

**Carlos A. Morra**  
**Psicopatología general.**  
**Semiología del pensamiento**

CAPÍTULO 12

TRASTORNOS DEL CURSO DEL PENSAMIENTO

**TRASTORNOS DEL CURSO DEL PENSAMIENTO**

Se denominan así a todas las posibles alteraciones tanto de la velocidad como de la forma en la que se encadenan las ideas, y a las fallas del reconocimiento de los pensamientos como propios.

Dentro de los trastornos del curso del pensamiento podemos considerar que se encuentran comprendidas las alteraciones de:

- La velocidad del pensamiento
- La continuidad y estructura general del pensamiento
- La posesión del pensamiento (o pérdida de los límites del yo)

a continuación, describiremos a cada una de ellas:

**TRASTORNOS DE LA VELOCIDAD DEL PENSAMIENTO**

Se denomina de este modo a los cambios tanto subjetivos como objetivos, en la velocidad del pensamiento del paciente. Estos pueden ser clasificados en:

Pensamiento enlentecido (disminución de la velocidad)

Pensamiento acelerado (aumento de la velocidad)

Pensamiento a presión (aumento de la velocidad + superposición)

Fuga de ideas (aumento de la velocidad + debilitamiento interno)

A continuación, describiremos brevemente a cada uno de ellos.

## **PENSAMIENTO ENLENTECIDO (BRADIPSIQUIA)**

También se lo denomina *retardo del pensamiento* y se puede definir como un enlentecimiento general de los procesos intelectuales y del curso del pensamiento (Porot, 1960; Hamilton, 1976). Subjetivamente, el paciente percibe la lentitud y la dificultad consiguiente para ordenar sus pensamientos, para tomar decisiones, para concentrarse y para mantener el diálogo, en comparación a la velocidad que tenía habitualmente, en condiciones premórbidas. Objetivamente, el curso del pensamiento se vuelve lento y laborioso con un progresivo aumento en la demora del procesamiento de las ideas que se hace evidente a través de viscosidad y torpeza en el lenguaje, de esta manera como por la bradilalia en algunas ocasiones (AMDP, 1980).

En los casos más leves el enlentecimiento es solamente subjetivo y puede llegar a ser imperceptible para las demás personas, mientras que en los casos severos inevitablemente se manifiesta objetivamente, llegando a hacer dificultosas todas las interacciones con el paciente, hasta las entrevistas más breves.

Paul Guiraud (1956), describe: “*El curso del pensamiento se desarrolla de manera continua, sin cortes, pero con un gran enlentecimiento, el enunciado de cada sílaba se enlentece y se arrastra, el intervalo entre las palabras se prolonga*” (Guiraud, 1956).

Conviene aclarar que, si bien algunos autores como los anteriormente citados consideran que el retardo del pensamiento se manifiesta tanto subjetiva como objetivamente, el concepto de inhibición del pensamiento, que analizaremos a continuación, es utilizado por otros autores para describir las manifestaciones subjetivas del retardo, que se asocian en ocasiones a la presencia de pobreza del contenido del pensamiento.

El pensamiento enlentecido puede presentarse en pacientes deprimidos (depresiones monopares y bipolares), siendo la melancolía estúpida uno de los ejemplos de las formas más severas de enlentecimiento. En los cuadros de confusión mental (síndromes confusionales), en los cuadros demenciales, procesos orgánicos (tumores cerebrales), epilepsias, y en los retrasos mentales puede también ser observado (Tabla 22) (Baruk, 1959; Betta, 1981).

**Exploración:** se fundamenta en la evaluación de dos aspectos, el subjetivo, que se establece a través del interrogatorio, por ejemplo, si al preguntar: ¿Ha notado que sus pensamientos se han vuelto lentos recientemente? Si paciente responde afirmativamente, se agrega: ¿Podía usted describir con sus propias palabras lo que siente? Si el paciente hace referencia a que sus procesos intelectuales se han enlentecido, progresan con dificultad o se han tornado laboriosos, se considera que el síntoma está presente. En cuanto al aspecto objetivo, durante la entrevista, el entrevistador puede observar que el paciente se presenta enlentecido en su funcionamiento intelectual a través del enlentecimiento del lenguaje, la presencia de interrupciones, indecisión o dudas. El grado de enlentecimiento puede ser muy variable desde un grado muy leve, hasta uno severo, en el que resulta virtualmente imposible la realización de la entrevista.

