

**Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas
Facultad de Psicología**



TESIS EN OPCIÓN AL TÍTULO DE LIC. EN PSICOLOGIA

Título: ESTUDIO DEL PROCESO DE PENSAMIENTO EN PACIENTES NEUROTICOS.

Autor: Danny Echerri Garcés.

TUTOR: Dr.C Luis Felipe Herrera Jiménez

Curso

2006- 2007

Exergo.

Hay mentes de mañana y mentes de ceremonia. O la mente, como la vida, está de ceremonia unas veces y de mañanas otras.

José Martí.

Dedicatoria.

Dedicatoria.

A mi abuela, por estos años de sacrificios, porque me ha enseñado que rendirse nunca es una opción.

A mi mamá por haberme enseñado las verdaderas cosas que nos permiten llenar la existencia, porque ha sabido mostrarme donde está la esencia de vivir.

A mi papá porque inconscientemente su figura ha estado ahí, como ideal, como metal inoxidable tras los años.

A todos mis amigos por mostrarme que no estaba equivocado, que las agujas de mi existencia siempre estuvieron bien orientadas.

A los pacientes, por sus sonrisas después de cada encuentro, por mostrarme que en la vida hay quien sufre más.

Agradecimientos.

Agradecimientos.

Al Dr.C Luis Felipe Herrera Jiménez por su confianza y su apoyo incondicional.

A la Dra Luz Maria Brito Guevara, por sus brazos abiertos, su modestia y su aliento al trabajar.

A Ms.C Dunia Ferrer Lozano por haberme guiado en mis primeros pasos por haberme dado la mano desde lo personal y desde lo profesional.

A Dra.C Zaida Nieves Achon por su ejemplo, su mirada de cariño y respeto, su preocupación inmediata.

A Lic. Roberto Rodríguez, por su impulso final para que este trabajo fuera posible.

A todos los profesores que en cinco años me nutrieron de conocimientos, me apoyaron y me ayudaron a ser. Son muchos, temo olvidar alguno y no sería justo.

Índice.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	8
1. Aproximación al concepto y a los criterios diagnósticos de los trastornos neuróticos.....	8
1.1 Apuntes de una contradicción.....	13
1.2. ¿Por qué se produce y desarrolla la neurosis?.....	20
1.3. Pensamiento, proceso complejo.....	23
1.4. Acercamiento a los trastornos del pensamiento.....	27
CAPITULO II: MATERIAL Y METODO.	35
2.1. Descripción de la Muestra.....	35
2.2. Descripción de las Técnicas empleadas.....	37
2.3. Procedimientos.....	4
2.4. Visión metodológica.....	44
2.5. Técnicas para el procesamiento cuantitativo de la información.....	47
CAPITULO III: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	47

3.1	Análisis de los resultados obtenidos en las técnicas.....	47
3.2	Análisis integrador.....	64
	CONCLUSIONES.....	65
	RECOMENDACIONES.....	66
	BIBLIOGRAFÍA.....	67
	ANEXOS.....	69

Resumen

La siguiente investigación se realizó con el objetivo de caracterizar el proceso de pensamiento en una muestra de 20 pacientes con trastornos neuróticos, pertenecientes al servicio de atención primaria en el periodo comprendido de Febrero del 2007 a Junio 2007, en el centro de salud mental del municipio Santa Clara, Provincia Villa Clara.

En la metodología se incluyeron las técnicas: analogías, exclusión de objetos, e interpretación de refranes, así también entrevistas semi- estructurada y la revisión de la historia clínica. Los resultados fueron analizados mediante el análisis estadístico matemático contenido en el paquete SPSS/Windows, realizándose una serie de análisis descriptivos que incluían modas, medias, desviaciones estándar, así como valores máximos y mínimos.

El análisis de los resultados permitió conocer que los pacientes estudiados presentan sus funciones analíticas generalizadoras de manera general en óptimas condiciones, apreciándose solo un grupo de pacientes afectados en las funciones de abstracción y generalización.

Psicopatológicamente se conoció el predominio de trastornos del contenido, específicamente: las ideas fijas, las cuales afectan a todos los pacientes. En el curso del pensamiento se observa una marcada tendencia al deterioro no así en el origen del pensamiento.

Se conoció además de que la estructuración de los trastornos del pensamiento está en estrecha relación con eventos vitales significativos.

Por ultimo en este estudio se ofrecen conclusiones y recomendaciones que denotan la importancia práctica del conocimiento del funcionamiento cognitivo de los pacientes neuróticos específicamente del proceso de pensamiento. Los datos obtenidos pueden resultar de interés para especialistas vinculados con la educación y el cuidado sanitario de las personas en riesgo de padecer trastornos neuróticos y para los especialistas de los centros de salud mental.

Introducción

Pensar en la relación subjetividad-sociedad, en esta época, es un paso necesario para reformular la comprensión de la enfermedad mental. En el ámbito mundial, la población con trastornos mentales alcanza actualmente a 400 millones, correspondiendo un 24% a trastornos psiquiátricos mayores que afectan a adultos, niños y adolescentes por igual; en América Latina y el Caribe, cerca de 17 millones de niños padecen trastornos psiquiátricos que requieren intervención sin que estos servicios se les presten (OPS, 1997); en 2010, en la región de América Latina y el Caribe, cerca de 36 millones y medio de personas se verán afectadas por trastornos de depresión; es decir, un número mayor que la población sumada de varios países centroamericanos(OPS 1997).

En realidad, existe la noción errónea de que los trastornos de la infancia desaparecen con la edad, es decir en el proceso de desarrollo. Es verdad: algunos trastornos pueden desaparecer, pero la mayoría no, e interfieren en el proceso de aprendizaje condenando a muchos jóvenes a la pobreza. Por otra parte, cuando el niño es tratado, no lo es en un servicio especializado: el *Atlas* de la OMS sobre el estado de los programas de salud mental en el mundo muestra que el 40% de los países carece de servicios especializados en niños; en África el porcentaje se eleva a 62.

Se trata sin duda de conclusiones inesperadas que, en función de la carga mundial de enfermedad y dado el impacto de estos hallazgos en el desarrollo humano - especialmente en los países con economías precarias-, convierten a la *Cenicienta de la salud* en la *princesa* (de ahí que el Banco Mundial, para asesorar a los países que presenten propuestas de desarrollo en salud, haya incluido un psiquiatra en su equipo técnico).

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud más del 50% de los pacientes con depresión no son diagnosticados y solamente una pequeña proporción recibe tratamiento médico adecuado. Un hecho relevante, agregó, es que el 75% de los adolescentes y jóvenes con depresión, carecen del tratamiento apropiado, lo cual puede explicar parcialmente el incremento en los índices de suicidio en esta población tan vulnerable”.

La familia actual también se caracteriza por la baja fecundidad. Las tasas de crecimiento poblacional, en Europa por ejemplo, cada vez se caen más, son sociedades que tienden a envejecer. Las parejas tienen en el mejor de los casos un hijo y en muchos ninguno. Pero no porque no pueden, simplemente porque eligen no tenerlo. Y eligen no tenerlo, (esto se vincula con el individualismo), porque tener un hijo implica renunciar a muchas cosas. Tener un hijo significa por ejemplo, renunciar a cambiar el auto el año próximo, significa que por mucho tiempo hay que hacerse cargo de su cuidado, de su educación, de su salud, eso molesta mucho, la gente quiere disfrutar, vivir su vida, y en ese proyecto, los hijos son una molestia.

Naturalmente, vínculos de pareja constituidos de esta manera terminan siendo muy frágiles, por lo tanto esto implica una alta divorcialidad. Las tasas de divorcio tienden a crecer. El vínculo de la pareja se torna más frágil, más volátil, más inestable.

Pero además, el alargamiento de las expectativas de vida como consecuencia del desarrollo de la medicina, significa que cada vez con más frecuencia en el seno de una familia se da la coexistencia de hasta cuatro generaciones. Esto hecho provoca dificultades inéditas porque genera el problema de las personas mayores, que hacer con los más viejos. Sobre todo que hacer con los más viejos en un contexto social de baja tasa de natalidad, porque los más viejos se van a acumular en un extremo de la escala y cada vez son más, mientras que, por otro lado cada vez hay menos gente en el proceso productivo que genere los recursos para darle de vivir a los de la tercera edad.

Todos estos factores aquí tomados en cuenta colisionan provocando una calidad de vida por debajo de lo esperado y llevan a estos altos niveles de insalubridad mental.

Los trastornos neuróticos no escapan de estas cifras alarmantes que caracterizan a la modernidad, el 10% de la población mundial según OMS sufren de este tipo de trastornos y se considera que un tercio de los pacientes que asisten a consulta externa lo hacen por esta afección. Inglaterra por ejemplo, exhibe cifras de 22000 millones de días de trabajo afectados por trastornos neuróticos. En los EEUU del 5 al 10 % de la población muestra síntomas neuróticos en cualquier momento, mientras que el 20% de las personas han mostrado o mostraran reacciones psiconeuroticas en momentos críticos de la vida.

Es difícil subestimar la importancia que tienen hoy día los trastornos neuróticos, en lo fundamental aquellos provocados por las actuales condiciones de vida. Las enfermedades mentales provocan en el ser humano una disociación y en el peor de los casos un deterioro de la personalidad que afecta su integración al medio social y familiar.

En la practica clínica se ha demostrado que los pacientes neuróticos, muchas veces, se muestran incapaces de para la autorregulación de su conducta y del conocimiento de los elementos que los afectan así como del establecimiento de estrategias para afrontarlos.

De ahí que la actividad o el proceso de pensamiento revista una vital importancia en el funcionamiento psicológico de estos pacientes y en su posterior recuperación.

La separación tradicional de lo cognitivo y lo afectivo provocó un distanciamiento en estos análisis, por un lado los motivos, la necesidades intereses, actitudes, etc., y por otro el pensamiento, la percepción, la atención y la memoria como componentes esenciales del carácter procesal de la inteligencia.

Esta dicotomía subsiste, a veces, hasta nuestros días, tal vez esta puede ser una de las causas, y esto que quede solo a nivel de supuesto, de que existan tan pocas investigaciones del proceso de pensamiento en pacientes con trastornos neuróticos. Las alteraciones del pensamiento constituyen uno de los síntomas mas frecuentes en las enfermedades mentales, con variantes clínicas muy diversas. Algunas de estas alteraciones del pensamiento se consideran típicas para una u otra forma de enfermedad (prolijidad o detallismos en trastorno neurótico obsesivo-compulsivo por ejemplo).

Según el enfoque histórico-cultural el pensamiento es una actividad que se apoya en un sistema de conceptos, dirigida a la solución de una tarea, subordinada a un objetivo, y que toma en cuenta las condiciones en las cuales se realiza la tarea. (Zeigarnik, B.V.1979),

Las alteraciones del pensamiento según B.V Zeigarnik se sale en esencia de los límites de las alteraciones de los procesos cognitivos y deben considerarse como la imposibilidad de concienciar y valorar la propia conducta en total, o sea, como una criticidad hacia la propia personalidad, como una consecuencia de la alteración de la subordinación al control de la conducta (autocontrol) en el amplio sentido de la palabra, la alteración de la subordinación al control de la conducta adopta distintas formas , en la misma medida que la forma del pensamiento alterado. Estas ideas se toman en cuenta desde un punto de vista teórico fundamentalmente, asumiendo al pensamiento alterado como causa de afectación hacia lo emocional, y viceversa, como efecto de afectaciones emocionales.

De ahí la importancia que tiene establecer un estudio del pensamiento en pacientes portadores de trastornos neuróticos, las alteraciones del pensamiento han sido estudiadas fundamentalmente en pacientes esquizofrénicos o con otro tipo de psicosis, por lo que la investigación desde un punto de vista teórico se ve apoyada en escasas investigaciones anteriores, por lo que la misma puede servir de pivote hacia profundizaciones teóricas a largo plazo.

Desde un punto de vista metodológico se ha tomado en consideración los postulados de una metodología cuali-cuantitativa que se explicará mas adelante, lo que ha permitido cuantificar los resultados y a su vez cualificarlos en función de un análisis más complejo y profundo.

De acuerdo a lo novedoso del tema, y a las escasas investigaciones anteriores, se considera interesante profundizar en las particularidades de la actividad de pensamiento en pacientes portadores de trastornos neuróticos, lo que permitirá en última instancia, dadas las características de esta investigación, caracterizar dichas particularidades en aras de una comprensión de los procesos cognitivos en estos pacientes, específicamente, el proceso de pensamiento.

Partiendo de los argumentos antes expuestos se considera como problema de esta investigación:

¿Qué particularidades presentan en la actividad de pensamiento los pacientes portadores de trastornos neuróticos?

En relación con el problema planteado se definen los objetivos a cumplir en esta investigación:

Objetivo general:

- Caracterizar el proceso de pensamiento en un grupo de pacientes con diagnóstico de trastornos neuróticos atendidos en el centro de salud mental del municipio Santa Clara, provincia Villa Clara.
- **Objetivos específicos:**
- Identificar los trastornos del pensamiento con mayor incidencia en estos pacientes que asisten a la consulta de centro de salud mental diagnosticados como neuróticos.
- Precisar cuáles son los principales trastornos neuróticos diagnosticados y su relación con los trastornos del pensamiento.
- Valorar como se han estructurado las alteraciones del pensamiento en los pacientes estudiados.

Capitulo I

CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. Aproximación al concepto y a los criterios diagnósticos de los trastornos neuróticos.

Aun cuando las neurosis se encuentran entre los trastornos más comunes de la práctica médica, probablemente ninguna otra entidad clínica es, con tanta frecuencia, tan mal comprendida. En vez de utilizarlo exclusivamente para un grupo específico de trastornos mentales, la palabra se ha vuelto de uso popular para describir trastornos emocionales de la más diversa naturaleza. Con mucha frecuencia se titula de "neuróticos" a individuos con un comportamiento excéntrico o un poco inestable.

Su significado literal (lleno de nervios) fue utilizado durante el siglo XIX (diecinueve) como término general para todos los trastornos nerviosos de etiología desconocida. Los neurólogos del siglo pasado decían que era un mal adoptado por la civilización como una consecuencia de la vida acelerada. Pero la verdad es que la neurosis se conoce desde los tiempos de Hipócrates, en ese entonces se les llamaba hipocondrías relacionándola con la tristeza y la debilidad del enfermo.

Se descubrió el sentido de los síntomas neuróticos mediante el estudio y la acertadísima derivación de un caso de histeria.¹

Freud hizo sus observaciones acerca de las bases psicogénicas de la histeria y de los estados obsesivos, él designó a un subgrupo de trastornos mentales con el nombre de psiconeurosis; en la nomenclatura más reciente el término neurosis se emplea exclusivamente para este subgrupo.

