sexual y social del trabajo, señala el lugar de la familia en la construcción del cuidado y de la política de Salud Mental, en vista de que las figuras femeninas ocupan, en su mayoría, el papel central de cuidadoras y proveedoras de apoyo en las familias brasileñas. Es habitual que el trabajo doméstico, también realizado mayoritariamente por ellas, siga sin ser considerado como trabajo, produciéndose sin remuneración ni reconocimiento social. Este trabajo *"invisible"* es indispensable para la organización de las familias y el mantenimiento de la vida de sus miembros<sup>3-4</sup>.

La familia es un organismo dinámico y complejo, ya que se constituye como un ser colectivo, pero también como un ser singular, compuesto por individuos reales y asignados con subjetividad. En la mayoría de los casos, la familia es la primera institución que experimenta el ser social y, aunque sea único y singular, ese contexto está perfilado por la vida en sociedad<sup>4</sup>. Desde esta perspectiva, una de las dimensiones esenciales para la construcción de nuevas formas de cuidado en salud mental es la noción de territorio.

El cuidado debe emancipar a los usuarios, posibilitando el protagonismo de sus propias vidas y la participación ciudadana en la comunidad. Sin embargo, siguen existiendo dificultades para llevar a cabo este cuidado en el territorio, ya que a menudo no va más allá de los servicios sanitarios y/o de las prácticas restringidas a sus límites, manteniendo un cuidado institucional y no abarcando toda la dimensión relacional de la vida cotidiana de las personas<sup>5</sup>.

El cuidado eficaz debe construirse ampliando la red de apoyo de las instituciones, la familia y la comunidad. Cuando se trata de la red, se produce un redimensionamiento del lugar de la familia en el contexto de la salud mental, dejando un papel pasivo en el proceso de tratamiento para asumir un rol en la consolidación de las pautas asistenciales así como el papel de mediador en las relaciones sociales. Durante siglos, las familias han delegado en el Estado la función de “*cuidar*” a sus seres queridos. Sin embargo, esto es algo que todavía está en proceso de consolidación en el país.

El cuidado compartido de la persona con sufrimiento mental puede llevar a la familia a la creencia de que es incapaz de hacer frente a la situación. La familia aprende a cuidar a partir de la interacción con los dispositivos psicosociales y éstos deben proporcionar apoyo para que el grupo pueda hacer frente a las sobrecargas resultantes y actuar para combatir el estigma, que puede culminar en el rechazo del individuo, dificultando su reintegración en la comunidad<sup>6</sup>.

La paranoia, como diagnóstico, fue descrita en el siglo XIX por Kahlbaum y posteriormente refinada por Kraepelin, con la noción de *dementia paranoides* como proceso psíquico degenerativo. Esto se describiría por un período inicial depresivo con el posterior florecimiento de ideas delirantes utópicas y constantemente cambiantes, construidas en torno a interpretaciones y delirios de la memoria<sup>7</sup>.

En 1987, la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III-R)<sup>8</sup> reintrodujo el concepto de paranoia, similar al propuesto por Kraepelin, pero incluyendo una variedad de trastornos en los que un delirio de larga duración se presenta como la característica clínica más destacada. Sin embargo, la condición fue rebautizada como trastorno delirante. Los criterios de diagnóstico incluían delirios no extraños y puntuaban que el afecto y la conducta sufrían un deterioro mínimo, si es que había alguno.

El trastorno delirante se caracteriza fuertemente por un discurso sistematizado con contenido delirante, y el individuo mantiene un afecto congruente con el contenido del delirio<sup>9</sup>. En la mayoría de los casos, los delirios son persecutorios, y en los restantes son de referencia, de control, de grandiosidad, hipocondríacos, religiosos, entre otros. El trastorno delirante también puede presentar irritabilidad, aislamiento social, autonegligencia e ideas obsesivas.

