

La propedéutica psiquiátrica

Desde su semiología
clínica de síntomas y
signos

Jorge Ortiz Rubio

Dossier Académico ULEAM



Ciencias
de la Salud



EDITORIAL
MAR ABIERTO

Este libro ha sido evaluado bajo el sistema de pares académicos y mediante la modalidad de doble ciego.

La propedéutica psiquiátrica desde su semiología clínica de síntomas y signos

© Jorge Ortiz Rubio

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM)

Ciudadela universitaria vía circunvalación (Manta)

www.uleam.edu.ec

Departamento de Edición y Publicación Universitaria (DEPU)

Editorial Mar Abierto

Telef. 2 623 026 Ext. 255

www.marabierto.uleam.edu.ec

www.depu.uleam.blogspot.com

www.editorialmarabierto.blogspot.com

Cuidado de edición: Alexis Cuzme

Diseño de portada: José Márquez

ISBN: 978-9942-959-61-4

Primera edición: diciembre de 2016

Manta, Manabí, Ecuador.

Índice

PRÓLOGO	6
CAPÍTULO I.	8
Funciones de síntesis	
Conciencia	8
Orientación	12
Memoria	12
Atención	20
CAPÍTULO II.	23
FUNCIONES DE RELACIÓN	
CAPÍTULO III.	25
NIVEL INTELECTUAL	
CAPÍTULO IV.	28
ESFERA COGNOSCITIVA	
Sensaciones. Trastornos de las sensaciones	29
Percepciones. Trastornos de las Percepciones	31
Ilusión	31
Alucinación	32
Pseudoalucinación	33
Desrealización	33
Despersonalización	34
Metamorfosis	34
Transformación	34
Alteración del esquema corporal	35
Ilusoria percepción del tiempo	35
Afasia sensorial	35
Pensamiento	37
Origen	38
Curso. Trastornos del Curso	40
Contenido	44
Idea sobrevalorada	44
Idea fija	45
Idea Fóbica	45
Idea Obsesiva	46

Idea Delirante	48
Idea Deliroide	59
Otros Trastornos	60
CAPÍTULO V.	61
ESFERA AFECTIVA	
Trastornos Cuantitativos	63
Trastornos Cualitativos	66
CAPÍTULO VI.	70
ESFERA DE LA CONDUCTA	
Trastornos de la 1ra fase de la conducta	71
Trastornos Cuantitativos	72
Trastornos Cualitativos	73
Trastornos de la 2da fase de la conducta	77
Trastornos de los Nov. Voluntario e Involuntarios	77
Trastornos Cuantitativos	79
Trastornos Cualitativos	81
Trastornos de los Hábitos	85
Trastornos del Lenguaje	86
BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXOS	90
AUTOEVALUACIÓN POR ESFERAS	

A mi dios de Jesucristo:

Por darme la vida que tengo,
Por darme lo que más amé en la vida, por habérmelo quitado y aun así darme
fuerzas para seguir viviendo y mantenerme en su fe.

A la memoria de mi abuela Hilda:

Por su entrega y amor incondicional,
Por haber formado en mí un espíritu incansable y con ansias constantes de saber y
superación profesional.

A la memoria de mi abuelo Pepe

A mi madre ada

A mis hijos Rocío y Jorge Enmanuel

A mi esposa Eridania

PRÓLOGO

Este material de estudio titulado “*LA PROPEDÉUTICA PSIQUIÁTRICA DESDE SU SEMIOLOGÍA CLÍNICA DE SÍNTOMAS Y SIGNOS*” ha sido perfilado con el objetivo supremo de servir como material de estudio básico e imprescindible para cualquier carrera, tanto de las Ciencias Médicas como Psicológicas o Sociológicas, que requieran el abordaje epistemológico de la Propedéutica Psiquiátrica. Su contenido trata de referenciar en un lenguaje que sea claro, descifrable y didáctico pero sin perder la nomenclatura obligatoria y la terminología propia de la Psiquiatría. Por ende resulta válido tanto para estudiantes como para profesionales de estas ramas del saber.

Cada capítulo de este material está desarrollado siguiendo el orden lógico del propio Examen Mental Directo o Examen Psiquiátrico. Se parte de las Funciones de Síntesis y las Funciones de Relación, se continúa en la Esfera Intelectual para luego desarrollar el contenido por esferas (cognoscitiva, afectiva y esfera de la conducta).

Las diferentes esferas se desarrollan primero abordando los trastornos cuantitativos del fenómeno psicológico, para luego entrar en los trastornos cualitativos que desde el punto de vista de la psicopatología son mucho más significativos y de mayor gravedad.

Para la elaboración de este material de estudio se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica de todo el material disponible respecto a la temática, incluyendo aquellos textos considerados como Clásicos de la Psiquiatría para muchos especialistas de las Ciencias de la Conducta y del Comportamiento Humano.

Es válido decir que aunque este material está reformado, teniendo en cuenta los criterios de clasificación más vigentes de la Psiquiatría (CIE-10, DSM IV-R y el DSM -V) que aparece en las principales publicaciones oficiales (OMS, 1992) (APA, 2002). Para nada desestima o desecha el valor semiológico y clínico de los textos clásicos que formaron a muchos de nuestros más reconocidos especialistas. Muy por

el contrario, este texto toma de estos todo aquello que aún resulte de valor semiológico y que mantenga trascendencia desde el punto de vista clínico.

Tampoco pretendemos entrar en contradicción con otros textos o autores, muchos de los aspectos tratados, la forma de abordarlos, definirlos o desarrollados, se basan en más de dos décadas de experiencia profesional y en el criterio del autor respecto al tema. Finalmente solo nos resta desear que podamos contribuir a formar un profesional de la Salud con la más alta calificación científica técnica y con el perfil de Atención Integral en Salud que demanda el modelo médico actual del Ecuador y la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

El autor

CAPÍTULO I

FUNCIONES DE INTEGRACIÓN O SÍNTESIS

Las Funciones de Integración o también llamadas de Síntesis juegan un papel crucial para el ser humano, ya que permiten la interacción del hombre con el medio circundante, permite tener una noción de quién somos, qué hacemos y qué sentimos, permite conocer cuál es nuestra ubicación precisa en el espacio y en el tiempo, estar atento a lo que sucede a nuestro alrededor y poder dejar una huella en nuestros sentidos o recuerdos de lo sucedido.

La integran cuatro elementos básicos que son: Conciencia, Orientación, Memoria y Atención.

CONCIENCIA:

Es una forma superior de reflejo de la realidad objetiva que nos rodea en el cerebro, es una forma de reflejo eminentemente humano, lo que significa que no tiene lugar en los animales, pues en estos no existe la conciencia, sino la psiquis o el psiquismo animal, que no es más que un reflejo de la realidad objetiva en el cerebro, pero en este caso, es un reflejo elemental de la realidad. Puede entonces considerarse la conciencia como una forma superior de psiquismo. En la literatura científica se han dado muchos conceptos de conciencia (Alberto, 1998). Lo importante es apropiarse de un concepto válido.

Los trastornos de la conciencia se pueden dividir en cuantitativos y cualitativos, estos últimos son discutidos por algunos autores. Existen para la Psiquiatría ocho Trastornos Cuantitativos de la Conciencia, que por su importancia clínica describiremos a continuación:

- Conciencia Hiperlúcida.
- Conciencia Normal.
- Estado de Obnubilación.

- Conciencia Oniroide.
- Conciencia Crepuscular.
- Conciencia Onírica o de Delírium.
- Conciencia Confusional.
- Estado de Coma.

Conciencia Hiperlúcida:

Se caracteriza por un estado de claridad extrema de conciencia, se conoce también como Nivel Hiperfrénico, donde la gran lucidez de las percepciones se enturbia por la falta de coordinación y sistematización. Puede observarse en los estados agudos de intoxicación por sustancias como las anfetaminas y en los estados de Manía.

Conciencia Normal:

Hace referencia al estado normal de lucidez y claridad de conciencia, en el cual, el individuo es capaz de percibir, comprender y relacionarse adecuadamente con el medio.

Estado de Obnubilación:

Se caracteriza por una discreta nebulosidad para percibir el medio, este se percibe por el paciente como distante y difuminado, existe dificultad para captar los estímulos sensoriales de intensidad media. Puede acompañarse de irritabilidad, somnolencia o cierto grado de embotamiento. Se puede evidenciar en los estados de fatiga y cansancio extremo en los individuos normales y en trastornos orgánicos no severos como la infección, intoxicaciones y traumatismo de cráneo leve. El ejemplo más común y entendible donde se manifiesta este estado de conciencia es en la fiebre.

Conciencia Oniroide:

Se caracteriza por una mezcla de la realidad con la fantasía, lo que se refleja en la afectividad y la conducta del paciente, pero sin perder la orientación y la lucidez. Es como la infiltración de las construcciones del sueño en el pensamiento vigil (Ey,

1996). Hay producciones fantásticas de la realidad, hay alucinaciones auditivas y visuales de carácter escénico. Puede ser constatado en la Psicosis de causa tóxica, en la Psicosis Aguda Psicógena (Trastorno Psicótico Breve).

Conciencia Crepuscular:

Este estado de conciencia se caracteriza por un comienzo y final súbito, amnesia anterógrada total y completa de todo el tiempo que dura el cuadro, el paciente no tiene conciencia alguna de lo que hace. Hay trastornos perceptuales, desorientación, trastorno de la memoria y de la conducta. El cuadro clínico depende del grado de comprensión que tenga el paciente de lo que le rodea. Existen dos niveles bien definidos de Conciencia Crepuscular que aparecen en la Epilepsia y en la Histeria:

- **Estado Crepuscular Epiléptico:** Se caracteriza por una alteración más profunda de la conciencia, en un paciente epiléptico conocido, en esta forma clínica el reflejo de la realidad es rudimentario, muy simple y la actividad que desarrolla el individuo es muy elemental, por lo general se limita a actividades muy sencillas como caminar sin rumbo, entrar y salir de una habitación. Puede haber impulsos muy violentos y peligrosos para los demás y para el propio paciente, son frecuentes los accidentes del paciente. Tiene importancia médico legal, pues un paciente con un Estado Crepuscular Epiléptico puede cometer actos delictivos o delitos contra la vida de otras personas, por los cuales no podrá ser legalmente juzgado.

- **Estado Crepuscular Histérico:** Este se caracteriza por no haber una alteración profunda de la conciencia, el reflejo de la realidad que rodea el paciente es más adecuado, este puede realizar actividades que parezcan normales, incluso pueden resultar hasta complejas, no son frecuente los accidentes, ni que el paciente sufra daños durante este estado.

El Sonambulismo y los Estados Segundos son considerados variantes clínicas del nivel Crepuscular de Conciencia, pero con un nivel de profundidad intermedio entre las dos variantes antes mencionadas.

Conciencia Onírica o de Delírium:

La Conciencia de Delírium se caracteriza por una gran riqueza alucinatoria con características especiales como presencia de color y animación, esto es experimentado por el paciente como si estuviera “viviendo un sueño”. Se distingue este nivel de conciencia, por la presencia de vivas alteraciones sensoriales; hay un franco predominio de alucinaciones visuales, táctiles y auditivas, las que influyen en el afecto y la conducta del paciente, por lo que resulta frecuente que el paciente sufra de angustia intensa y pánico. Hay con frecuencia también conductas defensivas y de huida, existen además alteraciones importantes del pensamiento: son típicos los delirios agudos secundarios, de tipo interpretativos o principalmente alucinatorios.

Hay desorientación e hiperactividad, pero no es totalmente incoherente, son frecuentes los accidentes del paciente, existe un gran peligro para la vida, fundamentalmente por el riesgo de accidentes. Este cuadro puede aparecer en los estados infecciosos y tóxicos (como el Delírium alcohólico por intoxicación), el Delírium por Abstinencia Alcohólica, en el Trauma de Cráneo y en la Epilepsia.

Conciencia Confusional:

Este nivel Confusional se caracteriza por una alteración profunda de la conciencia y gran desorientación, dicha alteración es tan profunda, que no se produce la Integración o Síntesis.

Hay gran alteración de las sensorialidades, estas son poco claras, imprecisas y elementales, hay alucinaciones, pero fundamentalmente son visuales, puede haber perplejidad. El pensamiento está tan afectado, que resulta imposible su proceso, hay una verdadera incoherencia psíquica. La actividad motriz es incoherente, por lo que se habla de una verdadera incoherencia motora, puede existir hasta un estupor o semiestupor. Este nivel de conciencia se puede evidenciar en Estados Infecciosos y Tóxicos graves y en el Traumatismo de Cráneo Severo.

Estado de Coma:

Se caracteriza por la pérdida o abolición total de la conciencia, puede haber o no, respuesta al dolor, en dependencia de la profundidad del coma. Se observa en alteraciones o cuadros orgánicos graves y siempre hay un gran peligro para la vida del paciente.

El coma puede tener diferentes grados de profundidad, los que en dependencia de tres variables clínicas (apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora) se puede cuantificar con la Escala de Coma de Glasgow. (Rodríguez, 2014)

ORIENTACIÓN:

Complejo de funciones psíquicas que permiten tener conciencia de quien somos y en la situación real en que nos encontramos. La componen la Orientación Alopsíquica (orientación en tiempo y lugar) y la Orientación Autopsíquica (orientación en persona, estatus, esquema corporal, historia personal, etc.).

Generalmente se pierde primero la orientación en el tiempo (día, mes y año), luego en espacio (no reconoce el lugar donde se encuentra o no sabe el lugar donde está).

En el caso de la desorientación Alopsíquica hay cierta crítica del trastorno, el paciente se da cuenta del mismo, lo manifiesta verbalmente o toma medidas contra los olvidos; posteriormente aparece la desorientación Autopsíquica, es decir que pierde la orientación en persona, cuando esto sucede, el paciente no posee crítica de la pérdida.

MEMORIA:

Puede definirse de forma sencilla como el *reflejo de lo que existió en el pasado*, es una función psíquica que permite fijar y conservar los hechos ocurridos, los que posteriormente podrán ser reproducidos en un momento dado.

Es una función psíquica por la cual fijamos los hechos que impresionan nuestros órganos de los sentidos, para traerlos posteriormente a la conciencia,

reconociéndolos como ocurridos en el pasado. Transita por diferentes etapas que son: fijación, conservación, reproducción y olvido.

La base fisiológica de la memoria de corta duración está relacionada con los Circuitos Reverberantes de la excitación, en otros tiempos se le daba mucho valor a los cambios bioquímicos en el ARN (era denominado como archivo químico) ya hoy no es considerado como un factor de gran importancia, se han involucrado otros factores como la despolarización selectiva de la membrana Pre y Post sináptica, las modificaciones químicas y estructurales de las células glías que rodean la neurona.

Los trastornos de la memoria pueden ser clasificados en: Cuantitativos y Cualitativos:

- Trastornos Cuantitativos de la Memoria: Hipermnesia, Hipomnesia y Amnesia.
- Trastornos Cualitativos de la Memoria (Paramnesias): Dismnesia, Criptomnesia, Ecmnesia, Ilusión de Memoria, Alucinación de Memoria, Paramnesia Reduplicada, Fenómeno del ya Visto y Fenómeno del Jamás Visto.

Trastornos Cuantitativos de la Memoria:

Hipermnesia:

Esta alteración de la memoria se caracteriza por una especial facilidad para la evocación de los recuerdos, estos fluyen rápidamente y son múltiples.

Pueden haber oligofrénicos (Retrasados Mentales) con hipertrofia parcial de la memoria, que recuerda con gran facilidad una guía telefónica, los pacientes delirantes con mucha frecuencia recuerdan muy bien todo lo relacionado con sus ideas delirantes, pero no recuerdan lo demás (Pseudohipermnesia). Se puede evidenciar este trastorno en la Manía, la Fiebre y en los Estados hipnóticos. Hay que diferenciar la Hipermnesia de la hipertrofia de memoria o buena memoria.

Hipomnesia:

Es un trastorno de la memoria, que se caracteriza por una disminución de la capacidad para recordar, generalmente es secundario a una disminución de la atención, trayendo como resultado una inadecuada fijación del recuerdo. Presente de forma constante en los pacientes neuróticos y en las etapas iniciales de las Demencias.

