

Trastornos del pensamiento y del lenguaje

J. Pifarré

PUNTOS CLAVE

- La exploración de los trastornos del pensamiento es uno de los pilares de la psicopatología clásica. Una correcta valoración de los trastornos del pensamiento nos orientará en gran manera en el diagnóstico del paciente.
- Se suele definir el delirio (Jaspers) como una creencia falsa, fija y persistente, irreductible a la argumentación lógica, no influenciada por la experiencia, que se establece por vía patológica y no se explica por los valores sociales, culturales, de pertenencia a un grupo o religiosos.
- El concepto de delirio como creencia falsa ha sido puesto en duda últimamente. También se ha puesto en entredicho la distinción entre idea delirante primaria y secundaria.
- Hay que distinguir la idea delirante sobre todo de las ideas obsesivas y de las ideas sobrevaloradas.
- No hay que confundir el delirio con el *delirium*, siendo este último un síndrome confusional que cursa con alteraciones de la conciencia, y de muchas otras áreas psicopatológicas, entre ellas el pensamiento.

INTRODUCCIÓN

El estudio de los trastornos del pensamiento y del lenguaje, en especial el delirio, ha sido, y creemos que debe continuar siendo, uno de los grandes pilares de la psicopatología clínica. También es un campo estudiado desde otras muchas disciplinas, como por ejemplo la psicología, la lingüística y la filosofía. En el campo que nos ocupa, la psiquiatría, hay que tener en cuenta que clásicamente la presencia-ausencia de delirios y alucinaciones eran los hechos por los que se clasificaba a los pacientes con trastornos mentales en el grupo de las psicosis o en el grupo de las neurosis, respectivamente.

Existen diversos aspectos complejos en la separación práctica de los trastornos del pensamiento y del lenguaje. Además, su exploración es con frecuencia harto difícil, por diversas razones que trataremos de sintetizar aquí:

1. La exploración del pensamiento no se puede realizar directamente, sino sólo a partir de sus expresiones, en especial el lenguaje, y en menor grado otras, como el comportamiento de la persona en diversas situaciones, etc. Siguiendo la diferenciación clásica entre síntomas (lo que el paciente explica) y signos (lo que podemos objetivar), tan utilizada en medicina, en la exploración del pensamiento nos tenemos que basar en los síntomas.
2. Por la razón previa, entre otras, es muy difícil separar las alteraciones del pensamiento de las alteraciones del lenguaje. De hecho, este debate ha sido una cons-

tante dentro de los pensadores del siglo XX, tanto psiquiatras como psicólogos, filósofos y lingüistas. ¿Es el pensamiento el que configura el lenguaje, es el lenguaje el que determina la manera de pensar, o son los dos independientes?

3. Existen factores idiomáticos y culturales que influyen en la patoplastia de las alteraciones del pensamiento. Así, por ejemplo, la temática de la ideación delirante variará de cultura en cultura, aunque el núcleo patológico pueda ser el mismo.
4. En bastantes casos, debido a las alteraciones psicopatológicas presentes (nula conciencia de enfermedad, no deseo de tratamiento, búsqueda de un beneficio secundario, etc.), la colaboración del paciente no siempre es la óptima, de manera que puede haber una cierta tendencia a esconder, describir incorrectamente o, por el contrario, a inventarse o exagerar síntomas.

Por estos y otros motivos, hay que reconocer que cualquier intento de clasificación de los trastornos del pensamiento y del lenguaje está condenado a ser arbitrario. Nancy Andreasen (1979) ya destacaba que no se puede inferir con certeza que un lenguaje normal refleje un pensamiento normal, ni que un lenguaje patológico refleje un pensamiento patológico, pero que, sin embargo, dentro de la práctica clínica psiquiátrica habitual, a los pacientes con habla desorganizada se les solía inferir sin ir más allá que padecían un trastorno formal del pensamiento. Otro ejemplo, la ensalada de palabras, ¿es un trastorno del

pensamiento que se traduce por una alteración del lenguaje, o es un trastorno primario del lenguaje? Todo ello hace que no haya un claro consenso en la definición de qué es un trastorno del pensamiento y qué es un trastorno del lenguaje, y de cuándo hablaremos de pensamiento y cuándo de discurso (Gómez Fontanil y Cobo, 2008).

Este capítulo intenta estudiar las principales alteraciones del pensamiento y del lenguaje, con todas las limitaciones antes descritas.

TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO

Definir qué es el pensamiento es más difícil que lo que a primera impresión parecería. De hecho, bajo el mismo concepto pueden aparecer distintos significados, tanto en el lenguaje común como en psicopatología propiamente dicha. El pensamiento se podría definir (Moor) como «un proceso mental propio del hombre, que le permite reflexionar, juzgar, realizar abstracciones y proceder al análisis y la síntesis».

Clásicamente, los trastornos del pensamiento se han dividido en trastornos del curso y trastornos del contenido del pensamiento, si bien algunos autores (Pérez Rtuerto y cols., 2007) añaden un tercer grupo: los trastornos de la vivencia del pensamiento.

Algunos trastornos del pensamiento se asocian típicamente con algunos trastornos psiquiátricos determinados, si bien nunca son patognomónicos, por lo que es necesario analizar la totalidad de la clínica del paciente, así como su historia clínica, antes de dar un diagnóstico determinado (p. ej., la fuga de ideas es muy típica de las fases maníacas, si bien se puede dar también en otros trastornos, como en algunas esquizofrenias y en algunos pacientes con abuso de sustancias).

Trastornos del curso del pensamiento

El curso del pensamiento se podría definir como la manera en que la persona une ideas o asociaciones, o la manera en que uno piensa. Lo que se evalúa es, pues, el curso con el que fluye el pensamiento, es decir, cómo el paciente formula, organiza y expresa sus pensamientos. El pensamiento normal se manifiesta con un *lenguaje coherente*, que es claro, fácil de seguir, lógico, con capacidad de síntesis y de dirigirse hacia un objetivo determinado. En cambio, en los trastornos del curso del pensamiento aparece una dificultad o imposibilidad de seguir el discurso del paciente.

Los trastornos del curso del pensamiento se pueden subdividir en trastornos de la velocidad y trastornos de la forma propiamente dicha.

Trastornos de la velocidad. Se registra la cantidad y la velocidad de los pensamientos. Sus principales trastornos son los siguientes:

Taquipsiquia o pensamiento acelerado. El desarrollo del pensamiento es más rápido de lo normal. Se aprecia una mayor tensión del pensamiento y más es-

pontaneidad. Los pacientes verbalizan un alto número de vocablos por unidad de tiempo. Aparece también una disminución del período de latencia de respuesta. El paciente tarda menos tiempo de lo normal en responder a las preguntas, pudiendo incluso comenzar la respuesta antes de haber acabado la pregunta. Existe un aumento en la cantidad de habla espontánea, y puede haber un cambio rápido de un tema a otro. Se puede observar principalmente en los episodios maníacos, y en algunos trastornos por abuso de sustancias.

Fugadeideasopensamientoideofugitivo. Sucesión de asociaciones múltiples por la que el pensamiento parece saltar bruscamente de una tema a otro. El flujo de palabras es casi continuo. Existe distraibilidad y se cambia de tema ante cualquier estímulo externo, aunque pueda ser irrelevante, de manera que prácticamente no se concluye ninguna idea. El paciente habla sin cesar, estableciendo escasas pausas, sin parecer cansarse. Aparece una exagerada capacidad asociativa (facilidad asociativa), saltando de una idea a otra con excesiva facilidad (pensamiento saltígrado) o incluso pueden aparecer asociaciones de ideas por asonancia de palabras (el solo sonido de una palabra provoca una asociación con otra palabra fonéticamente parecida) o por cambio en el sentido de una palabra, o también por estímulos externos (mobiliario de la habitación, etc.).