Los ámbitos académicos de mayor jerarquía intelectual en el campo de la psicopatología han suprimido el término neurosis, y por ende su equivalente psiconeurosis, de los sistemas de clasificación psiquiátrica de los trastornos mentales. Tanto la World Health Organization (cf. International Classification of mental and behavioural disorders [ICD-10]), como asimismo la American

Psychiatric Association (cf. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-IV]), no sólo dejaron en desuso el concepto de neurosis sino que además suprimieron el criterio mediante el que se clasificaban los trastornos mentales como entidades nosográficas discretas, con lo cual también ha sido suprimido el término psicosis. Como contrapartida, los nuevos criterios clasificatorios se han basado en la suposición de que los trastornos mentales no deben describirse como entidades aisladas sino mediante tipos con rasgos definidos que pueden compartirse por diversos cuadros. De este modo se hace difuso el límite entre las neurosis y las psicosis a fin de evitar inconsistencias que surgían de anteriores sistemas clasificatorios.

No obstante, se puede definir la neurosis según Henri Ey (citado en Bustamante 1975):

Como una enfermedad mental menor, con respecto a la psicosis, con predominio de los síntomas subjetivos, dados generalmente por mecanismos más o menos inconscientes, para defenderse de la ansiedad, siempre presente. El concepto de enfermedad menor se refiere a que los fenómenos psíquicos presentes en la neurosis son fundamentalmente cuantitativos, en oposición a los cualitativos propios de la psicosis.

Sin embargo, la naturaleza neurótica de determinados trastornos psíquicos no parece haber sido abandonada completamente. Esto surge de los propios manuales –entre sí compatibles– producidos por la World Health Organization y por la American Psychiatric Association. La idea de “trastorno neurótico” (Neurotic, stressrelated and somatoform disorders), se halla literalmente presente en el primero de ellos.

Según CIE10 en su introducción a este apartado:

Los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos se incluyen juntos en un grupo general debido a su relación histórica con el concepto de neurosis y porque muchos de ellos (no se sabe cuántos) están en relación con la presencia de motivos psicológicos. En la CIE-10 el concepto de Neurosis no se ha

mantenido como un principio fundamental de organización, pero se ha cuidado el permitir la identificación fácil de trastornos que algunos usuarios pueden aún querer considerar como neuróticos, en un sentido particular del término

Las formas más leves de estos trastornos se ven principalmente en asistencia primaria y en ellas son frecuentes las mezclas de síntomas (la coexistencia de angustia y depresión es, con mucho, la más frecuente). Aunque es necesario decidir en cada caso cuál es el síndrome que predomina, existe una categoría para aquellos casos en los cuales la mezcla de angustia y depresión haría artificial forzar la decisión ([F41.2](#))

El segundo manual, en cambio, es algo más controvertido pues refiere “trastornos de ansiedad” (Anxiety disorders) en su sistema clasificatorio, tanto para describir la neurosis obsesiva, el ataque de pánico, la fobia como también el trastorno de ansiedad generalizado.

Los criterios diagnósticos tomados en cuenta en nuestro país y en los centros donde se realizó esta investigación responden esencialmente al CIE10, por tanto estos son los que se toman en cuenta para esta investigación.

Tabla 1

F40-49 TRASTORNOS NEUROTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS

F40 Trastornos de ansiedad fóbica

F40.0 Agorafobia

F40.00 Sin trastorno de pánico

F40.01 Con trastorno de pánico

F40.1 Fobias sociales

F40.2 Fobias específicas (aisladas)

F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica

F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación

F41 Otros trastornos de ansiedad

F41.0 Trastorno de pánico

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

F41.2	Trastorno	mixto	ansioso-depresivo
F41.3	Otro	trastorno	mixto de ansiedad
F41.8	Otros	trastornos	de ansiedad especificados
<u>F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación</u>			
<u>F42 Trastorno obsesivo-compulsivo</u>			
F42.0	Con predominio	de pensamientos o rumiaciones	obsesivos
F42.1	Con predominio	de actos compulsivos	(rituales obsesivos)
F42.2	Con mezcla	de pensamientos y actos	obsesivos
F42.8	Otros	trastornos	obsesivo-compulsivos
<u>F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación</u>			
<u>F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación</u>			
F43.0	Reacción	a	estrés agudo
F43.1	Trastorno	de	estrés post-traumático
<u>F43.2 Trastornos de adaptación</u>			
F43.20	Reacción	depresiva	breve
F43.21	Reacción	depresiva	prolongada
F43.22	Reacción	mixta de ansiedad y	depresión
F43.23	Con predominio	de alteraciones de otras	emociones
F43.24	Con predominio	de alteraciones	disociales
F43.25	Con alteración	mixta de las emociones y	disociales
<u>F43.28 Otros trastornos de adaptación con síntomas predominantes especificados</u>			
F43.8	Otras	reacciones a	estrés grave
<u>F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación</u>			
<u>F44 Trastornos disociativos (de conversión)</u>			
F44.0	Amnesia	disociativa	
F44.1	Fuga	disociativa	
F44.2	Estupor	disociativo	
F44.3	Trastornos de trance y de	posesión	
F44.4	Trastornos disociativos de la	motilidad	
F44.5	Convulsiones	disociativas	
F44.6	Anestiasias y pérdidas	sensoriales	disociativas

F44.7	Trastornos disociativos (de conversión) mixtos
<u>F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión)</u>	
F44.80	Síndrome de Ganser
F44.81	Trastorno de personalidad múltiple
<u>F44.82 Trastornos disociativos (deconversión) transitorios de la infancia o adolescencia</u>	
<u>F44.88 Otrostrastornosdisociativos(deconversión)</u>	
<u>F44.9Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación</u>	
<u>F45 Trastornos somatomorfos</u>	
F45.0	Trastorno de somatización
F45.1	Trastorno somatomorfo indiferenciado
F45.2	Trastorno hipocondriaco
<u>F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa</u>	
F45.30	Del corazón y sistema cardiovascular
F45.31	Del tracto gastrointestinal alto
F45.32	Del tracto gastrointestinal bajo
F45.33	Del sistema respiratorio
F45.34	Del sistema urogenital
<u>F45.38 De otros órganos o sistemas</u>	
F45.4	Trastorno de dolor persistente somatomorfo
F45.8	Otros trastornos somatomorfos
<u>F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación</u>	
<u>F48 Otros trastornos neuróticos</u>	
F48.0	Neurastenia
F48.1	Trastorno de despersonalización-desrealización
F48.8	Otros trastornos neuróticos especificados
<u>F48.9 Trastorno neurótico sin especificación</u>	

1.1 Apuntes de una contradicción.

En realidad, es imposible hallar estado psíquico alguno que pueda caer bajo una entidad clínica (pura) cualquiera relativa a la neurosis, ya que ésta depende, entre otros, de factores socio-culturales y por lo tanto sus manifestaciones evolucionan en el tiempo y cambian de una sociedad a otra. Por ejemplo, la histeria en la mujer no se presentaría actualmente bajo las mismas manifestaciones clínicas estereotipadas de hace un siglo en la misma frecuencia de otrora sino que se ha ido atenuando debido al posicionamiento social más activo que ha ido teniendo el sexo femenino.

El hecho de resultar imposible el completo abandono de la idea que subyace al término neurosis sugiere que el concepto que cae bajo dicha nomenclatura continúa resultando operativo en cuanto a modelo teórico referencial para la clínica psicoterapéutica y para la investigación científica, ya que transformar un sustantivo (neurosis) en un adjetivo (neurotic) o bien sustituir una entidad delimitada (neurosis) por uno de sus efectos clínicos (Anxiety disorders) no implica una transformación conceptual relevante. Ahora bien, el hecho de continuar vigente la idea que enmarca la neurosis dentro de un modelo psicopatológico, no significa que aquella se halle definida de manera unívoca y precisa sino que, por el contrario, parecen existir tantas definiciones de neurosis cuantos autores se dedicaron al tema.

Por ejemplo:

- Para H.Ey son “enfermedades menores de la organización de la personalidad cuyos síntomas simbolizan los conflictos inconscientes y las defensas contra la angustia”. Implican tres elementos esenciales: ser una enfermedad menor, preponderancia de los trastornos subjetivos y el carácter artificial de las defensas simbólicas contra la angustia.
- O.Fenichel, en las neurosis “la manera normal y racional de manejar tanto las exigencias del mundo externo, como los impulsos externos, ha sido sustituida por un fenómeno irracional, que parece extraño y no puede ser controlado voluntariamente”.

- Vallejo Zaguera, por su parte, señala que el concepto de neurosis es bastante complejo, equivoco y controvertido, de tal forma, que es preferible sustituirlo por el de psiconeurosis, que serían síndromes psíquicos que tienen un origen psíquico puro, cuyos síntomas cualitativos y cuantitativos son inespecíficos, indefinidos en lo que respecta a su evolución, sin que jamás se altere definitivamente el psiquismo.
- C.Jung prefiere mantener en cambio tal denominación, pero la considera como “una reacción que persigue la salvación a todo trance de tendencias fundamentales y fines creados por el individuo, no obstante las resistencias internas y los obstáculos externos”.
- H.Castro y Barrientos plantean que las neurosis “son trastornos producidos por un aprendizaje anormal sobre cierta predisposición constitucional, desarrollados en la interacción con el medio”.

Pretender establecer un criterio universal para la conceptualización de dicha psicopatología puede colisionar con el relativismo cultural que sostendrá que la normalidad es relativa al Standard de cada cultura en particular, de modo que la necesaria diferenciación entre la normalidad (bienestar mental) y el desvío respecto a la misma impondría un concepto de neurosis propio de cada organización sociocultural. Por otra parte, sostener un criterio de neurosis fundado exclusivamente en el sustrato biológico común al género humano perderá de vista el procesamiento de la psicopatología que se opera en cada individuo a través del medio social en que se desarrolla. Una misma tendencia impulsiva se puede canalizar o no en un conflicto intra psíquico que implique consecuencias neuróticas, según el medio social de que se trate, como ya lo había advertido Margaret Mead (cf. Adolescencia y cultura en Samoa), y por el contrario, una misma exigencia social puede generar conflictos intra psíquicos que se pueden procesar bajo una resolución neurótica o no según la constitución de cada individuo. En consecuencia, la definición del concepto de neurosis se deberá tener en cuenta simultáneamente ambos enfoques, el culturalista y el biólogo.

Freud fue uno de los primeros en definir a la "conducta normal", para él, la salud mental consistía en una participación consciente y activa del individuo en cuanto a

que acepta la realidad que lo rodea, sin negarla como en el caso del neurótico además de que el individuo sano mentalmente es capaz de transformar su entorno objetivamente y no en su imaginación.

Por otro lado, se pueden encontrar en las nuevas corrientes de la psicología diferentes criterios para definir lo que es enfermedad y salud mental; algunos de ellos son la inadecuación cultural, el malestar subjetivo, la deficiencia psicológica, el criterio estadístico y el criterio normativo, entre otros.

La inadecuación cultural retoma estudios antropológicos que demuestran que el concepto de normalidad en otra persona depende de valores y tradiciones de la cultura en que estemos inmersos, es decir, los valores de la cultura X pueden ser malos para la cultura Y y viceversa ; es por eso que un individuo de la cultura X no podrá sentirse "adecuado" estando dentro de la cultura Y. Un ejemplo claro es el siguiente : en Argelia las mujeres llevan velos y van totalmente cubiertas al salir a la calle, ahora si se imaginan a una sueca obligada a vivir en esta cultura ; es obvio que la sueca va a revelarse a esta costumbre, pero no puede considerarse neurótica o loca por este simple hecho. Por lo tanto, la inadecuación cultural no puede tomarse como un criterio absoluto para definir a la salud o enfermedad mental.

El malestar subjetivo se utiliza para designar las emociones o experiencias internas que siente una persona, pero que los demás no pueden observar directamente. Podría considerarse como un criterio más cierto, pero algunas personas con desequilibrios mentales graves niegan sentir algún tipo de malestar emocional al cometer asesinatos, violaciones, etc. Por esto es que tampoco podemos considerarlo válido.

La deficiencia psicológica se refiere a las conductas que el individuo externa; un estudiante brillante que de pronto comienza a bajar sus calificaciones, un profesional exitoso de repentinamente fracasa o una persona alegre que comienza a ser retraída y taciturna, son ejemplos de deficiencia psicológica, la cual no les permite desenvolverse en sus respectivos roles como ellos quisieran.

El criterio estadístico considera la relatividad de los conceptos de enfermedad y salud mental. Este criterio surge - al igual que el de inadecuación cultural - de los

estudios en antropología cultural sobre los diferentes pueblos, costumbres y estilos de vida de la humanidad. Siguiendo la línea de pensamiento del criterio estadístico, la persona sana es la que se encuentra adaptada a la cultura de la sociedad en donde vive, a diferencia de aquella que no se adapta y se revela contra lo establecido. En este punto hay un debate acerca de lo que debe considerarse salud y enfermedad mental, pues algunos autores ponen en duda si la adaptación del grueso de la sociedad a la cultura que muchas veces les es impuesta no raya en la enajenación, pues hay personas que aceptan de buen grado las normas que existen en su comunidad, pero a pesar de eso, sufren inhibiciones, ansiedad y son infelices no obstante que su conducta externa corresponde a la cultura en la que viven.

El criterio normativo se refiere a analizar el comportamiento del individuo dentro de un conjunto de normas, llámense estas morales, éticas, religiosas o jurídicas. La salud o enfermedad mental dependerá de que el individuo se conduzca dentro de ellas o no, respectivamente. Es este el criterio más débil e inadecuado que existe pues las normas pertenecientes a una cultura determinada - morales, éticas, religiosas y jurídicas - están en constante cambio, no son estáticas.

Como se ha visto, quizá ninguno de los criterios anteriores pueda ser suficiente por sí mismo para dar una definición precisa. Barclay Martin da una definición que podría parecer más acertada: "En resumen, se puede afirmar que la mayoría de las formas de conducta anormal son inadecuadas desde un punto de vista cultural, que se acompañan de malestar subjetivo y reflejan una deficiencia psicológica, una disminución de la gama de respuestas que hace difícil enfrentarse a las exigencias y tensiones de la vida". (Martín, 1991) Como se observa, Martín utiliza la conjunción de los tres primeros criterios analizados.

Una fuente que es importante citar es la de la Organización Mundial de la Salud, la cual nos dice que la salud mental es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Esta definición es muy vaga, porque tal vez el individuo neurótico crea que encaja aquí a la perfección al no sentir ningún malestar físico, mental ni social - recuérdese lo hablado en el criterio de malestar subjetivo -.