Amnesia:

Es un trastorno caracterizado por la ausencia de recuerdos. La amnesia puede clasificarse:

- Según la extensión de la ausencia de recuerdos en: Amnesia Parcial o Amnesia Total.
- Según la etapa de la memoria alterada la Amnesia Total se puede clasificar en:

Amnesia Total Anterógrada (de fijación).

Amnesia Total Retrógrada (de evocación).

Amnesia Total Retroanterógrada (mixta).

Amnesia Parcial: Es una alteración selectiva de la memoria, puede afectar un tipo específico de estimulación sensorial (amnesia auditiva o visual), en cuyo caso siempre responde a un trastorno de base orgánica o lesión de la corteza cerebral o puede afectar determinados hechos o situaciones, generalmente desagradables para la persona, mientras que recuerda todo lo demás. Este último caso resulta frecuente en los pacientes Neuróticos y en particular en los Histriónicos.

Amnesia Total: Hay una verdadera ausencia de recuerdos, en este caso los recuerdos de un período de la vida se borran completamente. Hay que distinguir según la extensión del trastorno amnésico, la memoria que está afectada: de fijación, de evocación o mixta.

Amnesia Total Anterógrada (de fijación)

En este caso el paciente olvida solo los hechos recientes, recordando sin dificultad algunos hechos pasados, sirve como límite preciso el momento en que el paciente enferma; en este caso se altera la fijación del hecho y no su reproducción. Es observable en etapas iniciales de la Demencias, en estados con modificación de la conciencia (como puede ocurrir en pacientes epilépticos, histéricos y confusos); en los confusos está circunscrita la amnesia total al periodo de alteración de la conciencia. Ej: El anciano olvida donde dejó sus espejuelos o la llave de la casa, pero recuerda perfectamente su niñez.

Amnesia Total Retrograda (de evocación).

Se caracteriza por la pérdida de los recuerdos ya fijados con anterioridad, la alteración está en la evocación de los recuerdos, los hechos que ahora son olvidados, antes eran perfectamente recordados. Se pueden olvidar datos tan cotidianos como el nombre de los hijos, se olvidan los hechos precedentes al proceso morboso. Se manifiesta dicha amnesia en casos de Encefalitis, en el Trauma de Cráneo, en la Infección grave, en las Demencias Profundas.

Amnesia Total Retroanterógrada (mixta).

En este trastorno hay una mezcla de los dos trastornos anteriores, es decir que se afecta tanto la fijación como la evocación. Solo se manifiesta en los procesos

Demenciales muy avanzados, lesiones orgánicas con gran daño cerebral o alteraciones de la conciencia por tiempo prolongado (trauma de cráneo, intoxicación, infecciones severas, crisis epilépticas repetidas lo que se conoce como Estatus Epiléptico).

Trastornos Cualitativos de la Memoria:
(PARAMNESIAS)

- **Dismnesia:**

Es una amnesia de evocación que afecta ciertos y determinados recuerdos especiales, lo olvidado puede recordarse espontáneamente en un momento posterior, es un trastorno transitorio, se ve en los individuos normales, fundamentalmente cuando hay fatiga. Ej.: el olvido del nombre de una persona conocida, pero por mucho que tratemos, no lo recordamos, pero posteriormente sin el menor esfuerzo, el nombre, es recordado espontáneamente.

- **Criptomnesia:**

Recuerdo que no se reconoce como tal, sino como una idea o experiencia nueva o viceversa, aquí está afectada la fase de reconocimiento.

- **Ecmnesia:**

Se recuerdan con tal fuerza los hechos de una etapa de la vida que el paciente cree vivir en ella, existiendo una amnesia de las etapas posteriores. Típico de algunos veteranos de guerra, que creen estar en una batalla.

- **Ilusión de Memoria:**

Es la deformación ilusoria de un recuerdo y puede suceder de las siguientes formas: Un recuerdo cierto se le agregan falsedades, se sustituye por uno parecido o se toma el recuerdo de algo soñado como si hubiera ocurrido. Propio de los oligofrénicos, dementes, neuróticos y algunos delirantes.

- **Alucinación de Memoria:**

Es un recuerdo de algo que nunca sucedió. Se puede observar en pacientes orgánicos, esquizofrénicos, delirantes, alcohólicos e histéricos.

- **Paramnesia Reduplicada:**

En este trastorno se duplican las vivencias actuales y se consideran como pasadas, hay una verdadera desorientación en el tiempo. Se manifiesta en confusos y en dementes profundos; Ej.: el trauma de cráneo que al recuperarse cree haber estado en el hospital más días de los que realmente ha estado.

- **Fenómeno del ya Visto:**

Es un trastorno en el cual ante una experiencia completamente nueva, se tiene la sensación de haberla vivido o experimentado antes, hay sensación de extrañeza, pero el paciente sabe que no ha sucedido nunca antes. Se puede ver y se considera normal en las personas fatigadas y ansiosas, se puede ver en la esquizofrenia pero en esta, falta la sensación de extrañeza.

- **Fenómeno del Jamás Visto:**

Este es un trastorno en el cual ante una situación totalmente familiar, común o cotidiana se tienen la sensación de nunca antes haberla vivido o experimentado, de ser totalmente nueva para el paciente, hay sensación de extrañeza y el paciente sabe que no es una situación nueva. (Berrios, 2003)

Se pueden considerar también, dentro de este acápite, otros trastornos como son:

La Fabulación:

Se caracteriza por un trastorno mixto de la imaginación y la memoria, en el cual se elaboran situaciones imaginarias, las que son reconocidas como tal al principio, pero que después, llega a creerlas como reales.

La Confabulación:

Se caracteriza por el relleno automático del déficit de memoria existente, por contenidos imaginativos. Se observa con frecuencia en pacientes alcohólicos,

dementes, en el tumor cerebral y en otros trastornos que afectan el funcionamiento cerebral.

ATENCIÓN:

Es un proceso psíquico caracterizado por la concentración sobre algo y pone de manifiesto la actitud del sujeto o individuo hacia el objeto, es una propiedad de la psiquis, que le da a los procesos un carácter selectivo y orientado y puede o no acompañar a las funciones psíquicas superiores. Es una focalización de la conciencia, una orientación selectiva de la percepción.

Existen tres tipos de atención:

- Atención Involuntaria, Pasiva, Primaria o no Premeditada.
- Atención Voluntaria, Activa o Premeditada.
- Atención Post Voluntaria o Involuntaria Secundaria.

Atención Involuntaria, Pasiva, Primaria o no Premeditada:

Es la que primero aparece desde el punto de vista filogenético (especie humana) y ontogénico (en la persona), por lo que se denomina Primaria, es manifestación del reflejo incondicionado de orientación en las primeras etapas de la vida, es la responsable de mantener informado al individuo de una forma difusa e imprecisa, de los hechos que ocurren en el ambiente, es la que nos informa de lo que está sucediendo a nuestro alrededor. Escapa al control, se da de forma involuntaria, sin intención hacia el objeto que actúa como estímulo y atrae la atención del sujeto por su novedad, intensidad y características.

Atención Voluntaria, Activa, o Premeditada:

Es la responsable de seleccionar los estímulos que llegan a la conciencia con máxima claridad, tiene carácter activo y voluntario, es premeditada y conscientemente dirigida, es orientada y controlada por el sujeto, este la dirige de acuerdo a sus necesidades e intereses, requiere de esfuerzo y tensión para mantenerla. La selección depende del propio estímulo, de sus características particulares (los estímulos de mayor intensidad y los que impliquen cambio o situación nueva en el ambiente, son los que atraen la atención voluntaria de forma preferente) y del

sujeto o individuo (todo lo que se relacione con sus intereses, necesidades y motivaciones será prioritario), está influenciada por la fatiga y la enfermedad, el lenguaje influye en su desarrollo, ya que el dominio de este, ayuda a controlar la atención. Se favorece al crear condiciones apropiadas y evitar las distracciones.

Atención Post Voluntaria o Involuntaria Secundaria:

Este es un tipo particular de atención voluntaria cuya conservación no requiere de esfuerzos especiales para su conservación, pues está muy ligada a los intereses y aspiraciones del sujeto y sobre todo por el valor y el significado que el contenido, sobre el cual se fija la atención, tenga para el individuo.

Inicialmente comienza como voluntaria, pero el interés y la motivación surgida es tal, que no demanda de esfuerzo volitivo de ejecución para mantenerla, no requiere de esfuerzo consciente por parte del sujeto.

TRASTORNOS DE LA ATENCIÓN:

- **Hipervigilancia o Paraprosexia:**

Es un aumento exagerado de la Atención Pasiva, lo que hace que el paciente capte todos los estímulos que se producen a su alrededor, sin poder llegar a fijar la Atención Activa en alguno de ellos o solo hacerlo por cortos periodos de tiempo. En este caso se capta lo insignificante y lo que habitualmente pasa inadvertido para los individuos sanos, siendo imposible fijar la atención en un estímulo en particular, por lo que lleva irremediamente a una Distractibilidad o disminución de la Atención Activa de forma secundaria. Es uno de los síntomas principales del Síndrome Maníaco, Síndrome de Excitación Psicomotriz, Excitación Catatónica, en Oligofrénicos y en algunos Delirantes.

- **Distractibilidad o Hipoprosexia:**

Es la disminución de la Atención Activa y se manifiesta en el poco tiempo que está el paciente atento a la observación de un fenómeno o al desarrollo de un pensamiento, este se distrae, vaga su atención hacia cosas sin importancias, se queja de no poder fijar la atención, de no poder hacer tareas sencillas que demanden atención prolongada. Se ve de forma casi constante en el Síndrome Asténico y Demencial, en todos los deprimidos, en todos los cuadros con alteración de la conciencia y en los estados de fatiga donde se considera normal. La Aprosexia se ve excepcionalmente.

- **Hiperconcentracion o Hiperprosexia:**

Se caracteriza por un aumento de la Atención Activa o voluntaria, es una fijación exagerada de la Atención Activa sobre un fenómeno o pensamiento con marcada debilitación de la Atención Pasiva, puede estar enfocada la atención hacia dentro (hacia los propios pensamientos) o hacia fuera o el exterior. Se ve en los Síndromes Hipocondríacos, Paranoide y Paranoico.

CAPÍTULO II

FUNCIONES DE RELACIÓN

Bajo este acápite se encuentran tres funciones de relación básicas para comprender al individuo como un todo, pues abarca el concepto sobre sí mismo del paciente, la percepción consciente de su propia enfermedad, como son sus relaciones con el resto de las personas y los intereses fundamentales de este. Las funciones de relación son: Consigo Mismo, Con los Demás y Con las Cosas.

Consigo Mismo:

Esta función junto con las de Síntesis contribuye a la formación del yo. Aquí se le debe preguntar al paciente: qué piensa de sí mismo; sobre qué bases o modelo de personalidad él edifica o construye su propio modelo de personalidad; qué cree el paciente que piensan, las demás personas sobre él. Muy importante aquí definir si el paciente se siente enfermo o no de la mente o si su trastorno lo considera producto de su mente, con lo que estamos definiendo, el nivel de funcionamiento mental (neurótico, donde sí hay crítica de su enfermedad o Psicótico donde no hay crítica de enfermedad, es decir no se considera un enfermo).

Con los Demás:

Aquí debemos explorar cómo es la forma fundamental de establecer una relación con las demás personas, si lo hace de forma pasiva o dependiente, de forma dominante, donde siempre tiene que sentirse un líder o un dirigente o si tiene tendencia a la susceptibilidad, al recelo, a la desconfianza y la duda. Nos da la medida del tipo de relación que puede establecer con el médico y el tipo de relación médico paciente que podemos establecer con el paciente. Nos orienta con relación al tratamiento psicoterapéutico que debemos iniciar con el mismo (sí solo hay que aliviar síntomas, modificar patrones de conducta o reestructurar una personalidad).

Con las Cosas:

En esta función se debe indagar sobre los intereses del paciente, motivaciones, gustos personales en cuanto a literatura, arte, cultura, danza, cine, televisión, teatro, música, baile, religión, deporte, filosofía, política, grado de integración revolucionaria. En caso de que estos sean pobres se debe de tratar de despertar nuevos intereses en el paciente, que pueden o no constituir objetivos de la Psicoterapia.

CAPÍTULO III

NIVEL INTELECTUAL

En este acápite vamos a valorar como es la capacidad de abstracción y generalización del paciente, como es capaz de valorar y resolver una determinada situación o definir con sus palabras, lo que se le pregunta o lo que se le orienta analizar y dar su opinión.

Se pueden utilizar numerosos métodos. Entre ellos se pueden citar:

- **Método de Preguntas de Analogía y Diferencia:** (Ejemplo: diga analogías y diferencias entre un plátano y una naranja, entre una casa y un edificio, entre un hombre y una mujer, etc.).
- **Método de Interpretación de los Refranes Populares:** Por ejemplo: diga que quieren decir los refranes: “Al que buen árbol se arrima buena sombra lo cobija”, “Camarón que se duerme se lo lleva la corriente”, “El que mucho abarca poco aprieta”, “Dime con quién andas y te diré quién eres”.
- **PRUEBA DE KENT MODIFICADA:** Este método se utiliza con más frecuencia, habitualmente se le practica a todo paciente que se le realiza un Examen Mental o Examen Psiquiátrico. No es más que un cuestionario de 10 preguntas, que mide conocimientos generales, capacidad de razonamiento, abstracción y generalización, nos da una medida aproximada de la inteligencia general del paciente.

Cada pregunta toma un valor numérico, al final se suman los puntos obtenidos en cada pregunta, el valor resultante se analiza según el rango o intervalo de posibilidades de la prueba, obteniéndose así un aproximado del nivel de inteligencia del paciente. Si en algún momento pensamos que el paciente es portador de un trastorno o déficit mental (Inteligencia Límite o Retraso Mental) se le puede orientar la realización de Test Psicométricos Convencionales u otros estudios de tipo Psicológicos y Psicométricos para corroborar nuestra sospecha médica.

El rango o intervalo de posibilidades de la PRUEBA DE KENT MODIFICADA es el siguiente:

- menor de 19 puntos (hay sospecha de Deficiencia Mental)
- entre 22 y 30 puntos (se considera una Inteligencia Normal)
- mayor de 32 puntos (se considera Superdotado)

PRUEBA DE KENT MODIFICADA:

1) ¿De qué están hechas las casas?

-R/ Cualquier material que mencione toma valor de 1 punto cada uno. Total del Valor de la pregunta entre 1- 4 puntos. Máximo 4 puntos.

Ejemplo: Arena, cemento, ladrillos, losas = 4 puntos.

2) ¿Para qué se usa la arena?

-R/ Para fabricar u cualquier uso constructivo = 2 puntos.

-R/ Para fabricar cristal = 4 puntos.

3) Si la bandera en un asta ondea hacia el sur, ¿De qué dirección viene el viento?

-R/ Del norte = 3 puntos.

4) ¿Diga el nombre de algunos peces?

-R/ cada pez que mencione toma valor de un punto, hasta un total de 4 puntos.

Si solo menciona uno invítelo a seguir.

Valor de la pregunta entre 1- 4 puntos. Máximo 4 puntos.

5) ¿A qué hora del día la sombra es más corta?

-R/ Al mediodía toma valor de 3 puntos. Si se sospecha es un acierto la respuesta, entonces preguntar ¿por qué?

6) ¿Diga el nombre de algunas ciudades?

-R/ Cada ciudad que mencione toma valor de un punto, hasta un total de 4 puntos. Valor de la pregunta entre 1- 4 puntos. Máximo 4 puntos.

7) ¿Por qué la luna parece mayor que las estrellas? Aclare que es cualquier estrella y dé seguridad que la luna es más pequeña que cualquier estrella.

-R/ Si llega a la generalización de que los objetos cercanos parecen más grandes que los distantes. Toma valor de 3 puntos, si no llega a esta conclusión, toma valor de 2 puntos.

-R/ 2 o 3 puntos.

8) ¿Qué metal es atraído por el imán?

-R/ si dice que el hierro = 4 puntos.

-R/ si dice que el acero = 2 puntos.

-R/ 2 o 4 puntos.

9) ¿Por qué hay más frío de noche que de día?

-R/ Cualquier reconocimiento de que los rayos del sol directos son fuente de calor, toma valor de 2 puntos.

-R/ Un punto adicional si menciona que es por la rotación de la tierra.

10) ¿Cuántas franjas tiene nuestra bandera?

-R/ si responde 5 franjas = 2 puntos.

