

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

CAPÍTULO 14  
TRASTORNOS DE LA POSESIÓN DEL PENSAMIENTO

**TRASTORNOS DE LA POSESIÓN DEL PENSAMIENTO**

Los seres humanos tenemos conciencia de nuestra propia actividad mental, nuestros pensamientos son propios y solo pueden ser compartidos por las demás personas cuando decidimos comunicarlos ya sea verbalmente, por gestos o acciones o a través del lenguaje escrito (Hamilton, 1976). La posesión de nuestros pensamientos en ocasiones puede alterarse, produciéndose el fenómeno en el que la distancia que separa nuestro cuerpo y en particular, nuestro cerebro, del de las demás personas, parece haberse borrado, al punto en que los pacientes sienten que pensamientos propios pueden ser conocidos por otros y que ellos mismos pueden acceder a los pensamientos ajenos.

Los trastornos de la posesión del pensamiento que describiremos en este capítulo son:

Transmisión de pensamiento

Lectura del pensamiento

Inserción del pensamiento

Robo del pensamiento

Influencia exterior, direccionamiento y control del pensamiento

**TRANSMISIÓN DE PENSAMIENTO**

Se denomina también *difusión del pensamiento*. El paciente cree que sus pensamientos están adquiriendo un volumen tan fuerte que pueden ser oídos por las demás personas, cree que son transmitidos y/o cree que sus pensamientos no son exclusivamente propios, sino que son compartidos físicamente por otros (AMDP, 1980). Los pacientes pueden afirmar que todo el mundo sabe lo que pasa por su cabeza o que todos los demás piensan lo mismo que el paciente al unísono (Hamilton, 1976; AMDP, 1980).

Fue considerada por Kurt Schneider (1959) uno de los síntomas de primer rango para el diagnóstico de la esquizofrenia (Schneider, 1959; Koehler et al., 1977). Es importante que la palabra *transmisión* no confunda la esencia del síntoma *transmisión de*

*pensamiento*, ya que se puede suponer que el paciente realiza la transmisión de manera voluntaria y en realidad se trata de una experiencia pasiva, es decir que la transmisión se produce sin que el paciente lo desee (WHO, 1994).

En algunos casos en los que los pacientes presentaban sonorización de los pensamientos o pensamientos audibles, una alteración sensorceptiva en la cual el paciente oye sus propios pensamientos como si fueran en voz alta (Pethö y Ban, 1989), pueden oír la voz tan fuerte que llegan a creer que las demás personas pueden oírla también, pudiendo considerarse que ambos fenómenos están presentes (WHO, 1994).

Algunos pacientes pueden elaborar otras ideas delirantes secundarias, que explican como los pensamientos escapan de sus cabezas y son oídos por las demás personas, ellas involucran a la telepatía, vigilancia electrónica, rayos, poderes especiales que, en la actualidad gracias al descubrimiento de nuevas tecnologías como internet y la realidad virtual ha incorporado una nueva temática al fenómeno, existiendo una enorme variedad de referencias a ellas como medio de transmisión (Taylor, 1981; Podoll et al., 2000; Compton, 2003). Los pacientes pueden referir que el aspecto sensorial de estas experiencias es muy marcado, por lo que algunos autores como Schmid-Siegel (2004), sugieren la utilización del término *transmisión de percepciones* para así destacar que la transmisión de pensamiento por sí misma, no incorpora el aspecto sensorial de la experiencia transmitida (Schmid-Siegel et al., 2004).

Puede citarse como ejemplo, el de un paciente que se negaba a responder las preguntas del entrevistador, ya que, según el paciente, ya sabía las respuestas porque oía sus pensamientos (Serralonga et al., 1998).

Si bien puede presentarse en algunos pacientes durante la intoxicación con alcohol (alucinosis), es significativamente más frecuente en pacientes esquizofrénicos, en pacientes con trastorno esquizoafectivo, trastornos delirantes, en trastorno bipolar, en trastornos depresivos mayores (con características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo), en fobias sociales, aunque es posible encontrar este fenómeno en muchos otros cuadros psicopatológicos (Tabla 42) (Sampath et al., 1980; Pawar y Spence, 2003; Loftus et al., 2000; Jørgensen y Aagaard, 1988; Amore et al., 1996; Sasaki et al., 2013).