Fenomenalmente, en el espacio de su delirio, el delirante interpreta y relaciona signos. El pensamiento está oscurecido por la sombra del delirio, cuya certeza se basa en la certeza implícita de una esencia precedente e incuestionable.

La interpretación delirante consiste en tomarla como cierta, verdadera, y no como probable o verosímil, confiriéndole la calidad de evidencia. Hay cuatro características definitorias: 1) interpretación y no explicación; 2) tomada como verdadera; 3) carácter autorreferencial, y 4) sistematizar hasta constituir un delirio o discurso delirante<sup>10:87</sup>. Así, este estudio pretendió presentar un caso de paranoia y la interacción entre el equipo de salud mental y la familia.

## MÉTODO

Se trata de un informe de caso único, con enfoque cualitativo y descriptivo, realizado con una usuaria de un servicio hospitalario que es referencia estatal en la atención de crisis psiquiátricas para personas de municipios del estado de Minas Gerais que no disponen de un servicio especializado de tipo CAPS en su red o que el servicio existente no presta asistencia a tiempo completo.

La recogida de datos se realizó en enero y febrero de 2021 y el análisis consistió en un estudio en profundidad de las notas de las historias clínicas. La investigación fue previamente sometida y aprobada por el Comité de Ética institucional, obteniendo el dictamen 4.576.528, del 06/03/2021, bajo el CAAE 43041421.7.0000.5119 y la paciente considerada recibió un nombre ficticio, con el objetivo de su protección.

## RESULTADOS

La usuaria en cuestión recibió el nombre de Beatriz y tenía 50 años en el momento de las sesiones; vivía en la región metropolitana de Belo Horizonte; de familia católica; casada desde hace 30 años; madre de dos adolescentes, una hija de 18 años y un hijo de 13; educación secundaria completa; trabajó durante muchos años como peluquera, hasta que emprendió la carrera de fotógrafa, en sociedad con su marido.

El equipo de salud mental de su municipio remitió a Beatriz a la atención urgente. Afirmaba ser perseguida por miembros de su familia, como su marido, sus hermanos y su madre, que estarían implicados en actividades delictivas en el territorio donde vivían. Afirmaba que el equipo del servicio municipal estaría aliado con sus familiares, y que incluso había iniciado el proceso de divorcio de su marido, sin notificárselo.

La usuaria alegó que el marido ofrecía regalos y aperitivos grasos y azucarados para el hijo de la pareja, con el fin de ganarse el apoyo del adolescente. Para ella, el cuidado del cuerpo y la salud eran significativos y destacaban en su discurso. Realizaba actividades físicas a diario, estudiaba sobre educación nutricional y apreciaba el bienestar físico. Sin que se lo pidieran, hablaba con confianza: *“Estoy totalmente sana, no hay ninguna enfermedad ni problema en mi cuerpo. Así que no permito que nadie le ponga ninguna medicina”*.

El esposo y el hermano de Beatriz informaron que hace aproximadamente un año el cuadro comenzó marcado por ideas persecutorias, intensa actividad psicomotriz y un comportamiento excesivamente altruista, cuando ella se deshacía de bienes necesarios para los miembros de la familia, utilizando justificaciones religiosas. Beatriz presentaba restricción de sueño, ya que pasaba las noches en oración, y se involucraba en situaciones de riesgo en el territorio. Los episodios de agresividad se hicieron frecuentes, con amenazas a los miembros de la familia, con el uso de armas blancas y anunciando que envenenaría la comida de la familia.

El informe del servicio de origen corroboró la situación señalada por los familiares. Beatriz había sido atendida pocas veces en ese establecimiento y presentaba una insistente negativa a tomar la medicación prescrita, además de un episodio de agitación psicomotriz y agresividad dirigida a la profesional que la atendía. Entonces, derivaron a Beatriz para la gestión de la crisis, momento en el que según ellos no estaba siendo posible atenderla, debido a su persecución con el servicio. La usuaria fue admitida por el médico de urgencias, cuando se decidió su hospitalización, acompañada de dos RT: una residente multiprofesional de Salud Mental y un residente de Psiquiatría.