CAPÍTULO IV

ESFERA COGNOSCITIVA

La Esfera Cognoscitiva, hace referencia en particular a un Proceso Psíquico de vital importancia para el ser humano, el Proceso Cognoscitivo, a través del cual conocemos la realidad objetiva que nos rodea.

El Proceso del Conocimiento, no es un proceso inmediato, lo que significa que el conocimiento no se obtiene en la confrontación directa e inmediata con el objeto del conocimiento, sino a través de un proceso mediato, por lo que transita, por una serie de pasos que van del más simple al más complejo y que comienza por las sensaciones, le siguen las percepciones y por último el pensamiento.

La Esfera Cognoscitiva está integrada por:

- Sensaciones
- Percepciones
- Pensamiento.

SENSACIONES:

Las sensaciones son las cualidades aisladas de los objetos, procesos o fenómenos. Constituyen sensaciones los efectos producidos por el color, la textura, el olor, sabor, tamaño, etc. Por ejemplo, el color rojo de una flor, su textura suave y aterciopelada constituyen sensaciones.

TRASTORNOS DE LAS SENSACIONES:

Trastornos Cuantitativos de las Sensaciones:

- **HIPERESTESIA:**

Es un aumento de la sensibilidad o de la sensación, es como un aumento de la intensidad de los estímulos percibidos por el individuo. Son las sensaciones habituales al estímulo que normalmente produce ese tipo de sensación, pero sentidas de una forma desproporcionalmente intensa. Hay una disminución del umbral de sensibilidad, que hace percibir los estímulos con mayor intensidad, trayendo como resultado que los estímulos normales resulten molestos, insoportables y hasta incluso dolorosos. Por ejemplo: la luz normal puede ser sentida tan intensa que resulte cegadora. La hiperestesia se puede apreciar en Síndrome Neurasténico; en el Síndrome Afectivo Subsíndrome Depresivo y Ansioso; en los Histéricos; en las Infecciones como la Meningoencefalitis donde hay fotofobia, en la fiebre, el trauma, intoxicaciones agudas. Siempre ante este síntoma hay que descartar lesión orgánica que puede estar localizada desde el receptor, las vías nerviosas, hasta la corteza cerebral.

- **HIPOESTESIA:**

Es una disminución de la sensibilidad o de la sensación, es como una disminución de la intensidad de los estímulos percibidos por el individuo. Son las sensaciones habituales al estímulo que normalmente produce ese tipo de sensación, pero sentida de una forma desproporcionalmente débil. Hay un aumento del umbral de sensibilidad, que hace percibir los estímulos con menor

intensidad. Por ejemplo: la luz normal es percibida de forma muy débil, hay disminución de la visión a la luz; un sonido se siente de forma muy débil, hay hipoacusia. Se puede apreciar con frecuencia en los Histéricos (en estos no guarda relación con la anatomía nerviosa); en Cuadros de Estupor Catatónico de Esquizofrénicos Catatónicos; en Retrasados Mentales; en cuadros Disociativos Profundos; los pacientes con alteración de la Conciencia de causa orgánica como las infecciones; el Trauma de Cráneo; Tumores. Siempre ante este síntoma hay que descartar lesión orgánica que puede estar localizada desde el receptor, las vías nerviosas, hasta la corteza cerebral.

- **ANESTESIA:**

Es la falta total o ausencia de sensibilidad o de sensación. Es la falta total de sensibilidad para un estímulo que actúa sobre el receptor adecuado. Por ejemplo: luz no se capta (ceguera); olores no se sienten (anosmia); temperatura fría no se siente (anestesia térmica); no se tiene información de los movimientos del propio cuerpo (anestesia propioceptiva).

Trastornos Cualitativos de las Sensaciones:

- **PARESTESIAS:**

Son sensaciones inadecuadas, producidas por un estímulo que habitualmente produce otro tipo de sensación o por un estímulo que no alcanza el umbral mínimo de sensibilidad y se siente de forma inadecuada o deformada. La sensación que produce se asemeja a la producida por otro tipo de estímulo sensorial. Por ejemplo: el contacto con el calor, da la sensación de frío; al pinchar la piel con una aguja da sensación de calor. Se puede observar en pacientes Hipocondríacos e Histéricos, pero siempre hay que descartar lesión de tipo neurológica. (NINDS, 2016)

- **CENESTOPATÍAS:**

Son sensaciones imprecisas, vagas, desagradables, que provienen de los órganos internos de la economía, de los músculos, de las articulaciones y que normalmente no son percibidas. Es prácticamente imposible determinar el estímulo que la produce. Se puede evidenciar en Síndromes Hipocondríacos y Asténico, es relativamente frecuente en Síndromes Delirantes.

PERCEPCIONES:

La percepción está formada por diferentes sensaciones. Esta deriva de la integración en la conciencia de varias sensaciones aisladas, es decir que al integrarse las diferentes sensaciones provenientes de un mismo objeto, en la conciencia del individuo da lugar a la Percepción. Por ejemplo: una flor es una percepción y está integrada por diferentes sensaciones aisladas como son el color, el olor, la textura y la forma, la integración en la conciencia de las diferentes sensaciones como un todo da lugar a una percepción: la flor.

TRASTORNOS DE LAS PERCEPCIONES:

- **ILUSIÓN:**

Es una errónea percepción o falsa percepción de un objeto que sí existe en el campo sensorial del individuo en el momento de producirse la vivencia, por lo que se considera una percepción deformada de un objeto real. Puede aparecer en personas normales bajo determinadas circunstancias como la fatiga, el cansancio, la atención deficiente, bajo un fuerte estado emocional; en el individuo normal la deformación, se corrige con el razonamiento lógico que hace el propio sujeto. Cuando es síntoma de enfermedad se acompaña de otras vivencias anormales (otros trastornos perceptuales) o porque a pesar de su contradicción con la realidad, no se reduce o corrige la deformación por el razonamiento lógico y mueve la conducta del sujeto en función de la ilusión. Se

puede evidenciar en todas las causas orgánicas que afectan la conciencia (infecciones, trauma, intoxicaciones etc.), en cuadros Delirantes; en algunas Disociaciones de histéricos, en Depresiones importantes. Por ejemplo: una capa de agua colgada detrás de una puerta, en la oscuridad de la noche, nos puede dar la ilusión de una persona parada detrás de la puerta.

- **ALUCINACIÓN:**

Este término fue descrito por primera vez por el psiquiatra Jean Étienne Dominique Esquirol en el año 1830 (Sacks, 2012).

Es un síntoma psicótico. No es más que una falsa percepción de un objeto que no existe en el campo sensorial del individuo en el momento de producirse la vivencia. El objeto percibido no es real. Para el sujeto la vivencia alucinatoria tiene carácter de objetividad, es decir que la considera como real y está absolutamente convencido de esto, tiene una impresión de realidad indiscutible, es proyectada al exterior, tiene gran impacto sobre el paciente, impacto cualitativamente superior y diferente, incluso que las percepciones reales, lleva al enfermo a distinguirla perfectamente de las percepciones reales, esto se evidencia sobre todo en las alucinaciones auditivas, que tienen una influencia trastornadora en el paciente. Las alucinaciones pueden ser SIMPLES: cuando solo tiene la falsa sensación, sin estar presente el objeto que la produce o COMPLEJAS: cuando percibe un objeto determinado, aunque solo tenga una cualidad de este; por ejemplo: oye una voz y para el paciente, es una persona o cuando intervienen varios órganos de los sentidos, como por ejemplo, cuando dice que ve y oye un fantasma que se ríe de él. Las alucinaciones pueden ser auditivas (las más frecuentes), visuales, táctiles (típicas en el Delírium Tremem Alcohólico). (Ortiz, 2013), olfatorias y gustativas, estas dos últimas raras y de mal pronóstico en la Esquizofrenia y típicas en pacientes Epilépticos y en el Tumor Cerebral. Se pueden manifestar en los pacientes con toma de la conciencia de cualquier causa, ya sea en la fiebre, el trauma, la infección, intoxicación, en el Delírium Tremem Alcohólico, en el uso de drogas alucinógenas como la Marihuana y el LSD; en la Esquizofrenia, Parafrenia, Trastorno

Psicótico Breve y en todo Trastorno Psiquiátrico donde estén presentes los síntomas psicóticos. Las Alucinaciones son síntomas típicos de la Esquizofrenia (APA, 2013) (Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry, 2016) (Hockberge, 2013).

- **PSEUDOALUCINACIÓN:**

Es una falsa percepción de un objeto que no es real, que no está presente en el campo sensorial del individuo en el momento de producirse la vivencia, por lo que cumple las características de una Alucinación, pero se diferencia, en que la Pseudoalucinación se percibe en un medio ambiente que no es el habitual, es decir que se percibe en un lugar donde no es perceptible habitualmente. Por ejemplo: oye voces dentro de la cabeza (pseudoalucinación auditiva verbal); ve un animal dentro de la cabeza o dentro del abdomen (pseudoalucinación visual), esta última más rara. Nunca hay pseudoalucinaciones en otros órganos de los sentidos, solo hay Pseudoalucinaciones auditivas verbales y visuales. Propia del Síndrome de Automatismo Psíquico la pseudoalucinación auditiva verbal. El aumento alarmante de los índices de consumo de sustancias como demuestran los informes más recientes (UNODC, 2013) ha hecho que los fenómenos perceptuales ya no sean síntomas exclusivos de los pacientes mentales.

- **DESREALIZACIÓN:**

Es un trastorno perceptual en el cual el paciente percibe correctamente los objetos que están en su campo sensorial, pero no tiene conciencia de que su percepción es un reflejo de la realidad objetiva que le rodea, refiere que percibe con la misma precisión y claridad que antes, pero con la sensación, que lo percibido no es real o no existe, no puede precisar si son reales o no, las percepciones están revestidas de una tonalidad irreal o diferente. Este trastorno puede referirse a los objetos del medio circundante, a los seres vivos y a la movilidad del mundo real, en este caso percibe todo lo que le rodea inmóvil, invariable y falto de vida, o puede referirse a la percepción del propio cuerpo, en este caso percibe el cuerpo como si no fuera real, como si no estuviera vivo,

como si no existiera. Se aprecia en Estados Crepusculares, en la Esquizofrenia (con bastante frecuencia), se puede ver también en la Histeria.

- **DESPERSONALIZACIÓN:**

Es una alteración en la comprensión de los fenómenos psíquicos que se desarrollan en el propio cuerpo del paciente, aunque este puede referir verbalmente sus vivencias, no las reconoce como propias, le parecen extrañas, le parece como si no fuera él quien percibe, quien piensa, siente o actúa. Tiene conciencia de sus vivencias pero no las reconocen como propias o como producto de su psiquis, puede reconocerlas como impuestas. El paciente está invadido por el sentimiento inquietante de no sentirse la misma persona. También se considera como Despersonalización cuando el paciente tiene la sensación de salirse del propio cuerpo y observarse desde arriba como si fuera una persona diferente (desdoblamiento). Se ve en el Síndrome de Automatismo Psíquico, en la Esquizofrenia.

- **METAMORFOSIS:**

Es una ilusoria percepción de objetos reales, que sí están en el campo sensorial del paciente en el momento de producirse la vivencia, pero con la particularidad, que se alteran sus cualidades morfológicas y espaciales, percibiendo los objetos más pequeños, mayores o de forma distinta a la que tienen en realidad sin dejar de reconocerlos como tal. Puede tener carácter dinámico (va creciendo, se va achicando o se va deformando), puede solo ser episódico durante periodos no muy largos, puede tener carácter selectivo (solo afecta determinados objetos de la infinidad que lo rodean). Se ve en los Síndromes Cerebrales Agudos, en la Sepsis, la Fiebre, Cuadros Disociativos de nivel profundo, Lesiones de la corteza Cerebral y sobre todo en Regiones Parieto-occipital.

- **TRASFORMACIÓN:**

Es la percepción del sujeto como otra persona, el paciente no es él, sino otra persona distinta completamente y mueve su conducta en correspondencia con

este trastorno perceptual. Ejemplo: el paciente no es Pedro, sino que es Napoleón y actúa en como este.

- **ALTERACIÓN DEL ESQUEMA CORPORAL:**

Es una ilusoria percepción del propio cuerpo, el paciente percibe su cuerpo como modificado, con distinta forma y tamaño; puede referirse a todo el cuerpo o a parte de él. pero generalmente engloba la cara, las extremidades y los genitales. Puede tener carácter dinámico (va aumentando, disminuyendo o deformándose), este trastorno genera gran angustia en el paciente. El grado en que puede corregirse el error de la percepción y por tanto la reductibilidad del trastorno varía de un paciente a otro determinando de esta forma el nivel de funcionamiento, pues si no se reduce con el análisis lógico, puede llegar a un nivel de funcionamiento psicótico) para algunos es suficiente con tocarse la parte involucrada o mirarse al espejo. Propio de la Esquizofrenia.

- **ILUSORIA PERCEPCIÓN DEL TIEMPO:**

Es una percepción errónea del tiempo transcurrido, de la duración de los fenómenos, al paciente puede parecerle que el tiempo transcurre con mucha lentitud o con mucha rapidez. Se refiere a los fenómenos del ambiente como a los que tienen lugar en el propio cuerpo, incluyendo los psíquicos. Por ejemplo: piensa que reacciona con lentitud, que su pensamiento es tan rápido que no puede expresarlo verbalmente. Se evidencia en los Síndromes Maníacos (todo es rápido) y Depresivos (todo es lento).

- **AFASIA SENSORIAL:**

Es la defectuosa percepción del lenguaje oral o escrito (alexia). Puede conocer o distinguir otros sonidos pero no comprende el significado de las palabras que le dicen los demás y las que pronuncia él mismo. Está alterada preferentemente la percepción de las palabras denominadoras de objetos y cualidades (sustantivos y adjetivos), conservándose mejor la comprensión de las acciones (puede cumplir una acción que se le mande), pero no puede elegir el objeto que se le pide. Al no

comprender las palabras que ellos mismos pronuncian, el lenguaje está muy alterado, predominan las formas de expresión explicativas, en sustitución de las denominativas, pueden pronunciar palabras incoherentes, puede llegar a la ensalada de palabras.

PENSAMIENTO:

El pensamiento es un proceso psíquico socialmente condicionado e indisolublemente ligado al lenguaje, dirigido a la búsqueda de lo nuevo, permitiendo un reflejo generalizado y mediatizado de la realidad, surge en la actividad práctica y rebasa sus límites. El carácter mediatizado del pensamiento radica precisamente en que los resultados de este, no se alcanzan en la confrontación directa del hombre con la realidad, sino después de un proceso de reelaboración y transformación mental de la experiencia sensorial mediata, conduciendo de esta forma al descubrimiento de las propiedades generales de los fenómenos. El pensamiento es el último proceso de otro más amplio, el Proceso Cognoscitivo, la sensopercepción lleva al conocimiento de lo aparente, pero el pensamiento lleva al descubrimiento de la esencia de los fenómenos. El pensamiento como proceso, atraviesa por una serie de operaciones mentales, que son: Análisis, Síntesis, Abstracción y Generalización.

El pensamiento tiene un Origen, un Curso y un Contenido. Los cuales describiremos detalladamente a continuación. Es importante recalcar al estudiante, que la psicopatología no ha cambiado ni cambiará con el transcurso de los años, siempre seguirá siendo la misma, solo pueden observarse alguna variación en cuanto al contenido o temática del fenómeno, en dependencia de la cultura o el contexto donde se da el fenómeno psicológico o psicopatológico que analizamos. Si analizamos los textos clásicos de la Psiquiatría podemos precisar que la psicopatología es prácticamente la misma. (Vallejo Nájera, 1949) (Villa Landa, 1960) (Bleuler, 1967) (Bustamante, 1969) (Bustamante, 1988). El alto consumo de sustancias en los países andinos como demuestran los estudios relacionados (Onudd, 2012) aumenta la vulnerabilidad a padecer trastornos mentales en estos países.

ORIGEN DEL PENSAMIENTO:

Según el origen del pensamiento este puede ser:

- REAL: Cuando hace referencia y está acorde con la realidad.
- IRREAL: Cuando no está acorde con la realidad.

