



1. INTRODUCCIÓN

A. Pensamiento

La historia de los trastornos formales de pensamiento aparece ligada a la historia de la descripción psiquiátrica de la esquizofrenia.

Para **Bleuler (1911)** el trastorno de las asociaciones, la ausencia de relaciones entre ideas que debieran estar asociadas, constituía la característica central del pensamiento esquizofrénico. Esa falta de conexión entre las ideas se debía al funcionamiento de los mecanismos de condensación (**dos ideas con algo en común que se mezclan dando lugar a un concepto erróneo**), desplazamiento (uso de una idea por otra) y al uso inadecuado de símbolos.

Schneider(1942) caracterizaba el “pensamiento esquizofrénico” por el descarrilamiento o pérdida de ilación (tendencia a perderse en pensamientos secundarios), la sustitución (los pensamientos relevantes se cambian por otros subsidiarios), la omisión (supresión innecesaria, total o parcial, de un pensamiento o una parte del mismo), la fusión (una mezcla desordenada de pensamientos con abundantes interpretaciones), la retirada o bloqueo, y el simplismo (disminución de la capacidad de abstracción).

Cameron (1944) afirmaba que la asíndesis, o falta de conexiones adecuadas entre pensamientos sucesivos, era la característica básica de la esquizofrenia y podía ser analizada en cuatro elementos:

- La interpenetración: mezcla de temas y entre un tema y la fantasía.
- La fragmentación: ruptura del pensamiento en sus aspectos parciales.
- La sobreinclusión: incapacidad para mantener un tema en sus límites.
- El uso de metonimias: aproximaciones imprecisas al tema central mediante el uso de palabras o frases inexactas.

“El pensamiento es una actividad mental no rutinaria que requiere esfuerzo. Ocurre siempre que nos enfrentamos a una situación o tarea en la que nos sentimos inclinados a hallar una meta u objetivo, aunque existe incertidumbre sobre el modo de hacerlo. En estas situaciones razonamos, resolvemos problemas, o de modo más general pensamos.

El pensamiento implica una actividad global del sistema cognitivo, con intervención de los mecanismos de memoria, la atención, las representaciones o los procesos de comprensión; pero no es reductible a éstos. Se trata de un proceso mental de alto nivel que se asienta en procesos básicos, pero incluye elementos funcionales adicionales, como estrategias, reglas y heurísticos” (De Vega, 1984).

De esa forma, el estudio de los trastornos formales del pensamiento se convierte en el estudio de las deficiencias en la realización de las tareas de inferencia deductiva, de inferencia inductiva y, lo que viene a ser lo mismo, de solución de problemas.

Los llamados “**trastornos formales del pensamiento**” deberían estudiarse examinando las deficiencias en la realización de tareas de razonamiento y de solución de problemas, y “los trastornos del contenido” deberían ser abordados examinando las características de las creencias erróneas. Sin embargo, cuando se revisan las investigaciones sobre las deficiencias del razonamiento de los sujetos con trastornos psicopatológicos parecen no tener en cuenta esta división.



B. ¿"Pensamiento" o "discurso"?

En 1979, Nancy Andreasen subrayaba que no se puede inferir con certeza que un lenguaje normal refleje un pensamiento normal, ni que un lenguaje trastornado refleje un pensamiento trastornado; pero que, sin embargo, dentro de la típica práctica clínica de la psiquiatría el término "trastorno del pensamiento" o "trastorno formal del pensamiento" era usado como sinónimo de "habla desorganizada".

Parece que debemos remitirnos más al discurso que al pensamiento si queremos estudiar los fenómenos etiquetados como "trastornos formales del pensamiento". Estos trastornos son, de hecho, el resultado de: "Una forma de actividad que implica la producción de lenguaje en situaciones de interacción o conversación, que puede realizarse en condiciones tanto monológicas como dialógicas, y que puede adoptar modalidades perceptivas igualmente diversas". Esta es la definición de discurso.

2. DEFINICIÓN Y EVALUACIÓN

A. Categorías para evaluar el discurso individual

La excesiva proliferación de caracterizaciones clínicas de los trastornos formales del pensamiento y la gran variación en el uso de la terminología tradicional llevaron a Nancy Andreasen a crear una Escala de Trastornos del Pensamiento, el Lenguaje y la Comunicación (1979). La escala, que se usa para evaluar el discurso individual producido en entrevistas clínicas, se compone de 18 categorías que puntúan la gravedad de los trastornos de 0 a 4 o de 0 a 5 puntos.

Definiciones:

- **Pobreza del habla** (pobreza del pensamiento, habla lacónica): Respuestas monosilábicas.
- **Pobreza del contenido del habla** (pobreza del pensamiento, habla vacía, alogía, trastorno formal negativo del pensamiento): Respuestas con una duración mayor de lo adecuado y que proporcionan poca información. El lenguaje es vago, repetitivo y estereotipado.
- **Presión del habla:** Incremento en la cantidad de habla espontánea comparado con lo que se considera socialmente adecuado. El paciente habla rápidamente y es difícil interrumpirle. Algunas oraciones pueden quedar incompletas debido al ansia por decir una nueva idea.
- **Habla distraída:** El paciente se para en medio de una frase o idea y cambia el tema en respuesta a estímulos inmediatos.
- **Tangencialidad:** El paciente responde de forma oblicua, tangencial o incluso irrelevante. Se refiere sólo a respuestas y no a transiciones en el habla espontánea.
- **Descarrilamiento** (pérdida de asociaciones y fuga de ideas): Un patrón de habla espontánea en el que las ideas se escabullen unas de otras. Se dicen cosas yuxtaponiéndolas y falta una adecuada conexión entre frases o ideas.
- **Incoherencia** (ensalada de palabras, esquizofasia, paragramatismos): El discurso se vuelve ininteligible. Algunas veces se ignoran las reglas de la sintaxis y se unen palabras arbitrariamente y al azar. Otras veces aparece la perturbación a nivel semántico cuando las palabras sustituidas en la frase destruyen el significado. En general falta una adecuada conexión entre palabras.
- **Ilogicidad:** Es un patrón de habla en el que las conclusiones alcanzadas no se siguen lógicamente. Pueden tomar la forma de fracasos en las inferencias inductivas.
- **Resonancias** (clanging): Aquí son los sonidos los que gobiernan la elección de las palabras.



- **Neologismos:** Formación de nuevas palabras cuya derivación no podemos comprender.
- **Aproximaciones a palabras:** Uso de palabras de forma no convencional o creación de pseudopalabras siguiendo las reglas de formación de las palabras del idioma.
- **Circunstancialidad:** Discurso indirecto para alcanzar una idea meta. El hablante señala detalles tediosos y hace excesivos paréntesis.
- **Pérdida de meta:** Fracaso en seguir la cadena de pensamiento hasta su conclusión.
- **Perseveración:** Repetición persistente de palabras o ideas.
- **Ecolalia:** Repetición en eco de palabras o frases del interlocutor.
- **Bloqueo:** Interrupción del habla antes de completar un pensamiento o idea. Después de un breve silencio el paciente señala que no sabe qué iba a decir o de qué se está hablando.
- **Habla afectada:** Habla pomposa, distante y excesivamente culta.
- **Autorreferencia:** El paciente lleva el tema hacia sí mismo.

Siguiendo los criterios recomendados para estudios observacionales, la fiabilidad de las categorías de Andreasen es aceptable en tan sólo nueve de las 18 categorías, usando el criterio menos exigente. A pesar de ello, casi la totalidad de las investigaciones posteriores sobre trastornos formales del pensamiento la utilizan como criterio para la formación de grupos.

Su desarrollo posterior agrupó las categorías en dos categorías mayores:

- A) **El trastorno positivo del pensamiento**, categorías con producción de habla profusa, inusual o extraña (presión del habla, tangencialidad, descarrilamiento, incoherencia e ilogicidad)
- B) **El trastorno negativo del pensamiento**, que da cuenta de la dificultad en la producción de habla (pobreza del habla y pobreza de contenido del habla).

Otras escalas de este tipo, con menos difusión y éxito, son el Índice de pensamiento idiosincrático y extraño de Harrow y Quinland (1985).

Ludwing (1986) ha hecho también una clasificación de los trastornos formales:

- **Normal:** Persistencia de un pensamiento completo y continuidad sin distracciones.
- **Desconexión de ideas:** Palabras y frases con significado personal para el sujeto, pero desconectados para el oyente.
- **Circunloquios:** Da vueltas alrededor de un punto o una palabra o parafasias para expresar una idea.
- **Mutismo:** No comunica información o comunica muy poca información.
- **Fuga de ideas:** Presión del habla, con muchos bits de información por unidad de tiempo. Habla tangencial que refleja distraibilidad.
- **Bloqueo:** Paros abruptos e iniciación de un nuevo pensamiento.
- **Divagación:** Habla sin significado, sin aparente relación con procesos internos o estímulos externos.



- **Temas interpenetrados:** Habla dirigida por múltiples metas en la que se inician temas antes de que el tema anterior se complete.
- **Pobreza de ideas:** Pensamiento lento, laborioso, pero que alcanza su meta.
- **Circunstancialidad:** Muy detallado con muchas digresiones y trivialidades.
- **Perseveración:** Redundancia de bits de información con relativa falta de habilidad para conseguir completar la respuesta.

B. Categorías para evaluar la desviación comunicacional

Los fenómenos de comunicación desviada de caracterizan por el hecho de que quien escucha es incapaz de construir una imagen visual coherente o de dar vida a un constructo coherente partiendo de lo que dice el otro. Las categorías ponen el acento en la dificultad de compartir un foco de atención y transmitir un mensaje con significado compartido.

Las categorías usadas por Ditton, Green y Singer (1987):

a) Problemas de compromiso:

- Cambios no relacionados de una idea a otra, a menudo en la misma frase, que dejan confuso al oyente.
- Ideas que comienzan y que se abandonan abruptamente sin explicación.
- Perceptos que cambian mientras uno de los padres los describe.
- Declaraciones sobre lo que no es la mancha (TAT o Rorschach).
- Ideas que son dadas y luego abandonadas.
- Cláusulas condicionales en las que las ideas son calificadas con condiciones que no están presentes.
- Dar ideas en forma de pregunta.

b) Problemas de referencia:

- Instrucciones que dejan al oyente preguntándose de qué se está hablando.
- Descripciones tan vagas que el emisor podría estar hablando de cualquier cosa.
- Cambios de tiempo, género, número y referentes dentro de la presentación de una sola idea.
- Observaciones que indican que la idea es de otros.
- Descripciones demasiado cortas para poder ser usadas.
- Uso de jerga técnica o de palabras que probablemente no están en el vocabulario del destinatario.

c) Anomalías del lenguaje:

- Frases ordinarias usadas de forma rara.
- Frases con un peculiar orden de palabras.
- Uso de palabras con significado privado.
- Juegos de palabras que desvían al oyente de la tarea asignada.
- Usar las mismas palabras y frases una y otra vez muy próximas unas de otras.

d) Disrupciones:

- Preguntas u observaciones extrañas.
- Bromas o risas que en el contexto constituyen probablemente una distracción.
- Saltos de una idea a otra sin dar al niño (interlocutor) una señal que anuncie la razón del salto.
- Pausas largas, especialmente en medio de la frase.
- Frases raras o cambios abruptos en la velocidad de expresión de una idea o frase.



e) Contradicciones, secuencias arbitrarias:

- Observaciones que contradicen la información anterior.
- Enunciados que retoman o niegan algo dicho previamente.
- Lógica peculiar o razonamiento non-sequitur.
- Fusión de dos ideas que deberían separarse.

3. TEORÍAS

Para explicar los trastornos del discurso cabe adoptar múltiples enfoques. Las actividades comunicativas pueden ser estudiadas desde un punto de vista psicológico desde dos enfoques complementarios:

a) El individual: Se centra en las contribuciones de los sujetos cuando afrontan una tarea de comunicación y presupone que las condiciones de la tarea y las metas que la definen no son alteradas por la actividad del propio sujeto.

b) El interaccional: Se centra en la relación entre las contribuciones de los participantes en una tarea comunicativa, de forma que las contribuciones establecen las condiciones y pueden cambiar las metas de los participantes en la actividad conjunta.

Estos enfoques pueden además aplicarse para obtener descripciones y explicaciones de dos tipos:

- Estáticas o actuales: Son descripciones de los desempeños actuales de los sujetos. Pueden dar y dan descripciones y explicaciones procesuales, pero no atienden al modo en que el desempeño actual dirige o condiciona el desempeño futuro.
- Genéticas o evolutivas: Se ocupan del cambio en los desempeños de los sujetos explorando el modo en que los desempeños actuales y pasados condicionan los futuros.

A. Enfoque individual-estático

Trata de explicar los llamados “trastornos formales de pensamiento” identificando fallos en los procedimientos de producción o comprensión. La investigación, sin embargo deja muchas lagunas e incertidumbres. La razón es que, como decían Bentall, Baker y Havers (1991) en un trabajo sobre alucinaciones y control de la realidad, los diseños de investigación de la psicopatología tradicional han utilizado habitualmente el diagnóstico psiquiátrico como variable independiente. En los últimos años, no obstante, se ha hecho evidente el valor de investigar cada manifestación comportamental de la psicosis.

Las limitaciones provienen, precisamente, de la ausencia de estudios específicos, la mayor parte de las investigaciones disponibles están dirigidas, bien a explorar la relación entre los trastornos formales del pensamiento y diversas categorías de diagnóstico psicopatológico, como la manía, la depresión, los trastornos esquizoactivos o la esquizofrenia. Los trastornos formales del pensamiento no conllevan dificultades especiales en tareas comunicativas de comprensión.

Los resultados de diversas investigaciones mostraron que mientras los sujetos con trastornos formales del pensamiento fracasaban cuando realizaban la tarea en el papel de emisor, no fracasaban cuando estaban en el papel de receptor. Hay indicios también de que los problemas de los sujetos con trastornos formales del pensamiento en tareas de producción comunicativa no provienen de fallos en las etapas de codificación lingüística de los enunciados (producen enunciados sintáctica y léxicamente adecuados).

En opinión de Rochester (1978), cuando las personas con trastornos esquizofrénicos fallan en la comunicación verbal es porque cometen un error al tener en cuenta las necesidades del oyente, y los sujetos que muestran trastornos formales del pensamiento son los que ajustan peor su discurso



a estas necesidades. En los años veinte, Sullivan propuso la hipótesis “hipótesis del auditor fantástico”, afirma que todo discruso implica para el hablante la puesta a prueba de la utilidad informativa potencial de sus mensajes a través del contraste de los mensajes planificados y todavía no emitidos con un “oyente imaginario” o “interlocutor imaginario” que representan las necesidades informativas del interlocutor real.

En la medida en que el “interlocutor fantástico” simule adecuadamente al “interlocutor real”, el mensaje será comunicativamente eficaz. En la medida en que se produzcan discrepancias se producirán fallos de coherencia y de interpretabilidad de los mensajes. Los resultados de las investigaciones de Harrow muestran que los sujetos con trastornos formales de pensamiento no son conscientes de lo extrañas que les resultan a los otros sus producciones.

En su opinión, los trastornos formales del pensamiento se producen porque se da un aumento del arousal cognitivo y una disminución de la actividad inhibitoria, que producen una gran atención hacia temas personales y una tendencia a mezclarlos en el pensamiento y en el discurso dejando de tener en cuenta los estándares sociales y borrando, posiblemente, los límites entre lo real y lo irreal.

En opinión de Harvey los resultados de las últimas investigaciones apoyan la idea de que la sensibilidad a las distracciones contribuyen considerablemente a explicar estadísticamente la gravedad de los trastornos formales del pensamiento. Posiblemente porque esa sensibilidad se traduce en facilidad para confundirse en lo que respecta al estado de información el oyente.

B. Enfoque individual-genético

Al buscar explicaciones genéticas se aprecia cómo la búsqueda de la etiología de la esquizofrenia o de la mania impide cualquier atisbo sobre la génesis de los trastornos formales. Las investigaciones más centradas en el tema de los trastornos formales son las recogidas por McGrath (1991), quien sugiere que los distintos defectos observados en el lenguaje de las personas esquizofrénicas se deben a alteraciones en las vías nerviosas que unen las regiones corticales y subcorticales proyectándose en el córtex prefrontal.

C. Enfoque interaccional-estático

Desde finales de los años cincuenta se han realizado variados estudios sobre detección de trastornos formales del pensamiento en familiares de personas diagnosticadas de esquizofrenia. En 1990, Romney publicó los resultados de un metaanálisis de dieciséis estudios realizados con familiares de primer grado. Encuentra asociaciones claras entre pertenecer a la familia de una persona diagnosticada de esquizofrenia y manifestar trastornos del pensamiento subclínicos. Para Romney, no obstante, en los estudios revisados, se da una variabilidad que no puede ser explicada por errores muestrales y que debe responder a la influencia de variables moderadoras no contempladas.

La variabilidad encontrada se puede deber tanto a las diferencias entre las pruebas utilizadas como a que el criterio de selección haya sido “ser familiar de un esquizofrénico”, en vez de “ser familiar de una persona con trastornos formales del pensamiento”. Las investigaciones sobre la interacción familiar de personas con disfunciones psíquicas han mostrado repetidas veces que no hay una correspondencia biunívoca entre patrones disfuncionales de interacción y diagnósticos psiquiátricos.

Los resultados hacen pensar en una relación entre las diferencias significativas de los grupos de padres y las diferencias significativas de los grupos de hijos. Parece como si los jóvenes maníacos y sus padres, y los jóvenes esquizofrénicos y los suyos, tendiesen a interactuar de forma complementaria.



D. Enfoque interaccional-genético

En 1965, Singer y Wynne plantean que la desviación comunicacional de los padres está relacionada con los trastornos del pensamiento de los hijos que en el futuro van a padecer una esquizofrenia, y que la relación se debe a una paulatina internalización o apropiación de los estilos trastornados de comunicación de los padres por parte del niño.

En la década de los setenta, Doane, Goldstein, Neuchterlein y colaboradores en sus trabajos determinaron que cuando se evaluaban conjuntamente características personales y familiares, el nivel inicial de desviación comunicacional de los padres era el mejor predictor individual de que los hijos desarrollasen en el futuro un trastorno perteneciente al espectro de la esquizofrenia (Goldstein, 1987).