Beatriz no se opuso a las propuestas de atención, aunque, tras unos minutos de diálogo, el discurso ya era autorreferencial. En el contenido de su discurso había varios puntos de tensión relacionados con su vida sexual. La usuaria también habló de la decisión de romper las relaciones familiares con su madre y su hermano, ya que *“había descubierto que también estaban involucrados en crímenes”*.

A pesar de no oponerse al diálogo, Beatriz se resistió a los medicamentos y otros recursos del tratamiento propuesto. Se orientó a la usuaria sobre el servicio y se la invitó a participar en la atención, buscando (re)elaborar su historia y comprender el contexto que venía

provocando atravesamientos en su vida cotidiana y en la de su familia. En cuanto al examen del estado mental, Beatriz mantuvo la mayoría de sus funciones psíquicas conservadas, presentó una pérdida en el juicio de realidad, pero no se encontraron alteraciones sensorio-perceptivas. El equipo entendió que se trataba de un delirio interpretativo.

La usuaria no aceptaba medicamentos, manifestaba su gusto por las actividades físicas y los talleres terapéuticos. El carácter religioso de su discurso seguía siendo muy destacado. Beatriz expresaba su pesar en relación con sus hijos, que de alguna manera eran resistentes y retraídos antes de sus alteraciones conductuales.

Beatriz decía ser una figura mística, santificada, con la benevolencia y la caridad como principios. Intentaba ayudar a las demás usuarias del servicio definiendo acciones que consideraba más adecuadas para ellas. Se celebraron reuniones frecuentes entre la familia y el equipo, con el objetivo de escuchar, sensibilizar y responsabilizar a las partes.

La escucha y la gestión familiar se mantuvieron, pero a pesar de la serie de reuniones y orientaciones sobre el proceso de cuidado, los familiares siguieron presentando conductas que reforzaban la inversión afectiva de la usuaria en sus certezas delirantes. Estos comportamientos suelen generar ganancias secundarias.

Hubo avances en las propuestas terapéuticas para el manejo de la usuaria y la familia y para favorecer la toma de conciencia y responsabilidad del cuadro clínico, pero la construcción delirante seguía destacando en el escenario. A pesar de la intensa identificación mantenida entre su historia de vida y la "misión" que llevaba a cabo, Beatriz se refería a una cierta fatiga por tal responsabilidad y decía: *"Yo soy 'La Santa', la gente me necesita para salvarse"*. Las intervenciones del equipo se refirieron a la dimensión de humanidad común a todos, tratando de apaciguarla de tan grande responsabilidad. Beatriz decía entonces: *"ustedes son cuidadosos y humanos con nosotros, que también somos humanos"*.

Se celebraron reuniones y debates sobre el caso con el equipo del municipio. Se destacó la necesidad de acogida con la familia, ya que las relaciones familiares se veían muy afectadas por la enfermedad. El equipo propuso recibir al marido de la usuaria para una conversación. En una reunión posterior, Beatriz se quejó de haber sufrido injusticias en ese servicio, mostrando persecución hacia la técnica de referencia que estaba empezando a construir el caso, señalando así algunas de las gestiones que el servicio debía construir para la continuidad de su proyecto terapéutico.

La usuaria siempre recordaba la dificultad de volver a su casa, diciendo *"quiero otra familia, este es el plan de Dios. Ya no tengo familia, todos son narcotraficantes"*. Los residentes siguieron manteniendo reuniones con los familiares, discutiendo el pronóstico, acogiendo

demandas y dudas y orientando sobre el apoyo familiar, buscando preservar la sobrecarga y la angustia emocional. La madre de la usuaria, muy anciana, preguntaba si su hija se recuperaría. Se aclararon las propuestas terapéuticas. Se hizo hincapié en que la intención era la autonomía y la actuación de Beatriz, aunque no cesaran algunos aspectos del pensamiento delirante.