La mayoría de los autores prefiere considerar el origen del pensamiento como *Real*, ya que aunque el pensamiento del paciente no se corresponda con un criterio de verdad o realidad, para él resulta real todo lo que refiere, le es creíble y está absolutamente convencido de que es así. A pesar muchas veces de su gran contradicción con la realidad, estas vivencias aunque deformadas, por el propio paciente, tienen su origen en la realidad objetiva.

No debemos dejar de mencionar el pensamiento AUTISTA, que para algunos es la forma más cotidiana de definir el origen del pensamiento.

El vocablo autismo deriva del vocablo griego auto- *αὐτός* que significa actúa sobre sí mismo o por sí mismo y de ismos que significa proceso patológico (Diccionario médico-biológico, 2015).

Es considerado por muchos como un Trastorno del desarrollo o Trastorno del Espectro Autista 9 que se caracteriza por un desarrollo sintomático de alteraciones específicas en los patrones de interacción o relación social, de comunicación social (ya sea verbal o extra verbal o de otro tipo) y de conducta, que típicamente se describe como patrón de conducta restringido y repetitivo. La mayoría de las veces evidenciable clínicamente en los dos primeros años de vida del niño, aunque existen casos en los que el niño ha logrado un desarrollo aparentemente normal y sin signos evidente de este trastorno y luego han aparecido los signos clásicos de autismo, que para muchos se ha llamado como Autismo Regresivo (Stefanatos, 2008).

Tiene un componente hereditario importante pero particularmente el autor de este trabajo prefiere considerarlo como multifactorial (Goldani, 2014) (Rodie, 2005) (Rutter, 2005) (APA, 2013) (Levy, 2009).

En las últimas décadas se han diagnosticado mucho más casos que los esperados, pero si las tasas reales se han incrementado o no aún sigue sin resolución. (Centers for Disease control and Prevention, 2008) (Blumberg, 2013) (The Information Centre for Health and Social Care, 2012) (Newschaffe, 2007).

El pensamiento Autista se caracteriza por no reflejar los fenómenos que se desarrollan en el presente, en el medio circundante del sujeto y en estrecha relación con los recuerdos y representaciones con ellos relacionados. Este se nutre exclusivamente de recuerdos o vivencias alucinatorias e imaginativas que no se corresponden con la realidad actual en que se encuentra el paciente. Estas vivencias separan totalmente al paciente de la realidad, pues su influencia es predominante, tal es así que predominan sobre las vivencias normales, sumiendo al paciente en una situación alucinante de la que no puede escapar, por ser la misma más cierta y estimulante que la que recibe del medio que le rodea. Estos pacientes con frecuencia forman conceptos fuera de la realidad y expresan verbalmente frases incoherentes o nuevas palabras formadas por ellos, las que se denominan neologismos. A pesar de su anomalía estas vivencias aunque deformadas, por el paciente tienen su origen en la realidad objetiva.

El pensamiento autista se produce en individuos normales o sanos, en determinadas condiciones como son los juegos en los niños pequeños y en el adulto los estados de ensimismamiento, pero tiene la característica que pasa al pensamiento real o realista, con cualquier estímulo del medio, que llame su atención. Cuando expresa enfermedad o patología ni los estímulos más fuertes de la realidad desvían su atención, no es capaz de separarse de su actividad ideativa autónoma.

CURSO DEL PENSAMIENTO:

En el curso del pensamiento se tienen en cuenta, la forma en que se suceden las ideas del paciente, con especial hincapié en el ritmo, la naturaleza de las asociaciones y la forma en que alcanza su finalidad. El pensamiento normal transcurre desde su comienzo, con una idea directriz que lo guía, hasta alcanzar su finalidad, evitando las desviaciones de su objetivo y por el camino, más breve, sin detalles innecesarios. Los trastornos del curso del pensamiento son los siguientes: Lentificación, Aceleración, Prolijidad, perseveración, Interrupción o Bloqueo, Disgregación e Incoherencia.

LENTIFICACIÓN:

Hace referencia a un ritmo de desarrollo de las ideas demasiado lento, trabajoso, como si costara o produjera sufrimiento pensar, es un retardo en la asociación de ideas, un desarrollo lento del proceso racional o del pensamiento, independientemente de que el contenido sea normal o no. Se manifiesta en el tiempo prolongado que transcurre entre, la recepción de la pregunta y el comienzo de la respuesta, en la propia lentitud con la cual va exponiendo su discurso el paciente, otras veces, el mismo lo refiere, como la vivencia que le cuesta trabajo pensar o de que su pensamiento está lento, frenado, es decir que el paciente comprende su propia inhibición y no lo considera como algo impuesto, súbito o sorpresivo. Propio de casi todos los Síndromes Depresivos importantes con Inhibición Psíquica, en algunas Demencias y en Retrasados Mentales.

ACELERACIÓN:

Hace referencia a un ritmo de desarrollo de las ideas demasiado rápido, acelerado, como si le fuera muy fácil pensar; es una verdadera aceleración en la asociación de ideas, un desarrollo muy rápido del proceso racional o del pensamiento, independientemente de que el contenido sea normal o no. Se manifiesta en un tiempo muy corto entre la recepción de la pregunta y el comienzo de la respuesta, en la propia rapidez, fluidez y facilidad con la cual el paciente va exponiendo su discurso, en que habla mucho y con gran riqueza en formas de expresión o lo

refiere, el propio paciente como la vivencia, de que su pensamiento está muy rápido, que le es muy fácil pensar, se acompaña además de sensación de seguridad y bienestar, da la impresión de ser una persona ágil, vivaz, que capta muy rápido, pues elabora las respuestas aún antes de terminar de hacerse la pregunta.

En los casos extremos puede llegar a ser tan rápido el pensamiento, que el lenguaje no puede seguirlo, viéndose obligado a dar un salto para poder alcanzarlo, llegando al Pensamiento Ideofugitivo o a la Fuga de Ideas, pero pese a la riqueza de expresión, el gran número de asociaciones (muchas de ellas secundarias y circunstanciales) y la rapidez extrema del pensamiento, no pierde el hilo o la idea fundamental de su pensamiento. Cuando se produce el salto del lenguaje, el pensamiento no se ha desviado, esto se puede corroborar, al pedirle al paciente una aclaración de lo expresado, si se desvía, lo hace de forma voluntaria y consciente.

Cuando el Pensamiento Ideofugitivo es muy frecuente y las Fugas de Ideas se hacen repetidas, llega a omitir tantas palabras, que su relato se hace desordenado, incomprensible y hasta incoherente, como ocurre con frecuencia en la Manía (incoherencia maníaca).

La causa de esta aceleración puede estar en una alteración primaria de la Formación Reticular Ascendente, la que a través de sus relaciones retículo - corticales provoca un aumento de la actividad, trayendo consigo una aceleración global del ritmo psíquico; otra causa puede ser una disminución de la actividad de las estructuras inhibitorias de la Formación Reticular Ascendente. La fuga de ideas de la aceleración del pensamiento, que llega a omitir palabras, a producir un relato incomprensible y hasta incoherente, se diferencia del *BLOQUEO DE PENSAMIENTO*, en que no hay reacción de sorpresa o angustia, ni hay pausa como ocurre con el bloqueo. Se ve este trastorno en el Síndrome Maníaco, en el Síndrome de Excitación Psicomotriz ya sea de causa orgánica o psicógena, en la intoxicación por el uso de estimulantes como las anfetaminas.

PROLIJIDAD:

También conocida como Detallismo o Circunstancialidad como denominan otros autores hace referencia a un trastorno, en el cual el paciente es tan explícito en su discurso que hace un relato sumamente prolijo, con todos los detalles y pormenores, sin omitir las cosas sin importancia para aclarar la idea fundamental del pensamiento, vale aclarar que pese al largo y monótono discurso no pierde el hilo de la idea fundamental de su pensamiento. Se puede resumir como la incapacidad para distinguir lo verdaderamente importante de lo secundario. Se aprecia en los Retrasados Mentales, Dementes, en los Ansiosos, en los Obsesivos –Compulsivo, en los Epilépticos. Hay que diferenciar este trastorno de otros como la *TANGENCIALIDAD*, en el cual el paciente nunca llega a la respuesta pedida, al punto o conclusión deseada, pues pierde el hilo del pensamiento.

PERSEVERACIÓN:

Es la repetición de una idea o conjunto de ideas y aunque el examinador intente orientar o desviar la atención del paciente hacia otro tema, este se repite una y otra vez con discurso semejante pero no idéntico. Hay que diferenciar la perseveración ideativa, de la verbal la cual se repite una palabra o varias palabras, respondiendo preguntas o como respuesta a otros estímulos sin relación con la palabra repetida, es frecuente la repetición de la última palabra o la fundamental palabra de una respuesta anterior. La perseveración ideativa es síntoma frecuente en los Cuadros Paranoides, Catatónicos, Demenciales, Depresivos y en algunos Retrasados Mentales. Se puede ver en la Fatiga.

INTERRUPCIÓN O BLOQUEO DEL PENSAMIENTO:

Se manifiesta porque el paciente de forma súbita interrumpe su discurso sin que haya simultáneamente otros síntomas de alteración de la conciencia, tiene plena crítica del suceso y se queja que “se quedó en blanco”, que “perdió el hilo del pensamiento”, muestra asombro, sorpresa u otras veces hace una interpretación delirante del bloqueo, diciendo que le robaron el pensamiento, mostrándose en este último caso muy angustiado. El pensamiento puede retomarse en el aspecto en que se interrumpió o dirigirse a otro aspecto. Este trastorno sólo se limita a la esfera

ideativa, pues el paciente durante ella percibe y actúa normalmente, particularidad esta que lo diferencia de las Crisis de Ausencia, en la cual no es así. Se ve en los Síndromes Catatónicos y Esquizofrénico.

DISGREGACIÓN:

Es la asociación de conceptos incongruentes y se manifiesta, en una expresión verbal con frases y oraciones de estructura gramatical correcta, pero que no tienen ninguna conexión lógica entre sí. La idea directriz es incapaz de conducir el curso del pensamiento hacia la finalidad propuesta, el pensamiento se desvía continuamente hacia distintos temas, sin llegar a desarrollar ninguno en particular, el conjunto es incomprensible porque está compuesto por ideas incompletas pero de sintaxis o gramática correcta. Por ejemplo: el cielo está lleno de estrellas; almorcé pollo frito y arroz moro; la niña de la vecina estaba jugando con la pelota de colores. Se ve en el Síndrome Delirante y Esquizofrénico.

INCOHERENCIA:

Se caracteriza por la falta de conexión lógica y conceptual entre los distintos componentes que intervienen en el desarrollo del pensamiento, se puede considerar como la falta de pensamiento, la sustitución de este, por un conglomerado inconexo de percepciones, representaciones y recuerdos, el discurso se caracteriza por estar formado por un conjunto incomprensible de palabras, sin relación lógica entre sí, es una verdadera ensalada de palabras, hay pérdida de la sintaxis, no hay estructura gramatical alguna. Por ejemplo: juego, árbol, especialista, refrigerador, etc. Se ve en los Cuadros Demenciales, en la Esquizofrenia, en la Agitación Catatónica y en los Cuadros con toma de la conciencia.

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

En el contenido del pensamiento, se valoran los juicios, lo que piensa el paciente y porqué lo piensa, en él podemos identificar ideas normales o juicios lógicos, entendibles, en el individuo que se explora teniendo en cuenta su personalidad, historia médica y personal. Muchos de los juicios, que pueden encontrarse en un paciente, aunque formen parte de la psicopatología no son necesariamente considerados patológicos.

Se pueden identificar ideas de gran valor semiológico para la Psicopatología en la Psiquiatría Clínica. Entre ellas podemos mencionar las siguientes:

- IDEA SOBREVALORADA.
- IDEA FIJA.
- IDEA FÓBICA.
- IDEA OBSESIVA.
- IDEA DELIRANTE.
- IDEA DELIROIDE.
- OTROS TRASTORNOS DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO: LA SONORIZACIÓN DEL PENSAMIENTO Y EL COMENTARIO DE LOS ACTOS.

IDEA SOBREVALORADA:

Es una idea, que reflejando un fenómeno real de la vida, el paciente le atribuye una importancia o característica que realmente no tiene, estas ideas aparecen fundamentalmente cuando el fenómeno real, que le da origen ha causado en el paciente una fuerte y brusca reacción afectiva, por ende es frecuente, que el origen de las ideas sobrevaloradas esté en situaciones que den alarma, miedo o que ponen en peligro de alguna forma la vida del individuo o la de sus seres queridos. Se puede considerar la Idea Sobrevalorada como una idea formada, por un juicio interferido, por un estado emocional. Por ejemplo: una madre, que por el intenso cansancio

físico, se quedara dormida y su pequeño hijo por esta causa, se le cayera de los brazos, *sin sufrir la menor consecuencia física o emocional*, es motivo de una idea sobrevalorada, de “ser una mala madre”. También se considera que este juicio erróneo, se puede producir por la exageración de una creencia normalmente sostenida por la persona, o se da en alguien, que no la profesa y sobre todo porque la creencia entra en pugna con el medio ambiente del paciente. Por ejemplo: una persona que por un pequeño robo cometido piense o se intente cortar la mano derecha (entra en pugna con el medio ambiente, porque en la actualidad no se castiga el robo, de esta forma tan arcaica, este era un método utilizado en épocas remotas y por culturas muy específicas como la Romana). (Belloch, 1995)

IDEA FIJA:

Es una idea que reflejando adecuadamente la realidad, después de determinadas circunstancias y sobre todo un hecho de gran impacto emocional, se repite (siendo esta su principal característica), en el campo de la conciencia, sin la intervención del sujeto y en contra de su voluntad, es decir que aparecen repetitivamente, por lo general se repite en los momentos en que resulta más incómoda y molesta. Su presencia en el campo de la conciencia se hace más insistente, mientras más esfuerzo hace el paciente por evitarla, hay plena crítica de ella, la reconoce como inadecuada con la realidad, pero no puede evitarla. Es importante destacar que esta idea no mueve la conducta del paciente, ni perturba el juicio y van perdiendo fuerza e intensidad con el tiempo. Se observa en los individuos normales después de un gran impacto emocional, en los Trastornos de Personalidad Orgánico, en paciente con Personalidad fuertemente Neurótica.

IDEA FÓBICA:

Es una idea fija, se repite insistentemente en el plano de la conciencia sin la intervención del sujeto y en contra de su voluntad, se repite en los momentos en que resulta más incómoda y molesta, y se hace más insistente, mientras más esfuerzo hace por evitarla. Por tanto la idea obsesiva es una idea fija, que expresa miedo o temor intenso, incontrolable, pánico, el sujeto reconoce lo infundado de su temor, pero no puede evitar el miedo, que lo reflejado en la idea, le infunde, es un

miedo intenso, incontrolable, de carácter angustioso hacia situaciones u objetos, que la mayoría de las veces, no lo justifican porque no constituye un peligro real para el individuo. Las ideas fóbicas pueden ser por su contenido muy variadas. Por ejemplo: ideas fóbicas hacia los animales (perros, serpientes, gallinas, ranas), hacia las situaciones naturales (terremotos, inundaciones, ciclones, lluvias, truenos), hacia las situaciones sociales (hablar en público, utilizar urinarios o lavabos públicos, acudir a una cita), a lugares abiertos o abarrotados de personas (agorafobia), etc. Estos aspectos serán abordados ampliamente en el capítulo de Los Trastornos Fóbicos.

IDEA OBSESIVA:

Deriva de la palabra en Latín: *obsidere*, que significa asediar, la idea obsesiva es una idea fija, cumple con las características antes señaladas de la misma, pero con la particularidad que resulta muy indeseada para el paciente, porque le producen intensa ansiedad, incluso angustia marcada. Se reconoce como propia o producto de su mente, comprende lo absurda que es, pero pese a su lucha incesante por evitarla, no puede controlarla, mientras más trata de evitarla, más le viene a la mente, por lo general lleva a una compulsión. Puede, que en lugar de ideas aparezcan repetitivamente en la mente representaciones obsesivas como una canción recién oída, escenas eróticas o violentas. La Idea Obsesiva se caracteriza por lo siguiente:

- **Tiene carácter repetitivo:** Son reiterativas, llega a constituir una verdadera pesadilla para el paciente, pues se produce constantemente y en los momentos más inadecuados, cuando no están presentes, el individuo vive temiendo que aparezcan nuevamente.
- **Hay una intensa lucha interna:** El paciente lucha tenazmente por librarse de ella, pero todo su esfuerzo es en vano, porque mientras más lucha contra ella, con más fuerza le viene a la conciencia.
- **Reconocida como propia:** El sujeto la reconoce, como un producto de su mente, tiene crítica plena de su idea. Muy distinto a lo que sucede con la Idea

Delirante, que se reconoce como una influencia externa impuesta, no se tiene crítica sobre ella y no se reconoce como un producto de la mente.

- **Carácter absurdo:** Reconoce lo absurda que es, reconoce el carácter ilógico de su contenido, pero él reconocerlo así, no le permite librarse de ella y siempre, aunque la reconozca de esta forma, se le añade un pensamiento de duda, de si en el fondo no lo será, por lo que se ha denominado “locura de la duda”. Por ejemplo: una idea obsesiva relacionada con el cierre de la llave del gas, pese a que se cercioró varias veces y comprende que es absurdo, porque la revisó varias veces, la duda de sí cerró o no la llave del gas, le hace volver a revisar, la llave nuevamente. Otro ejemplo frecuente es el relacionado con, si cerró con el seguro o el pestillo la puerta de la calle.

Las ideas Obsesivas se pueden apreciar en personalidades con rasgos obsesivos, en el Trastorno Obsesivo – Compulsivo es el síntoma fundamental, en Retrasados Mentales, en Epilépticos, en algunos Deprimidos, en los adolescentes son relativamente frecuentes los fenómenos obsesivos y pueden no tener importancia psicopatológica. Estas ideas tienden a ser muy rebeldes al tratamiento y están muy cercanas a la Psicosis, por lo que tienen un pronóstico bastante reservado.

IDEA DELIRANTE:

Es el trastorno más importante del contenido del pensamiento y uno de los más significativos dentro de la Psicopatología. La idea delirante es por excelencia al igual que las alucinaciones un síntoma psicótico. Para poder considerar como Delirante una idea, tiene obligatoriamente, que cumplir los siguientes requisitos:

- Ser una idea o pensamiento erróneo: Para lo cual solo hay que considerar el carácter eminentemente morboso que la califica, es decir que para que un juicio erróneo sea considerado como delirante, el error solo puede ser causado por la enfermedad. Las ideas erróneas motivadas por el desconocimiento, por falta de información o por un estado afectivo que interfiere la capacidad de juicio, como ocurre en la catatimia, es un juicio erróneo, pero no delirante, ya que no cumple el resto de los requisitos obligatorios que debe cumplir, para considerarse como delirante.
- Ser morbosa: Es decir ser patológica, solo ser producida por una enfermedad altamente desestructurante de la personalidad y el juicio como lo es, por ejemplo la Esquizofrenia.
- Ser inmodificable por la experiencia del sujeto o irreductible ante las argumentaciones lógicas o las demostraciones prácticas: Por poner un ejemplo: un paciente con una Idea Delirante de daño donde está convencido que le quieren matar, por mucho que se le explique, que se le demuestre en la práctica, que las personas a las cuales él hace referencia, no le quieren hacer ningún daño, sigue pensando de esta forma, aun llevándole, para demostrale su equivocación, a ver a dichas personas, sigue pensando igual, muy por el contrario, refiere ahora que ellos sabían que iban a ser visitados y que todo fue ocultado y preparado.

- Tener fuerza inductora capaz de mover la conducta del paciente: Teniendo en cuenta la convicción absoluta de certeza que tiene el paciente y el intenso componente emocional que acompaña la idea, el delirio ocupa el centro de la vida del paciente, todo gira alrededor de este, estando por tanto, toda su actividad en función de evitar o lograr lo que el contenido de la idea, hace referencia moviendo su conducta solo en función del delirio y descuidando todo lo demás, su alimentación, higiene, familia, trabajo, etc.

Sí la Idea Delirante no cumple estas cuatro características antes mencionadas, no es una idea delirante o dejó de serlo.

Las Ideas Delirantes se pueden clasificar según los siguientes aspectos que relacionamos a continuación:

- **DURACIÓN:** Agudas (pocos días o semanas de evolución) o Crónicas (tiene varias semanas o meses).
- **SISTEMATIZACIÓN:** Hace referencia a la forma de engarzamiento, de elaboración, al grado de concatenación entre un aspecto y el otro, al grado de lógica y conexión entre un aspecto y otro de la propia idea delirante. Por tanto habrán Ideas Bien Sistematizadas como la Idea Delirante de la Paranoia (Delirio Paranoico); cuando las ideas están muy bien sistematizadas, pueden incluso hacer dudar al examinador si será delirante o real lo referido por el paciente, tienen un grado tal de lógica, conexión y elaboración de cada uno de sus aspectos, que resulta creíble para el médico y Mal Sistematizadas como la idea delirante de la Esquizofrenia Paranoide (Delirio Paranoide).
- **ORIGEN:** Hace referencia a la forma en que se origina la idea, pero sobre todo si está relacionada o no con trastornos perceptuales. Pueden ser Primarias y Secundarias. (Se describen más adelante, por su extensión).
- **ESTRUCTURACIÓN:** Hace referencia a como se forman. Pueden ser Interpretativas, Imaginativas o Alucinatorias.

- **NATURALEZA DEL ESTADO QUE LA ENGENDRA:** Hace mención al terreno donde se producen y su relación con las características de personalidad. Pueden ser: En el curso de un Desarrollo, En el curso de un Proceso o En el curso de una Reacción. (Se describen más adelante).
- **CONTENIDO DE LOS DELIRIOS:** Hace alusión al contenido o tema de que se trate el delirio. Existen múltiples tipos.
- **ETIOLOGÍA DE LA IDEA DELIRANTE:** Hace referencia a la causa o enfermedad en que esté presente, un tipo particular de idea delirante. Aquí vamos a considerar solo la Idea Delirante de la Esquizofrenia Paranoide, la Paranoia y la Parafrenia.

ORIGEN DE LAS IDEAS DELIRANTES:

Las ideas delirantes según su origen se dividen en:

- **IDEAS DELIRANTES PRIMARIAS:** La Idea Delirante Primaria, es aquella que se origina sin un fundamento sesoperceptual erróneo, es decir que se origina sin que haya un trastorno perceptual o de las percepciones en el individuo y en particular hace referencia a la no presencia de alucinaciones en su origen.

Esta Idea Delirante se origina a partir de la: VIVENCIA DELIRANTE PRIMARIA O ESTADO DELIRANTE DE JASPER. Esta Vivencia o Estado Delirante, tiene tres etapas o momentos bien definidos y es solamente experimentada por un individuo, como consecuencia de una enfermedad grave o proceso morboso, muy patológico y altamente desestructurante de la personalidad. Las etapas o momentos son:

- **HUMOR DELIRANTE O TREMA:** No es más, que un estado de ánimo angustioso especial, que es percibido por el paciente como una sensación de espera de algo terrible y que además se acompaña de sensación de extrañeza o rareza. Un individuo solo puede experimentar algo así como consecuencia de una severa desestructuración de la personalidad, la cual valga la redundancia, solo puede ser producida por una enfermedad grave.
- **APOFANIA O PERCEPCIÓN DELIRANTE:** Esta tiene lugar cuando el paciente atribuye a una percepción real, un significado anormal, en sentido auto referencial (que hace referencia a él), explicándose entonces, el porqué de ese sentimiento o sensación de espera de algo terrible, que lo atormentaba, dándole una carácter de aviso o revelación. La percepción delirante no es más que la interpretación delirante que hace el paciente, de una percepción real de la vida.
- **ANASTROPHE:** Es la etapa en que el delirio se va desarrollando, el paciente se siente eje central del mundo y todo gira alrededor de él o en torno a él y en relación con él.

Esta VIVENCIA DELIRANTE PRIMARIA es el origen de toda IDEA DELIRANTE PRIMARIA, típica de la Esquizofrenia Paranoide y de la Paranoia.

- **IDEAS DELIRANTES SECUNDARIAS:** Es aquella que se origina a partir de alteraciones senso-perceptuales o alteraciones de las percepciones, ya sean alucinaciones, pseudoalucinaciones, ilusiones u otro trastorno perceptual, la causa del trastorno perceptual puede ser, un Trastorno de Conciencia o un Trastorno de la Afectividad.

ESTRUCTURACIÓN DE LAS IDEAS DELIRANTES:

- **IDEA DELIRANTE INTERPRETATIVA:**

El error está dado por una interpretación morbosa o patológica de las percepciones o situaciones habituales de la vida real. Ejemplo: un paciente, con el pensamiento de que su compañero de cuarto lo considera un apestado, por llevarse el mismo, su pañuelo muchas veces a la nariz (el paciente hace una interpretación de la conducta de su compañero de cuarto). La Idea Delirante Interpretativa es típica de la Esquizofrenia Paranoide (llamado el Delirio Paranoide), así como de la Paranoia (denominado su Delirio como Paranoico).

El mecanismo de estructuración de la *Idea Delirante Primaria* es por tanto interpretativo.

- **IDEA DELIRANTE IMAGINATIVA:**

Responde a un aumento patológico de la imaginación del paciente, la que interfiere en sus juicios y lo hace considerar sus producciones fantásticas o imaginarias como reales. Este es un individuo, por lo general caracterizado por tendencia a soñar despierto, a la realización imaginaria de deseos no logrados, pero poco a poco va perdiendo el sentido de la realidad y se convierten sus ensoñaciones en convicciones, que reúnen todas las características de una Idea Delirante. Este mecanismo de estructuración es propio de la Parafrenia (Delirio Parafrénico).

- **IDEA DELIRANTE ALUCINATORIA:**

Es aquella que se produce como consecuencia directa de percepciones patológicas y en particular de alucinaciones. Ejemplo: oye voces que le ofenden o amenazan y estructura una Idea Delirante de Daño, en la cual hay personas que le quieren hacer mal o perjudicarlo.

NATURALEZA DEL ESTADO QUE ENGENDRA EL SÍNTOMA:

- **En el curso de un Desarrollo:**

Se considera así cuando la idea se produce como un incremento insensible de una personalidad proclive, es decir que resulta comprensible la Idea Delirante, si se tienen en cuenta, las características históricas del paciente y su personalidad, esta Idea Delirante, no rompe con la forma de ser y de comportarse del paciente. Por ejemplo: un paciente que siempre ha sido celoso de sus parejas y en un momento dado desarrolla una idea delirante de celos. Propio de la Paranoia (Delirio Paranoico).

- **En el curso de un Proceso o Procesal:**

Se considera de esta forma, cuando la Idea Delirante rompe completamente con las características y la personalidad del paciente, es decir que hay una ruptura drástica con su historia personal y su conducta, sólo puede ser causada por la severidad del proceso patológico o enfermedad que la produce, es incomprensible el trastorno o la propia idea en el paciente. Por ejemplo: un paciente que nunca ha sido celoso y desarrolla una idea delirante de celos. Se considera que de acuerdo a la naturaleza del estado que engendra el síntoma, la Esquizofrenia Paranoide, es una enfermedad Procesal o en el Curso de un Proceso.

- **En el curso de una Reacción:**

En este caso se considera la Idea Delirante o el propio trastorno como una respuesta patológica del individuo a una situación intolerable que excede y agota sus posibilidades de sobreponerse o superarlo. Ejemplo: una mujer violada por varios hombres, de forma brutal, que como respuesta a este evento vital, desarrolle una Idea Delirante de daño o de persecución.

CONTENIDO DE LOS DELIRIOS:

- **Ideas Delirantes Depresivas: Pueden ser de tres tipos:**

- **Autoacusación o Reproche:**

Es una creencia falsa de corrupción, indignidad, remordimiento por algo que se hizo en el pasado, de sentirse indigno, miserable, degenerado, que debe ser castigado o temor al castigo por algo inadecuado que se hizo o piensa que sus hijos o su familia serán castigados por su conducta, exagerando hechos insignificantes del pasado y acusándose de crímenes atroces. Propia de la Depresión con síntomas psicóticos.

- **Hipocondríaca:**

Es una creencia falsa, que implica el funcionamiento del organismo, tiene preocupaciones constantes en relación con su salud física, la más pequeña e insignificante molestia la considera síntoma de una enfermedad grave, una leve molestia respiratoria, es un cáncer de pulmón para el paciente, hay múltiples quejas somáticas, una verdadera somatización de la depresión, donde llega a pensar que tiene una determinada enfermedad.

- **Nihilista o de Negación:**

Estas son ideas depresivas de inexistencia y destrucción, de que uno mismo, los demás o el mundo no existe o se va destruir, estas son ideas de un contenido muy variado, como por ejemplo que sus órganos no funcionan, que se han derretido, que están podridos, que él no existe, que está muerto o su familia está muerta o no existe. Se ve sobre todo en las depresiones orgánicas. Otras veces se acompaña o asocia a Ideas con una tonalidad de enormidad o grandiosidad. Constituyendo en este último caso, el Síndrome de Cotard o Delirio Megalomelancólico. Por ejemplo: que está condenado a sufrir eternamente, que está hinchado, que el líquido del vientre inundará la ciudad, que si defeca todos se ahogarán en sus heces.

- **Ideas Delirantes de Referencia:** Es una idea, en la cual se desarrollan relaciones egocéntricas morbosas a partir de creencias, que los hechos normales del ambiente tienen significación en relación con su persona. Por ejemplo un custodio está hablando, por el comunicador y para el paciente está hablando de él, el televisor o el periódico comenta un suceso cotidiano y dicho comentario para el paciente, es con relación a su persona.
- **Ideas Delirantes de Persecución:** El paciente se cree rodeado de intrigas, enemigos, actos en su contra, es seguido, vigilado, asechado por la policía, ministerio del interior, o por sectas religiosas, FBI, la seguridad o enemigos.
- **Idea Delirante Erótica:** El paciente se cree amado, deseado o gustado o que están enamorados de él, esta supuesta persona generalmente es de un estatus social superior al suyo o es una figura pública, como un artista, una estrella de cine o un presidente. Se puede manifestar en el Trastorno Delirante, en la Esquizofrenia.
- **Idea Delirante Expansiva:** Es una idea de grandiosidad, el paciente se cree un genio, un sabio, un millonario, un príncipe. Se aprecia en la Parálisis General Progresiva, en la Manía y en la Esquizofrenia.
- **Idea Delirante de Transformación:** El paciente se cree transformado en otra persona específica, un animal, una estatua, un cristal una piedra. Su conducta responde a este pensamiento. Propio de la Esquizofrenia. Por ejemplo: se cree transformado en Napoleón y su conducta es como si fuera Napoleón.
- **Idea Delirante de Influencia o de Control:** En ella el paciente se cree a merced de fuerzas sobrenaturales o exteriores, que lo controlan y obligan a

hacer determinados actos, está controlado por máquinas, por los extraterrestres, por los astros, por el sol, etc. Propio de la Esquizofrenia y del Síndrome de Automatismo Psíquico.

- **Idea Delirante de Daño o Perjuicio:** El paciente cree que le quieren hacer daño, robarle sus conocimientos, envenenarlo, quitarle sus pertenencias y propiedades, enfermarlo, etc. Por ejemplo: el paciente piensa, que su nuera le envenena la comida, para quedarse con su casa.
- **Idea Delirante de Inversión, Renovación o Liderato:** En este caso el paciente cree haber hecho un descubrimiento de escala mundial, que ha inventado la cura contra el cáncer, el SIDA o una nueva forma de energía, etc.
- **Idea Delirante de infidelidad o celotipia:** Es una idea en la cual el paciente cree que su pareja sexual le es infiel, que lo engaña con otra persona. Es propia de los alcohólicos.
- **Idea Delirante de Ruina.** En esta idea en particular, el sujeto cree que le han despojado de todos sus bienes materiales.

ETIOLOGÍA DE LA IDEA DELIRANTE:

- **IDEA DELIRANTE DE LA ESQUIZOFRENIA PARANOIDE:**

Esta es la Idea Delirante más estudiada y conocida, sus características generales, son válidas para el resto de las formas clínicas de la Esquizofrenia (la esquizofrenia tiene 5 formas clínicas reconocidas), es importante hacer referencia a que primero aparece la Idea Delirante y luego las Alucinaciones, que vienen a reforzar la Idea Delirante. En cuanto a la SISTEMATIZACIÓN: se considera mal sistematizada, disgregada, son varios delirios mal conectados. Se considera en cuanto a su ORIGEN: Primaria, es decir que se origina, sin fundamento sesoperceptual, a partir de la Vivencia Delirante Primaria. Se considera en cuanto a su ESTRUCTURACIÓN: como Interpretativa y en cuanto a LA NATURALEZA DEL ESTADO QUE ENGENDRA EL SÍNTOMA: se considera Procesal. Con relación al CONTENIDO: es raro que sea agradable o placentero, por lo general es persecutorio, de referencia, de influencia, de daño o perjuicio. etc.

- **IDEA DELIRANTE DE LA PARANÓIA**

La Paranoia se caracteriza por tener un Delirio único, lógico, bien organizado, comprensible, donde no hay trastornos perceptuales, ni de conciencia en la enfermedad. En cuanto a LA SISTEMATIZACIÓN: se considera muy bien sistematizada, bien engarzado su delirio, lógico, razonable, tal es así, que se llama Locura Razonable, por lo comprensivo que resulta, hace, incluso dudar al médico, si lo referido por el paciente es delirante o real. Esta Idea Delirante se considera en cuanto a su ORIGEN: como Primaria, es decir que se origina sin un fundamento sesoperceptual, a partir de la Vivencia Delirante Primaria, igual que la Esquizofrenia Paranoide. Se considera en cuanto a su ESTRUCTURACIÓN: como Interpretativa, igual que la Esquizofrenia Paranoide.

En cuanto a la NATURALEZA DEL ESTADO QUE ENGENDRA EL SÍNTOMA: se considera en el curso de un Desarrollo, es decir que se desarrolla sobre la base de

una personalidad Sensitivo Paranoide. Con relación al CONTENIDO DE LOS DELIRIOS: es variable, pero no tan absurdo como en la Esquizofrenia Paranoide.

- **IDEA DELIRANTE DE LA PARAFRENIA:**

En la Parafrenia no hay deterioro importante de la personalidad del paciente, evolutivamente primero aparecen las Alucinaciones y luego las Ideas Delirante, siempre aunque el contenido de la Idea Delirante sea desagradable, hay una actitud de seguridad, de poder, el paciente se siente capaz de salir victorioso sobre sus enemigos y capaz de poder vencer su contienda. En cuanto a la SISTEMATIZACIÓN: es intermedia entre la muy buena sistematización de la Paranoia y la mala sistematización de la Esquizofrenia Paranoide. Se considera en cuanto a su ESTRUCTURACIÓN: como Imaginativa. En cuanto a la NATURALEZA DEL ESTADO QUE ENGENDRA EL SÍNTOMA: se considera procesal.

Con relación al CONTENIDO: es muy frecuente que sea placentero o agradable, por lo general de grandiosidad, aunque puede ser desagradable pero es mucho menos frecuente.

IDEA DELIROIDE:

Se denomina así un juicio o pensamiento de carácter erróneo, producido por estados emocionales, pero con la característica que solo cumple el criterio de ser errónea, sin cumplir el resto de los criterios, para ser considerada como una Idea Delirante. Esta idea se ve en todos los cuadros de Psicosis cuando aun, las ideas, no se han estructurado, no han sufrido el proceso de maduración y tránsito necesario para formar los Delirios.

OTROS TRASTORNOS DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO:

Existen dos alteraciones importantes que no podemos dejar de mencionar, por su importancia en la psicopatología clínica, que aunque no son reconocidas por algunos autores como trastornos del contenido, preferimos teniendo en cuenta que no constituye como tal una alucinación, sino un trastorno ideativo, ubicarlas dentro del contenido del pensamiento. Estos son:

LA SONORIZACIÓN DEL PENSAMIENTO: Es referida por el paciente como la vivencia desagradable, que su pensamiento puede ser oído por los demás, como si un altavoz fuera divulgándolo constantemente, es sentido por el paciente como su propio pensamiento, por lo que no constituye una alucinación. Muchas veces, refieren como si fuera un aparato, que como un altavoz o bocina divulga su pensamiento. Propio de una gran desestructuración de la personalidad y del pensamiento como ocurre en la Esquizofrenia.

EL COMENTARIO DE LOS ACTOS: Muy similar al anterior, pero en este caso en particular, el paciente siente que comentan sus propios actos o su conducta. Se observa en la Esquizofrenia.

CAPÍTULO V

ESFERA AFECTIVA

El Proceso Afectivo, refleja la relación que existe entre las necesidades, intereses y motivaciones del hombre y la posibilidad que tiene de poder satisfacerlas en el medio que lo rodea; expresa el valor, el significado y la importancia que tienen las cosas para el individuo. Dentro de la Esfera Afectiva se explora el Estado de Ánimo del paciente, así como el Humor y el Afecto.

¿Qué es el Estado de Ánimo?

Es la música de fondo sobre la cual se producen las emociones y los sentimientos, como respuesta a las situaciones concretas de la vida; las situaciones concretas de la vida tienen cierta influencia sobre el Estado de Ánimo, pero esta influencia no es determinante, lo verdaderamente determinante son factores mucho más complejos como el Temperamento y la Personalidad del individuo.

El Humor, es el estado emocional interno del individuo, el mismo puede ser normal, elevado o deprimido.

El Afecto, es la expresión externa, del estado emocional interno y se manifiesta en el brillo de la mirada, en el lenguaje, en la fascia, en la mímica, en la forma de caminar, etc.

Existen múltiples trastornos en la Esfera Afectiva, los mismos se pueden dividir en Cuantitativos y Cualitativos (Llano, 1987) (Castro-López Ginard, 1993).

Trastornos Cuantitativos de la Esfera Afectiva:

- Hipertimia.
- Hipotimia o distimia.
- Atimia o estupor depresivo.

Trastornos Cualitativos de la Esfera Afectiva:

- Disforia.
- Ansiedad.
- Angustia.
- Irritabilidad.
- Indiferencia afectiva.
- Incontinencia afectiva.
- Tenacidad afectiva.
- Ambivalencia afectiva.
- Labilidad afectiva.
- Afecto discordante, incongruencia o disociación ideoafectiva.
- Catatimia.
- Perplejidad.
- Neotimia.

Trastornos Cuantitativos de la Esfera Afectiva:

HIPERTIMIA:

Para algunos autores la Hipertimia, es un estado de alegría y bienestar exagerado, es una alegría contagiosa que se corresponde con la plena satisfacción de las necesidades.

Generalmente, en la realidad esta condición no es así, pero para este paciente todo es visto y sentido como sí realmente estuviera satisfecho o de lo contrario, pese a tener muchas necesidades sin satisfacer, se siente muy alegre, contento y feliz. En este trastorno el paciente no hace caso a las dificultades y obstáculos que impiden la satisfacción de las necesidades, para él nada es difícil; puede captar los estímulos negativos del medio, pero los estados de ánimo negativos, son muy cortos y de menor intensidad, que cuando existe un afecto normal.

Esto se manifiesta de forma subjetiva (se siente muy alegre, contento y feliz) y objetivamente (se evidencia en una mirada viva, brillante, en una franca y constante sonrisa y en su fasia alegre).

Para la gran mayoría de los autores, la HIPERTIMIA es considerada como un aumento del tono o la respuesta afectiva, es un humor elevado, pero puede estar elevado en sentido agradable, placentero o positivo, denominándose HIPERTIMIA PLACENTERA, la cual incluye cuatro estados placenteros del humor, que son: La MORIA, la EUFORIA, la HIPOMANÍA y la MANÍA o estar elevado en sentido desagradable, displacentero o también llamado negativo, que se denomina HIPERTIMIA DISPLACENTERA, la cual incluye: La TRISTEZA como el estado de humor negativo más importante.

HIPERTIMIA PLACENTERA:

MORIA: Hace referencia a una alegría vacía, sin motivo, insulsa, carente del contenido afectivo normal, sin el componente subjetivo y objetivo propio de la verdadera alegría, acompañada de una conducta pueril, con chistes pesados, sin gracia, que no contagia a los demás con su alegría, dicho estado no puede relacionarse con hechos o situaciones motivadoras de alegría, muy por el contrario

se acompaña de una falta de interés por todo y un verdadero estado de apatía. Se aprecia en los Tumores Cerebrales Frontales, en Atrofias Corticales, Traumas Craneales grandes, Cirugía Cerebral y en ancianos Dementes.

EUFORIA: Se caracteriza, fundamentalmente desde el punto de vista clínico por la desinhibición de la conducta del paciente, hay gran jovialidad y tendencia a establecer relaciones interpersonales con pérdida o disminución de las inhibiciones propias y de los convencionalismos sociales, el paciente se muestra satisfecho, con gran locuacidad, feliz, optimista, los contratiempos no le afectan por mucho tiempo, pero con la particularidad que dicho estado no es provocado por los hechos de la vida cotidiana. Se ve y es típico en los grados ligeros de Embriaguez Alcohólica, en la Parálisis General Progresiva, en el Retraso Mental, en las Demencias y en algunos Esquizofrénicos.

HIPOMANÍA: Se caracteriza por un estado de satisfacción con alegría incontenible, gran optimismo, con sensación de plenitud, acompañada de discreta aceleración del ritmo psíquico (aceleración del curso del pensamiento) y de toda la actividad psicomotriz del paciente, tiene gran energía y capacidad de trabajo, logrando un gran rendimiento. Resulta muy similar a la alegría normal, solo se diferencia de esta, por la calidad del síntoma, pues en la Hipomanía, es muy intensa y mantenida, siendo estas dos características, las que la definen como patológica. Aquí el paciente no rompe con las normas sociales, ni viola la ley, no es necesario u obligatorio el ingreso del paciente. Se evidencia y es típica en los Trastornos Bipolares y en particular en el Tipo II.

MANÍA: Es un estado que se caracteriza por una alegría extrema, más intensa aun que la anterior, es una alegría desbordante, totalmente incontenible, con marcada aceleración del ritmo psíquico y motriz, con una aceleración tal del curso del pensamiento que llega a la fuga de ideas, y con una aceleración motriz tal, que llega a una franca excitación de la conducta, se acompaña de gran labilidad afectiva, al ser contradecido o vetado en su conducta se muestra irritable, en la Manía se pierde el sentido de la realidad, hay un aumento de la atención pasiva (Hipervigilancia), la

sensación de seguridad que tiene el paciente se vuelve una vivencia de poder ilimitado, rompe las normas sociales de respeto y conducta, se manifiesta hipererótico, con frecuencia rompe la ley o la viola, es de obligatorio ingreso en un servicio de Psiquiatría.

HIPERTIMIA DISPLACENTERA:

TRISTEZA: Se caracteriza por un humor triste, depresivo, por el desagrado, la insatisfacción, por recuerdos y pensamientos teñidos por este humor depresivo, es como ver el mundo a través de prismas o cristales oscuros, hay pesimismo, sensación de infelicidad, incapacidad e impotencia para todo, el ritmo psíquico y motriz puede estar algo o francamente enlentecido (inhibición psicomotora), puede somatizar la depresión a través de quejas somáticas múltiples, hay fascia depresiva, expresión típica de infelicidad, que no desaparece ni con el esfuerzo, ni intentando sonreír o disimular su ánimo, puede llorar o no constantemente y en dependencia de la tristeza, hay escasa o poca respuesta afectiva a los estímulos, hechos o situaciones del medio, da la impresión que prácticamente nada lo motiva o estimula, la mayoría de los pacientes no pueden precisar la causa de su abatimiento. La tristeza se manifiesta con frecuencia en personas normales, ante la insatisfacción de una necesidad, la diferencia entre la tristeza normal y la patológica está, en la calidad del síntoma, la tristeza patológica se distingue por su alta intensidad y por su duración prolongada en el tiempo. La tristeza puede referirse como hipertimia displacentera o como hipotimia.

HIPOTIMIA:

Es considerada como una disminución del tono o la respuesta afectiva, es un humor deprimido. Clínicamente equivale a describir la tristeza.

ATIMIA O ESTUPOR DEPRESIVO:

Es el grado extremo de disminución del tono o la respuesta afectiva, es la ausencia total o la falta absoluta de respuesta afectiva. La Atimia en realidad es un término más teórico que real, pues en la vida cotidiana hasta el paciente más deprimido es capaz de mostrar cierta respuesta afectiva, ante estímulos del medio

suficientemente intensos, por lo que resulta prácticamente imposible encontrar un paciente con ausencia total de respuesta afectiva, excepto que el mismo, se encuentre en coma profundo.

Trastornos Cualitativos de la Esfera Afectiva:

- **DISFORIA:** Es un estado no placentero del humor, donde hay una mezcla de mal humor, irritabilidad, malestar impreciso o ira con un ánimo triste o deprimido. Bajo este estado el paciente puede desarrollar acciones agresivas o violentas, se caracteriza por un comienzo y final súbito. Se manifiesta en la práctica como un síntoma aislado en la Epilepsia, en Retrasados Mentales, en deprimidos, Trastornos de Personalidad y en individuos normales con Fatiga.
- **ANSIEDAD O ANGUSTIA:** Es un estado de inquietud, de zozobra, de desagrado, con sensación de estar esperando algo o que algo malo va a suceder, hay incertidumbre, incluso temor, la ansiedad es temor a todo y a nada, pues el paciente no puede definir a que le tiene temor. La misma se manifiesta desde el punto de vista subjetivo a través de la sensación antes mencionada y desde el punto de vista objetivo en cierto grado de excitación motriz (balanceo del pie o la pierna, no poder estar mucho tiempo en una misma posición, frotamiento de las manos, suspiros, mirada viva, temerosa), se acompaña de frecuentes cambios neurovegetativos como taquicardia, sudación de manos y pies, escalofríos, erizamiento, cólicos intestinales, micción frecuente, etc. No todos los pacientes tienen el mismo grado de ansiedad, ni los mismos síntomas clínicos. El grado extremo de ansiedad es la angustia, que puede evolucionar por crisis, en la que además, de los síntomas antes referidos, hay temor a la muerte, a los tres tiempos, a morir de un ataque al corazón, a perder la razón o el juicio. Como síntoma aislado se puede considerar dentro de límites normales, cuando no produce malestar subjetivo, ni afecta el rendimiento social, laboral o escolar del paciente. La

diferenciación entre la ansiedad normal y la patológica, se basa en la calidad del síntoma (cuando es muy intensa, continua, ininterrumpida o evoluciona por crisis, haciéndose insoportable para el individuo se considera patológica). Es el síntoma cardinal o piedra angular de todos los Trastornos de Ansiedad (Neurosis).

- **IRRITABILIDAD:** Vivencia emocional de desagrado, muy similar a la ira, que aparece frente a una frustración o contratiempo y generalmente se acompaña de trastorno sensorial, es decir disminución del umbral de sensación o hiperestesia, lo que hace sentir los estímulos con mayor intensidad. Se evidencia con frecuencia en niños con trastornos del sueño, trastornos de base orgánica donde existe presencia de fiebre, sepsis, migraña, meningoencefalitis, en la toma discreta de la conciencia de cualquier etiología, en los trastornos del sueño en adultos y en la fatiga, etc.
- **INDIFERENCIA AFECTIVA:** Se caracteriza por la falta de reacción emocional a los estímulos que habitualmente producen un tipo determinado de respuesta emocional, en este caso, no hay cambio en la expresión facial, mímica o gesto que evidencie respuesta afectiva, como tampoco hay expresión subjetiva de agrado, placer, displacer, o malestar como respuesta a un estímulo. Algunos autores utilizan como sinónimo el término *embotamiento afectivo*, sobre todo cuando hace referencia a estímulos sociales, familiares o situaciones de peligro a la vida. Evidenciable en el Síndrome Apatoabúlico, en algunas Depresiones, Demencias y en los Esquizofrénicos.
- **INCONTINENCIA AFECTIVA:** Incapacidad para mantener el control emocional adecuado sobre las reacciones o respuestas emocionales, aun cuando estas sean motivadas, por hechos sin verdadera importancia. No existe control adecuado sobre las emociones, lo que trae como consecuencia que el individuo responda con reacciones inesperadas, irrefrenables y de gran

intensidad, la mayoría de las veces tempestuosas. Se manifiesta en Retrasados Mentales, Dementes, Histéricos, Inmaduros emocional y psicológicamente. Se considera normal en los niños pequeños por su inmadurez fisiológica y psicológica.

- **TENACIDAD AFECTIVA:** Es la persistencia inadecuada de un estado afectivo o vivencia emocional durante un tiempo exagerado y de una intensidad anormal. Se puede evidenciar en los orgánicos de cualquier tipo, especialmente en Epilépticos y Retrasados mentales, así como en los Paranoides y Paranoicos.
- **AMBIVALENCIA AFECTIVA:** Es la vivencia simultánea de dos reacciones afectivas contrarias, contrapuestas o dos sentimientos simultáneos opuestos causadas por el mismo objeto o acontecimiento. El paciente es capaz de verbalizar sin dificultad alguna, su reacción afectiva, pero no puede explicarse el porqué, de su dualidad o ambivalencia contradictoria. Por ejemplo: amor y odio a la vez.
- **LABILIDAD AFECTIVA:** Se caracteriza por cambios rápidos, bruscos, sin motivo real y sin relación marcada con estímulos externos del tomo afectivo, estos cambios tienden a ser de gran intensidad, pero de corta duración. En el adulto normal necesita motivo para cambiar de un estado afectivo a otro y en particular si es de tonalidad diferente u opuesta, en los niños pequeños es frecuente y se considera normal. Se manifiesta en los Inmaduros, Retrasados Mentales, Dementes, Histéricos, Esquizofrénicos y en Trastornos Bipolares.
- **AFECTO DISCORDANTE, INCONGRUENCIA AFECTIVA O DISOCIACIÓN IDEOAFECTIVA:** Es una reacción afectiva de carácter contrapuesto o contrario a la que habitualmente produce ese estímulo. Es una reacción afectiva inadecuada a la situación que la origina. Es típico de la

Esquizofrenia. Por ejemplo: alegría por la muerte de la madre, tristeza por un deseo satisfecho.

- **CATATIMIA:** Es un juicio interferido por la afectividad, las emociones o los sentimientos, es la interferencia que sufre la apreciación de la realidad por una emoción o un sentimiento, es un juicio erróneo o equivocado, motivado por un afecto o sentimiento de intensa vivencia afectiva. Por ejemplo: una madre que ve bello a su hijo, aunque realmente este no lo sea objetivamente o cuando no vemos los defectos en los seres queridos.
- **PERPLEJIDAD:** Es una reacción afectiva compleja, resultante de la coexistencia de asombro, extrañeza y desconfianza, experimentada por un paciente que no es capaz de comprender o darse cuenta de la situación en la que está inmerso. Se puede observar en todos los estados con toma de conciencia, en Retrasados mentales, en la Psicosis de causa orgánica, en la Esquizofrenia.
- **NEOTIMIA:** Es una reacción afectiva o experiencia afectiva nueva, nunca antes experimentada por el paciente, ni por las personas normales, que guarda relación con modificaciones de la cenestesia y que puede dar origen a los delirios. Propia de la Esquizofrenia.

CAPÍTULO VI

ESFERA DE LA CONDUCTA

La conducta de un paciente se evalúa teniendo en cuenta sobre todo su actividad voluntaria. La Esfera de la Conducta consta de dos fases bien definidas y diferenciales por sus características particulares (González Menéndez, 1997). Estas son:

- **1ra Fase de la Conducta: Preparatoria Psicomotriz, del deseo o implícita:** Hace referencia, a todo lo relacionado con el surgimiento de una necesidad en el paciente, hasta el deseo mismo de satisfacer dicha necesidad. Es importante, que se comprenda que aunque se tenga un deseo, no necesariamente hay que satisfacerlo. Por ejemplo: deseos de comer insaciablemente, puede en la Segunda Fase de la Conducta, comer insaciablemente, comer normal o simplemente no comer nada.
- **2da Fase de la Conducta: De Acción Explícita, o de la Conducta Propiamente Dicha.** Hace referencia a la conducta que el paciente independientemente de sus deseos realiza, abarca desde la toma de decisiones hasta la conducta como tal.

1ra. Fase de la Conducta o Preparatoria Psicomotriz, del deseo o Implícita:

- **Trastornos Cuantitativos de la Ira Fase de la Conducta:**
 - Hiperbulia.
 - Hipobulia.
 - Abulia.

- **Trastornos Cualitativos de la Ira Fase de la Conducta:**

CON RELACIÓN A LOS DESEOS VITALES:

- Algofilia.
- Pusilanimidad.
- Automutilación.
- Suicidio.

CON RELACIÓN A LOS DESEOS ALIMENTARIOS:

- Anorexia.
- Bulimia.
- Coprofagia.

CON RELACIÓN A LOS DESEOS SEXUALES:

- Frigidez.
- Hipererotismo.
- Ninfomanía.
- Satiriasis.
- Masoquismo.
- Sadismo.
- Exhibicionismo.
- Voyeurismo.

- Fetichismo
- Necrofilia.
- Zoofilia.
- Incesto.
- Pedofilia.
- Trasvertismo.
- Homosexualidad.

Trastornos Cuantitativos de la Primera Fase De la Conducta:

- **HIPERBULIA:** Hace referencia a un gran deseo de hacer las cosas, el paciente está pletórico, bulle en deseos de actuar, tiene gran número de planes, propósitos, para hacer actividades, tareas, hay más deseos de hacer, que lo que en realidad, puede o tiene capacidad para hacer, hay un aumento de la primera fase o del deseo, pero estos deseos pueden no acompañarse de los actos propiamente dicho para cumplir dicho deseo. Propio de la Manía.
- **HIPOBULIA:** Hace referencias al poco deseo de hacer las cosas o de actuar, el paciente tiene pocos planes de actividades, sin embargo puede hacerlas con un poco de esfuerzo, puede hacerlas con cierta pereza. Propio de los Síndromes Depresivos.
- **ABULIA:** Hace referencia a la falta total de deseos de hacer las cosas, el paciente manifiesta que no tiene deseos de hacer nada, carece de planes de actividades, sin embargo puede o no realizar las actividades. Se manifiesta en el Síndrome Depresivo de nivel profundo, se puede ver en la Esquizofrenia.

- **Trastornos Cualitativos de la Primera Fase de la Conducta:**

CON RELACIÓN A LOS DESEOS VITALES:

- **ALGOFILIA:** Es la disminución o pérdida de la tendencia, necesidad o el *deseo* de conservar la integridad física del organismo, se manifiesta por la pérdida de la reacción normal de defensa ante los objetos o situaciones que agreden o amenazan su integridad, a pesar de sentir el contacto con estos y el dolor, puede perder la normal defensa contra el fuego, instrumentos cortantes, golpes, etc.
- **PUSILANIMIDAD:** Es lo contrario del anterior, es una exagerada reacción de defensa ante objetos o situaciones que amenazan la integridad y seguridad del organismo, en algunos hay una reacción incontrolable de miedo ante un peligro mínimo. Propio de niños o personas inmaduras, en Dementes, Retrasados Mentales. Por ejemplo: una reacción de pánico ante una inyección.
- **AUTOMUTILACIÓN:** Es una forma más grave de disminución de la necesidad de defenderse, el paciente tiene deseos de dañarse, tiene deseos de producirse mutilaciones a través de variados métodos o medios, puede o no hacerlo, si lo hace puede utilizar incluso mordiscos, cuchillos para herirse, tenedores, golpearse la cabeza contra algo, etc.
- **SUICIDIO:** Es el grado máximo de autoagresión contra sí mismo, aquí se hace referencia al deseo de suicidarse, el que puede o no llevarse a cabo en la segunda fase. Se da fundamentalmente en pacientes Retrasados Mentales, Dementes, en Esquizofrénicos, en Deprimidos. El suicidio es un fenómeno global que aparece en múltiples trastornos mentales (APA, 2013.) (Brendel, 2016) (DeMaso, 2016) (Programa SUPRE OMS, 2001) (OMS, SEP 2016)

CON RELACIÓN A LOS DESEOS ALIMENTARIOS:

- **ANOREXIA:** Es la disminución o pérdida del deseo o la necesidad de alimentarse, tiene muy variados grados de expresión, que van desde la simple disminución del apetito, hasta la repulsión absoluta, incluso a través del vómito cuando intenta probar alimento alguno. Se ve en los Síndrome Depresivos, en la Anorexia Nerviosa, en los Dementes, en Retrasados Mentales. Puede no obstante comer o no en la segunda fase de la conducta.
- **BULIMIA:** Es el síntoma contrario a la anorexia, aquí el sujeto tiene deseos de comer en todo momento, se siente hambriento, no tiene ni logra saciedad después de ingerir los alimentos en la forma y cantidad adecuada, en casos extremos, el deseo es tal, que llega a ingerir cuanto alimento encuentra a su paso, incluso ni el vómito por repleción gástrica es capaz de frenar el deseo de ingerir alimentos. Cabe destacar que hacemos referencia en esta fase al deseo de comer alimentos de forma insaciable, por lo que puede, no pasar de esto, es decir quedar solo en la fase del deseo.
- **COPROFAGIA:** Hace referencia al deseo o la tendencia a ingerir sustancias no apropiadas para la alimentación y en especial materia fecal. Casi exclusivo de la Esquizofrenia, Demencia Profunda y Retraso Mental Profundo.

CON RELACIÓN A LOS DESEOS SEXUALES:

- **FRIGIDEZ:** Llamada más comúnmente como anafrodisia, hace referencia a una disminución o pérdida total del deseo sexual, a pesar de actuar los estímulos adecuados sobre la persona. Propio del Síndrome Apatoabúlico y los Deprimidos.
- **HIPEREROTISMO:** Es un aumento del deseo sexual, del deseo de tener sexo, puede acompañarse de hiperexcitabilidad genital a los estímulos adecuados, o puede solo haber cierto deseo o tendencia a tener conversaciones de tipo eróticas, o actitudes sexualmente provocadoras para otras personas. Propio de Retrasados Mentales, Maníacos, Dementes o incluso personas normales.
- **NINFOMANÍA:** Es el deseo compulsivo y la necesidad excesiva de tener sexo en una mujer.
- **SATIRIASIS:** Es el deseo compulsivo o la necesidad excesiva de tener sexo en un hombre.
- **MASOQUISMO:** Hace referencia al deseo de ser golpeado o maltratado de alguna forma por la pareja o compañero sexual.
- **SADISMO:** Hace referencia al deseo o placer en golpear, morder insultar, despreciar, herir, causar dolor o sufrimiento a la pareja.
- **EXHIBICIONISMO:** Es la necesidad o el deseo incontrolable de exhibir los genitales ya sean en estado flácido o en estado de erección, es casi exclusivo del hombre, en la mujer se desplaza a todo el cuerpo.

- **VOYEURISMO:** Es una erotización a través de la vista, es una necesidad o deseo de observar personas total o parcialmente desnudas, conocido por mirar a través de rendijas o ventanas, el máximo estímulo se logra al observar personas desnudas o en escenas sexuales.
- **FETICHISMO:** Es la tendencia, deseo o la inclinación hacia un objeto o hacia una parte del cuerpo de otras personas, dicha parte u objeto se convierte en el estímulo sexual preferido o exclusivo del fetichista, llegando al orgasmo con solo el contacto con el fetiche. Pueden ser zapatos, medias, ropa interior, pies, orejas etc.
- **NECROFILIA:** Deseo sexual hacia los muertos.
- **ZOOFILIA:** Deseo sexual hacia los animales.
- **INCESTO:** Hace referencia al deseo, de tener relaciones íntimas o sexuales con familiares cercanos.
- **PEDOFILIA:** Es el deseo o la atracción sexual hacia los niños.
- **TRASVERTISMO:** Es el deseo o impulso de vestirse con ropas del sexo opuesto.
- **HOMOSEXUALIDAD:** Es el deseo o la atracción sexual por personas del mismo sexo.

2da. Fase de la Conducta: De Acción Explícita, o de la Conducta Propiamente Dicha.

- **Trastornos de los movimientos voluntarios e involuntarios.**

Trastornos Cuantitativos de los Movimientos Voluntarios e Involuntarios:

- Hiperkinesia.
- Hipokinesia.
- Akinesia.
- Parálisis motora.
- Agitación psicomotriz.

Trastornos Cualitativos de los Movimientos Voluntarios e Involuntarios:

- Ecopraxia.
- Actos impulsivos.
- Manerismo.
- Ambivalencia motora.
- Intercepción cinética.
- Obediencia automática.
- Flexibilidad cerea.
- Negativismo.
- Compulsiones.
- Apraxia.
- Extravagancia.
- Catalepsia.
- Cataplejía.

Trastornos de los hábitos:

- De Sueño.
- Alimentarios.
- Limpieza.
- Sexuales.

Trastornos del lenguaje:

- Mutismo.
- Verbigeración.
- Ecolalia.
- Afasia.

Trastornos Cuantitativos de los Movimientos Voluntarios e

Involuntarios:

(Su desarrollo)

- **HIPERKINESIA:** Hace referencia a un aumento de la actividad motora voluntaria, es decir de la actividad cuya realización ha tenido una imagen verbal previa, por ende el paciente sabe lo que hace y porqué lo hace, aunque algunas veces la causa de su actividad sean percepciones anormales o interpretaciones erróneas. El rápido cambio de la causa determinante de la hiperactividad, hace que esta a veces no llegue a los fines propuestos, pudiendo parecer inconsciente o involuntaria, pero la misma siempre es voluntaria. Este es un paciente que siempre está haciendo algo, realizando una tarea o comenzando otra, se mueve constantemente, de un lado para otro, gesticula mucho y como característica fundamental puede decir porqué lo hace, qué hace y con qué finalidad, por lo que es plenamente consciente de su actividad. Es típico de la Manía y la Excitación Psicomotriz.
- **HIPOKINESIA:** Es la disminución, pobreza o lentificación de todos los movimientos voluntarios, llama la atención la escasez y lentificación de los movimientos del paciente, la expresión facial de dificultad y esfuerzo que acompaña a todos sus movimientos o actos, solo ejecuta los movimientos imprescindibles. Se manifiesta en los Deprimidos.
- **AKINESIA:** Llamada también estupor, es el grado extremo de pérdida o ausencia de movimientos voluntarios, en el cual el paciente no realiza ningún movimiento voluntario, manteniéndose acostado todo el tiempo, en la misma posición y por largas horas, no se acompaña de alteración de los movimientos pasivos que se le imprimen al paciente, ni trastorno del tono muscular. Propio de las Depresiones profundas.

- **PARÁLISIS MOTORA:** Es la pérdida de la función motora de una parte del cuerpo y recibe diferentes denominaciones según la parte corporal afectada (monoplejía, hemiplejía, etc.).
- **AGITACIÓN PSICOMOTRIZ:** Hay un aumento de los movimientos reflejos de tipo incondicionados y movimientos inconscientes, los que llegan a predominar sobre la actividad o los movimientos voluntarios conscientes, por ende la actividad del paciente es incomprendida y desorganizada, no sabe decir o responder porqué lo hace y para qué como lo hace, solo tiene conciencia o conocimiento de sus movimientos y sus consecuencias en el curso de los mismos y después de su ejecución. Propio de la Agitación Catatónica, Agitación Histérica y Agitación Orgánica.

***Trastornos Cualitativos de los Movimientos Voluntarios e
Involuntarios
(Su desarrollo)***

- **ECOPRAXIA:** Es la imitación o repetición inconsciente, de los movimientos y actos que realizan las personas que están alrededor del paciente. Se observa en Retrasados Mentales, en la Demencia, en la Agitación Catatónica.

- **ACTOS IMPULSIVOS:** Son actos simples, sencillos, generalmente de tipo agresivo o destructivo, que realiza bruscamente el paciente, sin que conozca la causa, ni la motivación. No se considera un acto impulsivo el que ejecuta un paciente, cumpliendo una orden alucinatoria o como reacción de defensa a una vivencia de tipo alucinatoria o ilusoria de contenido amenazante. Se ve en la Excitación Histérica, Epilepsia, Retraso Mental, Esquizofrenia. Retraso Mental, Lesiones Cerebrales de cualquier etiología, pero en particularmente en el Trauma Craneal.

- **MANERISMO:** Son actos más o menos complicados, que no son necesarios para la realización de la tarea planteada, pero que acompañan de forma regular ciertas actividades del paciente. Es un movimiento involuntario arraigado y habitual. Por ejemplo: mientras come, hace un recorrido con la cuchara que equivale a una circunferencia de pocos centímetros, tres veces, antes de llevarla definitivamente a la boca.