Se observa preferentemente asociado a taquipsiquias severas y aparece sobre todo en los episodios maníacos, secundario a algunos tóxicos, y también en los síndromes maniformes de etiología médica, si bien en este último caso no se suele observar la pureza ni la riqueza asociativa propia del episodio maníaco primario.

Debe distinguirse de la *seudofuga de ideas*, en la que el discurso es incomprensible, monótono, con repetición de una idea o de un grupo reducido de ideas, sobre las que se reitera, sin que exista una clara aceleración del pensamiento. La seudofuga de ideas es más frecuente en la esquizofrenia.

Bradipsiquia o pensamiento inhibido. El desarrollo del pensamiento es escaso y está retrasado. El discurso es más lento de lo normal. El paciente habla poco y da la impresión de que le cuesta pensar. Existe un aumento en el período de latencia de respuesta y un retraso y/o dificultad en la asociación de ideas. Sin embargo, no tiene por qué existir simplismo argumental. Es posible observarlo principalmente en los episodios depresivos, en algunos trastornos por abuso de sustancias (o en su abstinencia), en algunas enfermedades no psiquiátricas y también como efecto secundario de algunos fármacos.

Bloqueo del pensamiento. El bloqueo es la interrupción súbita del curso del pensamiento, antes de completar una idea, sin que exista razón alguna aparente que lo explique, al menos para el observador externo. Aparece una parada en el discurso, perdiéndose la idea directriz. El paciente puede referir incapacidad para recordar lo que estaba diciendo o lo que quería decir. Se da especialmente en la esquizofrenia (muchas veces de manera secundaria

a la presencia de alucinaciones o de pseudoalucinaciones auditivas), si bien también puede darse incluso en sujetos normales en situaciones de ansiedad.

Trastornos de la forma propiamente dicha. Se evalúan la direccionalidad y la continuidad del pensamiento. Los trastornos más significativos son los siguientes:

Pensamiento circunstancial. La información dada es excesiva, redundante. El lenguaje es prolijo, existe dificultad para seleccionar las ideas y no puede discernirse entre aquello que es esencial y aquello que es accesorio, expresándose todo con la misma importancia. Aparece una pérdida de la capacidad de dirigir el pensamiento hacia un objetivo. El paciente incorpora detalles excesivos, innecesarios, irrelevantes, con múltiples incisos y comentarios aclaratorios y con evidentes dificultades para llegar a la idea final, aunque si se le deja hablar lo suficiente, sí que llega a alcanzarlas, a diferencia de lo que ocurre en el pensamiento tangencial. Se distingue también de la pobreza del contenido del habla, ya que en el pensamiento circunstancial el paciente tiende a dar todo tipo de detalles. Puede también aparecer un exceso de frases hechas, de salutación o de cumplido, así como un cierto toque pedante en la conversación. Es un trastorno relativamente inespecífico; se observa en algunos pacientes con epilepsia, esquizofrenia, retraso mental, algunas personalidades obsesivas, deterioros cognitivos leves e incluso en personas catalogadas como normales.

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

Pensamiento tangencial. Consiste en una incapacidad para la asociación de pensamientos dirigidos a un objetivo. El paciente responde de una forma oblicua a aquello que se le pregunta. En él se pierde el hilo de la conversación. Hay una falta de relación entre la pregunta y la respuesta dada. El paciente se pierde en divagaciones, continuando con pensamientos divergentes inducidos por estímulos externos e internos irrelevantes. En respuesta a una pregunta, el paciente da una respuesta relacionada con la temática general, pero que de hecho no responde a la pregunta formulada. El paciente responde, pues, de manera oblicua, tangencial o incluso irrelevante. No se llega al objetivo final (a diferencia del pensamiento circunstancial, donde después de muchos rodeos sí que pueden llegar a la idea final). Se da principalmente, pero no de manera exclusiva, en algunas esquizofrenias. Hay que diferenciarlo de las *pararrespuestas*, o respuestas provocativamente erróneas (en el pensamiento tangencial las respuestas son involuntarias) que guardan, sin embargo, alguna relación con el sentido de la pregunta y que muestran que la esfera de conceptos adecuados ha sido captada por el sujeto. Por ejemplo: «¿Cuántos dedos tiene una mano?», «Seis»; «¿De qué color es el caballo blanco de Santiago?», «Verde». Las pararrespuestas son un síntoma característico del *síndrome de Ganser*.

Pensamiento perseverante o perseveración. Consiste en la repetición de la misma respuesta ante diferentes

preguntas; el paciente es prácticamente incapaz de cambiar las respuestas. En él se repiten, fuera de contexto, palabras, frases o ideas. Le es imposible cambiar el marco de referencia. Así, un tema concreto puede aparecer intrusamente en el discurso aunque no se relacione con el marco de referencia. El paciente tiende a permanecer fijado a unas cuantas ideas que se reiteran con imposibilidad de establecer un curso fluido. Se detiene de forma continuada en los mismos conceptos y da respuestas persistentes a pesar de que puedan aparecer nuevas preguntas o estímulos. Suele existir además una escasez ideativa. El oyente percibe, pues, un lenguaje pegajoso y poco vivaz, con numerosas repeticiones. El resultado final es un deterioro en la eficacia de la comunicación. La perseveración a veces se da solamente de manera sutil; existen algunos tests neuropsicológicos que estudian estas alteraciones menores. Es bastante inespecífico, si bien se suele asociar a aquellos trastornos con alteraciones en algunas áreas cerebrales prefrontales, como algunas esquizofrenias, y algunas demencias, entre otras.

Disgregación. Existe una pérdida de la idea directriz como consecuencia de la rotura de las asociaciones normales, fluyendo los pensamientos sin conexión lógica. El paciente se desliza de un tema a otro, pudiendo o no haber relación aparente entre ellos. Pueden aparecer fragmentos sin aparente relación los unos con los otros, o una deformación sintáctica que contiene sólo una mezcla de palabras o sílabas, o una falta de coherencia a pesar de existir una construcción gramatical aceptable. El pensamiento no se ve influido por los estímulos externos y adquiere un matiz autónomo. El resultado final es que el contenido se vuelve absurdo, incomprensible. Se da de forma especial, pero no exclusiva, en la esquizofrenia.

Incoherencia. Alteración extrema en la construcción de frases que hacen que el lenguaje sea incomprensible. Hay quienes lo consideran el grado extremo de otros trastornos del pensamiento y del lenguaje (disgregación, descarrilamiento, etc.), en el momento que se pierde cualquier posible coherencia o conexión lógica entre las diferentes palabras de una frase. El discurso se vuelve ininteligible. Por lo tanto, existe a la vez una falta de idea directriz global y también una ausencia de conexión significativa lógica entre las diversas palabras. El lenguaje no es gramaticalmente (a diferencia de la disgregación, que puede mantener cierta construcción gramatical) ni semánticamente correcto. La capacidad comunicativa es mínima y el lenguaje nada comprensible. Puede asociarse a trastornos del lenguaje como neologismos, paralogismos, o ensalada de palabras. Es también propio de la esquizofrenia, si bien tiene que diferenciarse de la incoherencia que a veces puede aparecer en cuadros confusionales o también otros cuadros psiquiátricos, como el síndrome de Ganser.