Con el paso del tiempo, Beatriz observó que sus pensamientos de grandeza, supremacía y santidad, no se materializaban de la manera que ella esperaba. Presentó una bajada de ánimo y un discurso de desesperanza. La usuaria dijo que no entendía por qué había recibido tantas misiones y revelaciones, que de hecho no se produjeron y dijo que se sentía impotente. Este proceso desencadenó el vacío y el distanciamiento afectivo de la usuaria de sus certezas. Se planificó una intervención en la que Beatriz escribiría una carta con sugerencias y reflexiones para el servicio, para su casa y para las personas que quisiera. En esta intervención, se delimitó que se trataba de propuestas y observaciones que podían ser comprendidas y compartidas por todos. Se intentó desplazar el carácter grandioso y centralizado de las “misiones” que la usuaria creía tener que cumplir. La usuaria mostró mayor tolerancia a quedarse en casa con su familia.

Las intervenciones de acogida, gestión y educativas se realizaban con la familia, orientando sobre el escenario clínico y sobre la vuelta a la vida cotidiana. Algunas reuniones colectivas provocaron hostilidad entre los miembros, con acusaciones y ofensas, inflamadas por las interpretaciones delirantes de Beatriz. Finalmente, los profesionales optaron por interrumpir las reuniones para evitar más daños emocionales. Se intentó favorecer los vínculos sociales a través de los enfoques familiares.

Con la secuencia de citas, ya se observó una reducción de la inversión afectiva en las certezas delirantes, con menor impacto en el desempeño funcional. El equipo valoró que sería un momento oportuno para el alta, con seguimiento ambulatorio. La vuelta al contexto de la vida real sería un aliado en la continuidad de los cuidados. Sin embargo, a pesar de las articulaciones del caso construidas con el servicio de referencia, Beatriz no aceptó volver a recibir tratamiento en este lugar.

Se discutió con la gestora y el equipo del servicio sobre las estrategias de abordaje extendidas a los familiares, a los que también se les orientó para que buscaran apoyo para hacer frente a los enfrentamientos iniciados por Beatriz en cada periodo. La usuaria optó por continuar la atención ambulatoria con el residente de psiquiatría en la institución actual. En la primera consulta de retorno, acudió acompañada de su madre y su marido. Los familiares confirmaron la buena aceptación de la medicación oral y la vuelta a las actividades profesionales como fotógrafa.

## DISCUSIÓN

El delirio interpretativo se refiere a un falso razonamiento que parte de una sensación real. A partir de asociaciones de ideas, inducciones y tendencias afectivas, tal razonamiento asume un significado personal irreductible para el sujeto, con el que todo está relacionado<sup>11</sup>. La verdadera paranoia descrita, que incluye en su fenotipo clínico los delirios interpretativos, surge de un desarrollo desfavorable de la personalidad paranoica. Los delirios se estructuran a partir de mecanismos de interpretación y los sujetos pueden no presentar alteraciones conductuales extrañas<sup>12</sup>.

En el caso de Beatriz, se observó como un proceso de asociación e interpretación de ideas delirantes que configuraron un sistema de creencias y afectaron intensamente la vida cotidiana de la usuaria y su familia. A pesar de mantener preservadas varias funciones psíquicas, como el humor, el afecto y la sensopercepción, Beatriz presentó un juicio de realidad alterado, impactando en su pragmatismo y prospección, generando eventualmente riesgo para ella y sus familiares. Su delirante producción surgió de un universo femenino y maternal, principalmente.

La concepción de la familia a partir del modelo nuclear burgués produce una expectativa idealizada de la familia, que a menudo genera frustración y sentimiento de inadecuación para las personas que no tienen o no viven con un grupo familiar correspondiente<sup>13</sup>. Las familias son producidas socialmente, marcadas por contradicciones y conflictos específicos asociados al tiempo histórico. Es necesario deconstruir ese modelo idealizado para legitimar otras configuraciones familiares posibles. Entendiendo que el núcleo familiar de Beatriz estaba compuesto principalmente por su relación conyugal, además de su núcleo de origen - madre y hermano - se diseñó un plan de intervención para legitimar e incluir a dichos actores, utilizando la relación y la resignificación de los roles como estrategias terapéuticas<sup>14</sup>.

La acogida de la familia de Beatriz fue un punto crucial para la construcción del caso, ya que los familiares presentaban potencialidades como compañeros y agentes de cuidado. La familia puede entenderse como una unidad básica de cuidados, en la que los sujetos se influyen mutuamente. Por ello, es importante que los profesionales de la salud mental identifiquen los recursos que presenta este colectivo, tanto las potencialidades del contexto como los factores de vulnerabilidad que dificultan o impiden el desempeño de la función de cuidado<sup>15</sup>. Las nociones de identidad y autoestima de la usuaria estaban fuertemente asociadas a sus roles de mujer, madre y esposa, y a los significados que atribuía a estos roles<sup>16</sup>. Su producción delirante la situaba en la dimensión de un ser superior-maternal, asociado a la noción de pureza y

totalidad. Beatriz creía que todas las miradas, los mensajes, las funciones estaban dirigidas a ella, por ocupar un espacio purificado y de gran responsabilidad.

En términos generales, el individuo en sufrimiento mental suele asumir la función de representante cristalizado de los síntomas de la familia. El entorno familiar puede contribuir a agravar su sufrimiento. El equipo de salud mental se enfrenta al reto de lidiar no sólo con los problemas del propio sufrimiento, sino también con el entorno familiar disfuncional<sup>15</sup>. Es importante conocer las historias que constituyen esa familia, pues éstas pueden ser apuestas importantes del equipo para la producción de cuidados que legitimen el espacio familiar como potencializador de experiencias<sup>5,17</sup>.

El tema religioso se presenta comúnmente en el delirio paranoide. El individuo, cuando delira, produce símbolos y creencias individuales, su propio sistema ideológico, aunque tales creencias impugnen su trama social. El sujeto comienza a vivir bajo una producción tan individual y no compartible, es decir, no comprendida ni experimentada por la comunidad, lo que puede provocar pérdidas en el desempeño laboral y rupturas en sus vínculos sociales. En este sentido, el trabajo de los equipos de salud mental y de las instituciones asistenciales se realiza tanto en el manejo de la sintomatología clínica, a partir de la escucha calificada que busca la sistematización de los delirios, como en la función secretarial, optimizando la participación en los ámbitos de la vida, incluyendo la participación en la comunidad, la participación en actividades significativas y en la gestión del propio cuidado de la vida<sup>18</sup>.

Como lo demuestra la participación de la familia de Beatriz en las intervenciones propuestas por el equipo, la familia comienza a ser reconocida como un recurso en la eficacia de la atención comunitaria, en una concepción de división de los cuidados con las políticas y servicios públicos. También se entiende como un lugar de construcción de identidades y vínculos, por lo que su presencia influye en la formulación de políticas públicas a partir de las demandas anunciadas y reclamos de derechos. Acoger a la familia en el proceso de responsabilización de la persona en situación de sufrimiento psíquico, desde intervenciones educativas, psicosociales, restauradoras y adaptativas, favorece el abordaje del sujeto en crisis<sup>19</sup>.

En esta investigación, la integralidad de los servicios de salud mental se evidenció como una cuestión a problematizar y resolver. A pesar de los avances y de la permanente construcción de una red de servicios fuertes y resolutivos, el municipio donde vive Beatriz utilizó una estrategia terapéutica exclusiva para casos muy particulares, que es la internación en un servicio de atención de crisis en el ámbito hospitalario. Se defiende la importancia de que la atención a la salud mental se territorialice, como se defiende en el modelo actual, y que los

municipios puedan ofrecer servicios a sus habitantes, evitando no sólo los desplazamientos, sino también los impactos de éstos en los vínculos sociales y familiares de los usuarios.

## CONCLUSIÓN

A partir de la construcción de este caso, fue posible demostrar al equipo y al servicio de salud mental, así como a la familia de la usuaria, la importancia de la articulación de todos, en armonía, en la elaboración del cuidado. Sin el enfoque familiar, que promueve la responsabilidad de los miembros del núcleo, las intervenciones de los profesionales tienen muchas posibilidades de no ser resueltas.

El cuidado sigue centrado en el servicio de salud, no cubriendo la amplitud de los contextos reales de la vida y los roles ocupacionales de los usuarios atendidos. Sigue siendo importante destacar que el mantenimiento de los vínculos sociales y la participación en la comunidad deben incluirse como propuestas centrales.

Es fundamental superar los retos de la rutina y la burocracia institucional para acceder a los contextos de la vida real de los usuarios, ya que no hay forma de ayudarles a entender y tratar las contradicciones sin conocerlos. El caso investigado mostró que la referencia técnica y el equipo eligieron estrategias adecuadas cuando promovieron la articulación con la familia y los puntos de la red existentes, incluyendo el servicio en el que la usuaria estaba referenciada.

El informe de caso único, alineado con los principios de la RPB, favorece la producción teórica del campo de la salud mental y mejora el desarrollo y la conducción de las estrategias de atención, en enfoques que priorizan el conocimiento del individuo y su ejercicio de la ciudadanía. Por otro lado, al tratarse de un individuo singular, con características subjetivas y una realidad social particular, este estudio presentó como principal limitación la imposibilidad de generalización, lo que no comprometió su viabilidad e importancia.

## REFERENCIAS

1. Berlinck MT, Magtaz AC, Teixeira M. A reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas e problemas. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam.* [Internet]. 2008 mar [citado el 22 jun 2021]; 11(1):21-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000100003>
2. Pereira SLBP. Intersectorialidade, políticas sociais e família na saúde mental. In: Rosa LCS, Vilarinho LS., organizadores. *Família na desinstitucionalização em saúde mental.* Teresina: EDUFPI; 2020. p. 21-45.
3. Federici S. *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva.* São Paulo: Editora Elefante; 2017. 464p.
4. Cavalcante R, Carvalho CO. Participação da família na saúde mental brasileira: acessórios da atenção psicossocial e sujeitos dessa política. In: Rosa LCS, Vilarinho LS. *Família na desinstitucionalização em saúde mental.* Teresina: EDUFPI; 2020. p. 47-70.
5. Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, Oliveira DL, Gomes, LB. Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais. *Interface* [Internet]. 2017 abr/jun