- **AMBIVALENCIA MOTORA:** Indecisión en la realización de un acto motor voluntario, aunque no siempre es consciente la motivación del mismo, no puede decidir comenzar a llevar a cabo una acción, puede ejecutar un acto que lleve implícito dos impulsos contrarios. Por ejemplo: estira el brazo para coger un vaso y seguidamente lo retira sin tomar dicho vaso. Se observa en la Esquizofrenia puede ser la manifestación motora que acompaña a un Bloqueo de Pensamiento.

- **INTERCEPCIÓN CINÉTICA:** Interrupción brusca de un movimiento que se encuentra en plena ejecución, puede posteriormente reiniciar la acción en el mismo sentido o en otro sentido diferente o puede sencillamente no reiniciar el movimiento. Por ejemplo: se levanta para tomar un vaso de agua, estira la mano hacia el vaso y se queda detenido como en una película, luego puede reiniciar el movimiento en el mismo sentido del vaso o en otro diferente o puede no reiniciarlo. Se ve y es típico en la Esquizofrenia, es la expresión motora de un Bloqueo del Pensamiento.
- **OBEDIENCIA AUTOMÁTICA:** Es lo contrario al negativismo, aquí el paciente ejecuta automáticamente todos los actos que se le ordenan, sin someterlos a una crítica consciente. Por ejemplo: se le pide que saque la lengua para quemársela y lo hace, aunque resulte doloroso o peligroso.
- **FLEXIBILIDAD CÉREA:** Es un estado especial del tono muscular, es decir una hipertonía muscular ligera, de igual intensidad en toda la extensión del movimiento pasivo, que hace posible o brinda una plasticidad tal que el paciente puede ser moldeado en determinadas posiciones, incluso posiciones forzadas, las cuales son mantenidas por el sujeto hasta ser vencido por la fatiga, cuando se le provoca un movimiento o cambio de posición a este paciente, da la sensación de moldear cera blanda. Típico de la Esquizofrenia Catatónica.
- **NEGATIVISMO:** Es la oposición automática a toda sugerencia, orden o movimiento pasivo que se le imparte al paciente, el sujeto no realiza casi ningún movimiento, por iniciativa propia, cuando se le intenta inducir un movimiento, ya sea de forma verbal o mecánicamente, hay una marcada resistencia u oposición al movimiento, con un aumento de la contracción tónica de los músculos contrapuestos al movimiento que se le intenta inducir. Hay una forma particular de negativismo, el *Negativismo Hipertónico*,

donde hay una marcada hipertonia muscular, constante, que a medida que va aumentando, hace que el cuerpo tome la posición de decúbito supino, pero al ser la hipertonia de los músculos flexores del cuello es más marcada, que la de los músculos extensores, obliga a la cabeza a mantenerse suspendida en el aire (signo de la almohada aérea). Propio del Estupor Catatónico, se puede ver en Oligofrénicos (retrasados mentales), Dementes e Histéricos.

- **COMPULSIONES:** Es un acto motor o una serie complicada y sucesiva de movimientos que se le denomina ceremonial compulsivo, originado por una idea obsesiva, es un impulso incontrolable al realizar una actividad repetidamente; muchas veces el paciente puede controlar dicho impulso y no realizar el acto, pero otras no lo logra. Se evidencia en los Trastornos Obsesivo Compulsivos y en los Trastorno como la Dipsomanía, Cleptomanía, Tricotilomanía. La Compulsión siempre disminuye la tensión o la ansiedad, contrario a lo que hace la Obsesión que aumenta la tensión o la ansiedad.
- **APRAXIA:** Incapacidad para realizar un acto adecuado a su objetivo o finalidad, sin que responda a una parálisis (porque la función motriz está íntegra) o a una ataxia (porque hay una buena coordinación), ni a una agnosia (porque el paciente identifica correctamente los objetos). Puede entonces responder a una:
 - Apraxia Motriz de Liepmann: Donde hay una perfecta representación mental del acto a realizar, pero no realiza los movimientos adecuados porque sus miembros no obedecen a su voluntad. Ejemplo: para encender un cigarro se lleva la fosforera a la boca.
 - Apraxia ideativa de Pick: En este caso falta la representación mental global del acto y de sus etapas sucesivas, los movimientos son adecuados pero se saltan o invierte las etapas, se hace más marcada cuanto más complicado es el acto. Ejemplo: intenta escribir sin quitarle el casquillo al bolígrafo, falta este paso del proceso.

- **EXTRAVAGANCIA:** Es la complicación exagerada de un amaneramiento o manierismo.
- **CATALEPSIA:** Es una pérdida de los movimientos voluntarios, es decir que el paciente no hace ningún movimiento por iniciativa propia (estupor) y además existe una plasticidad muscular tal, que permite tener al paciente durante largos periodos de tiempo, en determinadas posiciones que impone el explorador.
- **CATAPLEJÍA:** Pérdida transitoria del tono muscular y debilidad precipitada por diferentes estados emocionales.

Trastornos de los hábitos:

De sueño:

- **INSOMNIO:** Pérdida del sueño o incapacidad para dormir. Puede ser un Insomnio Inicial o Vespertino cuando hay incapacidad para conciliar el sueño y se observa sobre todo en los ansiosos. Puede existir un Insomnio Terminal o Matinal cuando se despierta en horas tempranas de la madrugada y no puede volver a conciliar el sueño nuevamente, típico de los Deprimidos. Puede haber un patrón de Insomnio Mixto donde se mezclan los dos patrones anteriores.
- **HIPERSOMNIA:** Es todo lo contrario al anterior, aquí el paciente tiene excesivo sueño, se considera un síntoma atípico de Depresión.

Alimentarios:

- En este acápite se encuentran los mismos parámetros descritos en la Primera Fase de la Conducta en los trastornos de los impulsos alimentarios. Con la particularidad que en este caso no está relacionado con el deseo alimentario, ya que estamos explorando la segunda fase de la conducta, que es la fase de acción explícita o de la conducta propiamente dicha, por tanto lo que medimos, es lo que realiza o ejecuta el paciente independientemente de los deseos.

De Limpieza:

- Aquí tenemos en cuenta cómo están los hábitos higiénicos del paciente, si hay un abandono de la higiene personal o si está conservada.

Sexuales:

- Aquí se encuentran exactamente los mismos parámetros descritos en la primera fase de la conducta en los trastornos de los impulsos sexuales. Solo que aquí no está relacionado con el deseo sexual, pues estamos explorando la

Segunda Fase de la Conducta, que es la de acción explícita o de la conducta propiamente dicha, por ende solo medimos lo que independientemente de los deseos, realiza o ejecuta el paciente en la esfera sexual.

Trastornos del lenguaje:

- **MUTISMO:** Falta total o parcial de actividad verbal, sin que haya lesión de los nervios motores, o de los músculos del aparato de la fonación, el paciente no pronuncia palabra alguna por iniciativa propia, ni en respuesta a preguntas que hace el examinador, sin embargo su conducta, mímica y expresión facial muestra que percibe y comprende de forma adecuada el medio ambiente y lo que sucede a su alrededor, así como el lenguaje de las personas que le rodean. Este trastorno es típico de los Estados de Estupor.
- **VERBIGERACIÓN:** Pronunciación repetida de una misma palabra que no siempre resulta adecuada dentro de la frase que se intercala. Se evidencia en la Agitación Catatónica.
- **ECOLALIA:** Repetición automática de las palabras y frases que el paciente oye, la repetición ecolálica es un fenómeno involuntario, el paciente no tiene conciencia del porqué realiza dicha repetición, ni de la palabra que repite. Propio de los cuadros Catatónico.
- **AFASIA MOTORA:** Es la incapacidad para pronunciar palabras por iniciativa propia, aunque comprende lo que se le dice y tiene una imagen verbal de sus vivencias, generalmente es expresión de lesión de la corteza cerebral, en el área de Broca (tercio posterior de la tercera circunvolución frontal del hemisferio dominante).

BIBLIOGRAFÍA

- Alberto, P. (1998). *Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo"* (2da Edición ed.). Lima.
- American Psychiatric Association. (2013.). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. ArlingtonVA* . American Psychiatric Publishing. .
- APA. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. (A. P. ASSOCIATION, Ed.) Barcelona: Masson.
- APA. (2013). Autism Spectrum Disorder, 299.00 (F84.0) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*,. En A. P. Association (Ed.). (págs. 50- 59). American Psychiatric Publishing.
- Belloch, A. (1995). *Manual de Psicopatología* (Vol. Volumen I). Madrid: McGraw-Hill.
- Berrios, G. E. (2003). *Deja vu y jamais vu. Trastornos de memoria en la práctica psiquiátrica*. España: Elsevier.
- Bleuler, E. (1967). *Tratado de Psiquiatría* . Madrid: Espasa-Calpe .
- Blumberg, S. J. (2013). *Changes in prevalence of parent-reported autism spectrum disorder in school-aged U.S. children*. Natl Health Stat Report (65).
- Brendel, R. (2016). The suicidal patient. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*.
- Bustamante, J. (1969). *Psicología Médica* (Vol. Tomo II.). La Habana, Cuba : Instituto Cubano del libro.
- Bustamante, J. (1988). *Psiquiatría*. (Segunda Edición. ed.). La Habana, Cuba: Instituto Cubano del libro.
- Castro-López Ginard, H. (1993). *Psicopatología Clínica*. Editorial Pueblo y Educación .
- Centers for Disease control and Prevention . (2008). *Prevalence of autism spectrum disorders 61 (3)*:. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR).
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* . (s.f.).

- DeMaso, D. (2016). *Suicide and attempted suicide*. In *Nelson Textbook of Pediatrics*. (20th ed ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Diccionario médico-biológico. (2015). *Autismo*. Ediciones Universidad de Salamanca (ed.).
- Ey, H. (1996). *Théoricien de la conscience, Actualité d'une œuvre historique in Psychiatrie française* (8va Edicion de la 5ta Edicion Francesa ed.).
- generalistas, L. p. (s.f.).
- Goldani, A. (2014). Biomarkers in autism. *Front Psychiatry*.
- González Menéndez, R. (1997). *La Psiquiatría en el proximo milenio, psicopatología*. España .
- Hockberger, R. (2013). *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. (8th ed. ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- La prevención del suicidio: un instrumento para los médicos generalistas*. (s.f.).
- Levy, S. (2009). Autism. *Lancet* 374 (9701), 1627-38.
- Llano, H. C.-L. (1987). *Psiquiatría*. Cuba: Editorial Pueblo y Educación .
- Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. (2016). *Psychosis and schizophrenia*. (2nd ed ed.). Philadelphia: Elsevier Mosby.
- Newschaffer, C. (2007). The epidemiology of autism spectrum disorders. *Rev Public Health* 28.
- NINDS. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2016). *Parestesias*.
- OMS. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Washington, D.C Décima Revisión. , E.U.A: OMS.
- OMS. (sep 2016). *Suicidio, Nota descriptiva*. OMS.
- Onudd, O. d. (2012). *Consumo de drogas en 6 países de la Región America del Sur*.
- Ortiz, J. (2013). El alcoholismo como probelma de salud mundial. *Memorias del XIII Jornada Científica Medica del CIS la Pradera*. Habana: Ministerio de Salud Publica.
- Programa SUPRE de la OMS. (2001). *La prevención del suicidio: un instrumento para los médicos generalistas*. OMS.
- Rodier, P. (2005). The teratology of autism. *Int J Dev Neurosci* 23 (2-3, 189-99).

- Rodríguez, J. E. (2014). *Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado*. Enfermería Universitaria.
- Rutter, M. (2005). Incidence of autism spectrum disorders: changes over time and their meaning. *Acta Paediatr* 94 (1).
- Sacks, O. (2012). *Alucinaciones* (1ª edición. ed.). Anagrama. .
- Stefanatos, G. (2008). Regression in autistic spectrum disorders. *Neuropsychol Rev* 18 (4), 305-19.
- The Information Centre for Health and Social Care. (2012). *Estimating the prevalence of autism spectrum conditions in adults*. National Health Service UK.
- UNODC. (2013). *Informe Mundial sobre las Drogas 2013*. Publicación de las Naciones No. S.13.XI.6.
- Vallejo Najera, A. (1949). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona, España: Edit. Salvat.
- Villa Landa, F. (1960). *Psicopatología Clínica*. Cuba: Edit. Hospital Psiquiátrico de la Habana.

ANEXOS

AUTOEVALUACIONES POR ESFERAS

Funciones de Integración:

- 1) Mencione la importancia o papel de la Función de Integración.
- 2) Mencione el concepto de Conciencia.
- 3) Mencione los diferentes Niveles o Trastornos de Conciencia. Explique las características fundamentales de cada uno de ellos.
- 4) Mencione los diferentes tipos de Orientación que usted conoce y explique su valor semiológico.
- 5) Mencione el concepto de Memoria.
- 6) Mencione los diferentes Trastornos Cuantitativos de la Memoria.
- 7) Mencione los diferentes Trastornos Cualitativos de la Memoria.
- 8) Mencione el concepto de Atención.
- 9) Mencione los tipos de atención que existen. Explique cada uno de ellos.
- 10) Mencione el Trastorno de la Atención Pasiva, que usted conoce.
- 11) Mencione los diferentes Trastornos de la Atención Activa.

Funciones de Relación:

- 1) Mencione y explique cada de las Funciones de Relación.
- 2) Explique el valor semiológico de las Funciones de Relación.

Nivel intelectual:

- 1) Cuáles son los métodos que se pueden utilizar para medir el Nivel Intelectual en un paciente.
- 2) Cuál de ellos es el más utilizado en nuestro medio.
- 3) Cuál es el valor numérico de la Prueba de Kent Modificada y su relación con el grado de inteligencia o nivel intelectual.

Esfera cognoscitiva:

- 1) Mencione los diferentes componentes de la Esfera Cognoscitiva.
- 2) Diga el concepto de Sensación.
- 3) Mencione los diferentes Trastornos Cuantitativos de las Sensaciones.
- 4) Mencione los diferentes Trastornos Cualitativos de las Sensaciones.
- 5) Diga el concepto de Percepción.
- 6) Mencione los diferentes Trastornos de las Percepciones. Explique cada uno de ellos.
- 7) Cual es la diferencia entre una Alucinación y una Pseudoalucinacion.
- 8) Diga los componentes del Pensamiento.
- 9) Mencione las alteraciones del curso del pensamiento.
- 10) Diga las diferentes Ideas de valor Psicopatológico que se pueden encontrar en el contenido del pensamiento. Mencione cuál es la más importante para la psiquiatría.
- 11) Mencione las características de la Idea Delirante.
- 12) Como se pueden clasificar las diferentes ideas Delirantes.
- 13) Como se clasifican las Ideas Delirantes con relación al contenido.
- 14) Mencione las diferencias clínicas entre la Idea Delirante Paranoide, Paranoica y Parafrenica.

Esfera Afectiva:

- 1) Diga el concepto de Estado de Ánimo.
- 2) Mencione el concepto de Trastorno del Estado de Ánimo.
- 3) Mencione cuáles son los Trastornos Cuantitativos de la Esfera Afectiva. Explique cada uno de ellos.
- 4) Mencione cuáles son los Trastornos Cualitativos de la Esfera Afectiva. Explique cada uno de ellos.

Esfera de la Conducta:

- 1) Mencione las Fases de la Conducta, Explique cada una de ellas.
- 2) Mencione y explique los Trastornos Cuantitativos de la Primera Fase de la Conducta.
- 3) Mencione y explique los Trastornos Cualitativos de la Primera Fase de la Conducta.
- 4) Mencione y explique los Trastornos Cuantitativos de los movimientos voluntarios e involuntarios de la Segunda Fase de la Conducta.
- 5) Mencione los diferentes Trastornos de los Hábitos. Explique cada uno de ellos.
- 6) Mencione y Explique los Trastornos del Lenguaje.

Jorge Ortiz Rubio

- Especialista de 1er grado en Medicina General Integral.
- Especialista de 1er grado en Psiquiatría.
- Máster en Urgencias Médicas por el ISCM-Habana.
- Máster en Bioética por Universidad Católica de San Vicente Mártir, Valencia, España.
- Profesor Auxiliar de Psiquiatría Categorizado por el ISCM-Habana.
- Licenciado en Estudios Bíblicos y Teológicos por el Seminario Evangélico de Teología de Matanzas y el Instituto Superior de Estudios Ecuménicos de la Religión.
- Ministro Laico de la Iglesia Católica.
- Docente a tiempo Completo de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí