

MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA

Edición revisada

Amparo Belloch
Bonifacio Sandín
Francisco Ramos



que se trabaja, mientras que en las tareas comunicativas sí. Por esa razón, cabe un tipo de estudios que no es pertinente en las tareas clásicas de solución de problemas: *examinar la concatenación de las propuestas y respuestas de los participantes en la interacción comunicativa*.

En el siguiente apartado vamos a ver dos clases de definiciones: definiciones destinadas a permitir la evaluación del discurso de los individuos (*uno a uno*) y definiciones destinadas a permitir la evaluación del discurso producido *entre varias personas* en las conversaciones. El resto del capítulo lo dedicaremos a revisar los estudios que se han hecho sobre los trastornos formales del pensamiento entendiéndolos como trastornos ligados al fracaso en tareas comunicativas. Lo haremos viendo los estudios que se han hecho con un enfoque individual y los que se han hecho con el foco puesto en el diálogo, y tanto los que buscan obtener una perspectiva estática como los que buscan conseguir una perspectiva genética.

II. 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 dieciocho categorías que puntúan la gravedad de los trastornos de 0 a 4 o de 0 a 5 puntos. Recogemos a continuación sus definiciones:

Pobreza del habla (pobreza del pensamiento, habla lacónica): Respuestas monosilábicas.

Pobreza del contenido del habla (pobreza del pensamiento, habla vacía, alopsia, trastorno formal negativo del pensamiento): Respuestas con una duración mayor de lo adecuado y que proporcionan poca información. El lenguaje tiende a ser 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 interrumpirlo. Algunas oraciones pueden quedar incompletas debido al ansia por decir una nueva idea.

Habla disruidada: El paciente se para en medio de una frase o idea y cambia el tema en respuesta a estímulos inmediatos.

Ejemplo: «Entonces, dejé San Francisco y me mudé a... ¿Dónde compró esa corbata? Parece como sacada de los años cincuenta. Me gusta el clima cálido de San Diego. ¿Es una concha lo que está sobre su escritorio? ¿Ha ido de buceo alguna vez?» (Andreasen, 1979).

Tangencialidad: El paciente responde de forma oblicua, tangencial o incluso irrelevante. En el pasado, «tangencialidad» había sido usada como pérdida de asociaciones

y descarrilamiento, pero aquí se refiere sólo a respuestas y no a transiciones en el habla espontánea.

Ejemplo (Sarason y Sarason, 1975, p. 306):

—¿Cuántos años tienes?

—Tantos como las pirámides que se van desintegrando.

—¿Dónde vives?

—Existo en el mundo, del mundo, para el mundo y por el mundo.

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. Veamos un ejemplo tomado de Castilla del Pino (1980, p. 264):

Un paciente entra en mi consulta y, al ponerme de pie, me dice:

—Usted se pone de pie para saludarme.

—Claro —digo yo.

—¿Es que usted no cree en la pleitesía?

—Sí. ¿Y tú?

—Yo, según el tomate que tengo entre manos... El tomate peninsular es preferible al canario.

Incoherencia (ensalada de palabras, esquizofasia, paragramatismo): 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. La incoherencia acompaña a menudo al descarrilamiento, pero se diferencia de éste porque la anomalía se da a nivel de frase, en la relación entre las palabras que la componen. Ejemplo de *incoherencia* es la siguiente respuesta:

—¿Qué piensa usted de la crisis?

—Ellos están destruyendo castillos y aceite sólo para hacer jabón. Si necesitamos jabón cuando tú puedes saltar a una piscina de agua y entonces cuando tú vas a comprar gasolina, pero la mejor cosa para obtener es aceite de motor y dinero... (Andreasen, 1975, pp. 1319-1320).

Ilógica: 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.

Ejemplo: «Hoy es usted una manzana... le encuentro muy sano» (Castilla del Pino, 1980).

Resonancias (Clang): Aquí son los sonidos los que gobiernan la elección de las palabras.

Ejemplo: «Tábano, tabaco, tabasos»; «cortar, saborear, traspasar, sobrepasar, pasar, pasear» (Castilla del Pino, 1980).

Neologismos: Formación de nuevas palabras cuya derivación no podemos comprender.

Ejemplo: «Mamérica», «nacos», «npeca», «maustralia» (Castilla del Pino, 1980).

Aproximaciones a palabras: Uso de palabras de forma no convencional o creación de pseudopalabras siguiendo las reglas de formación de las palabras del idioma.

Ejemplo: «Formarica» por «acto de salir del mar» y también «fornicar homosexualmente» (Castilla del Pino, 1980).

Circunscricialidad: 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.

Perserveración: 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.

Autoreferencia: El paciente lleva el tema hacia sí mismo. Veamos un ejemplo (Andreasen, 1975, p. 1321):

—¿Qué hora es?
—Las siete, ése es mi problema. Nunca sé qué hora es.

Siguiendo los criterios recomendados para estudios observacionales, que sitúan el límite mínimo admisible para la kappa de Cohen entre 0,60 y 0,75 (Hartman, 1982), la fiabilidad de las categorías de Andreasen es aceptable en tan sólo nueve de las dieciocho categorías, usando el criterio menos exigente (Tabla 8.2). A pesar de ello, la escala ha tenido una acogida tan buena que 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: *el trastorno positivo del pensamiento*, que agrupa las categorías que dan cuenta de una producción de habla

profusa, inusual o extraña (*presión del habla, tangencialidad, descarrilamiento, incoherencia e ilogicidad*), y *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 trastorno de pensamiento*, de Johnston y Holzman (1979), que se aplica a discursos generados con el test de Rorschach, y el *Índice de pensamiento táctico y escrito* de Harrow y Quinlan (1985), que evalúa distintas formas de trastorno formal del pensamiento, incluyendo entre ellas la comunicación y los conceptos socialmente inapropiados, la desviación de las normas sociales, la confusión, incoherencia, pérdida de asociaciones o descarrilamiento, neologismos, autocontradicciones, uso defectuoso de la lógica, significados extraños, uso de palabras con significados privados, falta de comunicación compartida o saltos en la comunicación de ideas, respuestas superelaboradas y respuestas en las que temas personales irrelevantes se entremezclan con respuestas apropiadas.

Ludwig (1986) ha hecho también una clasificación de los trastornos formales guiándose por el siguiente argumento:

El juicio clínico de un trastorno (formal) del pensamiento se hace sobre la base de un patrón de comunicación predominante y sostenido que es visto como suficientemente desviado respecto a la gama de comunicación normal (...). Aunque pueda ser una sobresimplificación, se presume que la comunicación normal posee las siguientes características:

- Las conexiones entre palabras, frases y oraciones son lógicas y están orientadas hacia una meta.
- No hay tantas digresiones como para crearle dificultades al oyente para seguir la línea del pensamiento.
- El número de bits de información transmitido dentro de un marco de tiempo no es tan grande ni tan pequeño como para menoscabar la atención o la comprensión del oyente.
- Las palabras, frases y sentencias usadas son apropiadas y comunican un contenido significativo.
- La comunicación es dirigida específicamente al oyente.
- La comunicación fluye rítmicamente y no está cortada o desarticulada.

Los trastornos formales del pensamiento violan alguna de estas condiciones o todas ellas.

Las categorías que Ludwig propone se encuentran en la Tabla 8.3.

B. CATEGORÍAS PARA EVALUAR LA DESVIACIÓN COMUNICACIONAL

Singer y Wynne se han interesado desde la década de los sesenta por los desórdenes de pensamiento de pacientes diagnosticados como esquizofrénicos y por la influencia que el estilo de comunicación familiar tiene en estos desórdenes (Singer y Wynne, 1965a,b). Describen el *desorden del pensamiento transaccional* utilizando un conjunto de categorías de *Desviación Comunicacional (Communication Deviance*,

Tabla 8.2 Fiabilidad de las categorías de trastornos formales del pensamiento (Andreasen, 1978)

CATEGORÍA	KAPPA
Presión del habla	0,82*
Tangencialidad	0,49
Descarrilamiento	0,71*
Incoherencia	0,91*
Ilogicidad	0,69*
Pobreza del habla	0,75*
Pobreza de contenido del habla	0,62*
Habla distraída	0,78*
Ronroneos	0,53
Neologismos	0,49
Aproximaciones a palabras	0,02
Pérdida de meta	0,65*
Perserveración	0,46
Ecolalia	0,42
Bloqueo	0,71*
Habla afectada	0,32
Autoreferencia	0,36

Esto no debe extrañarnos; de hecho, en las diversas clasificaciones de los trastornos mentales se incluyen algunas de estas características en el diagnóstico diferencial de la esquizofrenia. Así, en los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2002) para la esquizofrenia encontramos como síntomas característicos del *Criterio A* el habla desorganizada (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia) y la alogia. Aunque la alogia es un trastorno del pensamiento se manifiesta en la *Pobreza del lenguaje* y en la *Pobreza en el contenido del lenguaje*. También la CIE-10 incluye entre los síntomas para el diagnóstico de la esquizofrenia el *lenguaje incoherente*, la presencia de *neologismos* y la *pobreza del lenguaje*.

Andreasen y su grupo de la Universidad de Iowa (Andreasen, 1979 a, 1984 a y 1984 b; Andreasen y Black, 2006; Andreasen y Grove, 1986; Andreasen y Olsen, 1982; O'Leary y cols., 2000) han creado varias escalas para evaluar objetivamente los trastornos del pensamiento y del lenguaje en la esquizofrenia. Escalas como la STLC (*Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication*), la SANS (*Scale for the Assessment of Negative Symptoms*) y la SAPS (*Scale for the Assessment of Positive Symptoms*) han sido utilizadas profusamente en investigaciones realizadas con pacientes esquizofrénicos, depresivos y maníacos.

Así, en la STLC (*Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication*) Andreasen (1979 a) establece las siguientes definiciones:

1. *Pobreza del discurso*. El comportamiento verbal es analizado en términos cuantitativos; el sujeto responde a las preguntas de una manera breve, concreta y sin elaboración, obligando así al entrevistador a solicitar respuestas más detalladas.

2. *Pobreza del contenido del discurso*. El comportamiento verbal es analizado en términos cualitativos; las respuestas del sujeto, incluso cuando son cualitativamente suficientes, transmiten escasa información; el entrevistador tiene la impresión de un discurso vago, abstracto o concreto, repetitivo y estereotipado. Este comportamiento es distinto del calificado de discurso circunstancial en el que el locutor tiene tendencia a proporcionar gran cantidad de detalles.

3. *Habla apresurada, logorrea*. La locuacidad discursiva va más allá de lo que se considera socialmente habitual. El paciente habla rápidamente, no se deja interrumpir, su discurso es enfático y enunciado en tono alto. Una tasa de más de 150 palabras/minuto se considera excesiva. Por otra parte, y aunque sea distinta, la logorrea puede ir acompañada de descarrilamiento, tangencialidad o incoherencia.

4. *Discurso divergente*. En el transcurso de una conversación o entrevista, el hablante interrumpe su discurso por la influencia de cualquier estímulo que provenga del entorno inmediato.

5. *Discurso tangencial*. El término se refiere a una manera oblicua de responder, sin relación manifiesta con la cuestión planteada. (En términos coloquiales lo denominamos «salirse por la tangente»).

6. *Descarrilamiento*. El término traduce un modelo discursivo en el que las elecciones léxicas se realizan en función

de relaciones semánticas potenciales entre las palabras y no en relación con un tema dado. Las conexiones entre las frases devienen imprecisas, confusas, el paciente salta de un tema a otro dando lugar a la *fuga de ideas*.

7. *Incoherencia, ensalada de palabras*. Discurso que resulta esencialmente incomprensible a los demás porque las palabras o las frases se unen sin una conexión lógica o significativa. La incoherencia va ligada a varios factores: el sujeto ignora las reglas de la sintaxis y/o de la semántica. La irregularidad ocurre dentro de las oraciones, a diferencia del *descarrilamiento* en el que la alteración se produce entre las oraciones. La incoherencia a veces ha sido denominada «ensalada de palabras» para poner de manifiesto el grado de desorganización lingüística. No deben considerarse como incoherencia ciertas construcciones escasamente gramaticales o usos idiomáticos característicos de una cultura o región particulares, una falta de escolarización o un bajo nivel intelectual. El término no suele aplicarse cuando hay pruebas de que el trastorno del habla se debe a una afasia.

8. *Logismos*. Las conclusiones no se extraen lógicamente por inferencias abusivas o falsas premisas. El logismo favorece la emergencia de un sistema ideativo delirante.

9. *Asonancia y alteración*. Los sonidos, más que las relaciones significativas, son los que guían la elección de palabras, de tal modo que la inteligibilidad del discurso está comprometida por la introducción de palabras formalmente redundantes. También se denomina *glosomanía*.

10. *Neologismos*. Utilización de palabras, en general raras y extrañas, cuyo significado sólo conoce el sujeto. Estas palabras no aparecen en los diccionarios.

11. «Aproximación de palabras». Se trata de utilizaciones nuevas y no convencionales de palabras pertenecientes a la lengua.

12. *Lenguaje prolijo, discurso circunstancial*. El discurso es muy indirecto: la idea objeto —el fin— se realiza acaso muy tardíamente. El sujeto complica su discurso con detalles fastidiosos y múltiples apartados. El discurso circunstancial incita al interlocutor a plantear numerosas intervenciones para descubrir de qué se está hablando exactamente.

13. *Pérdida del objetivo, olvido del tema*. El discurso traiciona una incapacidad de seguir el curso de una idea hasta su conclusión pertinente. Esta conducta se observa a menudo asociada a la de descarrilamiento.

14. *Perseveración*. Se observa una repetición persistente de palabras o de temas que refleja, al parecer, un estancamiento proporcional de las ideas.

15. *Ecolalia*. En esta forma de comportamiento verbal, el enfermo repite, en eco, las palabras o frases del entrevistador.

16. *Bloques*. En el curso del enunciado se produce una interrupción antes de que se lleve a su término el pensamiento o la idea que en él toma cuerpo.

17. *Discurso enfático*. El discurso es pomposo, pedante por la utilización de palabras raras multislábicas, de fórmulas de cortesía extrema, de formas sintácticas rebuscadas y rígidas.

18. *Discurso autorreferencial*. A pesar de que se trate de temas neutros, el discurso es constantemente remitido al locutor de manera inadecuada.