- [citado el 22 jun 2021]; 21(61):373-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.01396>.
6. Ribeiro ALS, Rosa LCS. Os desafios e as potencialidades na participação da família do CAPS. In: Rosa LCS, Vilarinho LS, organizadores. Família na desinstitucionalização em saúde mental. Teresina: EDUFPI; 2020. p. 159-91.
7. Oda AMGR, Dalgalarondo P. A paranóia, segundo Juliano Moreira e Afrânio Peixoto. Rev Latinoam Psicopat Fundam. [Internet]. 2001 abr/jun [citado el 16 jun 2021]; 2010 4(2):125-33. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/37DrTzQHB74RB8LCGvy7gJk/?format=pdf&lang=pt>
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington, VA: APA; 1987. 3 ed rev.
9. Baldaçara L, Borgio JGF. Tratamento do transtorno delirante persistente. Arq Méd Hosp Fac Ciênc Méd St Casa São Paulo [Internet]. 2009 maio/ago [citado el 16 jun 2021]; 54(2):56-61. Disponible en: <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/370/554>
10. Patricio AD. Creencia y delirio. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr. [Internet]. 2011 [citado el 16 jun 2021]; 31(109):71-91. Disponible en: <https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16119/15976>
11. Sérieux P, Capgras J. As loucuras racionantes: o delírio de interpretação. Rev Latinoam Psicopat Fundam. [Internet]. 2007 abr/jun [citado el 16 jun 2021]; 10(2):340-5. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/85XKxTrNs9MQTK6MMjG9NNh/?format=pdf&lang=pt>
12. González-Rodríguez A, Guàrdia A, Álvarez A, Fucho GF, Farré JM, Betriu M, et al. Trastorno delirante. Psicosom Psiquiat. [Internet]. 2021 [citado el 29 sept 2021]; 16:56-67. DOI: <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatnum1610>
13. Waller S, Reupert A, Ward B, McCormick F, Kidd S. Family-focused recovery: perspectives from individuals with a mental illness. Int J Ment Health Nurs. [Internet]. 2019 Feb [citado el 07 fev 2022]; 28:247-55. DOI: 10.1111/inm.12528
14. Gatsou L, Scott Y, Goodrich N, Pearson D. The challenges presented by parental mental illness and the potential of a whole-family intervention to improve outcomes for families. Child Fam Soc Work [Internet]. 2017 [citado el 07 fev 2022]; 22:388-97. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/cfs.12254>
15. Moen ØL, Aass LK, Schröder A, Skundberg-Kletthagen H. Young adults suffering from mental illness: Evaluation of the family-centred support conversation intervention from the perspective of mental healthcare professionals. J Clin Nurs. [Internet]. 2021 Oct [citado el 07 fev 2022]; 30(19-20):2886-96. DOI: 10.1111/jocn.15795
16. Mizock L, Salmonsén J, Smith S. Family challenges experienced by women with serious mental illness. Family Relations [Internet]. 2022 Feb [citado el 07 fev 2022]; 71:426-38. DOI: 10.1111/fare.12566
17. Coelho RS, Velôso TMG, Barros SMM. Oficinas com usuários de saúde mental: a família como tema de reflexão. Psicol Ciênc Prof. [Internet]. 2017 abr/jun [citado el 29 sept 2021]; 37(2):489-99. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002612015>
18. Dalgalarondo P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2018. 520p.
19. Leopoldo AP, Rosa LCS. Direitos dos familiares cuidadores de pessoas com transtornos mentais: direitos incontáveis? In: Rosa LCS, Vilarinho LS, organizadores. Família na desinstitucionalização em saúde mental. Teresina: EDUFPI; 2020. p. 105-123.

**Editor Asociado:** Vítor Augusto Cavaleiro Corrêa.

**Conflicto de Intereses:** los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

**Financiación:** no hubo.

#### CONTRIBUCIONES

**Marcos Aurélio Fonsêca** contribuyó a la concepción, análisis de datos y revisión. **Lígia de Laurentiis Sabino** participó en la concepción, la recogida y el análisis de datos y la redacción.

#### Como citar este artículo (Vancouver)

Fonsêca MA, Sabino LL. La certeza delirante en el discurso psicótico y sus atravesamientos en el contexto familiar. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet]. 2022 [citado el *insertar el día, mes y año de acceso*]; 10(3):542-53. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

#### Como citar este artículo (ABNT)

FONSÊCA, M. A.; SABINO, L. L. La certeza delirante en el discurso psicótico y sus atravesamientos en el contexto familiar. **Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, MG, v. 10, n. 3, p. 542-553, 2022. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso el: *insertar el día, mes y año de acceso*.

#### Como citar este artículo (APA)

Fonsêca, M.A., & Sabino, L.L. (2022). La certeza delirante en el discurso psicótico y sus atravesamientos en el contexto familiar. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 10(3), 542-553. Recuperado el: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons