

Carlos A. Morra
Psicopatología general.
Semiología del pensamiento

CAPÍTULO 13

TRASTORNOS DE LA CONTINUIDAD Y DE LA ESTRUCTURA GENERAL DEL
PENSAMIENTO

**TRASTORNOS DE LA CONTINUIDAD Y DE LA ESTRUCTURA GENERAL
DEL PENSAMIENTO**

Se denomina flujo del pensamiento, al volumen (cantidad), de ideas que se presentan y se encadenan, para constituir el pensamiento de la paciente.

Los trastornos de la continuidad del pensamiento se caracterizan por la interrupción o alteración del flujo normal del pensamiento. También se consideran dentro de este capítulo a aquellas alteraciones que se presentan en la estructura y la dirección que adopta el pensamiento. Se incorporan dentro de esta categoría a:

- La pobreza del pensamiento (restringido, estrechado, alogia)
- Bloqueo de pensamiento
- Perseveración del pensamiento
- Estereotipias del pensamiento
- Pensamiento tangencial
- Pensamiento circunstancial o vago
- Pensamiento prolijo, minucioso y sobreinclusivo
- Rigidez del pensamiento
- Viscosidad del pensamiento
- Disgregación del pensamiento
- Incoherencia

POBREZA DEL PENSAMIENTO (RESTRINGIDO, ESTRECHADO, ALOGIA)

Reducción del contenido del pensamiento, que se ve limitado a uno o a unos pocos temas, con una marcada dificultad para cambiar de un tópico a otro y la tendencia a regresar al tópico inicial de manera reiterada. La constante repetición de un contenido específico, es decir su tema, es la forma más severa de restricción del pensamiento (AMDP, 1980; Ban, 1989).

En la pobreza del contenido del pensamiento, el paciente suele presentar una escasa aparición de nuevos pensamientos y esto hace que el lenguaje en consecuencia sea pobre, con reducida producción de contenidos. La temática suele ser muy simple, carente de matices y se abordan aspectos relativos a las necesidades diarias o cuestiones concretas vinculadas con sus deseos o necesidades más básicos, sin presentar planteos alternativos ni variantes. Es particularmente característica la escasez de adjetivos en el lenguaje del paciente y los pocos utilizados suelen ser muy simples, como bueno, malo, lindo y son aplicados de manera muy rudimentaria.

Este trastorno fue descrito inicialmente por Emil Kraepelin (1913), quien lo describió de la siguiente manera: *“los pacientes se tornan monosilábicos, ahorrando sus palabras, hablan con dudas, abruptamente se quedan callados, nunca cuentan nada por iniciativa propia, y dejan que todas las respuestas deban ser extraídas laboriosamente de ellos. No inician relaciones con otras personas, nunca inician conversaciones con alguien, no hacen preguntas, no se quejan y no dan ninguna noticia a sus familiares”* (Kraepelin, 1913).

Un ejemplo característico es el de un ingeniero con diagnóstico de esquizofrenia de evolución crónica, que alcanzó un marcado deterioro a nivel cognitivo; quien manifiesta reiteradamente preocuparse por las visitas de su familia, siendo prácticamente la única temática que refiere en el ámbito de su pensamiento, siendo que antes del inicio de la enfermedad, su familia lo consideraba una persona curiosa y siempre estaba informado acerca de temas de política y tecnología.

El concepto de alogia ha sido utilizado para describir una alteración en el que los pacientes eran incapaces de relacionar una idea con las demás y utilizaban los actos mentales que habían usado anteriormente, a causa de esto no surgían nuevos pensamientos, lo que resultaba al final en pobreza del contenido del pensamiento, la vinculación de ambos fenómenos ha sido observada con tal frecuencia, que algunos autores utilizan en la actualidad ambos términos de manera indistinta (DSM-IV-TR, 2000).

La pobreza del pensamiento se presenta en pacientes esquizofrénicos (especialmente en pacientes con síntomas negativos y cognitivos), en pacientes depresivos, en retrasos mentales (ej. síndrome de Asperger), así como en cualquier patología que produzca deterioro de las funciones mentales generales (ej. demencias, enfermedades degenerativas) (Tabla 29) (Harvey y Brault, 1986; Malla, 1995; Pietromonaco y Markus, 1985; Mikami et al., 2006).

Exploración: Esta alteración del pensamiento, se hace evidente a través del discurso del paciente, o a través del interrogatorio estructurado. En el discurso del paciente se observan: la falta de variedad de temas (un solo tema o unos pocos temas) que componen el relato, la dificultad para cambiar de tema, los reiterados esfuerzos para retomar el tema inicial.

El Interrogatorio no requiere preguntas específicas, pero actúa como factor para facilitar la evaluación de la presencia del signo, al preguntar acerca de varios asuntos al paciente, personales o globales y evaluar el contenido general del pensamiento, así como la capacidad de cambio de tema en el discurso.

Tabla 29. Diagnósticos Asociados a la Pobreza del Pensamiento

Pobreza del pensamiento, causas:

Esquizofrenia ^{a, b}	Trastornos depresivos
^c Síndrome de Asperger ^d	Retrasos mentales
Demencias	

^aHarvey y Brault, 1986; ^bMalla, 1995; ^cPietromonaco y Markus, 1985; ^dMikami et al., 2006.

BLOQUEO DE PENSAMIENTO

Se denomina de este modo a la interrupción brusca, sin causa conocida del curso de un pensamiento que hasta ese momento era fluido. Michael Alan Taylor (1981) lo describe como la ausencia súbita de cualquier pensamiento y de toda actividad mental, sin causa evidente. Las ideas que fluían libremente de repente se detienen inesperadamente, en el medio de una frase (López-Ibor, 1980; Taylor, 1981; WHO, 1994).

La detención de la actividad mental y del lenguaje nos permite diferenciar este fenómeno del descarrilamiento o la fuga de ideas, ya que en ellos el cambio de tema en el curso del pensamiento, se produce sin la cesación temporal de la actividad mental.

De acuerdo el SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry del 1994) de la OMS, la experiencia es pasiva, el paciente la padece, no la provoca (no es voluntaria), suele ser una experiencia dramática para quien la padece, sobre todo porque puede ocurrir de manera reiterada, lo que suele ser fuente de preocupación y motivar las consultas reiteradas con profesionales de la salud (WHO, 1994)

El curso del pensamiento abruptamente se detiene y luego de un lapso variable de tiempo, toma un curso totalmente nuevo que no se relaciona con el anterior (Hamilton, 1976; WHO, 1994). La detención puede durar algunos segundos, en ocasiones se puede prolongar y producir perplejidad (Solé Segarra y Leonhard, 1957). Hay que distinguir el *bloqueo del pensamiento* del *robo de pensamiento*, en este último el paciente siente que sus pensamientos son extraídos por una fuerza exterior, en cambio en el bloqueo el paciente siente que sus pensamientos se detienen o desaparecen.

Paul Guiraud (1956), lo define como: “*una detención brusca del curso del pensamiento*” y describe: “*el enfermo cesa bruscamente de pensar y de hablar y adopta una actitud restringida, unos instantes después el curso de las ideas se restablece*” (Guiraud, 1956).