La velocidad del pensamiento puede ser también evaluada objetivamente a través de estudios neuropsicológicos específicos, como es el caso de los tests cognitivos computarizados (ej. el Paced Auditory Serial Addition Test “PASAT”, Symbol Digit Modalities Test “SDMT”, Computerized Test of Information Processing “CTIP”), en los que puede compararse la velocidad de procesamiento del pensamiento del paciente con los parámetros estándar establecidos para su grupo etáreo y su nivel educativo (Walker et al., 2012).

**Tabla 22. Diagnósticos Asociados a la Bradipsiquia**

<b><u>Bradipsiquia, causas:</u></b>	
Trastornos depresivos <sup>a, b</sup>	Trastornos bipolares <sup>a</sup>
Síndromes confusionales <sup>a</sup>	Esquizofrenia <sup>c, c d, e</sup>
Trastornos mentales orgánicos (tumores) <sup>a</sup>	Demencias <sup>a</sup>
Hemorragia cerebral (por angioma cerebral) <sup>f</sup>	Infartos talámicos <sup>g</sup>
Epilepsias (ej. crisis de ausencias) <sup>a, h</sup>	Meningoencefalitis
autoinmune <sup>i</sup>	
Disfunción mesodiencefálica ortostática <sup>j</sup>	Tumores del SNC (ej. linfoma) <sup>k</sup>
Retrasos mentales <sup>l, m</sup>	Síndrome de Prader-Willi <sup>n</sup>
Síndrome de Angelman <sup>n</sup>	Autismo <sup>o, p</sup>
Síndrome del marcapaso <sup>q</sup>	Hipotiroidismo <sup>r</sup>
Crisis adrenal aguda <sup>s</sup>	Alcoholismo <sup>t</sup>
Tratamiento con ácido valproico <sup>u</sup>	

<sup>a</sup>Baruk, 1959; <sup>b</sup>Lemelin et al., 1996; <sup>c</sup>Payne, 1961; <sup>d</sup>Brébion et al., 2003; <sup>d</sup>Poliakov et al., 1979; <sup>e</sup>Cannizzaro et al., 2005; <sup>f</sup>Marcos Toledano et al., 2006; <sup>g</sup>Chávez-Valencia y Soto-Cabrera, 2010; <sup>h</sup>Ribacoba Montero et al., 1994; <sup>i</sup>López-Ariztegui et al., 2009; <sup>j</sup>Bijlenga et al., 2007; <sup>k</sup>Burgetova et al., 2008; <sup>l</sup>Betta, 1981; <sup>m</sup>Whittemore y Spitz, 1976; <sup>n</sup>Rittinger, 2001; <sup>o</sup>Teunisse et al., 2007; <sup>p</sup>Balázs, 1991; <sup>q</sup>Medziavichius et al., 2005; <sup>r</sup>Nifosi, 1998; <sup>s</sup>Loaiza-Bonilla et al., 2010; <sup>t</sup>Chamorro Fernández et al., 2011; <sup>u</sup>Masmoudi et al., 2000.

## PENSAMIENTO INHIBIDO

Se denomina así a la sensación de que el curso del pensamiento está siendo interferido (enlentecido) físicamente por una fuerza que no puede ser removida por más esfuerzo que se haga. La diferencia principal con el *pensamiento enlentecido* es que el *pensamiento inhibido* es una vivencia subjetiva, que provoca la perturbación del flujo del pensamiento, dicha fuerza resulta imposible de ser vencida (AMDP, 1980).

El desarrollo del concepto varía a lo largo de la historia, si bien surge de la escuela francesa, se destaca la descripción de Emil Kraepelin (1899) quien describe que: “*Los pacientes claramente sienten la resistencia contra la que deben luchar, pero a pesar del esfuerzo, no pueden vencer a la restricción y la dependencia que tienen sus pensamientos*”; y agrega luego que la resistencia puede ser atribuida a los cambios del estado de ánimo, que pueden ejercer un efecto inhibitorio aún en individuos sanos (Kraepelin, 1990). Posteriormente, describe que en casos extremos la restricción puede provocar la cesación de toda actividad intelectual y agrega: “*Los pacientes mismos, muy claramente perciben la resistencia contra la que deben pelear, no carecen de claridad mental (vigilancia), no están embotados o indiferentes como los pacientes que se tornan imbéciles, sin embargo, a pesar de los mayores esfuerzos no pueden lograr vencer la restricción o dependencia de sus pensamientos*” (Kraepelin 1990).

Aunque sería importante destacar que es un concepto que, adquirió especial relevancia luego de la descripción de Karl Jaspers (1913), quien sostuvo que: “*los pacientes describen lo que se observa objetivamente como enlentecimiento del pensamiento, como inhibición subjetiva*” (Jaspers, 1963).

Kurt Schneider (1936), afirma al referirse a este fenómeno: “*Aquí las ocurrencias son pocas, el pensamiento discurre lentamente y con dificultades, fracasando la tendencia final directriz*”, introduciendo a la descripción un nuevo elemento que no es tenido en cuenta por los demás autores citados: la falla para alcanzar el objetivo final (Schneider, 1944).

Resulta necesario aclarar que el concepto de inhibición del pensamiento que como dijimos anteriormente proviene originariamente de la escuela francesa difiere levemente del de la escuela alemana. En la psiquiatría gala se describe a la inhibición en general como: “*la suspensión o la obstaculización involuntaria de cualquier función psíquica o de un comportamiento*” que, en el caso particular de la inhibición del pensamiento, que Paul Guiraud (1956) denominó *inhibición intelectual*, se define como: “*la disminución de la productividad de las representaciones por déficit del vigor mental, las ideas surgen en pequeño número con intervalos de total improductividad*” (Guiraud, 1956; Tribolet y Shahidi 2005). Este concepto abarca tanto a la bradipsiquia como a la pobreza del pensamiento, de acuerdo con nuestro punto de vista actual.

Henri Ey y colaboradores, en su tratado publicado en 1965, describieron a la inhibición del pensamiento como *“una especie de freno que enlentece y entorpece la energía del pensamiento, dolorosamente concentrado en la melancolía”* (Ey, 1965).

Posteriormente, Christian Scharfetter (1980), la caracteriza como *“un frenado de todo pensamiento en el que, el discurso transcurre irregularmente, de manera laboriosa, con detenciones, como si hubiera una resistencia que se debe vencer”* y agrega: *“el impedimento de la velocidad, del contenido y del propósito de los procesos del pensamiento no se puede vencer aun si el paciente se esfuerza por hacerlo”* (Scharfetter, 1980). Claramente, establece la cercana relación que existe entre este trastorno del pensamiento con el lenguaje, describiendo que la inhibición intelectual se manifiesta objetivamente a través suyo (del lenguaje).

Por último, en el CODE-DD (1989) se modifica un concepto, se describe que la fuerza que no puede ser removida por más esfuerzo que se haga es vivenciada por el paciente como una fuerza exterior y al síntoma en general lo caracteriza como una vivencia subjetiva, en contraste con el pensamiento retardado, que es evaluable objetivamente (Ban, 1989).

La severidad puede ser muy variable y sus consecuencias también lo son, López Ibor (1980) describe que las formas leves le permiten al paciente llevar a cabo las actividades diarias casi sin dificultad, pero en las formas severas de inhibición, el paciente se sintió completamente detenido y refiere que las palabras que puede emitir son pronunciadas con extrema dificultad. El grado de obstrucción de las actividades diarias, así como el enlentecimiento de las funciones intelectuales y del lenguaje, pueden provocar considerables molestias al paciente (López Ibor, 1980).

Frente a la posibilidad de confundirlo con otros síntomas o signos, como es el caso del bloqueo y el retardo del pensamiento, conviene clarificar algunos aspectos que los diferencian. De acuerdo con Paul Guiraud (1956) *“La falta de vigor, la discontinuidad y la pobreza del pensamiento son las características de la inhibición intelectual”*, mientras que a la bradipsiquia la caracteriza: *“por un problema únicamente en el ritmo del pensamiento y no en su vigor”* y agrega: *“en el enlentecimiento el curso de las ideas se desarrolla de manera continua, sin cortes, pero con un gran enlentecimiento, cada sílaba se enlentece y se arrastra”* (Guiraud, 1956). Frank Fish (1962), por su parte sostiene que: *“El bloqueo del pensamiento debe diferenciarse del pensamiento inhibido, ya que este último la velocidad del curso del pensamiento se reduce de manera uniforme, mientras que en el bloqueo se enlentece y se producen detenciones de manera irregular”* (Fish, 1962).

Cuando mencionan al pensamiento inhibido algunos autores como bien explica Süllwold (1991) se refieren un fenómeno psicológico normal que debemos distinguir de los trastornos del pensamiento definidos psicopatológicamente. Las inhibiciones psicológicas normales del pensamiento se pueden subdividir en inhibiciones inducidas por el afecto (inhibiciones afectivas del pensamiento) y aquellas causadas por el pensamiento o conjuntos a los que la persona se encuentra habituada (inhibiciones habituales). En las inhibiciones afectivas del pensamiento, una persona que está en un estado de sobrecarga afectiva no puede

resolver un problema que, por su capacidad intelectual sería capaz de resolver fácilmente (Süllwold, 1991).

En cuanto a las causas que lo producen Karl Leonhard (1957), lo consideraba el tercer síntoma cardinal de la melancolía pura y destacando que conducía a tiempos prolongados de reacción (Leonhard, 1957). Fue descrito así también en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, así como en otros trastornos psicóticos (ej. trastornos delirantes), el mismo Kraepelin describió su presencia en trastornos depresivos severos, trastorno bipolar (al que se refería como locura circular) y pacientes con estupor epiléptico (Tabla 23) (Roesch-Ely et al., 2003; Kraepelin, 1990).

Los pacientes suelen referir que algo no los deja pensar y hace que sus pensamientos se vuelvan lentos, sin embargo el concepto de fuerza externa, ajena al sujeto, no es siempre lo que los autores franceses describían, ya que para ellos, la inhibición era una fuerza interna, que el paciente identificaba como propia, no ejercida por fuerzas externas, que ellos atribuían a los fenómenos de influencias o control del pensamiento (Guiraud, 1956).

**Exploración:** se realiza a través de la entrevista, siendo necesario para el diagnóstico del síntoma, que el paciente describa que siente que sus pensamientos están siendo enlentecidos por una fuerza externa a su psiquismo que le provoca dificultad para pensar. El paciente puede describir espontáneamente la sensación de enlentecimiento, o bien a través de las mismas preguntas que se hicieron para evaluar *pensamiento enlentecido*, pero se requiere preguntar: posteriormente: ¿siente usted que hay algo que le provoca este enlentecimiento de sus pensamientos?, siendo necesario en caso de responder afirmativamente preguntarle ¿Se trata de una fuerza conocida o desconocida por usted?, y luego solicitarle que nos explique con sus propias palabras, que es lo que siente.

Consideraremos presente al síntoma si el paciente describe sentir algún tipo de resistencia que le enlentece sus pensamientos no identificables como trastornos de la posesión del pensamiento (control del pensamiento, influencias del pensamiento, etc.).

### **Tabla 23. Diagnósticos Asociados al Pensamiento Inhibido**

<b><u>Pensamiento inhibido, causas:</u></b>	
Trastorno depresivo mayor <sup>a</sup>	Trastorno bipolar <sup>b</sup>
Esquizofrenia <sup>c</sup>	Trastornos delirantes
Síndrome Klinefelter (47XXY) <sup>d</sup>	

<sup>a</sup>Leonhard, 1957. p. 18; <sup>b</sup>Kraepelin, 1990. p. 102; <sup>c</sup>Roesch-Ely et al., 2003; <sup>d</sup>Van Rijn et al., 2009.

## **PENSAMIENTO ACELERADO (TAQUIPSIQUIA)**

Aumento de la velocidad del pensamiento en el que existe un flujo de ideas anormalmente rápido que suele manifestarse en ocasiones a través de un rápido flujo verbal (Capponi, 1987; Pethö y Ban, 1989). El ritmo de la asociación de ideas se acelera, las ideas se encadenan a una velocidad mayor de lo normal y al alcanzar cierto grado de aceleración, las asociaciones llegan a hacerse inestables y pueden fácilmente exponerse a la interferencia de estímulos exteriores (Betta, 1981).

Subjetivamente, los pacientes pueden referir que notan un grado variable de aceleración, pudiendo referir en ocasiones tal velocidad que les cuesta seguir el hilo de sus pensamientos, pudiendo llegar al pensamiento a presión o la fuga de ideas, mientras que objetivamente se puede manifestar a través de la aceleración del lenguaje, la taquilalia, que en ocasiones puede hacer que la entrevista sea dificultosa cuando no imposible.

Podemos decir que el grado de coherencia del pensamiento depende también, en cierta forma, del grado de aceleración de este, pudiendo el paciente con una marcada taquipsiquia llegar a la fuga de ideas, que puede afectar la comprensibilidad del pensamiento y del lenguaje.

Dentro del campo de las patologías psiquiátricas el pensamiento acelerado es típico de la hipomanía/manía, aunque también de las depresiones ansiosas, de los episodios mixtos, del déficit de atención y de los cuadros orgánicos, entre otros posibles diagnósticos (Tabla 24) (Hamilton, 1976). Existen múltiples publicaciones que sugieren la asociación de medicamentos y sustancias con cuadros hipomaníacos y maníacos en los que se observa aceleración del pensamiento (Tabla 25) (Cocores et al., 1987; Thacore y Shukla, 1976; Jain et al., 1992; Liegghio et al., 1988; Reddy et al., 1996; Weddington y Banner, 1986; McMillan, 1999).

**Exploración:** se basa en dos aspectos, el subjetivo, se evalúa a través del interrogatorio y el objetivo, que se observa durante la entrevista pudiendo evidenciarse que el paciente presenta acelerado su funcionamiento intelectual a través de la aceleración del lenguaje. El grado de aceleración puede ser muy variable desde un grado muy leve, hasta un grado tan severo, que hace absolutamente imposible la realización de la entrevista.

Si bien son dos los componentes evaluables, la presencia de cualquiera de los dos es suficiente para considerar positivo el síntoma.

**Tabla 24. Diagnósticos Asociados al Pensamiento Acelerado**

<b><u>Pensamiento acelerado, causas:</u></b>	
Trastorno bipolar (manía/hipomanía) <sup>a, b</sup>	Esquizofrenia <sup>c</sup>

Trastorno esquizoafectivo <sup>b</sup>	ADD/ADDH <sup>d</sup>
Trastornos depresivos (ej. ansiosas) <sup>e, f</sup> derecho) <sup>d</sup>	Lesiones cerebrales (hemisferio
Demencia frontotemporal <sup>g</sup>	

<sup>a</sup>Harvey y Brault, 1986; <sup>b</sup>Braden y Ho, 1981; <sup>c</sup>Braden y Ho, 1979; <sup>d</sup>Cocores et al., 1987; <sup>e</sup>Kirstein y Smith, 1980; <sup>f</sup>Akiskal et al., 2005; <sup>g</sup>Gigi et al., 2006.

**Tabla 25. Medicamentos y Sustancias de Abuso Asociados al Pensamiento Acelerado**

<b><u>Pensamiento acelerado, sustancias asociadas:</u></b>	
Abuso de cocaína <sup>a</sup>	Psicosis cannábica <sup>b</sup>
Antidepresivos <sup>c</sup>	Tratamiento con buspirona <sup>d</sup>
Tratamiento con alprazolam <sup>e</sup> metoclopramida <sup>e</sup>	Tratamiento con
Intoxicación por manganeso <sup>f</sup>	

<sup>a</sup>Cocores et al., 1987; <sup>b</sup>Thacore y Shukla, 1976; <sup>c</sup>Jain et al., 1992; <sup>d</sup>Lieghio et al., 1988; <sup>e</sup>Reddy et al., 1996; <sup>f</sup>Wedington y Banner, 1986; <sup>g</sup>McMillan, 1999.

### **PENSAMIENTO A PRESION**

Se denomina así a la abundante presencia de pensamientos que se presentan tan aceleradamente que parecen superponerse unos con otros y que generan marcadas molestias a los pacientes (AMDP, 1980; Pethö y Ban, 1989). Se podría decir, que constituye un nivel levemente menor de aceleración del pensamiento del que se observa en la *fuga de ideas*, ya que en esta última se puede alcanzar un cierto grado de alteración de la coherencia.



Los pacientes pueden describir que sus pensamientos se encuentran acelerados y que tiene tantas ideas en su mente, que les cuesta pensar con claridad ya que presenta una sucesión de ideas que se presentan incesantemente, de manera tumultuosa, sin mediar un mínimo lapso que las separe. Este fenómeno puede verse reflejado, en el área del lenguaje, por el *lenguaje a presión*, aunque no siempre ya que, en ocasiones, los pacientes con pensamiento a presión pueden permanecer callados, ensimismados en sus propios pensamientos.

Ha sido descrito en pacientes con cuadros afectivos (ej. bipolares), con cuadros psicóticos y luego del tratamiento con algunos medicamentos (ej. buspirona) (Tabla 26) (Tabla 27) (Harvey y Brault; 1986; Braden y Ho., 1979; Braden y Ho, 1981; Liegghio et al., 1988).

**Exploración:** Puede explorarse a través de la entrevista. Se le puede preguntar al paciente: ¿Nota recientemente que sus pensamientos se han acelerado al punto de superponerse unos con otros? Si el paciente responde de manera afirmativa se puede indicar que nos describa como lo experimenta, de la siguiente manera: ¿Podría usted describirme, con sus propias palabras, que es lo que siente? Si el paciente describe la presencia de elementos subjetivos que concuerdan con el pensamiento a presión (ideas aceleradas que se superponen entre si), se considera que el mismo está presente.

Si bien, no aporta datos acerca de la presencia del síntoma, se sugiere preguntar: ¿esos pensamientos que usted tiene, parecen tener sentido, o no?, la respuesta positiva o negativa no indica presencia o ausencia del síntoma, pero nos permite evaluar la posible presencia de otros elementos psicopatológicos, como son las rumiaciones y las ideas obsesivas, que pueden estar presentes, no afectando a este fenómeno, ya que se trata de alteraciones del contenido, no del curso del pensamiento.

**Tabla 26. Diagnósticos Asociados al Pensamiento a Presión**

<b><u>Pensamiento a presión, causas:</u></b>	
Trastorno bipolar (manía) <sup>a</sup>	Esquizofrenia <sup>b, c</sup>
Trastorno esquizoafectivo <sup>d</sup> <sup>d, e</sup>	Trastornos depresivos
ADD/ADDH <sup>f</sup>	

<sup>a</sup>Harvey y Brault, 1986; <sup>b</sup>Braden y Ho, 1979; <sup>c</sup>Braden y Ho, 1981; <sup>d</sup>Kirstein y Smith, 1980; <sup>e</sup>Akiskal et al., 2005; <sup>f</sup>Cocores et al., 1987.

**Tabla 27. Medicamentos y Sustancias de Abuso Asociados al Pensamiento Acelerado**

<u>Pensamiento a presión, sustancias asociadas:</u>	
Antidepresivos <sup>a</sup>	Tratamiento con buspirona <sup>b</sup>
Tratamiento con metoclopramida <sup>c</sup>	

<sup>a</sup>Jain et al., 1992; <sup>b</sup>Liegghio et al., 1988; <sup>c</sup>Weddington y Banner, 1986.

**FUGA DE IDEAS**

Aumento del número de ideas con un debilitamiento de la dirección interna u objetivo. Las ideas fluyen tan rápido que las frases o los pensamientos no se completan, debido a que el pensamiento continuamente se ve interrumpido por diversas asociaciones (Pethö y Ban, 1989). La fuga de ideas difiere de la taquipsiquia en que en esta última a pesar de la aceleración del pensamiento las conexiones internas están conservadas; así también la fuga de ideas difiere de la incoherencia en que, en esta última, la coherencia interna está completamente rota, por lo tanto, resulta imposible seguir la cadena de pensamientos del paciente.

En la fuga de ideas es posible, aunque a veces dificultoso, comprender el sentido de las palabras del paciente (Pethö y Ban, 1989; AMDP, 1980). Por otra parte, la incoherencia no requiere que exista aceleración del curso del pensamiento, mientras que la fuga de ideas sí. Para Emil Kraepelin (1899), *“la incoherencia que se presenta en la fuga de ideas se debe solamente a la incapacidad de pronunciar con la rapidez necesaria una serie de eslabones intermedios del gran número de ideas que se desarrollan”*; un aspecto que destacó también fue que la aparente abundancia de ideas en general no es tal y que a menudo describe este fenómeno en pacientes que presentan pobreza del contenido del pensamiento (Kraepelin, 1990).

Por ejemplo, un paciente relataba: “Mi familia es lo mejor del mundo, mi hermano es un genio en... Mi casa está en el mejor barrio de Córdoba. Tiene mucha seguridad sobre todo en la noche. voy a salir de alta hoy y voy a estar en mi casa”.

Karl Jaspers (1913), afirmó que: “La fuga de ideas puede ser rica o pobre de contenidos”, “Los pacientes se quejan de que no pueden manejar la masa de ideas, y tratan dolorosamente de perseguir las imágenes que se abalanzan a través de su mente o se quejan de que ya no pueden pensar, que no llega otro pensamiento” (Jaspers, 1963).

La fuga de ideas es típica de la manía, pero puede presentarse en pacientes con episodios mixtos, en esquizofrénicos excitados, en pacientes durante la intoxicación con sustancias de abuso (ej. anfetaminas, éxtasis, etc.), en pacientes con síndromes orgánicos (ej. lesiones en el hipotálamo), es decir que podemos decir que en general puede presentarse en todos aquellos cuadros que provocan un grado marcado de excitación psicomotriz (Tabla 28) (Casey Kelly, 2007).

**Exploración:** la fuga de ideas se explora principalmente a través de la entrevista, debe siempre preguntarse acerca de la sensación subjetiva de aceleración del pensamiento, pero en ocasiones el aspecto objetivo es tan evidente para el entrevistador que no resulta necesario explorarla específicamente, en las formas mas severas, el proceso de la entrevista puede resultar extremadamente dificultoso, cuando no imposible.

A nivel objetivo, el flujo del pensamiento se observa (a través del lenguaje) muy acelerado, el lenguaje es comprensible a nivel general, pero resulta llamativa la ausencia de ciertas conexiones internas, que hacen que se afecte la coherencia del discurso, aunque las palabras y frases aún pueden ser comprendidas por el entrevistador.

**Tabla 28. Diagnósticos Asociados a la Fuga de Ideas**

<b><u>Fuga de ideas, causas:</u></b>	
Trastorno bipolar <sup>a</sup>	Trastornos depresivos <sup>b</sup>
Esquizofrenia <sup>f</sup> unilaterales <sup>c</sup>	Lesiones cerebrales
Demencia frontotemporal <sup>d</sup>	Síndromes mentales orgánicos
Psicosis cannábica <sup>e</sup> abuso <sup>f</sup>	Intoxicación con sustancias de
Antidepresivos <sup>g</sup>	Intoxicación por manganeso <sup>h</sup>
Intoxicación con N, N-dietil-m-toluamida (insecticida tópico) <sup>i</sup>	

<sup>a</sup>Sato et al., 2005 ; <sup>b</sup>Akiskal et al., 2005; <sup>c</sup>Braun et al., 2008; <sup>d</sup>Gigi et al., 2006; <sup>e</sup>Thacore y Shukla, 1976; <sup>f</sup>Casey y Kelly, 2007; <sup>g</sup>Jain et al., 1992; <sup>h</sup>McMillan, 1999; <sup>i</sup>Snyder et al., 1986.