Considerando la necesidad de saber qué significa exactamente el término **neurosis**, quizá se pueda consultar un diccionario o una enciclopedia con la intención de salir de dudas. Las siguientes definiciones provienen de dos conocidas publicaciones: la enciclopedia Grolier y el diccionario Larousse. En Grolier encontramos que "en la teoría psicoanalítica clásica, la **neurosis** es una clase de desorden caracterizado por patrones de pensamiento, sentimientos y actos inadaptados...". El diccionario Larousse nos dice del término **neurosis** que es una "enfermedad caracterizada por trastornos nerviosos sin lesiones orgánicas y por trastornos psíquicos de los cuales el enfermo es consciente". Tales son los conceptos que se pueden consultar en publicaciones no especializadas. Pero si se lee literatura específica - como la anterior – se puede notar de que no es tan fácil encontrar una definición de quienes sí son neuróticos y quienes no (recuérdense los diferentes criterios para definir la enfermedad y la salud mental)

Una primera aproximación psicopatológica al concepto de neurosis permite formularlo como un conjunto de trastornos mentales leves a moderados, aunque de suficiente intensidad como para alterar la vida familiar, y/o social, y/o sexual, y/o amorosa, y/o emocional, y/o intelectual, y/o la propia vida subjetiva de cualquier persona que los padezca, pero que conserva el juicio de realidad. Los trastornos mentales que generan neurosis se caracterizan por la presencia de los siguientes rasgos distintivos:

Carecen de causas orgánicas que los determinen, vale decir, se trata de afecciones puramente psicógenas.

Nunca inhiben el sentido de realidad, esto es, el neurótico tiene un correcto juicio de sí mismo, del mundo y del tiempo.

El neurótico o bien tiene conciencia de enfermedad, o bien puede tenerla una vez superadas las resistencias mediante las que negase la misma.

Los trastornos neuróticos son involuntarios, es decir, se imponen al yo a su pesar.

Los trastornos neuróticos son independientes del nivel de inteligencia, ya sea esta elevada o normal.

Los trastornos neuróticos son reversibles.

Desde el punto de vista intra psíquico, según la postura psicoanalítica ortodoxa, el yo neurótico se caracteriza por sostener un sistema de conflictos que genera un efecto de sufrimiento o de disconformidad consigo mismo, o moviliza a realizar un esfuerzo constante por negar tal estado anímico, pero, a causa de resistencias inconscientes, evita modificar el mismo –aunque conscientemente desea el restablecimiento del estado de salud. Las estructuras neuróticas pueden ser tanto individuales cuanto grupales, y muchas veces ocurre que el malestar de un sujeto neurótico se manifiesta a partir de la emergencia de una neurosis en otro miembro de la estructura. Por ejemplo, en una relación objetal madre-hijo no es nada extraño que la neurosis de la madre se procese en el hijo, pero conforme los efectos de la misma son revertidos en el niño mediante psicoterapia, la neurosis que emergiera en éste, resurge nuevamente en la madre. Por supuesto es válido aclarar que estos supuestos parten de una postura que no se corresponde con la visión general de esta investigación, aunque como elementos de análisis es válido tomarlos en cuenta.

En líneas generales, el proceso neurótico observa el siguiente itinerario cíclico:

- 1) Rasgos de carácter neuróticos.
- 2) Factor desencadenante que determina un posicionamiento doble frente a los objetos de relación.
- 3) Irrupción del conflicto intra psíquico.
- 4) Emergencia de angustia y/o ansiedad, o la sustitución de éstas por medio de somatizaciones.

- 5) Emergencia del síntoma neurótico (como realización de deseos y realización de ideales del yo) y consecuente supresión de la angustia y/o ansiedad.
- 6) Reacción defensiva contra el síntoma.
- 7) Cristalización paulatina de las defensas en rasgos de carácter neuróticos.

Por lo analizado , los conceptos de neurosis varían en función de las posiciones ontológicas , epistemológicas y metodológicas de cada autor , así también con cada cultura, los clasificatorios cambian con el tiempo , no obstante el termino, como se decía anteriormente, de manera general puede servirnos para movernos desde lo general hacia lo específico de los síntomas y del cuadro clínico del paciente, no obstante , lo mas importante es conocer la persona, penetrar en su mundo subjetivo , el clasificador de las enfermedades mentales nos acerca a un posible funcionamiento patológico del individuo o individuos en estudio , de acuerdo a su tipicidad, no obstante lo mas importante es conocerlo, en el caso de específico de esta investigación penetrar en su funcionamiento cognitivo , esencialmente en el proceso de pensamiento.

1.2 ¿Por qué se produce y desarrolla la neurosis?

El mecanismo de producción o desarrollo de la neurosis se ha tratado de explicar por medio de diversas teorías. La teoría psicoanalítica, por ejemplo, sitúa la génesis de la neurosis en el inconsciente, la vida infantil y los mecanismos de defensa del yo contra la angustia. La existencia del conflicto intra psíquico inconsciente es la piedra de toque de esta concepción. La dinámica del mismo se origina en las situaciones infantiles clásicas de esta teoría y en relación con las distintas etapas de desarrollo. Las situaciones ambientales posteriores inciden sobre las originales no resueltas, y los recuerdos de las mismas con la evocación de los deseos originales tienen como resultante la aparición de la ansiedad, la movilización de las defensas y la constitución de los síntomas. La elección de neurosis estaría condicionada por la estructura del carácter de acuerdo con la estructura infantil del sujeto y sus fijaciones a etapas de desarrollo arcaico.

Posteriormente, los seguidores de Freud o disidentes de su escuela (Horney, Fromm, Sack, Sullivan), al repasar el énfasis sobre las experiencias infantiles iniciales a la teoría de la libido recalcaron la importancia de la génesis de la neurosis en las influencias ambientales, los factores culturales, o las relaciones interpersonales. “El sentido de la identidad” de Erickson, “La percepción de si mismo” de Adler, “La auto imagen” de Horney expresan formas similares de abordar este problema.

En el mismo periodo, la escuela reflexológica, a partir de Pavlov, formuló su teoría del reflejo condicionado y consideró que los trastornos fisiopatológicos que tienen importancia en el surgimiento de la neurosis son los siguientes:

1. Sobre tensión del proceso de excitación bajo la influencia de agentes exteriores muy fuertes.
2. Sobre tensión del proceso de inhibición bajo la influencia prolongada de estímulos de inhibición o en el caso de inhibición compleja diferencial.
3. sobre tensión de la movilidad de los procesos nerviosos a causa de la sustitución rápida de la excitación por la inhibición al revés.

De los cuatro tipos de sistema nervioso descritos por Pavlov, este llegó a la conclusión de que la neurosis aparece mas frecuentemente en los animales cuyo tipo de actividad nerviosa superior pertenece al tipo fuerte pero desequilibrado (colérico) o al tipo débil, así como –en el hombre- al tipo “artista” donde prevalece el primer sistema de señales, es decir las impresiones emocionales y sentimentales. En el conjunto de trabajo experimental pavloviano se pueden distinguir las siguientes situaciones neurotizantes para el animal:

1. Estimulación extremadamente intensa, supramarginal, y de vital significación biológica para el sujeto (neurosis catastrófica).
2. Conflicto en la adaptación frente a estímulos simultáneos y de significación biológica opuesta(señal de peligro y señal de alimento simultáneas)
3. Dificultad para diferenciar la significación excitante de la significación inhibitoria de un estímulo.

La sobre tensión de la movilidad de los procesos nerviosos puede aparecer en el caso de la existencia simultánea de sentimientos positivos y negativos al ambiente o situación. En el estado normal una relación inhibe la otra. En el caso de la movilidad insuficiente de los procesos nerviosos, ellos coexisten y conducen a un estado patológico (neurótico), como ha demostrado Anojin.

La escuela soviética inicia sus estudios a partir de investigaciones de Pavlov , dada la importancia del cerebro como máxima expresión de la materia altamente organizada , órgano a través se refleja la realidad del medio ambiente , considerándose la neurosis como el resultado de un desarrollo de motivaciones y actitudes enfermizas formados ante la realidad circundante , producto de influencias desencadenantes que han servido de causa directa a la enfermedad así como la relación de las dificultades que el individuo encuentra en la vida.

La escuela anglosajona de psicología experimental ha tomado y reinterpretado la experiencia pavloviana (Liddell, Gant, etc.).

Por su parte los psicólogos humanistas, especialmente Allport, incluye el yo potencial que se refiere a lo que uno desearía ser y lo que debería ser, o sea la capacidad de proyectarse al futuro. Rogers (1989) se centra mas en las relaciones

entre el yo real y el campo perceptual del yo, o sea pone énfasis en la auto comprensión de los componentes afectivos y motivacionales de la personalidad, y de ahí el origen de la enfermedad.

Para los neoconductistas, la comprensión de si mismo, adopta una dimensión mucho mas amplia que la de los conductistas ortodoxos, donde está prácticamente ausente, aplicada más a los problemas del aprendizaje. Albert Ellis(1962) por ejemplo con su modelo racional emotivo aborda el tema de las autoverbalizaciones como elemento mediador de la conducta , el hombre continuamente expresa comentarios favorables o desfavorables de él mismo en relación con la eficacia de nuestra conducta observada y este diálogo interior o auto evaluación continua , influye directamente en nuestros estados emocionales y estas verbalizaciones no son siempre correctas , ya que a veces se apartan de la realidad e introducen elementos irrelevantes , provocando experiencias emocionales inapropiadas.

De alguna manera, las propuestas en cuanto a la etiología de la neurosis son diversas. Todas en dependencia de cada constructo teórico que toma como referencia sus postulados, cada escuela, corriente psicológica defiende su punto de vista , incluso los enfoques actuales , que se mueven en pos del integracionismo o eclecticismo teórico , hacen mayor hincapié en una u otra teoría clásica .

No obstante es valido aclarar que la neurosis está condicionada por los factores históricos-culturales, y se asume esta vez una postura histórico-culturalista: El hombre es un ser bio-psico-social, inmerso en sus relaciones sociales, condicionadas en alguna instancia por lo biológico, y sustentadas en lo psicológico. Las neurosis están en dependencia de manera general de estos tres factores, del no funcionamiento óptimo de alguno de ellos. Los estudios precedentes aportan postulados, que si bien no pueden ser tomados como verdades absolutas, si pueden considerarse como herramientas para entender el por qué de la neurosis, y la importancia del factor social en este tipo de trastornos, no por gusto ha devenido como una enfermedad social.

Actualmente, entrando en los clasificatorios mas contemporáneos resulta difícil dar una idea acabada de la etiología de cada uno de los trastornos neuróticos (según CIE10), no obstante el factor social, que incluye, los patrones educativos, la no aceptación, se erige como pilar fundamental de desarrollo de estos trastornos.

1.3 Pensamiento, proceso complejo.

Es importante, aún sin arribar a una conceptualización de pensamiento, destacar determinados aspectos esenciales que se han perfilado de una manera u otra en las diferentes escuelas psicológicas encontrando una mayor sistematización, profundidad y definición en el enfoque histórico-cultural.

El pensamiento es un proceso de carácter mediado, generalizador y motivado que parte de la realidad objetiva conocida por los sentidos, elevándose al plano de las acciones mentales en la búsqueda y construcción de un conocimiento cualitativamente diferente. Desempeña un papel esencial en el desarrollo del resto de las funciones psíquicas: *“Todo el sistema de relaciones de las funciones entre sí lo determina en lo fundamental la forma de pensamiento predominante en la etapa del desarrollo en que se halla el niño”* (Vygotski, 2001, 400), hecho que conduce a la intelectualización progresiva de las mismas y a la pérdida de su automatización. Sin embargo, a su vez el pensamiento posee un carácter mediado, aunque sería más adecuado referirse a una multimediación dada en primer lugar precisamente por el resto de las funciones psíquicas superiores ya que el pensamiento se encuentra influido inclusive por el momento perceptual inicial que no constituye un agregado de elementos aislados sino un cuadro con cierta organización espacio-temporal.

Un lugar especial en la mediatización del proceso del pensamiento le corresponde al lenguaje, función psíquica superior y producto histórico-cultural; Vygotski (1968, 66) expresó: *“(...) el desarrollo del pensamiento está determinado por el lenguaje, es decir, por las herramientas lingüísticas del pensamiento y la experiencia socio-cultural del niño.”* En el mismo momento en que el pensamiento se torna verbal,

éste encuentra una poderosa fuente para encauzar sus procesos en la palabra y con ella, el significado.

Al respecto Petrovski expresa:

“Sólo con la aparición de la palabra se hace posible abstraer del objeto cognoscible una u otra propiedad y, por así decirlo, fijarla, fijar la representación o el concepto sobre él en un vocablo especial. El pensamiento encuentra en la palabra la indispensable envoltura material, en la cual y sólo a través de la cual deviene la realidad inmediata, directa, para otras personas y para nosotros mismos.” (Petrovski, 1982, 343).

El sujeto con base en la palabra comienza a generalizar su conocimiento de la realidad objetiva en forma de conceptos y a dirigir el proceso de su pensamiento de manera verbal, se produce una mediación instrumental a través de los signos que revela de manera evidente la naturaleza histórico-cultural del pensamiento.

Así, el pensamiento tiene su origen y mediación en el aspecto histórico-cultural; hallándose una mediación social dada por las relaciones que se establecen entre los sujetos y los grupos sociales y una mediación instrumental, a través de las herramientas creadas por la cultura para la transformación de la realidad (véase Morenza & Terré, 1998). La sociedad puede definir formas de pensar a través de la evaluación, tanto del proceso del pensamiento como de su producto, transmitiendo y delimitando los conocimientos y las habilidades necesarias para una inclusión exitosa del sujeto en su círculo social.

El pensamiento también halla una mediatización en las características del sistema nervioso central en tanto éste a través de su dinámica y las peculiaridades de la fuerza, movilidad y equilibrio de sus procesos de excitación e inhibición influye en la cantidad, la rapidez y la calidad del establecimiento de las conexiones necesarias para que el proceso del pensamiento fluya adecuadamente.

Sin embargo, una mediatización usualmente olvidada puede encontrarse en los propios procesos y operaciones del pensamiento, en el establecimiento de hábitos y estereotipos mentales así como en la utilización preferente de determinadas estrategias y la conformación final de un estilo de pensamiento que va a restringir o ampliar el proceso de búsqueda de soluciones y formación de conceptos incidiendo en su calidad y objetividad. Desde esta perspectiva se analiza al pensamiento en la solución de problemas de cualquier índole, que incluyen la esfera afectivo-motivacional, a tono con esta investigación.

En este sentido, actualmente el término estilo de pensamiento ha venido a constituir un puente entre pensamiento, emoción y personalidad; sin embargo la relación entre pensamiento y personalidad rebasa los límites de esta categoría. Vygotski refiere al respecto:

“Al igual que las fases formales principales que recorre la personalidad del niño en su formación, estas fases están ligadas inmediatamente al grado de desarrollo de su pensamiento, ya que, del sistema de cognición en que se realice toda la experiencia interna y externa del niño, dependerá el aparato psíquico que la divida, analice, conexione y elabore.” (Vygotski, 2001, 401).