Alogia. Es uno de los clásicos síntomas negativos de la esquizofrenia; se expresa como un importante empobrecimiento del pensamiento y de la cognición. Los procesos de pensamiento parecen vacíos, lentos y rígidos.

Existe una dificultad en generar temas y en dotarlos de una información adecuada, de manera que el discurso del paciente aparece empobrecido y vacío de contenido. Se manifiesta de dos maneras:

Pobreza del lenguaje o del habla (lenguaje vacío y no fluido). Existe una disminución de la cantidad del habla espontánea, siendo las respuestas breves, poco fluidas, fragmentarias, vagas y no elaboradas. Es raro que se proporcione información adicional que no haya sido específicamente preguntada. El paciente puede incluso no hablar si no se le pregunta y responder sólo con monosílabos (sí, no, etc.), e incluso algunas preguntas se pueden quedar sin respuesta. No se ha de confundir la alogia con la *parquedad* (baja fluidez verbal con una información adecuada) y la *reticencia* (evitación activa a dar información en general o sobre temas específicos, aunque se conteste a todas las preguntas).

Pobreza en el contenido del pensamiento (lenguaje vacío fluido). Existe una disminución en la calidad del pensamiento. El lenguaje es adecuado en cantidad (la fluidez verbal se halla preservada) y las respuestas suficientemente largas, pero proporcionan escasa información. El lenguaje tiende a ser vago, repetitivo, impreciso, abstracto y estereotipado. El paciente puede hablar de forma fluida durante un rato, pero sin dar la información adecuada para contestar a la pregunta que se le formula.

Trastornos del contenido. El contenido se podría definir como aquello que la persona verdaderamente piensa sobre algo, como ideas, creencias, preocupaciones, obsesiones, delirios, etc. No todas estas ideas son patológicas:

Preocupaciones. Son temas predominantes en el pensamiento del paciente, que habitualmente se reflejan en el lenguaje espontáneo. Son normales en situaciones de estrés.

Ideas fijadas. Se trata de ideas que pueden ser falsas, pero que son corregibles y reversibles, de manera que pueden ser cambiadas bajo un razonamiento adecuado, a diferencia de la ideación delirante. El sujeto no las siente como extrañas o patológicas. No tienen una gran carga afectiva sobreañadida. Con frecuencia aparecen en la vida diaria, generalmente por falta de información adecuada sobre el tema al que responde la idea.

Ideas sobrevaloradas. Son ideas que ocupan un lugar central en la vida de la persona, con marcado tono afectivo y con un significado propio, en torno a las cuales gira la conducta del paciente. No son extrañas al Yo y se entienden en función de la situación biográfica de la persona. Existe una importante implicación emocional en las ideas. Sin embargo, se trata de creencias y no de convicciones. Se podría afirmar que se trata de afirmaciones exageradas por parte del paciente, mantenidas con una persistencia más allá de lo razonable. El sujeto mantiene estas ideas más a partir de sus sentimientos que por la razón objetiva, y orienta su conducta a partir de estas ideas. Éstas suelen ser psicológicamente comprensibles, de temas relativos al honor, a la afirmación social, etc. El

paciente no las reconoce como absurdas (a diferencia de la mayoría de las ideas obsesivas) y sí pueden ser rebatibles con una argumentación adecuada (a diferencia de lo que ocurre con las ideas delirantes). No son tampoco necesariamente patológicas.

Ideas obsesivas. Son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos repetitivos, no deseados e irracionales, que el paciente reconoce (aunque a veces no completamente) como absurdos e irracionales, que se imponen al paciente y que crean una gran ansiedad. Por tanto, son pensamientos intrusos, parásitos, repetitivos y egodistónicos. Escapan al control del Yo y el paciente intenta luchar contra ellos (para lo cual pueden aparecer rituales), si bien la mayoría de las veces sin éxito. Según la forma, las obsesiones se pueden dividir en impulsos, representaciones, temores, ideas o dudas obsesivas. Los contenidos más frecuentes son de contaminación, dudas, somáticos, necesidad de simetría, agresivos, sexuales, religiosos y del paso del tiempo. Son propias del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), y se estudian de forma más amplia en el capítulo correspondiente a este trastorno.

Ideas fóbicas. Existe un temor angustioso y un miedo excesivo, anormal y persistente provocado por un objeto o situación en teoría no peligrosos. Existe una reacción desproporcionada con la causa que las provoca, y la relación objeto-situación con la respuesta de miedo resultante es irracional. El sujeto también critica lo absurdo de su reacción. Son ideas incontrolables por la voluntad, que provocan la huida o la evitación del objeto o situación temida. Aparecen ante la presencia del objeto fóbico (a diferencia de la obsesión, que puede aparecer también en ausencia de objeto). Son propias de las fobias; se estudian más ampliamente en el capítulo correspondiente a este trastorno.

Pensamiento mágico. Creencia que las palabras, ideas o acciones pueden determinar o impedir un suceso por medios mágicos, sin tener en cuenta las leyes de la causalidad lógicas. Se dan en el TOC, en el juego patológico, en algunas esquizofrenias y también en algunos sujetos normales.

Ideas delirantes. Delirar significa etimológicamente «salirse del surco». La ideación delirante es uno de los pilares de la psicopatología clásica, por eso se tratará en un apartado específico dentro de este capítulo.

Trastornos de la experiencia (vivencia del Yo) del pensamiento. También denominados trastornos de la propiedad del pensamiento (Higuera y cols., 2005), son experiencias de difícil exploración y objetivación. En ellos el mundo interno del paciente se escapa de su control, de manera que éste pierde su propiedad privada, ya que el paciente tiene la sensación que puede ser percibido o manipulado por terceras personas. Su examen adecuado requiere no sólo la respuesta afirmativa del paciente a la pregunta, sino también una descripción de la experiencia por parte del entrevistado. Todos ellos son fenómenos característicos (pero no exclusivos) de la esquizofrenia.

Las alteraciones más importantes son las siguientes:

Difusión o divulgación del pensamiento. El paciente experimenta que sus pensamientos se difunden fuera de su mente, de manera que pueden ser captados por otros. El paciente nota como si los demás pudieran conocer lo que él piensa. Es una experiencia pasiva, en el sentido de que no es deseada, sino experimentada. En esta línea, el paciente puede también referir *sonorización del pensamiento*, percibiendo de forma verbalizada su propio pensamiento.

Inserción o imposición del pensamiento. El paciente carece de sentido normal de posesión de sus pensamientos, que no son suyos y que se experimentan como extraños. Han sido insertados en su interior mediante algún mecanismo (telepatía, ordenadores, etc.), de manera que está pensando no lo que él desea sino lo que otros quieren.

Robo del pensamiento. El paciente cree que alguna fuerza externa le ha sacado los pensamientos de su cabeza, de manera que no tiene pensamientos. Es también una experiencia pasiva, experimentada, aunque no deseada, pero a diferencia de la difusión, hay una experiencia de robo real, que puede llegar a ocasionar explicaciones delirantes.

Lectura del pensamiento. El paciente vivencia que los demás conocen sus pensamientos o que pueden leer su mente.

DELIRIO

Desde el siglo XIX el delirio ha sido el tema central de la psicopatología, ya que enfrenta la psiquiatría al incierto y comprometido ámbito de la locura, siempre enigmática (Vallejo y Sánchez Planell, 2001). En el siglo XIX se empieza a considerar el delirio aisladamente de otros síntomas, como las alucinaciones, y se sientan las bases para considerarlo como una falsa creencia. Comienzan entonces a plantearse interrogantes sobre la génesis, la estructura y los tipos de estas supuestas creencias patológicas. Este debate continúa abierto y todavía no resuelto en los inicios del siglo XXI.

La historia del delirio, pues, va paralela a la historia de la psiquiatría (Serrallonga, 2002). Kraepelin describe, en los pacientes con *dementia praecox*, alteraciones del pensamiento que consisten en incoherencia, pérdida asociativa e ideas delirantes. Bleuler considera que en la esquizofrenia el trastorno fundamental es la ausencia de relaciones entre las ideas que deberían estar asociadas y no lo están. Para Kurt Schneider, lo que caracteriza el pensamiento esquizofrénico es el descarrilamiento, la sustitución, la omisión, la fusión, el bloqueo y el simplismo. Para Von Domarus el pensamiento esquizofrénico sería secundario al fracaso de un razonamiento silogístico. Berrios añade que la falta de precisión en la traducción de término «delirio» fue y es actualmente fuente de errores semánticos. De hecho, es muy importante no confundir el delirio con el *delirium*. Por otro lado, de manera muy interesante, Berrios también critica

el concepto de delirio como creencia falsa, describiendo los delirios como actos de habla vacíos. Castilla del Pino (1998) también critica el concepto de creencia falsa, ya que para él, el delirio, más que una creencia, es una evidencia. No “se cae” en el delirio; al delirio “se llega”.

En otro ámbito, las teorías psicoanalíticas atribuyen al delirio un valor eminentemente simbólico, considerando los delirios como creencias con significado, y expresiones de las fantasías y deseos del sujeto. La proyección sería el mecanismo fundamental en la génesis del delirio. Muy interesante es la descripción clásica del caso Schreber del mismo Freud. La teoría analítica existencial heideggeriana (Binswanger) considera el delirio como una alteración profunda del estar en el mundo (Dasein).

Por otro lado, la escuela francesa (Ey, 1950) formula que toda enfermedad mental se caracteriza por la aparición de síntomas de déficit o negativos, que son la expresión de una desestructuración de la conciencia a niveles inferiores. La disolución de este nivel conduce a la liberación de otros núcleos inferiores (síntomas positivos) que se nos aparecen como una nueva organización de la vida psíquica. Esta dinámica no tiene sentido si no es considerando la enfermedad no sólo como una desestructuración del psiquismo, sino también como su reorganización a un nivel inferior. Este discurrir, en ocasiones, fluctuante sobre la organicidad, lleva a la psiquiatría francesa a clasificaciones distintas, fruto de una concepción diferente del delirio.

Algunas posiciones más actuales defienden el delirio como explicación racional (Maher, 1992) que da sentido a experiencias alucinatorias u otras experiencias anómalas que puede presentar el sujeto. Sin embargo, ni en todos los pacientes con delirios se constatan experiencias anómalas, ni tampoco todas las personas que padecen estas experiencias generan delirios.

También se ha estudiado el delirio dentro de las teorías atribucionales, a partir de sesgos, errores y heurísticos que pueden servir para explicar la generación y mantenimiento de los delirios y de otras creencias.

Tradicionalmente, partiendo de la clásica definición de Jaspers (1913), el delirio primario se suele definir como:

1. Creencia falsa o equivocada.
2. Fija y persistente.
3. Incorregible e irreductible a la argumentación lógica.
4. Aparece sin un estímulo externo apropiado.
5. No es influenciado por la experiencia (convicción).
6. Se establece por vía patológica y no se explica por valores sociales, culturales, religiosos o de pertenencia a ningún grupo.
7. Es incomprendible psicológicamente, y no deriva de otros síntomas o sucesos de la vida cotidiana.

En el delirio, además, hay que investigar:

1. Extensión, o su grado de implicación en la vida del paciente.
2. Rareza, o grado de distancia de los contenidos del delirio con la realidad.

3. Convicción, o grado de creencia del paciente en la realidad del delirio.
4. Desorganización, o grado de falta de consistencia interna, lógica y sistematización.
5. Presión, o grado de preocupación y aproximación del paciente al contenido del delirio.

Además, debido a la complejidad y significación de algunos sistemas delirantes, es preferible registrar el contenido de todo el sistema delirante del paciente y no sólo sus trastornos formales y el tipo general de delirio que presenta.

Clasificación

Los delirios se pueden clasificar según distintas dimensiones. Distinguiremos tres: según su origen, según su contenido y según su organización.

Según su origen. Se puede clasificar en idea delirante primaria y secundaria.

Idea delirante primaria. Se trata del delirio propiamente dicho, que cumple todas las características previamente descritas. Aparece en ausencia de un estímulo externo y no puede explicarse por la presencia de otros procesos patológicos. Estos juicios aparecen para el observador como algo nuevo, irreductible y primario. La personalidad del individuo está totalmente invadida por el delirio, que se constituye en el eje de su vida. Existe una ruptura biográfica en el paciente, existiendo un antes y un después desde la aparición de la idea delirante. Por otro lado, las vivencias que relata son extrañas para nosotros, aunque primarias para él.

Dentro del delirio se han descrito las siguientes formas:

Temple o humor delirante. Constituye el límite entre la vivencia normal y la vivencia delirante. El paciente nota, o más bien tiene la intuición, la sospecha o el presentimiento de que «algo está pasando», pero realmente no sabe qué. El ambiente es distinto. Aparecen nuevas significaciones ante hechos comunes y emocionalmente neutros para un observador externo. Esta sensación suele ser vivida con angustia. Corresponde a un estado afectivo difuso, durante el cual el paciente presenta un cambio profundo y se nota desazonado, inquieto y alarmado. El ambiente es distinto, existiendo una alteración sutil que lo envuelve todo con una luz incierta, amenazante y de mal aspecto. A partir de este estado de ánimo especial surgen las percepciones e intuiciones delirantes. Esta fase podría ser equivalente al trema psicótico descrito por otros autores como Klaus Conrad. El delirio se puede estructurar a partir de esta fase en forma de percepción delirante o en forma de intuición delirante.

Percepción o interpretación delirante. El paciente da una significación anormal a hechos y percepciones normales, casi siempre en el sentido de la autorreferencia. Las cosas significan repentinamente algo muy distinto. El enfermo se da cuenta de que sabe algo y comienza a estructurar aquello que antes (temple delirante) sólo intuía, pero que no sabía, y

que ahora, de repente, comienza a cobrar significado. Muchas veces éste es un significado especial, en forma de mensaje o aviso, siguiendo alguna «extraña clave», que el sujeto se ve obligado a descubrir. No se trata de una alteración de lo percibido, sino de su significado (por lo tanto no es una alteración de la percepción, sino del pensamiento).

Intuición, ocurrencia o inspiración delirante. El paciente, de forma relativamente brusca en muchas ocasiones, de repente descubre, a modo de corazonada u ocurrencia, el significado de todas aquellas intuiciones o significaciones mal definidas. En este momento todo «empieza a cuadrar», estructurándose el delirio. El paciente sabe de pronto, sin apoyo alguno en una realidad sensible (a diferencia de la percepción delirante, en la que se apoya en una percepción o hecho concreto) que ha cambiado radicalmente el significado de algo. A partir de este momento el delirio se polariza, predominando un tema delirante sobre los demás, que disminuyen en número o bien se vertebran en torno a una idea delirante central.

Representación o recuerdo delirante. En ella, hechos sucedidos años atrás son interpretados actualmente de forma errónea o delirante; una imagen o un recuerdo toman un significado totalmente nuevo. Se da, pues, una significación nueva a un recuerdo, de manera que el paciente interpreta el pasado mediante una configuración delirante.

Idea delirante secundaria o idea deliroide. Se trata de delirios que surgen en relación con, o secundariamente a, otros trastornos, tanto psiquiátricos como no psiquiátricos. Su contenido es parcialmente comprensible en el conjunto de las vivencias del paciente. Así, cumpliría la mayoría pero no todas las características de una idea delirante primaria (creencia falsa, irreductible, fija), pero en cambio sería secundaria a algunos acontecimientos de la vida del paciente o a algún otro de sus síntomas (a diferencia de la idea delirante primaria, que aparece sin estímulo externo y se establece por vía patológica).

Los más importantes dentro de este grupo son los delirios relacionados con trastornos afectivos, entre los que destacan los delirios de culpa, ruina e hipocondría en los episodios depresivos, y los delirios de grandeza o megalomaníacos en los episodios maníacos. Estas ideas pueden mejorar al hacerlo las circunstancias o el fenómeno psicopatológico del que derivan.

Por otra parte, una idea delirante secundaria puede ser comprensible psicológicamente, y tener una cierta lógica interna. Las ideas serán patológicas al partir de premisas falsas, pero si en cambio éstas fueran ciertas, las ideas podrían estar justificadas. Este hecho se da especialmente en algunos pacientes con trastorno delirante.

Sin embargo, esta clásica distinción desde tiempos de Jaspers (1913) entre idea delirante primaria e idea delirante secundaria es objeto de controversia; hay autores (Cutting, 2001) que critican esta división, y se plantean la necesidad de reconsiderar la homogeneidad del delirio como síntoma.

Según su contenido. Al igual que hay diversas formas de delirar, hay también diferentes temáticas delirantes, en general no excluyentes (Serrallonga, 2002).

Es necesario comentar que los temas delirantes varían de una cultura a otra, y dentro de la misma cultura, según acontecimientos externos. Sin embargo, existen unos temas más frecuentes, que se describen a continuación:

Delirios de referencia o de autorreferencia. Se trata de la sensación que la conducta de los demás se está refiriendo a uno mismo; por lo tanto, pueden existir significados ocultos relacionados con el sujeto en cualquier suceso cotidiano. Así, las acciones de los demás, que en condiciones normales tendrían un significado neutro, tienen un nuevo significado, referido hacia el paciente, y muchas veces con significados amenazadores.

Delirios de persecución. Quizá sea el tipo más frecuente o, como mínimo, el más representativo. El paciente cree firmemente que existe una conspiración contra él o que está siendo perseguido de alguna manera. Alguien, o alguna fuerza externa, está intentado dañarle, causarle lesiones físicas, pretendiendo matarle, etc. Puede existir todo un complot contra él. El paciente se siente acosado, perseguido, perjudicado, incluso puede llegar a creer que su vida está en peligro. Es un delirio típico de la esquizofrenia paranoide, así como del trastorno por ideas delirantes.

Delirios de control o de influencia. El delirio de control es complejo de entender. Se trata de una sensación subjetiva e intensa de estar bajo el control de alguna fuerza extraña o de alguna persona, muchas veces mediante mecanismos más o menos sofisticados (micrófonos, cámaras, chips, etc.) que de alguna forma modifican su mente. El paciente es objeto de la acción intencionada de otros que se la hacen vivir sensorialmente como influencia dañina, posesión o control. Se puede asociar a trastornos de la vivencia del Yo, como fenómenos de lectura, inserción o difusión del pensamiento.

Delirios de significación. El paciente encuentra significados especiales en los hechos cotidianos, recibe informaciones a través de ellos que sólo él puede descifrar, pudiendo interpretar todo como «pruebas» que el paciente ha de ir superando.

Delirio celotípico o de celos. Se trata de un delirio centrado en la creencia de una infidelidad por parte de la pareja del enfermo. El paciente está convencido de que su pareja le es infiel y busca constantemente indicios que corroboren su hipótesis. Para diagnosticar un delirio celotípico, el pensamiento del paciente tiene que cumplir las características de una ideación delirante, y no sólo hay que considerar la verosimilitud del contenido del delirio. Además de darse en pacientes con esquizofrenia y con trastorno delirante, se trata de un delirio común en pacientes con dependencia de alcohol.

Delirio erotomaniaco o de De Clérambault. El paciente mantiene la creencia que otra persona, en general de nivel social, cultural o económico superior (o a veces también personas no conocidas por el paciente

que suelen salir en los medios de comunicación, como locutores de televisión, políticos, habituales de revistas del corazón), está locamente enamorado de él o de ella. En este contexto puede interpretar cualquier gesto, mirada, comentario como signos irrevocables de su amor hacia él-ella. Su conducta puede ser consecuente con su creencia delirante, hecho que puede provocar problemas a la otra persona. Este tipo de delirio puede aparecer en solitario, como una forma especial dentro del trastorno delirante, o también dentro de otros trastornos que cursen con delirios.

Delirios de culpa. Convicción inamovible de haber hecho algo imperdonable; el paciente se siente culpable de todo lo que ha ocurrido a él e incluso a su familia y amigos, y sus síntomas son la consecuencia de su incompetencia, sus pecados, etc., por todo lo cual merece ser castigado. En este contexto, el tiempo de vida que le queda por vivir sólo será un infierno bien merecido en un intento por redimir sus culpas. Por eso hay que valorar el riesgo de suicidio en estos pacientes. Es un delirio propio, pero no exclusivo, de algunos cuadros depresivos melancólicos.

Delirios de ruina. Creencia delirante de que las posesiones materiales se han perdido, y el paciente puede llegar a asegurar que él y su familia están totalmente arruinados y en la más absoluta pobreza. Es también un delirio propio de depresiones melancólicas.

Delirios somático-hipocondríacos. Se trata de delirios relacionados con el funcionamiento del propio organismo, de manera que el paciente puede tener la convicción que su cuerpo o alguna parte de él no está funcionando bien. También es propio de depresiones melancólicas. Es preciso distinguirlo de la *hipocondría no delirante*, en la que existe una interpretación errónea de las sensaciones físicas, con una importante preocupación y malestar, pero en la que la creencia no es delirante. Esta distinción entre ideación hipocondríaca sobrevalorada o delirante a menudo es compleja. La creencia de estar infectado por pequeños animales que no le dejan vivir, junto con sensaciones de picor y/o molestias difusas de todo el cuerpo, se denomina *delirio de infestación o de posesión zoopática, o síndrome de Ekbom*. Puede aparecer en trastornos psicóticos y también en el abuso de cocaína.

Delirios nihilistas. Creencias también referentes al cuerpo, que se caracterizan por contenidos de negación o inexistencia. El paciente puede creer que uno mismo, los demás o incluso el mundo entero no existe. La creencia de que uno mismo está muerto, vacío, sin vísceras, y por lo tanto carece de cuerpo material, se denomina también *síndrome de Cotard*. Son delirios propios de la depresión delirante, aunque es más raro que se vean en otros trastornos psicóticos, como algunas esquizofrenias.

Delirio megalomaniaco o de grandeza El paciente tiene una idea exagerada de sus capacidades, considera que tiene habilidades o poderes especiales, que posee bienes, que es una persona muy importante, etc. Es

propio de los episodios maníacos, pero también se puede encontrar en algunos pacientes con esquizofrenia.

Delirios religiosos o místicos. El contenido del delirio es de temática religiosa. Se ha de diferenciar de lo que son experiencias religiosas normales, en las que no se cumplen las características propias de la ideación delirante. El *delirio mesiánico*, donde el paciente cree cumplir misiones redentoras designadas por divinidades, cree ser un líder universal o se cree él mismo una divinidad, entraría dentro de este grupo.

Delirio de Capgras o ilusión de Sosias. El paciente desarrolla la creencia de que ciertas personas significativas para su vida, como sus propios familiares, han sido sustituidos por dobles exactos, que asumen sus roles y se comportan como si fueran las personas originales. Al ver a la persona conocida, piensa que no es realmente quien parece ser, sino un impostor que ha ocupado su lugar. Se trata, pues, de una falsa identificación. Aparece en algunos pacientes con esquizofrenia, si bien también se puede dar en pacientes con trastornos mentales orgánicos. No hay que confundirlo con el *síndrome de Fregoli*, en el que sucede lo contrario, es decir, el paciente identifica falsamente a desconocidos, pensando que sí que los conoce.

Delirios fantásticos. Son delirios físicamente imposibles, más propios de cuentos de hadas que de la vida real (extraterrestres, viajes astrales, etc.). Los clásicos delirios parafrénicos entrarían en este grupo.

Según su organización. En función de la organización del delirio, éste se puede clasificar en sistematizado y no sistematizado:

Delirio sistematizado. Se trata de delirios organizados armónicamente. El paciente puede intentar demostrar la realidad de su creencia, pudiéndolo explicar con una incluso muy compleja organización y complejidad, a modo de argumento o guión.

Delirio no sistematizado. Se trata de delirios en los que las ideas no tienen relación las unas con las otras, o la relación que da el paciente es absurda. En general, el paciente no suele intentar explicar sus ideas, sino que cree que las cosas «son así» porque él «lo sabe», o «porque sí».

Según su estructura formal. Otros autores (Sánchez Gómez y cols., 2005) dividen de manera muy interesante los delirios según su estructura formal, diferenciando las características psicopatológicas de los delirios en función del trastorno que los desencadenan (esquizofrenia, paranoia, parafrénia, trastornos afectivos y trastornos orgánico-cerebrales). Se remite a los capítulos propios de estos trastornos para estudiar estas características más específicas.

Formas especiales

Delirio compartido, delirio inducido o folie à deux. Delirio compartido por terceras personas, generalmente familiares o allegados al paciente. Puede aparecer en delirios bien sistematizados con cierta lógica y coherencia (sobre todo delirios secundarios paranoides en pacientes con trastorno delirante paranoide).

Reacciones deliroides. Se trata de cuadros delirantes de duración breve y recortada, que aparecen ante situaciones de estrés en pacientes predisuestos. El contenido del delirio suele ser comprensible (sería por lo tanto un delirio secundario). El tratamiento es sintomático durante la fase aguda, y el pronóstico es bueno, sobre todo si desaparecen los factores estresantes precipitantes del cuadro.

Deliriosensitivoderelaciónodereferencia. Descrito por Kretschmer. No se trata exactamente de un delirio propiamente dicho. Suele aparecer en personas muy sensibles y fácilmente impresionables, quienes, a partir de una situación vital estresante, desarrollan un cuadro clínico caracterizado por la vivencia de un conflicto entre ellas y el resto del grupo, sintiéndose desplazadas, menospreciadas y con muy baja autoestima. El paciente sufre esta situación de auto y heteromarginación con crítica de la misma, hasta tal punto que sus síntomas más evidentes son de ansiedad y de estado de ánimo depresivo de características reactivas a la situación y a su manera de interpretarla.

Delirium o delirio exógeno. Se trata de algo muy diferente al delirio propiamente dicho. En realidad el *delirium* no es una forma de delirio. El *delirium* es un síndrome confusional, que cursa con alteraciones del nivel de conciencia, las cuales, de manera secundaria, pueden producir alteraciones del pensamiento. Estas últimas, cuando aparecen, adoptan características peculiares, en las que el paciente participa totalmente de la experiencia delirante, de modo parecido a como se impone el sueño al soñador (Serrallonga, 2002). La vivencia general es muy alta y va acompañada de alteraciones de otras esferas psicopatológicas: nivel de conciencia, orientación, percepción o cualquier otra área psicopatológica. Ante la presencia de un *delirium* hay que descartar siempre una causa orgánica o tóxico-farmacológica, ya que son alteraciones de origen no psiquiátrico potencialmente muy graves si no se diagnostica la causa y se trata a tiempo. El tratamiento de estos cuadros es un campo que pertenece a la medicina interna, aunque el síntoma guía sea psiquiátrico.

Consideraciones finales en relación con los delirios

La conceptualización del delirio como creencia falsa ha sido últimamente objeto de controversia (Berrios, 1996; Castilla del Pino, 1998; Baños y Belloch, 2008). Aplicar el criterio de veracidad o falsedad a una creencia es bastante complicado, ya que, de hecho, muchos delirios parten de hechos reales dentro de la psicobiografía del sujeto. Un paciente, por ejemplo, puede tener problemas reales con sus vecinos, y a partir de ahí estructurar una ideación delirante. Casos similares podemos encontrar con frecuencia en muchos otros delirios paranoides y algunos celotípicos, entre otros. Lo mismo sucede con la noción de incomprendibilidad psicológica, puesto que muchos delirios pueden ser, sobre todo en su inicio, comprensibles. Y, en el lado opuesto, a

veces la realidad supera la ficción, es decir, situaciones que parecen muy absurdas o inverosímiles y que nos harían pensar en que el discurso de la persona que las explica es delirante, pueden de hecho ser ciertas. Tampoco es clara la utilidad de la distinción entre delirio primario y delirio secundario (Cutting, 2001). Por ejemplo, existen delirios en la esquizofrenia que pueden ser comprensibles y aparecer después de un estímulo externo, y por otro lado en algunos trastornos afectivos con síntomas psicóticos pueden aparecer delirios no comprensibles y sin ningún estímulo externo desencadenante. Incluso hay autores como Berrios que van un poco más allá, al definir los delirios como «actos de habla vacíos que se disfrazan de creencias», cuyo contenido informacional no se refiere al mundo ni a uno mismo, y no son expresión simbólica de nada, sino que son únicamente un fragmento aleatorio de información atrapada en el momento en el que cristaliza el delirio.

Otra consideración importante es la relativa inespecificidad de los delirios, puesto que se pueden dar en una amplia variedad de trastornos, tanto psiquiátricos (esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, trastornos afectivos), neuropsiquiátricos (demencias, enfermedades degenerativas), secundarios a abuso de sustancias y en diversas enfermedades médicas.

En resumen, la conceptualización de los delirios es extremadamente compleja, y probablemente por ello sea tan difícil poder encuadrarlos en una definición simple. Y la definición clásica del delirio de Jaspers como creencia falsa, mantenida desde hace más de un siglo, no consigue ser suficientemente eficaz. Sin embargo, al menos hasta hoy, carecemos de modelos alternativos suficientemente válidos para superar este problema definitorio.