Resulta importante evaluar el posible diagnóstico de epilepsia, ya que, en las crisis de ausencia, los pacientes se detienen y a pesar de que en general el tono postural no se modifica, en algunos casos puede producirse una caída lenta de la cabeza o extremidades o que suelten algún objeto que tenían en las manos. En ocasiones las crisis de ausencia pueden acompañarse de manifestaciones motoras como un parpadeo rítmico, rotación hacia arriba de los ojos, movimientos bucales de chupeteo, masticación o de síntomas autonómicos (Asconape y Gil-Nagel, 2004). La ausencia de manifestaciones motoras no excluye el diagnóstico de epilepsia, ya que no siempre están presentes, por lo que la realización de un estudio electroencefalográfico puede ser en general recomendable.

El síntoma ha sido descrito en pacientes psicóticos, en pacientes con demencias, epilépticos (crisis de ausencia), en síndromes confusionales y con trastornos orgánicos,

aunque estos no son los únicos diagnósticos donde puede llegar a presentarse (Tabla 30) (Tani e Iwanami, 2013; Garibi Pérez et al., 2000).

Exploración: El bloqueo del pensamiento puede explorarse durante la entrevista, se considera positivo, cuando el paciente se detiene inesperadamente en el medio de una frase y luego de un periodo variable de silencio, retoma la conversación, pero con un tema diferente al anterior.

Tanto la información obtenida a través de la anamnesis indirecta, como la información subjetiva del paciente pueden ser de importancia para establecer la presencia de este signo.

La evaluación de síntomas motores asociados es muy importante y también la realización de estudios neurofisiológicos (ej. electroencefalograma), así como la de otros estudios anatómicos y funcionales cerebrales (ej. Tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, tomografía computarizada por emisión de fotón único), para descartar la presencia de otras posibles causas neurológicas.

Tabla 30. Diagnósticos Asociados al Bloqueo del Pensamiento

<u>Bloqueo del pensamiento, causas:</u>	
Psicosis ^a	Esquizofasia (Leonhard, 1957) ^c
Esquizofrenia ^b	
Catatonía ^d	Trastorno esquizoafectivo ^b
Demencias ^a	
Epilepsia ^e	Síndromes confusionales ^a
Parkinson ^a	

^aTani y Iwanami, 2013; ^bCuesta y Peralta, 2011; ^cKirov, 1990; ^dJellinek et al., 2010; ^eGaribi Pérez et al., 2000.

PENSAMIENTO PROLIJO O MINUCIOSO (PROLIJIDAD O MINUCIOSIDAD PENSAMIENTO SOBREINCLUSIVO)

El pensamiento se pierde minuciosamente en detalles sin importancia y no persigue con esfuerzo una meta (Scharfetter, 1980). El paciente no puede extraer los aspectos esenciales de un asunto, para cumplir un objetivo o para responder una pregunta, por lo que se extiende en innumerables detalles insignificantes, que no hacen al relato por lo que tanto su pensamiento como su relato, se hacen extensos y en ocasiones se pierde el sentido y el eje del pensamiento. Por ejemplo, al preguntarle a un paciente como vino a la consulta, esperando que este responda, en auto o en ómnibus, este realiza el siguiente relato: Abrí la puerta de mi casa, caminé 18 pasos hasta la vereda, saludé al vecino, que es un hombre muy atento y respetuoso, morocho y de ojos oscuros, caminé por una calle muy transitada donde vi a gente muy bien vestida y llegué a la esquina donde vi un taxi de color amarillo que era conducido por un hombre de aspecto muy serio, hice señas a ese taxi y me subí... El relato del paciente en ocasiones no concluye, dado que debe ser interrumpido por el entrevistador porque resulta extenso y la información obtenida, poco relevante.

Cameron en 1939 utilizó el término *pensamiento sobreinclusivo* para referirse a la dificultad del paciente para mantenerse dentro de los límites conceptuales habituales y

la tendencia a incluir en los conceptos propios elementos que no son esenciales, o bien que son irrelevantes, el mismo fue aplicado por el autor para describir uno de los aspectos característicos del trastorno formal del pensamiento de los pacientes esquizofrénicos (Cameron, 1939).

Harrow y colaboradores en 1972 clasificaron al pensamiento sobreinclusivo que se presentaba en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en tres variedades diferentes, destacando en ellas la capacidad de incorporar conceptos en diferentes áreas de funcionamiento a partir de un incremento de la capacidad asociativa, destacándose la *sobreinclusión comportamental* y la *conceptual*, que presentan aumentos de los elementos que se incorporan respectivamente en el área de la actividad y la del pensamiento. El tercer tipo, al que denominaron *sobreinclusión de estímulos* se caracteriza por la inclusión de elementos ambientales irrelevantes al contenido del lenguaje y del pensamiento, que no es más que el resultado de la distractibilidad, asociada a la incapacidad de determinar cuáles son los estímulos relevantes (Harlow, 1972). Esta última variante en ocasiones parece estar asociada al síndrome de dependencia ambiental, en el que el paciente, es incapaz de inhibir con éxito, estímulos ambientales irrelevantes que se incorporan en el curso de su pensamiento.

Si bien, en ocasiones nos puede costar distinguir la prolijidad o minuciosidad del pensamiento sobreinclusivo, los términos no pueden ser utilizados indistintamente como si se tratase de conceptos iguales, ya que en el primero los elementos incorporados se refieren directamente al concepto principal, pero constituyen detalles insignificantes que podrían ser eliminados sin que cambiara sustancialmente el contenido general del pensamiento, su incorporación no afecta la comprensibilidad, mientras que en la sobreinclusión conceptual los elementos incorporados en ocasiones no están relacionados con el tema principal y cuesta encontrar el elemento vinculante con las ideas centrales, por lo que resulta relativamente frecuente que se produzca al menos un cierto grado de disgregación tanto del pensamiento, como del lenguaje.

Es común que la prolijidad o minuciosidad se presente en pacientes con retrasos mentales, ya que les resulta dificultoso o aun imposible extraer lo esencial del asunto, pero también se observa en pacientes epilépticos y en pacientes con demencias (Betta, 1981). En el caso de los epilépticos suele existir una morosidad y viscosidad en el pensamiento y en el lenguaje, debido al trastorno de la personalidad propio de la enfermedad, que a veces se acompaña de crisis de ausencias y el temor de presentar una crisis y perder el hilo de la conversación, lo cual determina que el paciente realice largas descripciones de detalles banales, que sin abandonar el objetivo, prolonga la evolución de la descripción más allá del tiempo lógico y a veces más allá de la tolerancia del interlocutor.

Si bien el pensamiento sobreinclusivo fue descrito inicialmente en pacientes esquizofrénicos, existen reportes de autores que lo asocian a otros diagnósticos como es el caso de la enfermedad de Alzheimer (Tabla 31) (Doughty, 2009).

Exploración: Se explora a través de la entrevista, pudiendo surgir en el discurso espontáneo del paciente, o a través del interrogatorio. No se suelen hacer preguntas específicas para establecer su presencia; pero en cualquier pregunta que incluya aspectos personales del paciente se puede hacer evidente el mismo. Por ejemplo, si le preguntamos al paciente: ¿Cómo vino usted a la consulta? Este puede pasar varios minutos relatando cada detalle de la experiencia extenderse durante varios minutos en la descripción de detalles irrelevantes.

Se considera presente al síntoma, cuando el paciente abunde en detalles menores y describa paso a paso los elementos componentes, sin preocuparse por llegar al objetivo que, en muchas ocasiones, no alcanza nunca debido a lo extenso de su relato.

Tabla 31. Diagnósticos Asociados al Pensamiento Prolijo

<u>Pensamiento prolijo, causas:</u>			
Esquizofrenia ^a	Trastorno bipolar ^b	Retrasos	
mentales ^{b,c}	Epilepsia ^c	Demencias ^c	

^aCameron, 1939; ^bBleuler, 1924; ^cBetta, 1981

RIGIDEZ DEL PENSAMIENTO

Se denomina así a la persistencia de una idea, o un grupo de ideas, que permanecen de manera anormal, de manera que el curso del pensamiento del paciente se mantiene inmodificable a pesar de las situaciones que lo rodean, haciendo muy difícil que el paciente modifique dicho curso. Se adhiere a la idea con inexplicable tenacidad, la cual desencadena en acciones que se corresponden de manera directa (Pereyra, 2000). Los pacientes se aferran tan fuertemente a sus pensamientos, que llegan a hacer imposible abordar otros temas tanto durante el interrogatorio, como en los demás aspectos de su vida.

Las personas cercanas con los pacientes se quejan frecuentemente a causa de este síntoma, ya que pueden incorporar un asunto y no abandonarlo en días, resultando muy molesto para todos los que conviven con ellos.

Es un fenómeno que se puede confundir con la pobreza del contenido del pensamiento, pero esta última carece de una producción ideativa variada, es decir que el contenido del discurso es muy pobre, mientras que, en la rigidez del pensamiento, el lenguaje no está afectado y la existencia de otros contenidos del pensamiento es evidente, aunque el paciente se aferre a unos pocos de ellos con tenacidad.

La rigidez del pensamiento suele hacerse extensiva a las conductas del paciente. Los pacientes pueden reiteradamente concurrir incansablemente a la guardia de una institución realizando las mismas consultas y realizar los mismos comentarios en forma persistente. Los pacientes parecen adoptar una actitud terca e irreflexiva cuando se intenta hacer preguntas que no se relacionan con la temática de la que ellos hablan y si se logra que respondan, lo hacen concisamente y regresan al otro tema lo antes posible.

Se diferencia de la perseveración en que esta última no condiciona los actos y solo condiciona la expresión de la idea perseverante (perseveración del lenguaje) (Pereyra, 2000).

Si bien la observación es llamativa, existen pocos reportes de rigidez del pensamiento en la literatura médica moderna. Ha sido descrita en pacientes esquizofrénicos y en pacientes con patologías orgánicas, dentro de las que se encuentran la epilepsia y la corea de Huntington entre otras, así también en retrasos mentales (Tabla 32) (Pereyra, 2000; Hunger, 1983; Redondo-Vergé, 2001).

Exploración: La rigidez se explora a través del interrogatorio y de la observación, en el primero resulta imposible hacer que el paciente abandone su idea y el dialogo se torna dificultoso cuando no imposible. El paciente no responde las demás preguntas y solo aborda con tenacidad los temas que se asocian a la idea que sostiene primariamente. Para facilitar la evaluación, si se sospecha la presencia de rigidez, se sugiere, interrumpir de manera reiterada al paciente, con preguntas que no se relacionen directamente con el tema sobre el que está explayándose y observar su respuesta a las interrupciones. Típicamente el paciente con rigidez del pensamiento, no se aparta de su discurso, o lo hace solo de manera momentánea, con respuestas breves y retoma el tema lo antes posible.

Esto mismo se puede observar de manera objetiva, ya que las conductas del paciente reflejan la persistencia de la idea en sus actos.

Tabla 32. Diagnósticos Asociados a la Rigidez del Pensamiento

<u>Rigidez del pensamiento, causas:</u>			
Esquizofrenia ^a	Epilepsia ^b	Corea de	
Huntington ^c	Retrasos mentales	Demencias	

^aPereyra, 2000; ^bHunger, 1983; ^cRedondo-Vergé, 2001.

VISCOSIDAD DEL PENSAMIENTO

Se denomina así a la alteración del curso del pensamiento caracterizada por: Lentitud, perseveración, minuciosidad, ampulosidad, rebuscamiento, pedantería, morosidad y en ocasiones rigidez (Pereyra, 2000). Es muy característica de este signo la adherencia, el paciente es incapaz de desprenderse de ciertas ideas, que persisten ya sea en la esfera volitiva, afectiva como en la de la conducta.

Suelen ser pacientes poco adaptables y de difícil convivencia; pudiendo, en ocasiones, transformarse hasta las menores interacciones en experiencias insostenibles para las personas que los rodean.

Estos pacientes inician fácilmente el diálogo y lo sostienen de manera incesante, en ocasiones toman de la mano al entrevistador al saludarlo y no lo sueltan hasta que han expresado su pensamiento de manera lenta, completa y minuciosa, lo que suele llevarles un tiempo considerable.

La presencia de viscosidad es una de las características clínicas de la personalidad epiléptica, pero puede presentarse también en pacientes con retrasos mentales y en esquizofrénicos, en especial en las formas hebefrénicas (Leonhard, 1957).

Exploración: La evaluación de la viscosidad debe tener en cuenta sus aspectos subjetivos y objetivos: Por un lado, los aspectos subjetivos, como es el enlentecimiento y la incapacidad de deshacerse de una idea, pueden ser evaluados durante el interrogatorio, pudiendo preguntarle al paciente: ¿Nota usted que sus pensamientos se han enlentecido? Y también: ¿Nota usted que le resulta difícil desprenderse de algunas ideas?

Por otra parte, la evaluación de los aspectos objetivos surge también de la anamnesis directa o indirecta. Durante la entrevista, espontáneamente, o luego de realizar

una pregunta inespecífica, se hacen evidentes en el discurso del paciente, la lentitud, la perseveración y la persistencia de algunos pensamientos. Fuera de estos elementos, pueden presentarse aspectos del lenguaje y la conducta que marcan con mayor claridad su presencia, como es la ampulosidad, la monotonía del lenguaje y la morosidad.

Si bien en ocasiones la anamnesis indirecta nos permite identificarla, la observación del paciente y la entrevista son los métodos que nos permiten determinar su presencia con mayor certeza.

PERSEVERACION DEL PENSAMIENTO

También conocida como *perseveración*, se utiliza el término para referirse a la presencia persistente en el pensamiento, de palabras, frases u oraciones, que fueron relevantes momentos antes, pero cuyo sentido y pertinencia han cesado.

El término fue introducido y estudiado por Neisser (1895), luego Goldstein (1948) la describió como la incapacidad de inhibir un pensamiento previo (Neisser, 1895; Goldstein, 1948). Actualmente, reciben la misma denominación el trastorno del lenguaje y de la actividad, que se caracterizan por la persistencia de palabras o frases en el primer caso y conductas o movimientos en el segundo. En la perseveración del pensamiento, la misma idea que fue relevante a la conversación, es reiterada en varias ocasiones. A veces no se repiten las mismas palabras exactamente, pero el paciente parece incapaz de abandonar el tema que es repetido con algunas variaciones (Mira y López, 1952; Hamilton, 1976).