Pero a la vez comprende la influencia de la personalidad en el pensamiento:

“La esencia del desarrollo cultural consiste, como hemos visto, en que el hombre domina los procesos de su propio comportamiento. Pero la premisa imprescindible para ese dominio es la formación de la personalidad, de modo que el desarrollo de una u otra función depende, y está siempre condicionado por el desarrollo global de la personalidad.” (Vygotski, 2000, 329).

De esta manera, la búsqueda activa de nuevos conocimientos, el planteamiento de interrogantes, el discurrir a través de diferentes vías para hallar soluciones constituyen indicadores de carácter cognitivo pero a la vez son expresión de la capacidad autorreguladora de la personalidad. *“Las operaciones del pensamiento en este nivel, son operaciones de la personalidad, orientadas al conocimiento del*

objeto, como un momento de la expresión integral de la personalidad hacia la esfera general del conocimiento.” (González, 1986, 90).

Por supuesto, muy relacionado con la mediación personológica pero sin identificar ambas áreas, se halla el carácter motivado del pensamiento en tanto este persigue una finalidad determinada que le imprime intencionalidad. Rubinstein (1967, 386) plantea al respecto: *“Todo acto mental real del sujeto deriva de cualquier motivo. El factor inicial del proceso mental es, por regla general, la situación problemática. El hombre empieza a pensar cuando siente la necesidad de comprender algo.”*

Así, el pensamiento adquiere un carácter motivado, relacionado con la significación que el problema adquiere para el sujeto debiendo mantenerse la misma a través del proceso de solución para que el mismo logre discurrir hacia su finalidad.

El pensamiento es por lo tanto un proceso de búsqueda, de establecimiento de nuevas relaciones que parte de la realidad del sujeto pero que se mueve a niveles diferentes de análisis y abstracción con base en las generalizaciones establecidas pero produciendo a la vez nuevas generalizaciones de la realidad.

En este sentido puede considerarse que la generalización engloba las restantes operaciones del pensamiento ya que a través de la búsqueda en los diferentes atributos, se da el proceso de identificación del objeto de la diversidad en relación con una invariante necesitándose de las operaciones de comparación, análisis, síntesis y abstracción.

1.4. Acercamiento a los trastornos del pensamiento.

Se hace necesario debido a los objetivos de esta investigación, hacer un recorrido teórico por los trastornos del pensamiento, pues de alguna manera los puntos de análisis giraran en torno a los mismos durante todo el proceso investigativo.

Si se revisa material referente al tema y a la historia de los trastornos del pensamiento nos encontramos que su surgimiento parte conceptualmente de las teorías psicológicas dominantes en diferentes momentos históricos, surgió con la

escuela de Wurzburg, en la que el pensamiento era considerado a partir de asociaciones. Los más grandes exponentes de la psicología experimental de aquel tiempo, consideraban al pensamiento como derivado de otras funciones psíquicas, lo que llevó a determinar en gran medida la patología del pensamiento en términos de concepción., y se le achacaban los trastornos del pensamiento a la relación con otros trastornos de los procesos cognitivos como memoria y atención fundamentalmente.

Otra escuela con gran influencia en la concepción del pensamiento y su patología fue la gestalt psicología , en los trabajos de Kohler , wertheimer se consideraba al pensamiento como una súbita comprensión de la situación , se conduce el pensamiento en los términos propios de estas corrientes “ reestructuración de configuraciones , “ cierre de la gestalt” , realmente estos psicólogos no lograron descubrir la especificidad del pensamiento y lo analizaron por la vía de la transferencia de los principios de la estructura de la percepción o lo dedujeron de los fenómenos de la conciencia.

Estos estudios no ejercieron significativa influencia en las investigaciones pato psicológicas, solo tuvieron utilidad en el orden metódico.

Viéndolos desde un punto de vista psiquiátrico la historia de los trastornos formales del pensamiento estuvo ligada a la historia de la descripción psiquiátrica de la esquizofrenia, no así de la neurosis. Autores como Bleuer, Cameron o schneider propusieron denominaciones para los trastornos que caracterizan a la esquizofrenia y que aún perduran.

Para Bleuer (1911), el trastorno de las asociaciones, la ausencia de relaciones entre ideas que debieran estar asociadas, constituía la característica central del pensamiento esquizofrénico. El estudio psicológico de los trastornos del pensamiento es una labor todavía en desarrollo aunque con gran avance en los últimos años.

Fish, por ejemplo, cuando habla de los trastornos del pensamiento reconoce que cualquier clasificación es arbitraria y añade: “se tiene por costumbre dividir los trastornos del pensamiento en trastornos del contenido y trastornos de la forma, o

para decirlo en un lenguaje mas familiar, entre trastornos de las creencias y trastornos del razonamiento” (Hamilton1985).

En el siglo pasado las contradicciones entre los estudios hacia la forma o hacia el contenido, apuntaron una mayor relevancia hacia el contenido y asumiendo el discurso como pilar fundamental del estudio cuando se hablaba de trastornos formales del pensamiento.

Al respecto, en 1979, Nancy Andreasen exponía sus quejas acerca de la falta de consenso en la definición de trastorno del pensamiento y refiere que no se puede inferir que un lenguaje normal refleje un pensamiento normal, ni que un lenguaje trastornado refleje un pensamiento trastornado; pero que, sin embargo, dentro de la típica clínica del psiquiátrica, el trastorno del pensamiento, o los trastornos formales del pensamiento eran usado como sinónimos de habla incoherente o desordenada. Esto último no es del todo absoluto, realmente no se puede asegurar; pero la presencia de un lenguaje desordenado e incoherente si nos lleva a una posible afectación en la actividad de pensamiento, aunque no por esto debe reducirse los trastornos formales del pensamiento único y exclusivamente al discurso, y mucho menos a etiquetar el discurso como el pensamiento. Pensamiento y lenguaje están indisolublemente ligados, desde la psicología se han hecho estudios que corroboran la relación dialéctica, y sistémica del pensamiento y lenguaje (ver pensamiento y lenguaje de vigotsky) el pensamiento según Vigotsky halla expresión en el lenguaje, se materializa de alguna manera en la palabra, y viceversa, la palabra y el enriquecimiento del lenguaje estimulan el funcionamiento optimo de la actividad de pensamiento. No es lo mismo discurso y pensamiento, pero si están estrechamente relacionados, y complementados.

La mayoría de las investigaciones de trastornos del pensamiento se han realizado con pacientes esquizofrénicos , desde teorías comunicativas que desde un punto de vista psicológico se sitúan en dos enfoques complementarios: el individual , que se centra en las contribuciones de los sujetos cuando afrontan una tarea de comunicación y presupone que las condiciones de la tarea y las metas que la definen, no son alteradas por la actividad del propio sujeto, y el interaccional , que se centra en las relación entre las contribuciones de los participantes en una tarea

comunicativa , de forma que las contribuciones de los participantes en una tarea comunicativa , establecen las condiciones y pueden cambiar las metas de los participantes en la actividad conjunta.

Estos enfoques pueden aplicarse para obtener descripciones de dos tipos, estáticas, que se centran en los desempeños actuales de los sujetos, y genéticas, que se ocupan del cambio en los desempeños de los sujetos explorando el modo en que los desempeños actuales y pasados condicionan el futuro.

Estos enfoques están basados esencialmente en estudios con esquizofrénicos, por lo que solo nos es útil para un acercamiento a las diferentes posturas sobre el tema en cuestión, pero no ha sido abordado con pacientes que presentan trastornos neuróticos, la bibliografía recoge pocos estudios con pacientes de este tipo.

En la psicología soviética fueron superadas las ideas del pensamiento como un proceso innato que se desarrolla inmanentemente , o como un acto de asociaciones imanadas , esto retomando lo que se explicaba anteriormente referente a las concepciones anteriores , es necesaria esta aclaración para aclarar la concepción teórica y metodológica de esta investigación , la psicología soviética , asume el pensamiento como generalización y reflejo mediatizado de la realidad, estrechamente relacionado con el conocimiento sensible del mundo y con la actividad practica de las personas.(citado en Grau,1981).

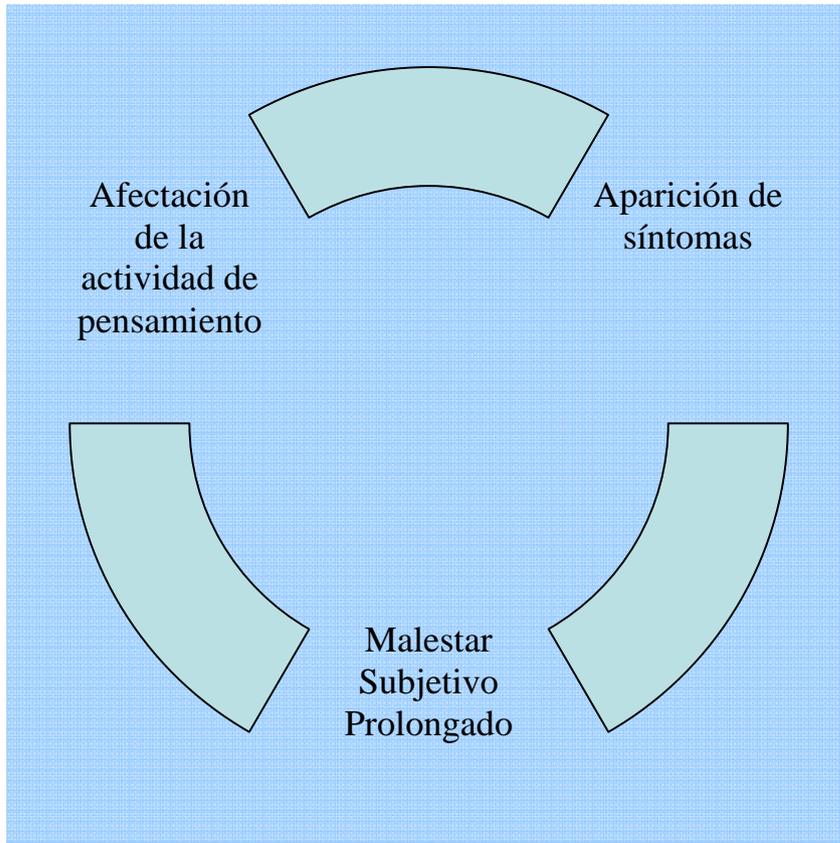
Las alteraciones del pensamiento según la practica siquiátrica llevan un carácter diverso y parte desde diferentes concepciones , de acuerdo a la visión teórica , metodológica e instrumental del investigador , según B.V. Zeigarnick , es posible distinguir los tipos siguientes de patología del pensamiento(ver : B.V. Zeigarnick .introducción a la pato psicología.1959)

- 1- Alteraciones del aspecto operacional del pensamiento.
- 2- Alteraciones del la dinámica del pensamiento.
- 3- Alteración del componente motivacional del pensamiento.
- 4- Alteraciones de la criticidad del pensamiento.

Estos estudios van más a la búsqueda de las alteraciones formales del pensamiento , no así a las del contenido aunque ambas se complementan y se incluyen como unidad dialéctica, estas alteraciones del pensamiento se salen en esencia de los límites de las alteraciones de los procesos cognitivos, asumiendo el pensamiento en relación con los demás procesos pero sin perder su esencia , apuntando no solo a la estrecha relación entre los procesos cognitivos sino también hacia la personalidad, se toman estas alteraciones como una consecuencia de las alteraciones de sus procesos aislados bajo el principio de una no criticidad hacia la personalidad , la investigación experimental-psicológica muestra así que lo que está alterado es el control de las propias acciones. La alteración de la subordinación al control de la conducta de distintas formas, en la misma medida que la forma del pensamiento alterado.

Generalmente en nuestro contexto cuando se abordan los trastornos neuróticos se hincapié en lo afectivo , que realmente es la esfera que mas daño sufre , pero si asume como unidad dialéctica la relación entre lo cognitivo y lo afectivo es válido aclarar que el pensamiento se ve limitado y sujeto muchas veces a lo afectivo , en estos casos(trastornos neuróticos) fundamentalmente , y viceversa , estos misma deficiencia en el proceso de pensamiento traen consigo la aparición posteriormente de síntomas que producen un malestar subjetivo insidioso y prolongado , que lleva posteriormente a la enfermedad.

Esquema 1.



No obstante si asumimos los mismos desde un enfoque semiológico y (para didactizar un poco el estudio) se hace necesario organizarlos atendiendo a su origen, a su curso y su contenido.

A. En relación con su origen.

Sensorial imaginativo.

1. *Relacionado con las representaciones mentales y la percepción.*
2. ***lógico-abstracto.***
3. *Dialéctico.*
4. *Pensamiento autista:*

Del origen del pensamiento se escoge para el estudio el pensamiento lógico-abstracto, en función de penetrar en la forma del pensamiento, en los procesos de análisis, síntesis, comparación, abstracción y generalización, lo que permitirá

estudiar en que estado se encuentran las funciones analítico-generalizadoras de los pacientes en estudio.

B. En relación con su curso.

1. *Lentificación del pensamiento*: se denomina Lentificación del pensamiento al retardo en la asociación de ideas que constituye el proceso racional, independientemente de que el contenido de las mismas sea normal o morboso.

La Lentificación del pensamiento se manifiesta en el prolongado periodo de latencia que transcurre entre la recepción de la pregunta y el comienzo de la respuesta, en la lentitud que se va exponiendo esta, y en algunos pacientes en la vivencia de que su pensamiento se desarrolla con lentitud, como frenado, a costa de intenso esfuerzo.

2. *Aceleración del pensamiento*: Este síntoma se puede decir que es el contrapuesto al anterior, consiste en el desarrollo exageradamente rápido del proceso racional, independientemente de cual sea su contenido.

3. *Prolijidad*: Este síntoma, denominado también detallismo se manifiesta en que el paciente hace relatos con numerosos pormenores, sin omitir los que, por muy secundarios, no tienen ninguna importancia ni significación para aclarar la idea fundamental.

4. *Interrupción del pensamiento*: Este síntoma, denominado también robo o intercepción del pensamiento, se manifiesta en que el paciente de pronto interrumpe su discurso, sin que haya simultáneamente otros síntomas de alteración de la conciencia e inmediatamente se queja de que la mente se le queda en blanco, de que se le el hilo del pensamiento, de que le roban el pensamiento.

5. *Disgregación*: Se denomina disgregación la asociación de conceptos incongruentes y se manifiesta en que el paciente, que se expresa con frases y oraciones correctas por su estructura gramatical, desarrolla pensamientos que no tienen ninguna conexión lógica entre si.

6. *Perseveración*: Repetición de una idea o conjunto de ellas aunque el interlocutor intente orientar la atención del pensamiento hacia otras, estos

pacientes repiten y una otra vez sus ideas con discursos semejantes pero no idénticos.

7. Incoherencia: Este síntoma es la falta de conexión lógica y conceptual entre los distintos componentes que intervienen en el desarrollo del pensamiento.

C. En relación con su contenido.

1. Idea sobre valorada: la idea sobre valorada es la imagen psíquica que refleja un fenómeno real, pero al que el paciente atribuye una importancia o característica que realmente no tiene. La idea sobre valorada se produce sobre todo cuando por uno u otro motivo el fenómeno real que la origina ha causado una fuerte reacción afectiva con el sujeto.

2. Idea fija: La idea fija es la que reflejando adecuadamente la realidad, después, en ciertas circunstancias se repite en el campo de la conciencia del paciente sin intervención y en contra de la voluntad del paciente.

3. Idea fóbica: La idea se denomina fóbica cuando expresa un miedo o temor. En estos casos el paciente, aunque comprende lo infundado de su temor, no puede evitar la presencia de esta idea y el miedo que el fenómeno reflejado en ella infunde.

4. Idea obsesiva: Tiene la característica de la idea fija, que se repite en momentos en que resulta incomoda y molesta para el paciente y su presencia en el campo de la conciencia se hace más insistente cuando el hace más esfuerzos para apartarla de su mente. Puede ir acompañada de miedo o temor como en la fóbica y lo más importante, el individuo que la padece tiene crítica sobre ella y la siente como algo ajeno a él, impuesta desde fuera, se acompaña además de actos motores o rituales que se denominan compulsiones o ceremoniales compulsivos.

5. Idea delirante: La idea delirante es la falsa imagen de un fenómeno que no se ha producido o la imagen deformada de un suceso que realmente tuvo lugar.

CAPITULO II

CAPITULO II: MATERIAL Y METODO.

2.1. Descripción de la Muestra.

En este caso específico, se apeló al uso, por parte del investigador, de una muestra intencionada o dirigida, con el propósito de buscar personas que representen con nitidez los parámetros muestrales establecidos para ésta investigación. El propósito de ésta investigación es caracterizar en pacientes diagnosticados con algún trastorno neurótico el proceso de pensamiento, para ello se recurrió a los centros de salud mental del municipio Santa Clara en aras de dirigir la búsqueda muestral, ya que en estos centros se prestan servicios de diagnóstico y psicoterapia a pacientes con estas patologías.

La muestra es bastante homogénea ya que existen un gran número de pacientes diagnosticados, este centro tiene varias consultas, consultas dirigidas a pacientes con:

- Psicosis
- Retraso mental
- Otros trastornos.(aquí se encuentran los trastornos neuróticos)

En esta última consulta se atienden varios pacientes pero los que más incidencia y prevalencia tienen son los trastornos neuróticos, por lo que se hizo factible y viable la selección muestral intencionada y por ende la investigación. Algunos pacientes tienen un criterio diagnóstico dudoso, ya que muchas veces estos trastornos pueden confundirse con otros, por tanto, éstos se excluyeron de la muestra.

Tabla 2: Descripción muestral.

Diagnóstico	Sexo.		Cantidad de pacientes.	Edad Media.	Pacientes Con hijos.	Nivel escolar medio.
	M	F				
Trastorno neurótico.	M	F	Total	57años.	9	Medio superior.
	2	18	20			

Concluyendo se desarrollo un estudio de tipo descriptivo, utilizándose un muestreo dirigido o intencional, donde se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de inclusión.

- Estar diagnosticado con algún tipo de trastorno neurótico por un especialista del centro de salud mental.
- Estar dispuesto a colaborar.

Criterios de exclusión

- Presentar un Diagnóstico dudoso.

2.2. Descripción de las Técnicas empleadas

Para la selección de las técnicas utilizadas se tuvo en cuenta fundamentalmente:

- Las peculiaridades de los pacientes en estudio.
- Las peculiaridades del proceso psíquico a investigar (pensamiento).
- La variedad de las técnicas tanto en su presentación como en los objetivos diferentes que persiguen.
- Utilización de las técnicas en investigaciones anteriores que validen su fiabilidad.

Asumiendo estas premisas se decidió utilizar:

1. Análisis psicológico de la historia clínica.
2. Entrevista psicológica semiestructurada.
3. Exclusión de objetos
4. Analogías.
5. Interpretación de refranes.

1. Análisis psicológico de la historia clínica.

Descripción: Este método ha sido propuesto por B. S. Bratus y B. V. Zeigarnik en 1976 para el estudio de las alteraciones de la personalidad. Estos autores parten del principio que estipula el carácter de documentos psicológicos y no sólo médicos que poseen las historias clínicas, pues en ellas se resume el camino vital del enfermo, los métodos y medios de actuar típicos, los modos de comunicación, la solución de conflictos, el círculo de interacciones del enfermo con la familia, en el trabajo, etc., además de las alteraciones en el curso de la enfermedad y después de

ella (J. Grau, 1983) En las mismas se recoge una visión retrospectiva de la vida del sujeto cuando queda confeccionada con rigor y cuando se resume cuidadosamente su historia personal.

Procedimiento: Luego de la presentación y explicación de la prueba, se procede a confeccionar la historia clínica a partir de un modelo construido y utilizado en investigaciones anteriores. A través de ellas se tratan de revelar los fenómenos psicológicos, posibles causas de las alteraciones, la evolución del paciente y rasgos de la personalidad que sean significativos por su carácter patologizante.

Materiales: Se emplea un modelo de historia clínica para la recogida de los datos.

Procesamiento de los datos: El análisis psicológico de la historia clínica consta de cuatro etapas fundamentales:

1.- Minuciosa familiarización con la historia clínica: Se hace con el objetivo de conocer y estudiar los detalles significativos donde se manifieste información relacionada con el surgimiento y desarrollo de las particularidades de la psiquis, así como destacar hechos clínicos relevantes en la posible etiología de las alteraciones de la personalidad.

2.- Reconocimiento de los momentos axiales: Se realiza un estudio minucioso de la historia clínica, resumiendo las situaciones, acontecimientos y condiciones que se repiten con similar repercusión psicológica a lo largo de la vida del sujeto.

3.- Calificación de los datos obtenidos respondiendo a conceptos de la ciencia psicológica: El investigador en esta etapa debe desmembrar las formas diversas de actividad de los sujetos, dar la caracterización psicológica de su estructura, descubrir las relaciones entre diferentes actividades aisladas, señalar las necesidades fundamentales del sujeto, sus motivos, el sentido personal de las mismas, o sea, descubrir las relaciones entre ellas, mostrar las estructuras jerárquicas de estas actividades que caracterizan la esencia de su personalidad.

4.- Creación de un modelo propiamente psicológico del fenómeno clínico dado, que explique las regularidades psicológicas de la conducta humana, buscando

con tal explicación comprender su determinación, surgimiento y consecuencias en el desarrollo personal del individuo, así como distinguir las alteraciones primarias y secundarias de la psiquis.

2. Entrevista psicológica:

La entrevista psicológica semiestructurada es utilizada con los diferentes objetivos:

- La **entrevista psicológica semiestructurada inicial**
- Dirigida al psiquiatra.

Se dirige a establecer el rapport con el psiquiatra así como a obtener información general básica sobre el funcionamiento del centro de salud mental, la atención a pacientes con trastornos neuróticos y los criterios diagnósticos, así como la disposición para el trabajo.

La **entrevista psicológica semiestructurada de retes** se dirige a validar y enriquecer la información obtenida en cada técnica aplicada haciendo énfasis en el curso del proceso del pensamiento en la solución del problema y en el estado emocional subyacente al mismo, así como la discusión de los casos con el psiquiatra en aras de mancomunar criterios diagnósticos fundamentalmente.

- Dirigida a los pacientes.

Esta entrevista se dirige a establecer el rapport y el consentimiento de los pacientes para participar en la investigación así como obtener información general básica sobre, su proceso de pensamiento, enfatizándose en:

- Trastornos del pensamiento más frecuente.
 - Trastornos del pensamiento según el origen.
 - Trastornos del pensamiento según el curso.
 - Trastornos del pensamiento según el contenido.
- La **entrevista psicológica semiestructurada de retes** se dirige a validar y enriquecer la información obtenida en cada técnica aplicada haciendo énfasis además en los trastornos neuróticos mas frecuentes, valorando los diagnósticos.

3. Interpretación de Refranes

Los refranes constituyen juicios generales transmitidos a través de la significación de algún hecho particular aislado de una situación concreta. Así, el sentido verdadero del mismo sólo se torna comprensible cuando el sujeto extrae la esencia de los hechos concretos a los cuales hace referencia el refrán. Sólo ante esta condición se realiza la transferencia del contenido del refrán a otras situaciones cuando existe algún tipo de afectación en el curso el paciente puede tender a divagar, o a quedarse en blanco por lo que a través de esta técnica se exploró fundamentalmente, cualitativamente, los posibles trastornos del pensamiento según el curso, aunque no se obviaron los datos cuantitativos para determinar los niveles de generalización y abstracción. Ante el sujeto se presenta un total de 28 refranes que deben ser agrupados según transmitan el mismo significado. Puntuación 1 por cada ordenamiento correcto, descontando un primer grupo que es considerado como ejemplo. Puntuación máxima: 14 puntos. (Anexo 6)

4. Exclusión de objetos.

Descripción: Se utiliza en la investigación de la actividad analítica sintético, el grado de generalización exige del sujeto fundamentalmente lógica de las respuestas, correlación de las generalizaciones y precisión de las formulaciones en cuanto a los rasgos más esenciales de cada objeto y sus nexos inmediatos, lo que permitirá excluir uno. Según S. V. Rubinstein, B. N. Zeigarnik y J. G. Avalo, la misma puede ser empleada para el conocimiento del nivel de generalización, la abstracción, la comparación, el análisis y la síntesis.

Para la aplicación de esta técnica es necesaria una colección de tarjetas (12), cada una de las cuales tendrá cuatro objetos representados, seleccionados de tal manera que tres de ellos estén relacionados entre sí, mientras que el cuarto es ajeno a los demás. Cada tarjeta tendrá distintos grados de complejidad, lo que brinda la posibilidad de analizar diversos grados de generalizaciones.

Procedimiento: Se le presentan las tarjetas al sujeto en orden creciente de complejidad. Las instrucciones se dan mostrando la tarjeta más fácil que servirá de ejemplo.

Al sujeto se le dice: "Aquí en cada tarjeta hay representados cuatro objetos. Tres de ellos tienen semejanzas entre sí y se pueden nombrar con una palabra, el cuarto objeto es extraño y se excluye. Debe decir cuál es el objeto que sobra y cómo nombraría a los tres restantes" Seguidamente se examina con el sujeto la primera tarjeta, se le da la denominación pertinente a los tres objetos generalizados y se le explica por qué se excluye el cuarto objeto. Una vez comprendida la prueba se procede a su realización.

Materiales: Se utilizan doce tarjetas con cuatro objetos representados y un protocolo para la recogida de los datos.

Calificación: Las respuestas del sujeto se recogen en el protocolo preparado para este fin. Se valora no sólo la selección correcta sino también las posibilidades de análisis de la selección.

Como criterios para el análisis de los datos que nos ofrece esta técnica tomamos la aparición de los siguientes elementos:

- **Tendencia al pensamiento concreto:** Cuando se producen respuestas basadas en la utilización práctica de los objetos, o sea, del uso instrumental de los mismos y cuando realizan una vinculación situacional de los objetos, o sea, que los vinculan en el momento presente.
- **Tendencia al pensamiento generalizado:** Los objetos se vinculan a partir de la relación sencilla que los une realmente.

Interpretación:

1. Tendencia al pensamiento concreto, cuando se evidencia en las respuestas una utilización práctica y el vínculo situacional.
2. Tendencia al pensamiento generalizado. Hay una generalización evidente de los rasgos esenciales de los conceptos.
3. Grado profundo de debilidad mental, no puede realizar la tarea, ni la más sencilla.
4. Grado menor profundo. Puede excluir el objeto pero no explorar su selección.

Incorrecto: Disminución del nivel de generalización.

13 o más = 92%

12 = 85%

11 = 78%

10 = 71%

9 = 64%

De acuerdo a esta valoración se da un rango de alta, media y bajas tendencias en cuanto a nivel de generalización.

Alta: sujetos con una tendencia al pensamiento generalizado.

Media: sujetos con tendencia al pensamiento concreto.

Bajas: pacientes con grado profundo o menor profundo de debilidad mental.

6. Analogías

Esta técnica consiste en pares de conceptos que guardan una relación, el sujeto debe lograr llegar a una categoría que permita generalizar cada par. Según las respuestas se da una calificación de 2, 1, 0, en función de las respuestas dadas y de los niveles de ayuda prestados al sujeto en estudio. Son 12 pares de conceptos en total.

De 17 a 24 ----Altas funciones analítico-generalizadoras.

De 11 a 17 -----medias funciones analítico-generalizadoras.

De 0 a 10-----bajas funciones analítico-generalizadoras.

2.3 Procedimientos

Para la realización de la presente investigación se llevó a cabo un análisis bibliográfico que permitió realizar un resumen de los aspectos más relevantes en torno al tema confirmando la importancia teórica y práctica del mismo, sentándose las bases teórico-metodológicas para el posterior trabajo de campo.

Las sesiones de trabajo implementadas estuvieron determinadas esencialmente por las peculiaridades de las técnicas aplicadas.

Tabla 3: Estructuración de las sesiones.

Número de sesión	Técnicas utilizadas
1	Entrevista semi-estructurada dirigida al psiquiatra.
2	Entrevista semi-estructurada dirigida a los pacientes. Entrevista de retes dirigida al psiquiatra.
3	Aplicación de exclusión de objetos y analogías. Entrevista de retes dirigida al psiquiatra.
4	Aplicación de interpretación de refranes. Entrevista de retes dirigida al psiquiatra.
5	Entrevista de retes dirigida a los pacientes. Entrevista de retes dirigida al psiquiatra.
6	<u>Entrevista de retes dirigida al psiquiatra.</u>

Las pruebas se aplicaron en condiciones ambientales adecuadas, con un tiempo de duración no excedente de los 20 min. Para evitar la fatiga y la desmotivación hacia las mismas. Aplicándose luego de cada prueba una entrevista de retes.

Al finalizar la etapa inicial de recogida de información se da paso al análisis de los datos obtenidos a través de las diferentes técnicas, constituyéndose un banco de

datos de manera que pudiera realizarse un análisis de carácter cuanti y cualitativo de los diferentes trastornos del pensamiento considerados. Así también de las ideas fijas presentes y la intensidad de las mismas según el caso estudiado.

En una tercera fase se realizó la formulación de conclusiones buscando la descripción del proceso de pensamiento, haciendo hincapié en los diferentes trastornos encontrados. Así como en la intensidad vivencial de las ideas fijas.

Debe especificarse que todos los sujetos tuvieron libertad para decidir su participación en el estudio pidiéndoles su consentimiento informado. Se les garantizó el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas tal y como lo establecen los principios éticos para la investigación científica con seres humanos.

2.4. Visión metodológica

Antes de definir el proceso de operacionalización de las variables analizadas en la presente investigación y declarar las técnicas estadísticas utilizadas es importante realizar un acercamiento teórico al por qué de la metodología desplegada dado el clásico antagonismo cuanti-cualitativo que ha permeado a las ciencias psicológicas. Con este fin,

“(...) la valoración requiere de procedimientos que no se limitan a una versión estandarizada, debido a que en el curso de la investigación se deben introducir cambios dinámicos que permitan caracterizar tanto las condiciones de la ejecución de tareas que se dificultan, como las condiciones en las que el defecto observado se compensa.” (Quintanar, 1993, 52).

Sin embargo, contraponer ambas concepciones metodológicas imprimiéndole un carácter excluyente constituye un error que conlleva a la pérdida ya sea de la individualización o de la generalización;

“(...) en el proceso de búsqueda y elaboración del conocimiento no es posible hacer una separación entre lo cuantitativo y lo cualitativo o entre el resultado y el proceso. La separación puede tener un fin metodológico pero no conceptual (...) todo resultado exige regresar a su fundamento o proceso que le dio lugar, todo dato cuantitativo requiere de una explicación que le otorgue un significado.” (Hegel, 1974 citado en Arias, 1999, 184). La unión entre la cuantificación y la cualificación es un hecho patente, sin embargo, debe acotarse que *“(...) el análisis cuantitativo es permisible cuando se ha llevado a cabo una calificación psicológica cualitativa y detallada de los hechos.”* (Zeigarnik, 1979, 30).

Una vez determinada la importancia de la utilización de un paradigma cuanti-cualitativo, persiste un punto medular: ¿Cómo aplicar las técnicas? Debe acotarse que ninguna técnica es patrimonio exclusivo de una corriente psicológica o paradigma metodológico, la técnica debe constituir tan sólo un instrumento para la

obtención de información en dependencia de los objetivos de la investigación. Es por esto que

“(...) la contención de procedimientos experimentales deberá ofrecer la posibilidad de tener en cuenta la búsqueda de solución por parte del enfermo, más aún, deberá dar la posibilidad al experimentador de inmiscuirse en la “estrategia” del experimento, para detectar cómo el enfermo percibe la “ayuda” del experimentador, y reconocer si éste puede o no utilizarla.”
(Zeigarnik, 1979, 32).

Partiendo de estos criterios fue necesario establecer aspectos generales y categorías particulares en cada una de las pruebas teniendo en cuenta para su elaboración:

- La expresión más explícita de las características del pensamiento en su aspecto operacional.
- La coherencia con el diseño original de la técnica y sus objetivos primarios.
- Su utilización en investigaciones anteriores.

Estableciéndose para su evaluación:

- Solución adecuada de la tarea que aporta una calificación predominantemente cuantitativa despreciando el factor tiempo (véase el análisis al respecto de Ardila *et al.*, 2000 y la utilización de estas ideas en Fernández, 2005).
- Niveles de ayuda de carácter general brindados al sujeto para la consecución exitosa de la tarea y su asimilación.

En relación con los niveles de ayuda se establecieron:

- 2 puntos: llamado de atención verbal sobre la ejecución de la actividad del tipo: *“¿Estás seguro de la respuesta? Fíjate bien.”*
- 1 punto: análisis de los procedimientos o acciones seguidas para la consecución de la tarea en conjunto con el sujeto.

- 0 puntos: se ejecuta la tarea y se le invita a realizarla nuevamente. (Estos niveles de ayuda han sido utilizados con anterioridad en Jean & Moreno, 1986).

Si el sujeto no necesita niveles de ayuda se le suman 3 puntos a la calificación alcanzada en la técnica realizada.

Para facilitar el procesamiento de la información obtenida se organizó cada uno de los casos a partir de las técnicas aplicadas y se le dió la calificación según los resultados obtenidos. Lo que permitió de alguna manera cuantificar, así se hizo un resumen de las dos primeras técnicas aplicadas (analogías y exclusión de objetos) que buscaban esencialmente estudiar las funciones analítico-generalizadoras de los pacientes en estudio, con estas dos pruebas se contrastaron los resultados comparando los resultados de una con los resultados de la otra, cualificándolas como altas, medias y bajas funciones analítico-generalizadoras según los resultados. Estas técnicas también aportaron información dada las preguntas que se hacían en las entrevistas de redes para la exploración de otros síntomas concernientes a trastornos del pensamiento según el curso y según el contenido, síntomas que quedarían corroborados en la siguiente técnica (interpretación de refranes) y en las entrevistas semi-estructuradas dirigidas al estudio de los trastornos del pensamiento presentes en el sujeto. Se analizó fundamentalmente el discurso a la hora de dar las respuestas así como a la hora de hablar de sus problemas, las entrevistas se vincularon también al mundo afectivo de los sujetos, para determinar la naturaleza y el contenido de la sintomatología, por ejemplo en las ideas fijas, obsesivas, sobre valoradas, etc.

A través de las entrevistas al psiquiatra y la posterior revisión de la historia clínica se pudo constatar el diagnóstico lo que permitió abordar con profundidad el estudio individual con cada uno de los pacientes estudiados.

2.5. Técnicas para el procesamiento cuantitativo de la información

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 11.0, aplicándose la estadística descriptiva. En la estadística descriptiva se hizo uso fundamentalmente del análisis de la media, la moda, dada la presencia de valores extremos que podían alterar los resultados, la frecuencia relativa, valores máximos y mínimos y la desviación estándar.

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

El investigador se motivó con esta temática a raíz de su interés por el estudio de los procesos cognitivos, y de los trastornos neuróticos. Después de la revisión bibliográfica, que de hecho, referente a este tema específicamente no es abundante, se decidió seleccionar el centro para hacer el estudio, en función de la prevalencia de pacientes neuróticos asistiendo a consulta. En el centro de salud mental existe una consulta como se decía anteriormente en este trabajo (ver introducción) que se encarga de la atención a este tipo de pacientes y existe una prevalencia de los mismos, por lo que la investigación era viable y factible, se contó con el apoyo total de las personas que allí laboran.

3.1. Resultados de las técnicas aplicadas.

Resultados de la entrevista inicial al psiquiatra.

A través de esta entrevista se abordó el funcionamiento del centro de salud mental, y los diferentes servicios que allí se prestan. La psiquiatra explicó que existen tres consultas fundamentales donde se atienden pacientes con psicosis, trastornos neuróticos y de personalidad, y retraso mental. Cada una de éstas consultas sujetas a las especificidades de las patologías en cuestión. La psiquiatra aclaró que existe una alta prevalencia de pacientes con trastornos neuróticos, por lo que era factible realizar la investigación. Así se discutió con la psiquiatra los objetivos de la investigación y se contó con su consentimiento y apoyo, la psiquiatra asumió una postura de total colaboración.

Resultados del análisis psicológico de la historia clínica.

A través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes se obtuvo que los veinte pacientes habían sido afectados por eventos que impactaron desde un punto de vista afectivo su salud mental, prevalecían como causas fundamentales la separación de familiar, pérdida de familiares queridos, y dependencia, en mucho de

los casos, a los medicamentos. La mayoría de los pacientes están bajo tratamiento desde hace más de cinco años y presentan un sistema nervioso débil y/o fuerte desequilibrado.

Además se observó que muchos de los pacientes no tenían hijos y de que la mayoría se encontraba entre la adultez y la adultez mayor.

Resultados de la entrevista inicial a los pacientes.

En esta primera entrevista se le pidió a cada paciente su consentimiento para participar en la investigación, y se les explicó la importancia de la misma. Se exploró la esfera afectivo-motivacional, se exploró en un principio la historia clínica del sujeto, desde cuando asiste a consulta, etc. Después de terminada la recogida de información se obtiene que la mayoría de los pacientes son adultos y adultos mayores, del sexo femenino, y una cantidad considerable de las mismas no tienen hijos, el nivel de escolaridad es predominantemente de nivel medio superior, y generalmente han estado afectados por eventos que han desencadenado la enfermedad, los más frecuentes son la pérdida de familiares queridos (dígase padre, hijos) padecimientos de enfermedades, deterioro físico, jubilación.

Se exploró desde esta entrevista la sintomatología en función de los trastornos del pensamiento que se evidenciaban desde el discurso de los pacientes. Se presentan en todos los pacientes (100%) ideas fijas, con diferentes grados de intensidad y afectación a la conducta de los mismos. Así también ideas obsesivas, ideas sobre valoradas, no se presentaron ideas fóbricas, ni ideas delirantes.

La mayor cantidad de pacientes que asisten a consulta son diagnosticados con trastorno ansiedad-depresión, así también trastorno obsesivo-compulsivo con predominio de rumiaciones obsesivas, trastorno obsesivo-compulsivo con mezcla de pensamientos y actos obsesivos, neurastenia y trastorno disociativo.

Resultados de la técnica analogías.

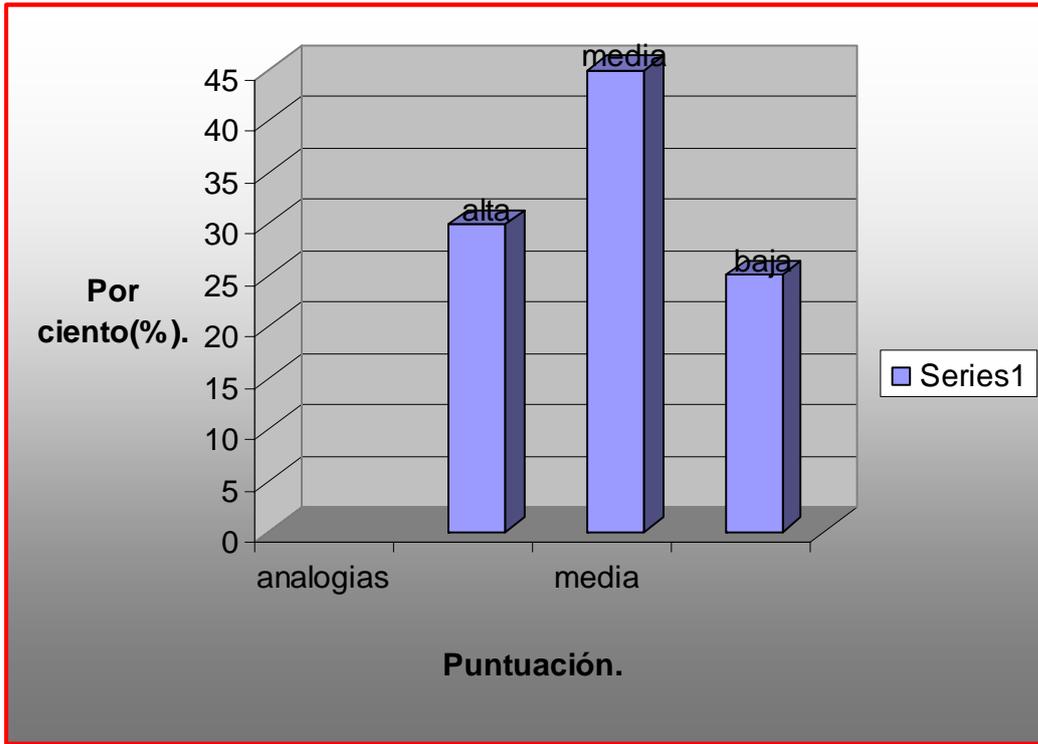
De los pacientes estudiados se observó en esta técnica.

Tabla 4: Técnica Analogías.

Altas funciones analítico-generalizadoras. (#,%)	Medias funciones analítico-generalizadoras. (#,%)	Bajas funciones analítico-generalizadoras. (#,%)
6(30%)	9(45%)	5(25%)

Se observó una tendencia al no deterioro, predominaron las afectaciones a un nivel medio apuntando a un nivel alto. Las operaciones básicas del pensamiento se encuentran poco afectadas, aunque se observó a la hora de realizar la técnica cierta dificultad para generalizar, no así para las funciones de análisis y síntesis, mucho de los pacientes que están en el nivel medio lograban hallar las relaciones entre los conceptos pero sin llegar a conceptualizar ni a encontrar los vínculos esenciales entre ambos conceptos.

Los sujetos con bajas funciones analítico generalizadoras, en mucho de los casos, no respondían, o cuando lo hacían se veían afectadas la capacidad de analizar de buscar los vínculos esenciales en los conceptos, les era imposible sacar lo esencial de lo complementario (abstracción) y por supuesto esto los llevaba a fallar en las respuestas para establecer generalizaciones, con respuestas pueriles, desde un pensamiento concreto, vinculado a lo vivencial (Por Ej. : sal y agua , la sal se echa en el agua para cocinar). Por tanto, hay una tendencia al no deterioro desde un punto de vista cuantitativo, pero si se asumen desde un punto de vista cualitativo las funciones del pensamiento (análisis, síntesis, abstracción, comparación, y generalización) observamos dificultades para abstraerse y generalizar, sobre todo en aquellos pacientes con bajas y medias funciones analítico-generalizadoras.



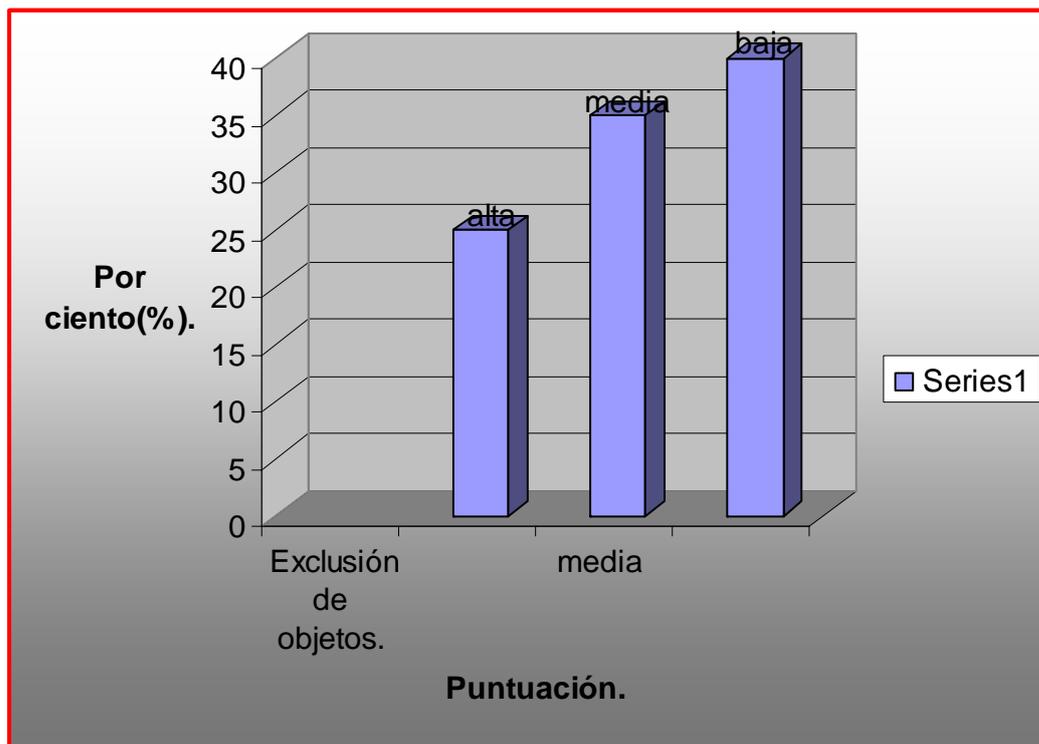
Esquema 2: analogías

Resultados de la técnica exclusión de objetos.

En esta técnica se tuvo en cuenta la cualificación propuesta por el investigador para dar un rango similar a la técnica anterior y así facilitar la contrastación de los datos.

Tabla 5: Técnica exclusión de objetos.

Altas funciones analítico-generalizadoras. (#,%)	Medias funciones analítico-generalizadoras. (#,%)	Bajas funciones analítico-generalizadoras. (#,%)
8 (40%)	7(35%)	5(25%)



Esquema 3: Exclusión de objetos.

En esta técnica se observa un predominio de sujetos con funciones analítico generalizadora en un nivel alto, las tendencias van desde un nivel medio a un nivel alto de funciones analítico generalizadoras por lo que no se puede hablar de deterioro marcado en el pensamiento lógico-abstracto.

Los pacientes que presentaron medias y bajas funciones necesitaron muchos niveles de ayuda, en mucho de los casos lograban excluir el objeto pero les resultaba difícil encontrar las relaciones esenciales entre los mismo, apreciándose, dificultades principalmente en la capacidad de abstracción y generalización, (Por Ej. La paciente excluye al sol y al preguntar por qué dice que porque qué hacen encendida una vela y los demás aparatos si el sol está afuera) por lo que el análisis cualitativo de esta técnica responde idénticamente al de la técnica anterior.

Resultados de la contratación de ambas técnicas.

A través de esta contrastación se buscó la triangulación de la información obtenida en las primeras técnicas, los pacientes que obtuvieron calificaciones altas y bajas coincidieron en ambas técnicas, no así algunos sujetos que obtuvieron calificaciones de media y alta indistintamente, en estos casos se asumió que tenían una calificación de alta.

Al contrastar ambas técnicas se obtiene que solo dos sujetos con puntuaciones media en una técnica tienen un resultado de altas funciones en la otra lo que llevó a la profundización con estos dos pacientes y se determinó por parte del investigador que realmente presentan altas funciones analítico-generalizadoras, lo que apunta a un leve deterioro, realmente los pacientes de manera general no presentan un daño marcado de sus funciones analítico-generalizadoras. Encontrándose de manera general las funciones de análisis, síntesis, abstracción, comparación y generalización bastante conservadas, a excepción de los sujetos de los que hablaba anteriormente (con bajas y algunos con medias funciones analítico-generalizadora) que presentan dificultades para abstraerse y generalizar.

Resultado de la técnica interpretación de refranes.

En esta técnica se exploraron fundamentalmente los trastornos según el curso, trastornos que de alguna manera se habían explorado en las técnicas anteriores pero sin profundizar, en este caso tampoco se obvió la información que brinda la técnica para el análisis de las funciones analítico-generalizadoras (pensamiento lógico-abstracto).

Tabla 6: Resultado de la técnica interpretación de refranes.

Trastornos Del pensamiento según el curso.	Cantidad de pacientes.
Aceleración.	0
Prolijidad.	4
Perseveración.	3
Interrupción del pensamiento.	2
Disgregación.	6
Incoherencia.	0
Lentificación.	6

En esta técnica se utilizó también la información recogida en entrevistas anteriores y demás técnicas que corroboraron estos resultados. Realmente existe una afectación mucho mayor en los trastornos del pensamiento según el curso de los pacientes estudiados, resultando como más frecuentes prolijidad, disgregación y Lentificación del pensamiento, en menor medida Perseveración e interrupción de la actividad del pensamiento los pacientes que presentaron los síntomas aquí descritos les resultaba difícil encontrar el significado de los refranes y disgregaban, les resultaba difícil mantener el hilo conductor de su lógica, así también se volvían

en ocasiones (prolijidad) hacia detalles insignificantes, o se quedaban en blanco sin poder terminar la tarea , se necesitaron en ocasiones varios niveles de ayuda para responder.

Tabla 7: Resultado del total de pacientes afectados con trastornos del pensamiento atendiendo a su curso.

Categoría	Total de pacientes afectados. (#,%)
Trastornos del pensamiento según el curso	12(60%)

Arrojó (ver tabla7) que hay una tendencia marcada al deterioro del curso del pensamiento de los pacientes estudiados, presentándose un numero que supera el 50% del total de pacientes estudiados.

Resultado de las entrevistas de redes dirigidas a los pacientes.

Durante estas entrevistas se corroboraba la información que se iba obteniendo así también se profundizaba en los trastornos del pensamiento según el contenido , ya que para determinar y clarificar los síntomas eran necesarios varios encuentros, que se realizaron, una vez aplicadas las técnicas, relacionando cada elemento , interconectándolos, para darle un enfoque mas holístico e integrador a la investigación. De estas entrevistas se extrae como elementos fundamentales:

- Los trastornos del pensamiento según el contenido (así también se analizaban los trastornos según el origen y el curso, aunque haciendo hincapié en los del contenido).
- Los trastornos neuróticos más frecuentes.
- los trastornos del pensamiento más frecuentes en cada uno de los trastornos neuróticos (según clasificadorio CIE-10) encontrados durante la investigación.

Resultado que:

Tabla 8: Resultado del total de pacientes afectados con trastornos del pensamiento atendiendo a su contenido.

Categoría	Total de pacientes afectados. (#,%)
Trastornos del pensamiento según el contenido,	20(100%)

El 100% de los pacientes estudiados presentan afectación en el contenido del pensamiento, prevaleciendo las ideas fijas como síntoma fundamental como se ilustra en la siguiente tabla. Todos los pacientes mostraron ideas fijas, resultado que fue corroborado en todas las entrevistas de redes realizadas, ideas como:

- No puedo dejar de tomar el medicamento aunque esté bien porque voy a tener otra crisis.
- Ojala mi hija no se hubiera muerto.
- Estoy muy enferma, tengo miedo a la muerte.

Ideas que son resultado de eventos que han afectado desde un punto de vista afectivo a los pacientes en estudio, lo que repercute, ineludiblemente; en sus procesos cognitivos en especial, el pensamiento, como se observa en este estudio.

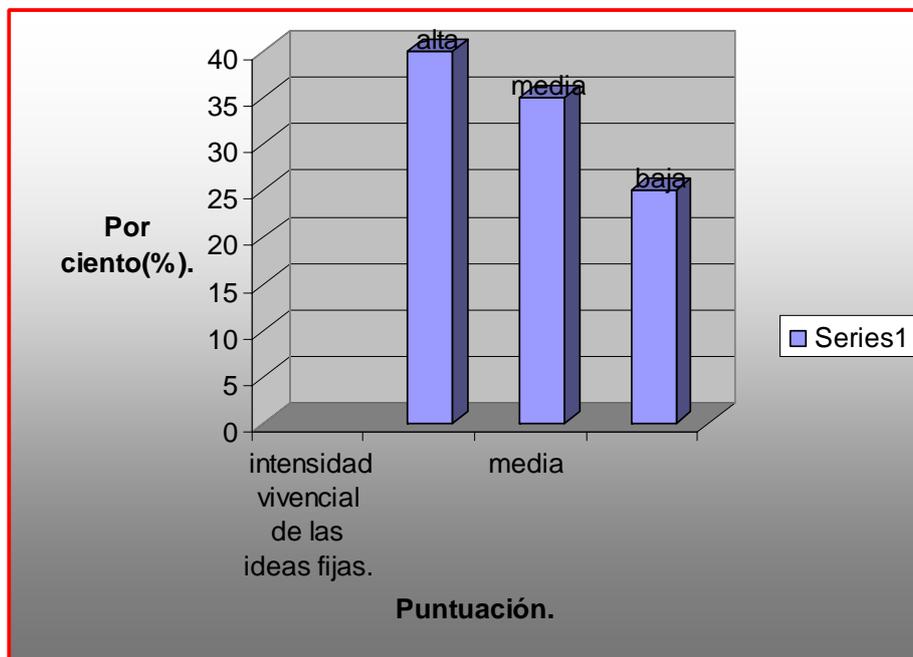
Tabla 9: Trastornos del pensamiento, atendiendo a su contenido, más frecuentes.

Trastornos Del pensamiento según el contenido.	Cantidad de pacientes. (#,%)
Ideas fijas.	20(100%)
Ideas sobrevaloradas.	12(60%)
Ideas obsesivas.	9((45%)
Ideas delirantes.	0(0%)

Como se observa en esta tabla hay un predominio de las ideas fijas con respecto al resto de los trastornos atendiendo al contenido, por lo que se decidió por parte del investigador, profundizar en su estudio, y se les dio un nivel de alta, media y baja intensidad según la frecuencia con que se presentaban y el nivel de afectación a nivel conductual con que se observaban en cada uno de los pacientes estudiados, obteniéndose como resultado una tendencia a un alto nivel de afectación funcional debido a la presencia de las mismas.

Tabla 10: Intensidad vivencial de las ideas fijas

Alta. (#,%)	Media (#%)	Bajas (#, %)
8 (40%)	7(35%)	5(25%)



Esquema 4: Intensidad vivencial de las ideas fijas

También se muestra una alta incidencia de ideas sobre valoradas, y en un número menor pero con una alta incidencia las ideas obsesivas. Lo que apunta a un marcado deterioro de manera general.

Las ideas fijas responden fundamentalmente a eventos que impactaron fuertemente desde un punto de vista afectivo a los pacientes en estudio, la carga afectiva que los acompaña es muy grande, generalmente están asociados a pérdida de familiares queridos, fundamentalmente hijos, pareja y padres en ese orden, así también con temor a la hospitalización en aquellos pacientes que han sido ingresados por psiquiatría, temor a la muerte y a enfermarse de cualquier otro padecimiento aparte de los desordenes mentales, temor a la soledad y a la separación familiar, también en ese orden.

Las ideas sobre valoradas recogen esencialmente eventos cotidianos, frases, que se toman muy en cuenta, referente sobre todo a la auto imagen y la auto percepción.

Las ideas obsesivas parten de conflictos que se solucionan o solucionaron pero irrumpen en la conducta, y en la actividad mental de los sujetos, se acompañan en ocasiones de rituales como en uno de los casos que cuenta las palabras mayúsculas en un periódico. Propio de este tipo de este trastorno (colectivo de autores, la clínica en la propedéutica siquiátrica, 1975)

Partiendo de estos resultados, se analizaron los trastornos neuróticos mas frecuentes tomando en consideración el diagnostico dado y la forma clínica, algunos de estos diagnósticos fueron cambiados dentro del mismo proceso dado que no se correspondía con lo diagnosticado con anterioridad, bien por cambios en la sintomatología o por errores diagnósticos.

Como bien se muestra en la siguiente tabla hay una prevalencia de los pacientes con trastornos neuróticos mixto ansiedad-depresión.

Tabla 11: Trastornos neuróticos más frecuentes.

Trastornos neuróticos mas frecuentes .(CIEX)	Cantidad de pacientes. (#,%)
F41.2 Trastorno mixto ansiedad-depresión.	12(60%)
Trastorno obsesivo-compulsivo. <ul style="list-style-type: none"> • F42.0. Con mezcla de pensamientos y rituales obsesivos. • F42.2. Con pensamientos obsesivos. 	2(10%) 1 1
F44.7. Trastorno disociativo de conversión mixto.	5(25%)
F48.0 Neurastenia	1(5%)

Como bien se explicaba y queda explícito en esta tabla el trastorno con mayor prevalencia es el trastorno mixto ansiedad-depresión seguido de el trastorno disociativo de conversión mixto, en menor medida trastorno obsesivo compulsivo y neurastenia.

Tabla 11: Forma clínica y trastornos del curso.

Trastorno neurótico (forma clínica)	Pacientes con trastornos del pensamiento según el origen.		
	Funciones analítico-generalizadoras		
	Altas	medias	bajas
Trastorno mixto ansiedad-depresión.	4	4	4
Trastorno obsesivo-compulsivo.	0	1	1
Trastorno disociativo de conversión mixta	3	2	0
Neurastenia	1	0	0

Tabla 12: Forma clínica y trastornos del contenido.

Trastorno neurótico (forma clínica)	Pacientes Con trastornos del pensamiento según el curso. Acel. Prol. Pers. i. del pens. Disg. Incoh. Lentif.
Trastorno mixto ansiedad-depresión	4 4
Trastorno obsesivo-compulsivo	2 1 1
Trastorno disociativo de conversión mixta	2 4
Neurastenia	1

Leyenda:

Acel. Aceleración de la actividad de pensamiento. **Disg.** disgregación
Incoh. Incoherencia **Lentif** lentificación
Prol. Prolijidad
Pers. Perseveración
i.del pens. Interrupción de la actividad del pensamiento.

Tabla 13: Forma clínica y trastornos del contenido.

Trastorno neurótico (forma clínica)	Pacientes con Trastornos del pensamiento según el contenido				
	Idea fija.	Idea sobre valorada.	Idea fóbica.	Idea obsesiva.	Idea delirante.
Trastorno mixto ansiedad-depresión	12	8	1	0	0
Trastorno obsesivo-compulsivo	2	2	0	2	0
Trastorno disociativo de conversión mixta	5	5	2	0	0
Neurastenia	1	0	0	1	0

Resultado de las entrevistas de redes dirigidas al psiquiatra.

Durante estas entrevistas se validó con el psiquiatra toda la información que habían arrojado las técnicas aplicadas lo que permitió triangular la información y hacer análisis que llevaran un nivel de profundidad mayor, sobre todo porque los pacientes habían sido atendidos con anterioridad por esta psiquiatra y los conocía a casi todos lo que permitía que los datos estuvieran más cercanos a la realidad de los pacientes. La mayoría de los pacientes eran adultos mayores tema que se discutió, así también con un nivel escolar no muy alto, mujeres en su mayoría y una gran cantidad de las mismas sin hijos. Durante estas entrevistas se construía a partir de los datos que se iban obteniendo este proceso de triangulación de la información que se recogió.

3.2. Análisis integrador

El análisis cuantitativo y cualitativo de la información obtenida a través de las pruebas psicológicas aplicadas a los pacientes permitió observar la presencia de afectación fundamentalmente en el contenido del pensamiento, hallándose el 100 % de la muestra afectada por trastornos según el contenido: se encuentra el 100% afectado con ideas fijas, y de este total un 40% vivencian estas ideas en un nivel alto de afectación, la naturaleza de dichas ideas, está dada por eventos que impactaron afectivamente a los sujetos en estudios, con una carga afectiva muy grande que repercute aun en su conducta y en su actividad mental. (Si se toman en cuenta estas ideas fijas, e incluso las obsesivas como causa de rumiaciones, se hallan apoyados estos resultados en los estudios de Wenger y Wenlax, 1993)

En estudios anteriores, referente al tema, se habla de un pensamiento rumiativo o invasor, pero los trabajos realmente no llegan a estudios del todo integradores alrededor de este tema en cuestión, quedándose tal vez aunque no en todos los casos en este nivel, “el estudio de las rumiaciones en los pacientes con esta patología”, sin abordar la relación trastornos del pensamiento-trastornos neuróticos como elementos a relacionar.

Debe significarse que hasta el momento, incluso a nivel internacional, se ha propiciado la proliferación de las investigaciones sobre la inteligencia emocional (véase los trabajos de Berrocal *et al.*, 2004; Martínez-Otero & Velado, 2003 y en nuestro contexto: Casanova, 2004) que analizan someramente la influencia de las emociones en el pensamiento; sin embargo, existen pocos estudios que centren sistemáticamente la relación cognitivo-afectiva desde el pensamiento; pueden citarse al respecto los trabajos de Enríquez & Mota (2006), los estudios realizados por Park & Lee (2004) y Henderson *et al.* (2001). En nuestro contexto existen escasas investigaciones que abarcan en su análisis tanto el pensamiento como la emoción. Al respecto pueden citarse las incursiones de Mayo & Gutiérrez (2005) y las investigaciones de Martínez (1986, 1991) que asevera que: *“En dependencia de la ejecución de la tarea, de la asimilación por el niño de los procedimientos de*

solución, se manifestarán determinadas expresiones emocionales que se van a caracterizar por una calidad y fuerzas específicas en cada nivel de dominio de la actividad.” (Martínez, 1986, 16).

Si analizamos la estructuración de estos trastornos del pensamiento, desde un nivel valorativo, observamos que los mismos han acompañado la estructuración de los trastornos neuróticos aquí estudiados , nótese que la mayor afectación está en los trastornos del contenido y dentro de ellos las ideas fijas , y la naturaleza de las mismas responden a eventos que sirvieron como desencadenantes de la enfermedad o por otro lado ideas que en su naturaleza responden esencialmente al estado vivenciado durante los momentos de crisis(temor a la hospitalización por ejemplo).

La investigación permitió observar según la revisión de documentos, como la historia clínica, así como las entrevistas realizadas , que todos los pacientes, en su mayoría, presentaron eventos que provocaron el deterioro psicológico , esto por supuesto condicionado en alguna medida por sistemas nerviosos débiles , con escasa regulación y/o fuertes con escasa regulación , lo que trajo consigo la instauración insidiosa de la patología y el posterior padecimiento lo que es coincidente con investigaciones anteriores que sitúan en la etiología de estos trastornos la presencia de sistemas con escasa regulación emocional(ver fundamentación teórica los estudios de Pavlov referenciados en Bustamante,1975) la mayoría de los mismos son mujeres , lo que también es coincidente con estudios anteriores que validan el predominio de trastornos neuróticos en el sexo femenino(según Fernández Berrocal, Ramos y Extremera, 2001; Salovey,1995,1999. referenciado por Casanova, 2004).

La mayoría de estos pacientes llevan más de 5 años de tratamiento y todos reciben algún tipo de tratamiento con medicamentos.

A través de las entrevistas se conoció que la mayoría está en la etapa de adultez hacia adultez mayor, las preocupaciones en torno al futuro y al cambio de roles se erigen como elementos fundamentales de análisis para arribar a conclusiones en cuanto a la etiología de estos trastornos, en esta muestra específica.

Los pacientes en estudio presentan niveles bajos de afectación en cuanto al origen del pensamiento, dígase, funciones analítico-generalizadoras en las pruebas aplicadas se arroja una tendencia hacia un nivel alto y de poco deterioro en estas funciones del pensamiento. Este resultado, analizado desde un punto de vista cuantitativo, porque al adentrarse en las especificidades de aquellos pacientes con bajas y algunos con medias funciones analítico-generalizadora observamos , dificultades sobre todo a la hora de abstraerse y generalizar.

En cuanto a las afectaciones del curso del pensamiento, encontramos un nivel que tiende al deterioro con un 60 % de pacientes afectados predominando la disgregación y la Lentificación. Y en pacientes obsesivos-compulsivos encontramos prolijidad y perseveracion como más frecuentes. Esto ultimo es coincidente con todos los estudios revisados referentes a los trastornos obsesivo-compulsivo, en los que es típico la prolijidad y la perseveracion como síntomas (Bustamante, 1975).

Los trastornos neuróticos estudiados que tuvieron mayor prevalencia fueron el trastorno mixto ansiedad-depresión, con el 60% del total, el trastorno disociativo de conversión mixto con el 25% de los casos, así también en estos trastornos el deterioro conductual se ve mucho mas acentuado. En los dos pacientes obsesivos-compulsivos vemos la presencia de ideas obsesivas, que traen consigo, un gran desgaste cognitivo en aras de sacarlas del campo de la conciencia por lo que funcionalmente se encuentran con cierto deterioro. En el caso de los trastornos disociativos se presentan como síntomas fundamentales conversiones de diversos tipos, y en algún nivel, hipocondría. Lo característico de los pacientes ansioso-depresivos, son los periodos de ansiedad y depresión que generalmente están en función de la dimensión pasado, recuerdos, momentos, crisis, generalmente no esperadas o por vivencias, situaciones actuales que los llevan a la descompensación emocional, predominan las ideas fijas y se acentúa su intensidad en momentos críticos. En sentido general, los trastornos del pensamiento que más caracterizan a esta muestra estudiada son los del contenido, específicamente ideas fijas, sobre valoradas y obsesivas en ese orden.

Conclusiones.

Conclusiones.

- El proceso de pensamiento , en los pacientes estudiados, presenta las siguientes peculiaridades:
 - las funciones de análisis, síntesis, comparación, abstracción y generalización de manera general no muestran un deterioro marcado en los pacientes estudiados, resultado que responde al análisis estadístico descriptivo, realizado en la investigación pero si se observa detenidamente en un grupo de pacientes se muestran dificultades en la capacidad de abstracción y de generalización, que se muestran como las más afectadas en este caso.
- Las manifestaciones psicopatológicas del pensamiento en los pacientes investigados se comportó de la siguiente manera:
 - No se encontraron alteraciones en el origen del pensamiento
 - Se observaron algunas manifestaciones de deterioro en el curso del pensamiento, fundamentalmente presentan disgregación y lentificación del pensamiento.
 - Se encontraron afectaciones en el contenido del pensamiento, prevaleciendo las ideas fijas como síntoma fundamental, seguido de ideas sobrevaloradas e ideas fóbricas en ese orden.
- En el análisis de las formas clínicas de los trastornos neuróticos se encontró en orden decreciente: el trastorno mixto ansiedad-depresión, seguido de trastorno disociativo de conversion mixta, trastorno obsesivo compulsivo y neurastenia. En todas las formas clínicas se apreciaron ideas fijas, y en los trastornos ansiedad-depresión prevalecieron además las ideas sobrevaloradas , en los obsesivos compulsivos prevalecieron las ideas obsesivas, así también las ideas sobrevaloradas y fijas en neurastenia y disociativo. En las alteraciones del curso del pensamiento se observó la disgregación como síntoma fundamental en cada una de las formas clínicas a excepción de los dos casos obsesivos-compulsivos, afectados por prolijidad, y perseveración, típico de este tipo de trastorno.

- La información obtenida en la investigación permite destacar que en la muestra explorada la estructuración de los trastornos del pensamiento está relacionada con las vivencias de eventos vitales significativos para cada uno de los pacientes.
- La metodología utilizada resultó efectiva para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Recomendaciones.

Recomendaciones.

1. Debe continuarse esta línea investigativa con el objetivo de profundizar en la temática aquí presentada, haciendo hincapié en la relación trastornos neuróticos-trastornos del pensamiento.
2. Considerando la relación entre los eventos vitales negativos y la estructuración de la psicopatología del pensamiento en la muestra estudiada, además de la exploración de los trastornos del pensamiento, se deben estudiar a profundidad las operaciones básicas de este proceso al evaluar psicológicamente a los pacientes que muestren una sintomatología a nivel neurótico y una predisposición para la aparición de este tipo de trastorno.
3. Se sugiere la elaboración de un programa de intervención psicoterapéutico centrado en los trastornos del pensamiento aquí encontrados, fundamentalmente las ideas fijas (trastornos del contenido) aunque estos resultados no son generalizables si nos acercan a una realidad determinada sujeta a próximos estudios.
4. Por la tendencia a la cronicidad de muchas formas clínicas de los trastornos neuróticos se debe valorar la posibilidad de establecer programas psicoeducativos, que incluyan a sus familiares más cercanos para propiciar un mejor enfrentamiento a la enfermedad y una adecuada adherencia terapéutica.
5. Se recomienda que la información obtenida sea valorada por psicólogos, psiquiatras y otros especialistas del centro de salud mental del municipio Santa Clara, provincia Villa Clara.

Bibliografía

Bibliografía

1. American Psychiatry Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ta ed. Washington D.C. A.P.A. .
2. Arias, G. (1994) Las ciencias psicológicas, la estadística y el significado de la “significación”. Una aproximación de las estrategias cualitativas y cuantitativas. *Revista Cubana de Psicología*, 3 (16), 177-187.
3. Casanova, C. L. (2004) *La estructura de la inteligencia emocional en pacientes portadores de trastornos neuróticos*. Extraído el 25 de mayo, 2006 de <http://www.monografias.com/trabajos20/pacientes-neuroticos/pacientes-neuroticos.shtml>
4. C.I.E.10. (1996) Clasificación internacional de enfermedades. Madrid. Pro-médica.
5. Corral, R. (2003) *Historia de la psicología: Apuntes para su estudio*. La Habana: Editorial Félix Varela.
6. Davydov, V. V. (1981) *Tipos de generalización en la enseñanza*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
7. Castro.H (1983) *Histeria y neurosis*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
8. Gómez .F.L. (2004) ¿Qué es una Neurosis? Extraído 11 de junio, 2005 de: www.psicoespacio.com/neuropsico.
9. Mayo, I. & Gutiérrez, A. K. (2005) *Emoción, experiencia y educación. una mirada diferente*. Memorias evento Hominis' 05. La Habana.
10. Pampliega de Quiroga, A (1996) La neurosis en la actualidad. *Rev. Prometeo/Universidad Iberoamericana*(17)2-10.
11. Petrovski, A. V. (1982) *Psicología general*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
12. Romero, F (2005) El concepto de Neurosis. Extraído el 12 de mayo, 2006 de <http://www.deducing.com/ecdn.html>

13. Quintanar, L. (1993) Neuropsicología: Diagnóstico y rehabilitación de pacientes con daño cerebral. *Psi y Qué*, 2 (1), 50-57.
14. Rubinstein, S. L. (1979) El ser y la conciencia. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
15. Vygotski, L. S. (1968) *Pensamiento y lenguaje*. La Habana: Edición Revolucionaria.
16. Vygotski, L. S. (2001) *Obras escogidas. Problemas de psicología general*, T II. Madrid: A. Machado.
17. Vygotski, L. S. (1987) *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
18. Zeigarnik, B. (1979) *Introducción a la patopsicología*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.

Anexos.

Anexos.

Anexo 1

Entrevista semiestructurada dirigida a la psiquiatra del centro de salud mental.

Objetivos:

- Lograr una relación empática con la psiquiatra.
- Explicar los objetivos de la investigación.

Temas:

- Características generales del centro.
- Principales consultas y niveles de atención.
- Informaciones relacionadas con los beneficios que la investigación puede reportar a los investigadores y a los pacientes.
- Intercambios relacionados con el compromiso necesario por parte de ella como especialista y de los pacientes para la investigación.
- Características generales y peculiaridades de los pacientes que reciben atención en el centro, con diagnóstico de trastornos neuróticos.

ANEXO 2

Entrevista semiestructurada a los pacientes con Trastornos neuróticos.

Objetivos:

- Lograr una relación empática estableciendo el rapport con el paciente.
- Explicar los objetivos de la investigación.
- Explorar la esfera afectivo-motivacional del paciente y los procesos cognitivos haciendo hincapié en el pensamiento.

Temas:

- Datos generales del paciente.
- Preocupaciones principales o quejas del paciente relacionadas con la enfermedad.
- Informaciones relacionadas con los beneficios que la investigación puede reportar a los investigadores y a los pacientes.
- Intercambios relacionados con el compromiso necesario de los pacientes para la investigación.
- Exploración de la esfera afectivo motivacional .
- Exploración del proceso de pensamiento de los pacientes estudiados..

Anexo 3
Analogías.

ANEXO 5
INTERPRETACIÓN DE REFRANES.

ANEXO 6

Entrevista semiestructurada de redes dirigida a los pacientes con Trastornos neuróticos.

Objetivos:

- Corroborar información recogida.
- Explorar los trastornos del curso y el contenido.
- Discutir aspectos de la esfera afectivo-motivacional del paciente y los procesos cognitivos haciendo hincapié en el pensamiento.

ANEXO 7

Entrevista semiestructurada de redes dirigida a la psiquiatra.

Objetivos:

- Corroborar información recogida.
- Discutir criterios diagnósticos.
- Discutir información recogida.

ANEXO 8

Entrevista semiestructurada dirigida a los pacientes con trastornos neuróticos.

Objetivos:

- Corroborar información recogida sobre posible trastornos en el contenido del pensamiento.

Temas

- Corroborar presencia de ideas fijas.
- Corroborar presencia de ideas sobrevaloradas.
- Corroborar presencia de ideas fóbicas.
- Corroborar presencia de ideas obsesivas
- Corroborar la no presencia de ideas delirantes.

ANEXO 9.

Resultado del análisis estadístico descriptivo.