TRASTORNOS DEL LENGUAJE

El estudio del lenguaje ha tenido un gran desarrollo durante las últimas décadas, quizás más intensamente en otras áreas de conocimiento más allá de la psicopatología. En muchos casos se trata de una investigación multidisciplinaria, que implica a estudiosos de distintos ámbitos, como médicos, psicólogos, pedagogos, logopedas, lingüistas, filósofos y un largo etcétera de profesiones.

Entendemos como lenguaje (Arrufat, 2008) el intercambio comprensible de ideas, siendo éste el vehículo de expresión del pensamiento. Existen lenguajes no verbales, como los olores y los gestos, que también hay que considerar psicopatológicamente; se suelen estudiar en la psicopatología de la psicomotricidad o, en algunos textos (Obiols, 2008), de manera más específica como psicopatología de la apariencia. Sin embargo, aquí trataremos el lenguaje verbal, al ser éste el que clásicamente se ha considerado como propio del campo de los trastornos del lenguaje.

La relación entre lenguaje y pensamiento ha sido uno de los campos más estudiados y controvertidos tanto en las ciencias como en la filosofía. El lenguaje está estrechamente unido al pensamiento, pues de hecho las perso-

nas manifiestan lo que piensan o sienten principalmente a través del lenguaje. Este hecho origina problemas en la exploración, ya que muchas veces será difícil averiguar si una alteración dada es una patología del pensamiento, o del lenguaje.

En este capítulo se comentarán las alteraciones más propias del lenguaje, de manera que las alteraciones en las que a veces es difícil discernir si la patología está en el lenguaje o en el pensamiento se explican en el apartado del pensamiento.

En general se pueden dividir los trastornos del lenguaje dentro de los siguientes grupos: ausencia de lenguaje, trastornos del ritmo, trastornos de la iteración, trastornos del significado y alteraciones de origen preferentemente neurológico.

Ausencia de lenguaje o mutismo

Consiste en una ausencia total de lenguaje verbal, sin que de hecho estén afectadas las capacidades instrumentales. El origen puede ser múltiple y siempre será necesario realizar un buen diagnóstico diferencial. Así pues, puede aparecer por ejemplo (Galletero, 2001, 2005):

1. Como reflejo de una actitud negativista.
2. En situaciones de estrés intenso.
3. Secundariamente a síntomas psicóticos, como alucinaciones o ideas delirantes.
4. En el contexto de un cuadro histriónico.
5. En una simulación.
6. En niños con mutismo selectivo o electivo (negativa a hablar pese a que la capacidad para comprender y para hablar está conservada, que puede aparecer en niños de edad preescolar).
7. Porque el enfermo no siente la necesidad de comunicarse.
8. En defectos sensoriales, como la sordera.
9. Por enfermedad orgánica cerebral que afecta a los centros del lenguaje.
10. En algunos pacientes con autismo.

Trastornos del ritmo del lenguaje

Consisten en alteraciones en el ritmo y/o en la velocidad del lenguaje. Los más relevantes son:

Bradifemia o bradifasia. Enlentecimiento en la emisión del lenguaje.

Aumento de latencia de respuesta. El lenguaje es normal, pero el tiempo que pasa desde que se realiza la pregunta hasta que el paciente comienza a responder es más prolongado. Es propio pero no exclusivo de las depresiones melancólicas, y se suele asociar con cierta inhibición psicomotora.

Taquifemia o taquifasia. Aceleración en la emisión del lenguaje. Hablar muy deprisa. Se suele asociar a un hablar excesivo (*logorrea o verborrea*).

Presión del habla. Incremento de la cantidad del lenguaje espontáneo en comparación con lo considerado

normal o socialmente adecuado. Se podría considerar como el extremo contrario del aumento de latencia de respuesta. El paciente habla con rapidez y es difícil interrumpirle. Algunas oraciones pueden quedar incompletas debido al ansia por decir una nueva idea. Se suele encontrar en los cuadros maníacos, casi siempre acompañado de un aumento del tono de voz, así como de trastornos del pensamiento (taquipsiquia o aceleración del pensamiento, y también en la fuga de ideas).

Tartamudez o disfemia o espasmofemia. Se da una alteración del ritmo y de la fluidez del habla, caracterizada por la interrupción del flujo del habla, por la tendencia a repetir las sílabas iniciales de las palabras. Pueden aparecer también bloqueos y aspiraciones. Aumenta en situación de ansiedad. Clásicamente se definen tres tipos de tartamudez (Serrallonga, 2002): *a) tónica*, que fundamentalmente se presenta al inicio de un discurso comunicativo y que, una vez superado, fluye normalmente; *b) clónica*, en la que el trastorno se manifiesta en el principio del fonema, y *c) mixta*, que agrupa a las dos anteriores.

Aprosodia. Falta de entonación, apareciendo un discurso monótono, sin inflexiones y con pérdida de la musicalidad. Suele asociarse a alteraciones similares en el lenguaje no verbal. Es una alteración inespecífica. Se puede observar en las depresiones, esquizofrenia con síntomas negativos, autismo y diversos trastornos neurológicos como la enfermedad de Parkinson y algunas afasias, entre otros.

Trastornos iterativos del lenguaje o estereotipias verbales

Alteraciones en la repetición de una misma sílaba, palabra o frase. Se pueden distinguir los siguientes tipos:

Palilalia. Repetición involuntaria de una palabra varias veces seguidas y de forma espasmódica. Frecuente en pacientes con afasia, en otros trastornos neurológicos (enfermedad de Parkinson, etc.). También se puede encontrar en pacientes con esquizofrenia. La repetición espasmódica de una sílaba en lugar de toda la palabra se llama *logoclonia*.

Ecolalia. Repetición irrelevante y persistente de las últimas palabras o frases que han sido dirigidas al enfermo, a modo de eco. Puede también copiar su entonación.

Verbigeración. Repetición incesante, carente de sentido, de manera automatizada y estereotipada de las mismas palabras o frases. Suelen ir encadenadas a modo de discurso. Es un síntoma muy inespecífico.

Coprolalia. Empleo de manera estereotipada de palabras vulgares, obscenas y sucias. Es un síntoma característico del síndrome de Gilles de la Tourette, si bien se puede encontrar también en otros trastornos.

Trastornos de la significación del lenguaje

Se trata de trastornos que afectan más directamente al significado del lenguaje. La mayoría de ellos son característicos de la esquizofrenia, si bien también pueden aparecer en algunas demencias y en afasias sensoriales:

Neologismos. Creación y uso de palabras o expresiones sin un significado generalmente aceptado, a las que el paciente da una significación concreta. El paciente crea nuevas palabras a partir de la combinación o condensación de otras, siendo estas nuevas palabras incomprensibles para el entrevistador. Se puede observar en las afasias sensoriales y también es característico de algunos pacientes con esquizofrenia. En estos pacientes, puede corresponder a tres orígenes (Vallejo Nágera, 1981; Higuera Aranda y López Sánchez, 1996):

1. La necesidad de expresión de sentimientos y sensaciones nuevas y extrañas que no pueden designarse con los vocablos corrientes.
2. Las pseudoalucinaciones auditivas, que aportan palabras o frases que no tienen ninguna relación con la idea que quieren expresar.
3. Las ideas delirantes, que inducen a cierto lenguaje misterioso y simbólico.

Paralogismos. Confusión del concepto que expresa una palabra, de manera que a una palabra existente se le da un significado diferente al que en realidad tiene. Se suele asociar a la presencia de neologismos.

Glosomanía. Conjunto de manifestaciones verbales neoformadas acumuladas sin preocupación sintáctica alguna y desprovistas de fijeza y significación propias.

Glosolalia. Lenguaje «personal» del enfermo, que utiliza un vocabulario y una sintaxis de su propia invención, pero con un sentido propio. Así, a diferencia de la glosomanía, este lenguaje sí podría ser traducido en caso de que conociéramos este lenguaje especial. También se ha llamado *criptolalia*, y su escritura derivada, *criptografía*.

Ensalada de palabras. Aparición de conexiones incoherentes o incomprensibles de palabras, que no responden a ninguna regla gramatical, y sin significado aparente. Las palabras de una oración apenas guardan relación unas con otras. Es propia también de algunos pacientes con esquizofrenia. A pesar de su espectacularidad, puede aparecer en pacientes con pocas alteraciones en el resto de funciones psíquicas. También se ha llamado por algunos autores *esquizoafasia*.

Descarrilamiento o asociaciones laxas de ideas. Interrupción de la conexión lógica entre las ideas y el sentido general de la dirección del pensamiento. Existe un deslizamiento constante de un tema a otro, pero las frases individuales pueden ser claras y con sentido. Sin embargo, las ideas se escabullen unas de otras. Se dicen cosas yuxtaponiéndolas y falta una adecuada conexión entre frases o ideas. El lenguaje resultante puede presentar falta de cohesión, y el contenido final del discurso puede no estar relacionado con la pregunta formulada al principio.

Alteraciones de origen preferentemente neurológico

Distinguiremos dos grupos: las afasias y los trastornos de la articulación del lenguaje. Debido a su poca repercusión en los trastornos psiquiátricos, se comentarán sólo

de manera muy breve; remitimos al lector a manuales de neurología para ampliar este apartado.

Afasia. Alteración de la comprensión y de la expresión del lenguaje producido por la lesión de ciertas regiones cerebrales. En cambio, las estructuras neuromusculares formadoras del mismo están intactas. Se suele dividir en:

Afasia motora o de Broca. Incapacidad para emitir palabras, estando indemne la musculatura del lenguaje. El paciente comprende pero es incapaz de hablar.

Afasia sensorial o de Wernicke. Existe una producción verbal normal o aumentada, si bien no existe contenido lingüístico en aquello que dice el paciente. Éste habla de forma prolongada e incomprensible, no comprende y parece no ser consciente de su problema lingüístico. Pueden aparecer *parafasias* (inserciones o sustituciones de palabras equivocadas en el lenguaje).

Afasia mixta (motora + sensorial). La suma de las dos anteriores.

Afasia transcortical. Repetición intacta pero alteración del resto de las funciones lingüísticas. Se producen por infartos en las zonas de vascularización frontera de las grandes arterias cerebrales.

Afasias psicógenas. Muy poco habituales; presentes en algunos cuadros conversivos.

Trastornos en la articulación del lenguaje

Disartria. Trastorno específico de la articulación (tono, movimiento muscular) en el que las bases del lenguaje (gramática, comprensión y elección de palabras) están intactas. Es secundaria a lesiones en el sistema nervioso.

Disfonías. Alteración en la emisión habitual de la voz, por lesiones de los espacios de fonación y/o respiratorios, si bien de manera menos frecuente se puede observar en situaciones de gran carga emocional.

Dislalias. La simple emisión defectuosa de los sonidos.

BIBLIOGRAFÍA

Arrufat, F. (2008). Alteraciones del lenguaje y del pensamiento. En J. E. Obiols (Ed.), *Manual de psicopatología general*. Madrid: Biblioteca Nueva, Ediciones Universidad.

Belloch, A., Sandín, A., y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología. Edición Revisada*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Berrios, G. E. (1996). The history of mental symptoms. *Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press.

Berrios, G. E., y Fuentenebro, F. (1996). *Delirio. Historia, clínica, metateoría*. Madrid: Trotta.

Castilla del Pino, C. (1998). *El Delirio, un error necesario*. Oviedo: Ediciones Nobel.

Conrad, K. (1997). *La esquizofrenia incipiente*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.

Cutting, J. (2001). Delirios primarios y secundarios. En J. Vallejo, y L. Sánchez-Planell (Eds.), *Actualización en delirios*. Barcelona: Grupo Aula Médica.

De Vega, M. (1984). *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza.

Ey, H. (1998). *Estudios sobre los delirios. Paz Montalvo, Madrid, 1950*. Madrid: Nueva edición en Editorial Triacastela.

Galletero, J. M. (2001). Lenguaje. En J. I. Eguíluz Uruchurtu (Ed.), *Introducción a la psicopatología*. Madrid: MI&C.

Galletero, J. M., y Sánchez Pérez, M. (2005). Psicopatología del lenguaje. En I. Eguíluz, y R. Segarra (Eds.), *Introducción a la psicopatología*. Barcelona: Ars XXI.com.

Higuera Aranda, A., y López Sánchez, J. M. (1996). *Compendio de psicopatología* (4.ª ed). Maracena (Granada): Círculo de Estudios Psicopatológicos.

Higuera Aranda, A., Segarra Echebarría, R., y Sáenz Herrero, M. (2005). Trastornos formales y del control del pensamiento. En I. Eguíluz, y R. Segarra (Eds.), *Introducción a la psicopatología*. Barcelona: Ars XXI.com.

Jaspers, K. (1996). *Allgemeine Psychopathologie (psicopatología general)*. Springer, Verlag, Berlín, 1913. México: Versión española publicada por Fondo de Cultura Económica.

Kretschmner, E. (2000). *El delirio sensitivo de referencia*. Madrid: Editorial Triacastela. (Traducción de la 4.ª edición alemana: Der Sensitive Beziehungswahn, 1966.).

Maher, B. A., y Spitzer, M. (1992). Delusions. En P. B. Sutker, y E. Adams (Eds.), *Comprehensive Handbook of psychopathology* (2.ª ed). New York: Plenum Press.

Obiols, J. E. (2008). *Manual de psicopatología general*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Pérez Retuerto, M., Vázquez-Bourgon, M. E., Gaité, L., y Labad Alquézar, A. (2007). La exploración del estado mental. En J. L. Vázquez-Barquero (Ed.), *Psiquiatría en Atención Primaria, segunda edición*. Madrid: Biblioteca Aula Médica.

Salvador Carulla, L. (1992). Semiología psiquiátrica: percepción. Pensamiento y lenguaje. En J. L. Ayuso Gutiérrez, y L. Salvador Carulla (Eds.), *Manual de psiquiatría*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Sánchez Gómez, P., Ruiz Parra, E., y Eguíluz Uruchurtu, I. (2005). Trastornos del contenido del pensamiento. En I. Eguíluz, y R. Segarra (Eds.), *Introducción a la psicopatología*. Barcelona: Ars XXI.com.

Serrallonga, J. (2002). Trastornos del pensamiento y del lenguaje. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (5.ª ed). Barcelona: Masson.

Vallejo Nágera, J. A. (1981). *Introducción a la psiquiatría* (15.ª ed). Barcelona: Editorial Científico-Médica.

Vallejo, J., y Sánchez-Planell, L. (2001). *Actualización en delirios*. Barcelona: Grupo Aula Médica.