Paul Guiraud (1956), describe “*Nosotros encontramos un estado de remanencia normal que mantiene durante un cierto tiempo una idea ya evocada en el campo de la conciencia*” y define a la misma como: “*La exageración de la remanencia normal*” (Guiraud, 1956).

Es importante diferenciar a las *estereotipias del pensamiento* de la *perseveración*, ya que en las primeras aparecen reiteradamente palabras o frases que se presentan sin relación a la situación o al contexto de la conversación, en cambio en la última, la reiteración de las palabras y frases se realiza más allá del punto en que eran relevantes al tema, pero mantienen esa relación de pertinencia y conexión que una vez tuvieron, tanto con el pensamiento, como con el lenguaje (Hamilton, 1976).

Resulta importante destacar que en todas las formas de perseveración, ya sea del pensamiento, de las sensaciones, de las actividades motoras, lo que fue relevante persiste apareciendo o realizándose, sin que exista un lapso de tiempo considerable entre la experiencia que fue relevante y la experiencia anormal, es decir que por ejemplo, la idea que se presentó de manera apropiada al contexto, continúa presentándose luego del momento en que fue adecuada, sin que exista una interrupción prolongada entre las dos instancias.

Fue descrita en ocasiones en sujetos normales (ej. estudiantes universitarios), coincidiendo con la descripción de Juan Carlos Betta (1981), que relacionó su presencia con el cansancio físico o el agotamiento (Vallejo Nágera, 1949; Betta, 1981; Persinger y Valliant, 1985).

También puede observarse en pacientes débiles mentales, en pacientes con demencias, en epilépticos y en pacientes psicóticos (en especial esquizofrénicos), o en

estados de intoxicación con alcohol, drogas de abuso y de psicofármacos (Betta, 1981). Frank Fish (1976) por su parte sostiene que la perseveración es casi patognomónica de los procesos orgánicos tanto focales como generalizados (Tabla 33) (Hamilton, 1976).

Exploración: Este fenómeno puede hacerse evidente a través del discurso del paciente, o a través del interrogatorio, en donde el paciente puede describir los aspectos subjetivos propios del mismo, o puede manifestarse de manera objetiva durante la entrevista.

Se considera presente, cuando el paciente, presenta ideas que fueron adecuadas al contexto que persisten en el curso de su pensamiento manifestándose en general en su discurso, cuando ya no son pertinentes a la situación o al contexto en el que se encuentra. El fenómeno se presenta inmediatamente después de la situación donde las ideas fueron pertinentes, sin que exista una interrupción entre las dos situaciones, la adecuada y la anormal.

Tabla 33. Diagnósticos Asociados a la Perseveración del Pensamiento

<u>Perseveración, causas:</u>	
Estados de fatiga física ^a	Esquizofrenia ^b
Trastorno depresivo mayor ^c	Trastorno obsesivo compulsivo ^d
Epilepsia ^a	Retrasos mentales ^a
Demencias (ej. Alzheimer, Pick) ^{a, e, f}	Trastornos orgánicos cerebrales focales ^{g, h}
Esclerosis lateral amiotrófica ⁱ generalizados ^g	Trastornos orgánicos cerebrales
Trastorno de déficit de atención (ADD/AADH) ^j	Autismo ^k
Intoxicaciones con sustancias de abuso ^a	Intoxicaciones con psicofármacos ^a
Intoxicación con alcohol ^a carbono ^l	Intoxicación por monóxido de

^aBetta, 1981; ^bCrider, 1997; ^cAlexopoulos et al. 2004; ^dOlley et al., 2007; ^eEngel y Grunnet, 2000; ^fKramer et al., 2002; ^gHamilton, 1976; ^hHirsh, 1970; ⁱKato et al.; 1994; ^jFischer et al., 2005; ^kRogel-Ortiz, 2005; ^lCohen, 1936.

ESTEREOTIPIAS DEL PENSAMIENTO

El término *estereotipia* fue introducido por Falret (1864) y proviene de las raíces griegas: *stereos* que se traduce como: fijo, duro, compacto y *tupos*: carácter (Guiraud, 1936; Dromard, 1905). Se denomina así, a la aparición reiterada de las mismas, palabras o frases, que se intercalan en cualquier parte del pensamiento habitual, con la característica particular, de que no participan ni tienen relación alguna con el tema, no interfieren ni desvían, su curso (Betta, 1981).

Las estereotipias verbales son consideradas la expresión en el campo del lenguaje de este trastorno del contenido del pensamiento, pero resulta importante diferenciar ambos fenómenos entre si, ya que en ocasiones los pacientes presentan manifestaciones en el campo del pensamiento que no son expresadas verbalmente.

Paul Guiraud (1936), destaca que, si bien el término fue introducido por Falret (1874) para referirse a las manifestaciones del lenguaje, posteriormente la utilización de este para referirse a las manifestaciones motoras estereotipadas se debe a Kahlbaum (1874), quien lo aplicó en su descripción de las alteraciones motoras de la catatonía (Kahlbaum, 1874; Guiraud, 1936). Algunos de los autores clásicos consideraron en forma más amplia al término y describieron que algunos pacientes presentaban estereotipias temáticas, es decir que si bien no reaparecían los mismos exactos contenidos, eran los temas los que se reiteraban (Kraepelin, 1990).

Conviene aclarar que las estereotipias se diferencian de la perseveración, en el hecho de que esta última, se caracteriza por la repetición de palabras o frases, que participaron inmediatamente antes en el pensamiento del paciente y que persisten más allá del punto donde eran relevantes, en cambio las estereotipias, no tienen conexión con las actividades del pensamiento del paciente, es decir que no fueron relevantes en ningún momento.

Así también, podemos decir que las estereotipias no entorpecen el curso del pensamiento, mientras que la perseveración, lo dificulta progresivamente (Betta, 1981).

Por ejemplo, la presencia de una idea estereotipada como “debo ser libre”, en el siguiente fragmento del pensamiento de un paciente, puede en ocasiones simular un cierto grado de pertinencia, pero su frecuencia o localización hacen que resulte llamativa y rápidamente identificable como un fenómeno anormal: “Hoy tengo que ir al médico, *debo ser libre*, para pedir el *debo ser libre* turno, tengo *debo ser libre* que llamar a mi madre por teléfono, *debo ser libre*”. Conviene aclarar que en este texto se ha mostrado una forma severa para hacer su presencia más clara, pero en ocasiones su forma de presentación puede variar desde esta forma extrema que torna dificultoso el conservar el curso del pensamiento en la dirección inicial, hasta una presencia tan esporádica que llega a ser interpretada como un modismo personal cuya identificación como un fenómeno anormal por parte del paciente puede ser muy difícil, por lo que suele ser importante ante la sospecha de su presencia, explorarlas específicamente durante el interrogatorio.

Las estereotipias del pensamiento han sido observadas en pacientes con diagnósticos psiquiátricos y neurológicos como la esquizofrenia, el trastorno depresivo mayor, el autismo, las demencias, las afasias globales y el síndrome del cromosoma X-frágil (Tabla 34) (Morrens et al., 2006; Guiraud, 1936; Snowden et al., 2012; Jodar Vicente et al., 2005; Klin, 2006.).

Exploración: Este fenómeno puede hacerse evidente durante la entrevista con el paciente, en donde el paciente puede describir espontáneamente los aspectos subjetivos propios del mismo.

Se considera presente, cuando el paciente, refiere la aparición repetitiva de las mismas, palabras o frases, en cualquier parte del pensamiento habitual, sin participar ni tener relación alguna con su temática, sin interferir ni desviar su curso.

Tabla 34. Diagnósticos Asociados a las Estereotipias del Pensamiento

<u>Estereotipias, causas:</u>	
Esquizofrenia ^a	Trastorno depresivo mayor ^b
Demencias ^c	Afasias Globales ^d

^aMorrens et al., 2006; ^bGuiraud, 1936; ^cSnowden et al., 2012; ^dJodar Vicente et al., 2005; ^eKlin, 2006.

PENSAMIENTO TANGENCIAL

Es también descrito muy frecuentemente como una forma de alteración específica del lenguaje (ver capítulo de semiología del lenguaje). Se define como: un trastorno del pensamiento en el cual, a pesar de que existen asociaciones sólidamente encadenadas, nunca llega al objetivo porque el paciente reiteradamente se va por la tangente (Jaspers, 1968; AMDP; 1980; Ban, 1989). La principal diferencia con el pensamiento circunstancial es que, en el pensamiento tangencial, el objetivo nunca es alcanzado (Taylor, 1981). A pesar de que el paciente aparentemente sigue un objetivo determinado otro tópico o algo completamente diferente es traído a colación y hace que nunca pueda llegar a alcanzarlo (AMDP, 1980). Los tópicos que el paciente aborda están siempre al margen del tema principal, que nunca queda bien definido (Capponi, 1987).

Los pacientes suelen tener dificultades para describir este síntoma, sin embargo, su presencia puede inferirse por frecuentes respuestas tangenciales u oblicuas, como es el caso de sí se le pregunta la edad y responde soy joven, la respuesta fue casi correcta, se aproximó a lo que se intentaba conocer, pero no fue suficiente. La diferencia más importante con las pararespuestas radica en que estas últimas, la temática de las respuestas es marcadamente diferente a lo que se preguntó, por ejemplo, al preguntarles la edad, ellos responden vivo en Argentina.

Ha sido descrito característicamente en la pseudodemencia histérica, pero puede presentarse también en pacientes esquizofrénicos agudos y crónicos (descrito también en las formas catatónicas), así como en algunos cuadros orgánicos cerebrales (Tabla 35) (Hamilton, 1976).

Exploración: este fenómeno resulta fácilmente identificable a través del interrogatorio, ya que el paciente suele responder de manera tangencial cualquier pregunta, es decir, nunca da una respuesta directa a las preguntas que se le realizan, sino que lo hace con frases cuyo significado se aproxima a su contenido, pero que no puede reemplazarlo completamente. Este fenómeno que es propio del área del lenguaje puede hacernos inferir la presencia del mismo signo en el área del pensamiento, aunque en raras ocasiones, es el paciente quien describe la experiencia subjetiva sin que resulte notorio durante la entrevista.

Tabla 35. Diagnósticos Asociados al Pensamiento Tangencial

Pensamiento tangencial, causas:	
Histeria (pseudodemencia histérica) ^a	Esquizofrenia ^a
Síndrome de Ganser ^b	Catafasia ^c
Infartos cerebrales (ej. arteria cerebral media) ^d	Infartos talámicos ^e

^aHamilton, 1976; ^bAndersen et al., 2001; ^cPfuhmann et al., 1998; ^dWirtz et al., 2008; ^eFukatsu et al., 1997.

PENSAMIENTO CIRCUNSTANCIAL (PENSAMIENTO VAGO)

Es un trastorno del pensamiento, en el cual se observa un abundante flujo de ideas, todas correctamente relacionadas entre si, si bien la elaboración redundante en detalles insignificantes y el paciente se aleja, dando rodeos de la idea que desea transmitir, en varias ocasiones, al final logra llegar a cumplir su objetivo (Capponi, 1987).

También se denomina, *pensamiento vago*, ya que el paciente usa las palabras de manera tan vaga y poco concreta que en ocasiones puede resultar imposible saber lo que intenta decir. La misma palabra, puede ser usada con algunos de los diferentes significados que tiene y cualquier intento para dilucidarlo, resulta en nuevas frases vagas que hace que la conversación vaya de un punto a otro infructuosamente (Pethö y Ban, 1989).

Es similar al pensamiento prolijo o minucioso, pero en este último, el paciente no da rodeos, sino que describe de manera excesivamente detallada todos los aspectos del tema, que avanza, pero de manera lenta y monótona. Entrevistar a un paciente con este síntoma puede resultar en ocasiones frustrante, ya que a pesar de que parece claramente entender las preguntas, no responden de manera directa si no que traen a colación otro tópico completamente distinto (AMDP, 1980). Este trastorno es característico de la esquizofrenia, si bien puede presentarse en otros cuadros psicóticos y retrasos mentales (Tabla 36) (Mazumdar et al., 1988; Kirov, 1990; Koyama y Kurita, 2008; Benson, 1991; Hoepfner et al., 1987; Bear et al., 1982).

Exploración: Se realiza típicamente durante la entrevista. En el discurso espontáneo del paciente, se observan gran cantidad de ideas, que se relacionan correctamente entre si, pero da demasiados detalles y se aleja permanentemente de los objetivos que intentaba expresar inicialmente. Al preguntarle al paciente este suele dar excesivos detalles y explicaciones, pero nunca responde a la pregunta, en definitiva.

Tabla 36. Diagnósticos Asociados al Pensamiento Circunstancial

<u>Pensamiento circunstancial, causas</u>	
Esquizofrenia ^a	Esquizofasia ^b
Retrasos mentales	Síndrome de Asperger ^c
Trastorno generalizado del desarrollo ^c	Síndrome de Geschwind ^d
Epilepsia (ej. epilepsia temporal) ^{e, f}	

^aMazumdar et al., 1988; ^bKirov, 1990; ^cKoyama y Kurita, 2008; ^dBenson, 1991; ^eHoepfner et al., 1987; ^fBear et al., 1982.

TRASTORNO FORMAL DEL PENSAMIENTO

El término *trastorno formal del pensamiento* según Frank Fish (1976) puede ser considerado un sinónimo de los trastornos del pensamiento conceptual o abstracto que se ven con más frecuencia en la esquizofrenia y los trastornos orgánicos del cerebro (Casey

y Kelly, 2007). El concepto ha sido utilizado de forma incorrecta y no se ha entendido bien. Primero, a menudo se lo ha tratado como si fuera un trastorno unitario, pero en realidad está compuesto por una serie de diferentes alteraciones del pensamiento que son conceptualmente divergentes y no siempre están correlacionadas en el mismo paciente, como *pobreza de pensamiento* y *debilitamiento de las asociaciones* (Mazumdar et al., 1988).

La literatura sobre los trastornos del pensamiento tradicionalmente combina los conceptos de trastornos del pensamiento con trastornos del lenguaje, si bien reconoce que el trastorno formal del curso es consistente con el diagnóstico de esquizofrenia, no es patognomónico de la misma, pudiendo presentarse en otros diagnósticos (Taylor y Vaidya, 2009). Sin embargo, resulta importante tener en cuenta que, según Faber, et al (1981), las anormalidades del pensamiento que ellos observaron fueron significativamente más frecuentes en los pacientes esquizofrénicos, que en los pacientes depresivos y maníacos (Faber et al., 1981).

Algunos de los autores que abordaron el tema describieron diferentes alteraciones que se presentaron como parte del trastorno formal del pensamiento, citaremos algunos de los más representativos y revisaremos algunas de las manifestaciones descritas por ellos en la siguiente tabla (Tabla 37).

Si bien para Emil Kraepelin (1899) la alteración del pensamiento era uno de los síntomas nucleares de la *dementia praecox*, fue Eugen Bleuler (1911) quien le dio capital importancia al concepto de trastorno formal del pensamiento, ya que consideraba que uno de los síntomas fundamentales de la esquizofrenia era el debilitamiento de las asociaciones entre las ideas, caracterizado por procesos de condensación, desplazamiento, interceptación, pensamiento estereotipado y mal uso de los símbolos (Bleuler, 2011; Cuesta y Peralta, 2011). Según él en la condensación, muchas ideas se combinaban en un concepto, en el desplazamiento los pacientes toman nuevas líneas de pensamiento, mientras que el uso incorrecto de los símbolos implicaba el uso de los aspectos concretos del símbolo en lugar del significado simbólico (“pensamiento concreto”) (Bleuler, 2011). Otro aspecto destacado por el autor es la tendencia a repetir las ideas reiteradamente como si estuvieran atrapados en el mismo círculo de ideas, fenómeno que denominó pensamiento estereotipado (Bleuler, 2011).

Según Frank Fish (1962), un autor que se destacó por su profundo estudio de los trastornos formales del pensamiento fue Carl Schneider (1930), quien afirmó que se podían identificar cinco características del trastorno formal del pensamiento: *descarrilamiento*, *sustitución*, *omisión*, *fusión* y *conducción*. En el *descarrilamiento*, el pensamiento pasa a un pensamiento subsidiario, mientras que, en *sustitución*, un pensamiento principal es cambiado por un pensamiento subsidiario. La *omisión* consiste en la supresión sin sentido de un pensamiento o parte de él. En la *fusión*, elementos heterogéneos del pensamiento están entretejidos entre sí, mientras que en la *conducción* hay una mezcla desordenada de partes constituyentes de un pensamiento complejo. Estos trastornos si bien han sido claramente conceptualizados de manera teórica, puede resultar difícil diferenciarlos uno de otro, en el entorno clínico (Fish, 1962).

Así también agrega que el mismo autor describe tres tipos de alteraciones del pensamiento que surgen de la presencia y combinación de las cinco características antes descritas, estas son el *pensamiento transitorio*, *pensamiento involuntario* (desultory) y pensamiento inconexo (drivelling).

El *pensamiento transitorio* se caracteriza por descarrilamientos, sustituciones y omisiones; en el *pensamiento involuntario* el habla es gramaticalmente correcta, pero ideas simples repentinamente se abren paso de vez en cuando, y por último, en el *pensamiento inconexo* (o sin sentido) el paciente tiene un esquema preliminar de un pensamiento complicado con todos los detalles necesarios, pero pierde la organización preliminar del pensamiento, de modo que todas las partes constituyentes se confunden (Casey y Kelly, 2007).

Norman Cameron (1951), por su parte introdujo nuevas descripciones con sus correspondientes denominaciones, por ejemplo, utilizó el término *lenguaje asindético* para describir la escasez de conexiones causales válidas, que llevaba a que el discurso fuera la combinación semi-organizada de oraciones bien estructuradas, pero que poseían una conexión muy débil entre sí; utilizó el término *sustitución metonímica* para describir ciertas aproximaciones imprecisas del lenguaje donde un término o frase era reemplazado por uno menos preciso o adecuado (Cameron, 1951). Por ejemplo, un paciente afirmaba que “ingería menú tres veces al día”, donde la palabra “menú” reemplazaba a la palabra “alimentos” (al intentar expresar que: “ingería alimentos tres veces al día”).

También describió una alteración a la cual denominó *sobreinclusión* caracterizada como la “*marcada dificultad del paciente para mantenerse dentro de los límites conceptuales habituales y la tendencia a incluir en los conceptos propios elementos que no son esenciales, o bien que son irrelevantes*” (Cameron, 1951). Por último, introdujo el término *interpenetración de temas*, para referirse a las intrusiones que suelen presentar los pacientes esquizofrénicos de temas externos que se intercalan en el curso usual del pensamiento (Cameron, 1951).

Kurt Goldstein (1951) puso énfasis sobre la pérdida de la capacidad de abstracción en pacientes con esquizofrenia, que conduce a un *pensamiento concreto*, que ellos no podían generalizar, y que las palabras dejaban de tener el significado generalmente aplicado (Cameron, 1951; Taylor y Vaidya, 2009). Todo esto se producía a pesar de que los pacientes conservaban su vocabulario casi indemne, esto según el autor nos permitiría diferenciarlo de los pacientes con trastornos cerebrales orgánicos (Goldstein, 1951).

Similar al concepto de pensamiento concreto fue el de *pensamiento subinclusivo* introducido por David Rapaport (1951), quien caracterizó al mismo como la tendencia a reducir los elementos conceptuales, tanto los poco relevantes como los esenciales. Por lo tanto, el resultado final es la reducción del capital ideativo, aunque en el pensamiento subinclusivo a diferencia del pensamiento concreto, algunos elementos esenciales pueden no estar presentes. El mismo autor luego de estudiar los fenómenos que componen al trastorno formal del pensamiento afirmó que “*hubo muchos intentos de explicar los trastornos del pensamiento mediante una teoría simple han resultado parciales o irrelevantes, este fenómeno complejo finalmente exigirá una explicación compleja*” (Rapaport, 1951).

Nancy Andreassen (1982), presentó y validó los criterios de los subtipos positivo, negativo y mixtos de la esquizofrenia, destacando que el trastorno formal del pensamiento era característico del síndrome positivo, junto con los delirios, alucinaciones y comportamiento persistentemente bizarro (Andreassen, 1982).

Luego en 1986 al presentar la escala TLC (Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication), en la que evaluaba las siguientes alteraciones formales del pensamiento y el lenguaje, la autora incorpora a las alteraciones del pensamiento y del lenguaje clasificándolas en dos grupos de acuerdo con las que ella considera

marcadamente patológicas o no; la escala consta de 18 ítems, más dos accesorios y permite evaluar la presencia y severidad de los fenómenos de forma cuantitativa, atribuyéndoles un puntaje más elevado cuanto más severa o frecuente sea la manifestación (Andreassen, 1982). Los hallazgos de Cuesta y Peralta (1993), sugirieron que las características clínicas del trastorno formal del pensamiento, evaluadas a través de escala introducida por Andreassen (TLC), podrían facilitar la realización del diagnóstico diferencial de pacientes esquizofrénicos, esquizofreniformes y esquizoafectivos y los de Mazumdar et al (1995), sugirieron que se podría diferenciar de igual manera las formas agudas de las crónicas de esquizofrenia (Cuesta y Peralta, 1993; Mazumdar et al., 1995).

Si bien el trastorno formal del pensamiento fue descrito inicialmente asociado a la esquizofrenia, luego se observó en otros diagnósticos psiquiátricos como por ejemplo los trastornos afectivos, en enfermedades neurológicas, como la epilepsia, así como a medicamentos y sustancias de abuso (Tabla 38) (Cuesta y Peralta, 1993; Pfuhlmann, 1998; Caplan et al., 1992; Adler et al., 1998; Vanwing et al., 2018).

Exploración: Debido a que son varios síntomas y signos los que componen al trastorno formal del pensamiento se pueden explorar de manera individual o a través de una entrevista semiestructurada. Para facilitar la evaluación Chen et al (1996), en el estudio de validación de la escala CLANG (clinical language disorder rating scale), sugirieron preguntarle a los pacientes: ¿Por qué usted piensa que algunas personas creen en Dios? Y presentaron varios ejemplos de alteraciones que pueden encontrarse en las respuestas de los pacientes, como por ejemplo: “La gente cree en Dios por los (asociación por consonancia)”, “gente Dios cree por vista por punto de mí (anomalías sintácticas)” (Chen et al., 1996).

Tabla 37. Trastorno Formal del Pensamiento:

<u>Principales Autores</u>	
<p>Eugen Bleuler (1911) Debilitamiento de las asociaciones Condensación Desplazamiento Mala utilización de los símbolos</p>	<p>Carl Schneider (1930) Descarrilamiento Sustitución Omisión Fusión Conducción Pensamiento transitorio Pensamiento</p>
<p>involuntario</p>	<p>Pensamiento inconexo</p>
<p>Norman Cameron (1951) Lenguaje asindético Sustituciones metonímicas Interpenetración Sobreinclusión</p>	<p>Goldstein (1951) Concretización</p>

Rapaport (1951)
Subinclusión (under-inclusion)

Andreassen (1986)

Más patológicas

Pobreza del lenguaje
Pobreza del contenido del lenguaje
Lenguaje a presión
Lenguaje distractible
Descarrilamiento
Tangencialidad
Incoherencia
Ilogicalidad
Asociación por consonancia
Neologismos
Aproximaciones del lenguaje

Menos patológicas

Circunstancialidad
Pérdida del objetivo
Perseveración
Bloqueo
Ecolalia
Lenguaje pretencioso
Autorreferencia

Tabla 38. Trastorno Formal del Pensamiento: Diagnósticos Asociados

Diagnósticos que cursan con trastorno formal del pensamiento:

Esquizofrenia ^a	Trastorno esquizofreniforme ^a
Trastorno esquizoafectivo ^a	Trastorno bipolar (ej. manía) ^b
Trastorno depresivo mayor ^c	Psicosis cicloides ^d
Demencias ^{e, f}	Trastornos del espectro
autista ^g	
Epilepsia (ej. crisis parciales complejas) ^h	Síndrome confusional ^e
Trastorno esquizotípico de la personalidad ⁱ	Parkinsonismo ^e
Afasia ^c	Enfermedad de Fabry ^j
Consumo de ketamina ^k	Tratamiento con omeprazol ^l

^aCuesta y Peralta, 1993; ^bTaylor y Abrams, 1975; ^cFaber y Reichstein, 1981; ^dPfuhlmann, 1998; ^eTani e Iwanami, 2013; ^fGossink et al., 2017; ^gSolomon et al., 2008; ^hCaplan et al., 1992; ⁱCaplan et al., 1990; ^jGairing et al., 2011; ^kAdler et al., 1998; ^lVanwing et al., 2018.

DISGREGACIÓN DEL PENSAMIENTO

Ha sido estudiada y descrita por Eugen Bleuler (1911) se denomina así a un tipo de pensamiento resultante de la pérdida de la coherencia lógica, el mismo es fraccionado en frases o grupos de ellas, que se enlazan entre sí de manera casual (Bleuler, 1911; Mira y López, 1952). El pensamiento parece fragmentado, despedazado y desorganizado (Mira y López, 1952). En ella no solo se encuentran interrumpidas o destruidas las conexiones

asociativas normales, sino que se superponen con ideas cuyos contenidos se encuentran muy alejados del sentido del resto del contenido del pensamiento (Mira y López, 1952).

Los pensamientos individualmente poseen una cierta coherencia interna, pero no tienen una sólida relación con los demás pensamientos asociados.

Esta alteración y varias formas similares fueron estudiadas por múltiples autores luego de la descripción de Bleuler (1911), por ejemplo Kraepelin que utilizó el término descarrilamiento para describir la alteración del curso del pensamiento en la que no se perdía la coherencia por completo porque existía una cierta conexión entre las ideas, mientras que Bleuler quien se había focalizado en el origen de este, a causa del debilitamiento de las asociaciones que es responsable de varios fenómenos y que eventualmente puede llegar a afectar la comprensibilidad (Bleuler, 2011).

Nancy Andreassen (1986) la define como un patrón del discurso espontáneo en el que las ideas se deslizan fuera del curso que llevaban a otro que esta claramente aunque, no directa sino oblicuamente relacionado. Así también, incorpora la descripción de este fenómeno en la escala TLC (Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication) y de acuerdo con la misma su severidad puede variar desde una forma leve en la que el fenómeno sucede una sola vez durante la entrevista de 50 minutos, hasta una forma extrema en la que sucede por lo menos diez veces, o se da tan a menudo que hace a la entrevista incomprendible (Andreassen, 1986).

Como dijimos anteriormente Norman Cameron (1951) introdujo el término pensamiento asindético, y lo utilizó para describir la escasez de conexiones causales válidas, que llevaba a que el discurso fuera la combinación semi-organizada de oraciones bien estructuradas, pero que poseen una conexión muy débil entre sí, debido a que el paciente no pudo ejercer las funciones de selección, restricción y ordenación necesarias para el proceso de pensamiento lógico, lo que dio lugar a una notable escasez de vínculos genuinamente causales en el habla. Esta alteración si bien la describimos como parte de los trastornos formales del pensamiento, determina como resultado un pensamiento que responde a las características generales de la disgregación del pensamiento (Cameron, 1951).

La disgregación del pensamiento se puede observar característicamente en las esquizofrenias desorganizadas en trastornos esquizoafectivos, en trastornos bipolares, en patologías orgánicas, en demencias (ej. enfermedad de Alzheimer, demencia por cuerpos de Lewy, en patologías toxicoinfecciosas), en retrasos mentales y autismo, en pacientes con síndromes confusionales, así como en pacientes alcohólicos crónicos (Tabla 39) (Mira y López, 1952; Harvey y Brault, 1986; Grove y Andreassen, 1985; Dager y Heritch, 1990; McMahon et al., 1991; Ghaziuddin et al., 1995; Lasser et al., 2004; Lipkovich et al., 2009; Escandon et al., 2010; Rathier y Baker, 2011).

Exploración: principalmente se realiza a través de la entrevista, la anamnesis directa permite a través del lenguaje, evidenciar la desorganización del pensamiento. A través de cualquier consigna que se le dé al paciente, que haga que el paciente se exprese en algún tema, nos permitirá evaluar la comprensibilidad de este y la estructura del lenguaje, e indirectamente del pensamiento.

Se considera presente cuando las frases conservan una cierta comprensibilidad, pero no se relacionan de manera clara con las demás frases asociadas en el curso del pensamiento.

Tabla 39. Disgregación del Pensamiento: Diagnósticos Asociados

Disgregación del pensamiento, causas:	
Esquizofrenia ^a	Trastorno esquizoafectivo ^{b, c}
Trastorno bipolar ^d	Alcoholismo crónico ^e
Demencias (ej. Alzheimer) ^f	Autismo ^g
Síndrome de Asperger ^g	Síndrome de Klinefelter
(47XXY) ^h	
Síndromes confusionales ⁱ	Síndrome confusional por
bupropion ⁱ	
Escleromixedema ^k	

^aHarvey y Brault, 1986; ^bLipkovich et al., 2009; ^cLasser et al., 2004; ^dGrove y Andreassen, 1985; ^eMcMahon et al., 1991; ^fEscandon, 2010; ^gGhaziuddin et al., 1995; ^hVan Rijn et al., 2009; ⁱRathier y Baker, 2011; ^jDager Heritch, 1990; ^kOchitill y Amberson, 1978.

INCOHERENCIA

Puede ser considerada una forma severa de debilitamiento de las asociaciones en la cual la ligereza del encadenamiento de los pensamientos es tan severa que produce una pérdida de las conexiones que dan significado al pensamiento. Lo que determina un pensamiento fragmentado e incomprensible. La fragmentación a su vez determina un lenguaje en el cual las palabras o frases son lanzadas arbitrariamente haciendo incomprensible el lenguaje e imposible la comunicación ordenada (AMDP, 1980). La incoherencia es considerada como el resultado de la anarquía del pensamiento, es la expresión del máximo desorden entre las partes constitutivas (Pereyra, 2000). Si la comparamos con la disgregación, en esta última un cierto grado de comprensibilidad es aún posible, mientras que en la incoherencia resulta absolutamente imposible entender lo que el paciente intenta comunicar, por lo que para algunos autores la incoherencia implica un nivel mayor de severidad que el de la disgregación, pero conviene aclarar que para otros autores son términos que pueden aplicarse indistintamente. Inicialmente Pritchard (1835), utilizó el término como sinónimo de demencia luego Joseph Guislain (1850), planteó que “*el loco responde con una serie de frases y palabras inconexas, la falla parece estar en el mecanismo que forma y combina las palabras antes que le sean confiadas a la lengua*” (Pritchard, 1835; Guislain, 1850).

Una de las formas de manifestarse el pensamiento incoherente es a través del lenguaje, la construcción de las oraciones presenta alteraciones (paragramatismo, parasintaxis etc.), se presentan alteraciones en el contenido (ej. neologismos) e incluso alteración en la formación de palabras, lo que puede hacer que el lenguaje se transforme en una mezcla incomprensible de sílabas y palabras (jergafasia, catafasia) (Scharfetter, 1980). La *incoherencia* se diferencia de la *fuga de ideas*, en la ausencia absoluta o casi absoluta conexión entre las ideas que se observa en la primera (AMDP, 1980).

Si bien suponemos que existe un correlato constante entre el pensamiento y el lenguaje, en ocasiones existe una disociación entre la desorganización del lenguaje (que indicaría indirectamente una desorganización del pensamiento) y la desorganización de la actividad motora voluntaria. Este fenómeno se observa según Karl Leonhard (1957) en

la *catafasia*, que se caracteriza porque el paciente presenta un lenguaje marcadamente desorganizado, pero conserva conductas organizadas y responde a las instrucciones que se le hacen, de manera correcta. Si presuponemos que, para realizar actos voluntarios ordenados, y secuenciados, debe existir un pensamiento ordenado, esto nos conduce a pensar que no es correcto vincular de manera automática, la desorganización del pensamiento, con la desorganización del lenguaje (Leonhard, 1957).

La incoherencia puede presentarse en algunas formas de esquizofrenia, en especial en las formas disgregadas y en la catafasia de Leonnard (1957) (una forma de esquizofrenia no-sistemática), en los síndromes confusionales, en las formas severas de manía, en patologías neurológicas (tumores en áreas del lenguaje), y en el consumo de sustancias (ej. inhalación de solventes orgánicos) (Tabla 40 y 41) (Leonhard, 1957; Hamilton, 1984; Harvey y Brault, 1986; Roy, 1979; Ozaki y Wada, 2001).

Exploración: La evaluación de la incoherencia se realiza principalmente a través de la entrevista, aunque en ocasiones puede ser establecida su presencia a través de la anamnesis indirecta (familiares, cuidadores o profesionales de la salud y auxiliares). La Incoherencia suele hacer que la entrevista sea imposible de realizarse, por el grado de anarquía del pensamiento y del lenguaje. Resulta importante evaluar la incoherencia de manera exhaustiva, ya que en ocasiones las conductas desordenadas o el lenguaje incoherente no son las expresiones directas de la incoherencia del pensamiento. Por lo que se sugiere realizar procedimientos de exploración del fenómeno, como son los siguientes: Dar instrucciones al paciente que tengan un grado de complejidad, que resultarían imposibles de ser realizadas por una persona absolutamente incoherente, como, por ejemplo: ¿Podría abrir la ventana?, “Tóquese la punta de la nariz con el dedo índice”, ¿Podría, por favor, escribir su nombre? Así también resulta importante observar al paciente, cuando este realiza sus tareas habituales, como por ejemplo comer o higienizarse, o simplemente mirarlo, cuando este no siente que está siendo observado.

Como en la disgregación del pensamiento, en la incoherencia del lenguaje y coherencia de las conductas se presentan dudas, acerca de si existe incoherencia de los pensamientos; este fenómeno puede observarse en algunas patologías neurológicas (tumores en áreas del lenguaje) que afectan el área de Wernicke, o en la catafasia de Leonhard (Leonhard, 1957; Huber et al., 1975).

Tabla 40. Incoherencia Diagnósticos Asociados

<u>Incoherencia, causas:</u>	
Esquizofrenia ¹	Catafasia de Leonnard (1957) ¹
Trastorno bipolar ²	Síndromes confusionales ³
Retrasos mentales (Microduplicación 3q29) ⁴	Trastorno borderline de la personalidad ⁵
Autismo ⁶	Encefalitis autoinmunes ⁷
Encefalitis herpética ⁸	Síndrome de Ramsay Hunt ⁹
Tumores ¹⁰	Lesiones cerebrales ¹⁰
Epilepsia ^{11,12}	

¹Leonhard, 1957; ² Harvey y Brault, 1986; ³Hamilton, 1984; ⁴Reis et al., 2020; ⁵ Szalai, 2021; ⁶Costa et al., 2017; ⁷Eppinga et al., 2019; ⁸Shoji, 2010; ⁹Hori et al., 1991; ¹⁰Roy, 1979; ¹¹Semel, 1987; ¹²Lindsbert et al., 2014.

Tabla 41. Incoherencia y sustancias de abuso

<u>Incoherencia, inducida por sustancias de abuso</u>	
Abuso de metanfetamina ¹	Abuso de cannabis ²
Abuso de solventes orgánicos ³	

¹Chen et al., 2012; ²Padhi et al., 2021; ³Ozaki y Wada, 2001.