**Exploración:** La valoración de este fenómeno, se realiza principalmente a través de la anamnesis directa e indirecta. Durante el interrogatorio del paciente, se le puede preguntar: ¿Piensa que sus pensamientos pueden ser escuchados por otras personas, como si fueran expresados en voz alta? O bien ¿Piensa usted que sus pensamientos se transmiten al exterior, de manera que otras personas pueden escucharlos como si fueran hechos en voz alta? Si el paciente responde afirmativamente conviene solicitarle: ¿Cómo se transmiten, podría explicármelo con sus propias palabras?, si el paciente provee una explicación que no pueda ser considerada como una creencia cultural, religiosa, o con una explicación en sentido figurado (ej. cuando explico las cosas mis ideas se transmiten a mis alumnos), se considera que está presente.

La entrevista estructurada del CODE-DD sugiere las siguientes preguntas: ¿Son sus pensamientos exclusivamente suyos? Luego, ¿Están sus pensamientos siendo físicamente compartidos por otras personas?, Y agrega ¿Están sus pensamientos siendo transmitidos de manera que otras personas puedan oírlos? (Ban, 1989).

Se considera presente al síntoma cuando el paciente describe que sus pensamientos son transmitidos físicamente a otras personas y no se refiere a ninguna creencia cultural, a lenguaje figurado o pensamientos idiosincráticos.

**Tabla 42. Diagnósticos Asociados a Transmisión del Pensamiento**

<u>Transmisión del pensamiento, causas:</u>	
Esquizofrenia <sup>a, b</sup> esquizoafectivo <sup>b</sup>	Trastorno
Trastorno delirante <sup>c</sup>	Trastorno bipolar <sup>d</sup>
Trastorno depresivo mayor (psicóticas incongruentes con el estado de ánimo) <sup>f</sup>	Fobia social <sup>e</sup> Taijin-kyofu sho <sup>e</sup> Alucinosis alcohólica <sup>g</sup>

<sup>a</sup>Pawar y Spence, 2003; <sup>b</sup>Loftus et al., 2000; <sup>c</sup>Jørgensen y Aagaard, 1988; <sup>d</sup>Bräunig et al., 2009; <sup>e</sup>Sasaki et al., 2013; <sup>f</sup>Amore et al., 1996; <sup>g</sup>SamPATH et al., 1980.

## LECTURA DEL PENSAMIENTO

Se denomina así a la creencia del paciente de que otras personas pueden leer su mente y conocer sus pensamientos.

Los pacientes pueden referir que las demás personas pueden no solo identificar y leer sus pensamientos, sino también sus emociones y sentimientos; este fenómeno puede presentarse también asociado a delirios paranoides y de referencia (Timlett, 2013).

Las descripciones de este síntoma suelen ser muy heterogéneas, ya que pueden variar en contenido, frecuencia y grado de perturbación. Hay pacientes que describen, que las demás personas pueden saber lo que ellos piensan utilizando sofisticados aparatos que cuentan con sensores de última generación, mientras que otros no pueden explicar como pueden personas desconocidas hacerlo. Estas experiencias suelen presentarse de manera esporádica, aunque algunos pacientes las describen de manera persistente y hasta continuas.

En cuanto a las dificultades o molestias que provocan, como dijimos antes también son muy variables, pudiendo en ocasiones no molestar al paciente y en otras generar molestias extremas y provocar perplejidad o miedo.

En ocasiones los pacientes ejecutan actos tendientes a evitar la lectura del pensamiento, como es colocarse sombreros extraños, o evitar salir de su casa o de la habitación. Por ejemplo, un paciente, construyó un casco con piezas de un televisor y papel de aluminio que empleaba gran parte del día para evitar que sus enemigos pudieran leerle los pensamientos.

En el caso de la fobia social, es posible que los pacientes refieran que otras personas saben lo que están pensando. Esta afirmación puede ser confundida con el delirio de un paciente psicótico, ya que en ocasiones el paciente refiere tener certeza de este fenómeno y cuesta hacer ceder dicho pensamiento. Desde el punto de vista semiológico la idea puede adoptar características obsesivas o en ciertos casos delirante. Resulta difícil adoptar una postura en esta discusión, ya que ambas hipótesis están siendo analizadas al punto de ser consideradas por algunos autores “Delirios No-Psicóticos”. Es común que en este diagnóstico también surja la idea de que pueden saber lo que las demás personas piensan y analizar esto bajo la misma óptica. Así también es importante aclarar que el diagnóstico de trastorno de ansiedad social (fobia social), suele hacerse en pacientes que posteriormente reciben el diagnóstico de un cuadro psicótico (Michail y Birchwood, 2009).

La presencia del fenómeno se ha descrito clásicamente en pacientes con trastornos psicóticos y en pacientes durante el abuso de sustancias (Tabla 43) (Fujimori et al., 1989; Stuart et al., 1995).

**Exploración:** La evaluación de este fenómeno se realiza a través de la anamnesis directa o indirecta, así como en contadas ocasiones a través de la observación de conductas asociadas. Durante el interrogatorio se puede preguntar al paciente: ¿Cree usted que otra u otras personas pueden leer sus pensamientos?, si la respuesta es positiva, se le debe solicitar: ¿Podría explicarme con sus propias palabras como le leen sus pensamientos?, si la explicación del paciente no implica creencias culturales, ni sentido figurado (decir por ejemplo que alguien le robó una idea, porque inventó algo parecido a lo que el paciente estaba pensando), se considera que está presente.

En estos casos siempre resulta importante preguntar el por qué de la conducta, para evitar considerar que el síntoma está presente cuando no lo está.

**Tabla 43. Diagnósticos Asociados a Lectura del Pensamiento**

<u>Lectura del pensamiento, causas:</u>	
Trastornos psicóticos <sup>a</sup>	Esquizofrenia <sup>b</sup>
Psicosis por consumo crónico de metanfetamina <sup>c</sup>	

<sup>a</sup>Stuart et al., 1995; <sup>b</sup>Kimhy et al., 2005; <sup>c</sup>Fujimori et al., 1989.

## INSERCIÓN DEL PENSAMIENTO

El paciente cree que sus pensamientos le han sido introducidos físicamente en su mente por una fuerza externa. A este concepto se puede sumar la característica de influenciar o impulsar directamente el comportamiento del paciente (delirios de control) (AMDP, 1980).

Michae Alan Taylor (1981) define a este fenómeno como la experiencia de que pensamientos ajenos son puestos en la mente de uno (Taylor, 1981). El paciente puede reconocerlos como ajenos y provenientes desde el exterior, es decir que la esencia de este síntoma es la falta del sentido de propiedad de los pensamientos dentro de su mente

(Hamilton, 1976; WHO, 1994). El SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry del 1994) de la OMS establece que no se incluye como manifestaciones de este fenómeno a los pensamientos no deseados, impuros, que se consideran como inducidos por el demonio, ya que la introducción debe ser física, no simbólica. Resulta importante aclarar esto, ya que, en la lengua española, es común utilizar la frase “Le está metiendo ideas en la cabeza”, aunque se refiere de manera simbólica al hecho de inducir a otra persona para que piense de manera similar, pero a través del discurso o de los actos (a través del ejemplo) (WHO, 1994).

Carl denominó ideas autóctonas a un tipo de ideas que describió de la siguiente forma: “Los pacientes notan la aparición de pensamientos que sienten como ajenos, que no les pertenecen, por ejemplo, que no se producen de la manera en que se asocian habitualmente” y agrega: “estos se perciben como molestos”, a pesar de que inicialmente puede confundirse su descripción con ideas obsesivas que el autor denomina *concepciones imperativas*, destacando que las obsesiones no son vivenciadas como ajenas, no son parte de la personalidad y por lo tanto no adquieren gran importancia en la totalidad de la vida mental (Wernicke, 1900).

Kurt Schneider (1950), incluyó a la inserción de pensamientos dentro de los síntomas de primer rango para el diagnóstico de la esquizofrenia (Schneider, 1950; Koehler et al., 1977).

Los pacientes pueden explicar que no comprenden, la manera en que les fueron introducidos los pensamientos o explicarlo a través de mecanismos físicos simples, mecanismos complejos, aparatos mecánicos o electrónicos (radares, microondas, fibras ópticas, Internet, etc.), medios sobrenaturales (posesión, medios espirituales, etc.), entre otros. Siendo también posible identificar al posible encargado de introducir los pensamientos, este puede ser muy variable, pueden tratarse de personas desconocidas o conocidas, en ocasiones dotadas de poderes o de tecnología que les permite hacerlo, pueden ser extraterrestres, espíritus, Dios o dioses, demonios, perseguidores o protectores, etc.

Ha sido descrito este fenómeno en pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor (con características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo), epilepsia del lóbulo temporal, e intoxicación con sustancias (ej. solventes volátiles como el thinner) (Tabla 44) (Jørgensen y Aagaard, 1988; Oyebode y Davidson, 1989; Amore et al., 1996; Saito et al., 1996; Gómez-Durán et al., 2010).

**Exploración:** La presencia del síntoma se establece basándose en la identificación, mediante el interrogatorio de la presencia de los dos componentes antes descritos. Por un lado, la presencia de una idea que no es propia del paciente y esta ha sido introducida desde el exterior por alguien o algo.

Se sugiere preguntar: ¿Siente usted que alguno o algunos de sus pensamientos le han sido físicamente introducidos en la mente por alguien o por alguna fuerza exterior? O bien, primero preguntar: ¿Siente que alguno o algunos de sus pensamientos, no le son propios (o no le pertenecen) ?, y luego preguntar: ¿ha sido, o han sido físicamente introducidos en su mente?, para concluir con la última pregunta: ¿Sabe usted Quien se los ha introducido, y porque medio (mediante algún aparato o elemento)? Cuando el paciente contesta que, si y describe una experiencia, que no puede ser explicada por una creencia

religiosa, no corresponde a una creencia cultural y no es solamente una explicación en sentido figurado (por ejemplo: un amigo me metió ideas en la cabeza, que en realidad quiere decir que un amigo lo convenció de algo), se considera que está presente.

**Tabla 44. Diagnósticos Asociados a Inserción del Pensamiento**

<u>Inserción del pensamiento, causas:</u>	
<p>Esquizofrenia <sup>a</sup> Trastorno bipolar <sup>c</sup> Epilepsia del lóbulo temporal <sup>a</sup> con el Intoxicación con solventes volátiles (thinner) <sup>d</sup></p>	<p>Trastorno delirante <sup>b</sup> Trastorno depresivo mayor (psicóticas incongruentes estado de ánimo) <sup>e</sup></p>

<sup>a</sup>Oyebode, y Davison. 1989; <sup>b</sup>Jørgensen y Aagaard, 1988; <sup>c</sup>Gómez-Durán et al., 2010; <sup>d</sup>Saito et al., 1996; <sup>e</sup>Amore M, et al., 1996.

## ROBO DE PENSAMIENTO

El paciente cree que sus pensamientos son extraídos físicamente de su mente por una fuerza externa (Oyebode, y Davison, 1989). De acuerdo con Karl Jaspers (1913) es un complejo, el *complejo de robo de pensamiento*, que se caracteriza principalmente por la sensación de estar privado o alejado de sus pensamientos (Jaspers, 1993). Para Fish (1976) su elemento más característico es la influencia externa, es decir que los pensamientos del paciente desaparecen repentinamente y son extraídos por una fuerza (influencia) externa (Hamilton, 1976). Se trata de una experiencia pasiva, no voluntaria, en ocasiones puede presentarse una elaboración delirante que explicaría la ausencia de pensamientos (WHO, 1994). Pueden incorporar el robo de pensamiento a algún delirio de tipo paranoide, fantástico, megalomaniaco, etc. Por ejemplo, los pacientes pueden referir que alguien conocido está extrayéndoles los pensamientos mediante la utilización de alguna máquina o implemento, o que les extraen los pensamientos gracias a un poder sobrenatural o extraterrestre.

Se ha descrito en pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, o durante la intoxicación con sustancias (ej. solventes volátiles como el thinner) (Tabla 45) (Saito et al., 1996; Loftus et al., 2000).

**Exploración:** La forma de evaluar este síntoma es mediante el interrogatorio (la anamnesis directa o indirecta), puede preguntar: ¿Están sus pensamientos siendo físicamente extraídos de su mente?, luego se puede preguntar: ¿Siente que ellos están realmente fuera de su mente?, y por último: ¿me podía explicar con sus propias palabras lo que siente?, o ¿me podría explicar cómo?, se considera presente cuando la explicación que da el paciente, no responde a pautas culturales o religiosas, ni es una explicación simbólica (sentido figurado) de un hecho real (“me han robado una idea, a ellos se les ocurrió lo mismo que a mí”).

**Tabla 45. Diagnósticos Asociados a Robo del Pensamiento**

<b><u>Robo del pensamiento, causas:</u></b>	
Esquizofrenia <sup>a</sup>	Trastorno esquizoafectivo <sup>a</sup>
Intoxicación con solventes volátiles (thinner) <sup>b</sup>	

<sup>a</sup>Loftus et al., 2000; <sup>b</sup>Saito et al., 1996.

## **INFLUENCIA EXTERIOR, DIRECCIONAMIENTO Y CONTROL DEL PENSAMIENTO**

Los pacientes creen que sus pensamientos son guiados, dirigidos, conducidos, influenciados y/o controlados físicamente, por fuerzas exteriores (AMDP, 1980; Scharfetter, 1980).

Si bien los fenómenos de influencia, direccionamiento y control del pensamiento han sido descritos como vivencias distintas, la dificultad para distinguirlos entre sí, aún para el mismo paciente, hace necesario que sean presentados a menudo como hizo Kurt Schneider (19) bajo el nombre de *sentimientos (o vivencias) de influencia o de control* (Schneider, 2010).

Estos fenómenos también incluyen a otras funciones psíquicas, como la afectividad, la voluntad o la actividad, describiéndose vivencias de control de los sentimientos, de la voluntad, de los impulsos y del comportamiento, pudiendo el comportamiento incluir también el control de la voz y de la escritura (WHO, 1994). Los pacientes pueden referir que son influenciados a través de la hipnosis, de ondas de radio, de pensamientos, de rayos de energía, radares, u otros artefactos o energías que los manipulan o los controlan (Benson y Gorman, 1996). Recientemente se han publicado casos en donde el control del pensamiento era realizado a través del uso de modernas tecnologías, como computadoras, internet, bio-implantes electrónicos, nanotecnología o que el paciente mismo era una cámara web (webcam) controlada por internet, estos fenómenos han sido denominados *delirios de control externo tecnológico*; existiendo numerosas publicaciones similares que identifican a la tecnología o a internet, como los instrumentos de control del pensamiento de los pacientes evaluados (Hirjak y Fuchs, 2010; Compton, 2003). John Haslam (1810) documentó el caso de un paciente esquizofrénico con delirios de control, James Tilly Matthews, un vendedor de té de gales que refirió que sus pensamientos eran influenciados por un misterioso aparato que el denominó *telar de aire* (air-loom), una compleja máquina con llaves, palancas y velas que funcionaba con aire y gases cargados magnéticamente (Jay, 2003).

En cuanto a los responsables del control o las influencias, pueden ser otras personas, animales, entidades no humanas (demonios, ángeles, espíritus) u objetos, aunque también puede tratarse de fuentes desconocidas para el paciente.

Resulta importante establecer que los pacientes no estén utilizando lenguaje figurativo y se refieran a dirigir, guiar o controlar aspectos realmente controlables de sus vidas, como sus actividades o palabras, y este se haga a través de gestos, conversaciones, ordenes o instrucciones, lo cual resulta posible y es común que genere la sensación

subjetiva de ser controlado, por ejemplo por sus padres, el control que nos referimos específicamente es ejercido directamente o físicamente, sobre los pensamientos.

Ha sido descrito en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, como dijimos anteriormente, pero también con diagnósticos de trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, o durante la intoxicación con sustancias (ej., solventes volátiles como el diluyente o thinner) (Tabla 46) (Loftus et al., 2000; Gómez-Durán et al., 2010; Saito et al., 1996).

**Exploración:** Se realiza a través de la anamnesis directa o indirecta. Durante el interrogatorio del paciente, se le puede preguntar ¿Siente usted que sus pensamientos son controlados, guiados, influidos por alguien o algo ajeno a usted? Si el mismo responde afirmativamente, se puede solicitar que nos clarifique su vivencia preguntándole: ¿Podría explicarme con sus propias palabras lo que siente? se considera presente cuando la explicación que da el paciente no responde a pautas culturales o religiosas, ni es una explicación simbólica (sentido figurado) (ej., lo controlan sus padres, hablando con sus amigos sin su autorización).

En el caso de la anamnesis indirecta, los familiares o personas cercanas al paciente, pueden referirnos que el paciente relata que sus pensamientos son influidos o controlados por fuerzas exteriores. Se puede considerar que el síntoma está presente, pero existe siempre la posibilidad de que el individuo no entrenado, confunda expresiones que se hacen en sentido figurado, con expresiones literales

**Tabla 46. Diagnósticos Asociados a Influencia Exterior, Direccionamiento y Control del Pensamiento**

<b><u>Influencia exterior, direccionamiento y control del pensamiento, causas:</u></b>	
Esquizofrenia <sup>a</sup>	Trastorno esquizoafectivo <sup>a</sup>
Trastorno bipolar <sup>b,c</sup> (thinner) <sup>d</sup>	Intoxicación con solventes volátiles

<sup>a</sup>Loftus et al., 2000; <sup>b</sup>Gómez-Durán et al., 2010; <sup>c</sup>Bräunig et al., 2009; <sup>d</sup>Saito et al., 1996.