Durante el desarrollo de la entrevista médica, es posible apreciar el comportamiento general de las funciones mentales (examen mental). Si se nota alguna alteración, es conveniente valorar el área alterada mediante preguntas o pruebas específicas. Puede ocurrir que sea necesario tener conocimiento detallado de cada uno de los aspectos que constituyen el examen mental, en ese caso debe explorarse cada uno con las preguntas y la observación correspondiente. El resultado se transcribe en forma ordenada al finalizar la historia clínica, y bajo el subtítulo de **“examen mental”**.

El médico debe explicar al paciente que se persigue con esta valoración.

Los aspectos que se describen son los siguientes:

- 1) Las circunstancias en las cuales el paciente acude a consulta y el ambiente donde ésta se realiza.
- 2) El aspecto que presenta el examinado.
- 3) La actitud que tiene ante sus síntomas y frente el entrevistado
- 4) El grado de auto – cognición
- 5) Juicio Y Raciocinio
- 6) Estado de conciencia
- 7) Orientación
- 8) Atención
- 9) Memoria
- 10) Inteligencia
- 11) Motricidad
- 12) Sensopercepcion
- 13) Afectividad
- 14) Pensamiento
- 15) Lenguaje.

Especificaremos cuales son las alteraciones más frecuentes que suelen encontrarse y que pruebas se pueden aplicar durante la entrevista para explorarla.

1.- CIRCUNSTANCIAS Y AMBIENTE:

Aquí se señala bajo qué condiciones acude el paciente a la consulta y en qué ambiente físico se realiza la entrevista.

- El paciente puede acudir:
 - Por voluntad propia,
 - Referido por otro médico
 - Bajo engaño
 - Bajo coacción
 - Bajo contención mecánica
- Bajo sedación medicamentosa
- Con o sin conocimiento de estar siendo examinado por un psiquiatra
- Solo o acompañado, por familiares, por la fuerza pública, por los bomberos, etc.
- El ambiente donde se realiza la entrevista puede ser:
 - En el consultorio del médico
 - En su cama de hospitalización
 - En el área de emergencia hospitalaria
 - En su casa o lugar de trabajo
 - En la cárcel etc.

2.- ASPECTO GENERAL (Porte y Actitud):

Aquí se indica aspecto físico que apreciamos en el examinado. Como es su estructura corporal, su arreglo y su porte. Esto se puede detallar así:

- El biotipo
- El arreglo personal: se describen sus condiciones de higiene personal y el cuidado de su ropa, como viste, así como también la utilización o no de adornos, maquillaje, etc.
- El porte: se señala como es el estilo al caminar o moverse, los modales sociales, los gestos, la entonación de la voz, etc. Es conveniente señalar los detalles incongruentes entre su aspecto y:

- el status socioeconómico al que pertenezca
- la edad
- el Sexo
- las costumbres del lugar

3.- ACTITUD: Es la conducta general del paciente ante los síntomas que presenta y frente el examinador:

-Ante sus síntomas puede presentar:

- Preocupación acorde con la realidad
- Preocupación excesiva
- Indiferencia

-Ante el examinador se puede comportar en forma:

-**Seductora:** trata de ser excesivamente simpático/a con el/la médico/a o de insinuarse sexualmente.

-**Tímida:** no ve a los ojos, el tono de voz es bajo, no se atreve a contradecir.

-**Agresiva:** alza la voz, insulta, golpea la mesa, lanza objetos, etc.

-**Veladamente hostil:** aparenta docilidad pero lanza comentarios irónicos o sarcásticos, se percibe un tono agresivo en su voz.

-**Burlón:** se burla de la situación o del médico, hace chistes con fondo agresivo.

-**Desconfiado:** piensa mucho antes de responder, pregunta acerca del interrogatorio y cada pregunta, ve disimuladamente a su alrededor, adopta una actitud defensiva.

-**Indiferente:** no se altera, pareciera como si todo le da igual.

-**Arrogante:** con aires de superioridad, habla con lenguaje técnico y rebuscado tratando de deslumbrar.

-**Crítico:** habla mal de los demás, acusa a los otros de sus problemas y errores, está atento a las fallas ajenas para señalarlas.

-**Evasivo:** no responde directamente, da rodeos, trata de no comprometerse.

-**Colaborador:** responde directamente, no parece esconder información y se ve interesado en la entrevista. Los datos obtenidos pueden describirse en el examen mental de la siguiente forma:

Ejemplo: Paciente femenina de 44 años de edad, que es traída al consultorio por la enfermera del servicio. Camina en forma tambaleante, tropieza con la puerta y estira los brazos como pidiendo ayuda. Viste ropas que denotan un aspecto e higiene personal descuidados. Es de constitución ectomórfica, de estatura baja y rostro inexpresivo. Su actitud es evasiva y poco colaboradora.

4.- AUTOCOGNICION Y JUICIO (INSIGHT)

Se utiliza el término auto - cognición para señalar si el individuo tiene conciencia de presentar problemas, alteraciones o enfermedades mentales. Si no es capaz de darse cuenta de trastornos que resultan evidentes, se dice que no tiene conciencia de enfermedad mental. La exploración esta área se puede iniciar con esta pregunta **¿porque acude a la consulta?**

- **El juicio o “sentido común”** es la capacidad de valorar las alternativas y actuar. Si la conducta está dentro de lo esperable para su edad y condición social se dice que su juicio es normal; cosa contraria ocurre cuando la alternativa que elige y la acción que realiza están en contradicción con lo que resultaría adecuado ante determinada circunstancia. Por ejemplo, ante la pregunta **¿que haría Ud. en el cine si es el primero en darse cuenta de que ocurre un incendio?**, la respuesta adecuada puede ser una de éstas: -trato de apagarlo-, -llamo a los bomberos-, -aviso a los empleados-. Si ante la misma pregunta responde -busco carne y la pongo a la brasa porque me gusta mucho comer parrilla-, estamos ante una respuesta inadecuada indicadora de que el juicio o sentido común está alterado. Durante la entrevista podemos obtener información acertada acerca de cómo se encuentra el juicio, también lo podemos lograr cuando evaluamos el pensamiento.

5.-ESTADO DE CONCIENCIA. - La conciencia es el proceso psíquico mediante el cual un individuo al utilizar la percepción, la orientación, y la introspección, puede darse cuenta del medio que lo rodea, de si mismo y de su mundo subjetivo, formado éste por sentimientos, sensaciones, pensamientos y fantasías.

La conciencia se encuentra íntimamente relacionada con el estado de vigilia, existe como un continuum, con un estado de máxima alerta o hipervigilia en un extremo y la absoluta inconsciencia o coma en el otro. Se dice que la conciencia está normal cuando la persona puede darse cuenta con claridad y amplitud de lo que ocurre a su alrededor y de la forma como él reacciona ante ello.

Alteraciones de la Conciencia: En los estados de conciencia alterada vamos a conseguir como indicios orientadores, la mirada fija con escaso parpadeo, “perdida”, parece que todo lo ve, pero no se posa en ningún objeto específico. Disminución de la reacción ante los estímulos por lo que es necesario que éstos sean más intensos para provocar respuestas. Enlentecimiento y/o empobrecimiento de la calidad de los procesos psíquicos.

Existen tres tipos básicos de alteraciones de la conciencia:

- Alteraciones del nivel de la conciencia
- Alteraciones del campo de la conciencia
- Alteraciones mixtas.

Alteraciones del nivel de la conciencia: Están dados por el grado de claridad, luminosidad, nitidez, de la captación del medio y de la introspección. Entre estas alteraciones tenemos:

- **Conciencia hiperlúcida:** Es un aumento de la luminosidad de la conciencia. Hay un descenso del umbral de percepción, lo cual permite que ciertos estímulos de muy baja intensidad puedan ser percibidos. Puede acompañarse de rápidas asociaciones del pensamiento, hiperactividad, y dificultad de

concentración; puede darse también un aumento de la concentración con disminución de la motricidad. En un vigilante o en un soldado de guardia puede encontrarse la conciencia hiperlúcida.

- **Obtusión o confusión:** Es una disminución ligera de la luminosidad de la conciencia. El umbral de percepción está elevado, por lo tanto, la intensidad de ciertos estímulos tiene que aumentar ligeramente para ser percibidos. Se acompaña de un discreto enlentecimiento ideatorio, así como disminución de la reactividad ante el medio y distraibilidad de la atención. Este estado se puede encontrar en un sujeto normal en algunas situaciones tales como: el despertar, fatiga excesiva, posterior a la ingestión de alcohol, después de una excitación afectiva intensa; en estos casos los recuerdos no son claros ni detallados. Cuando ocurre con frecuencia y sobre todo sin motivos, la Obtusión puede ser un signo de alteración mental.

- **Obnubilación:** Es una disminución Mayor de la luminosidad de la conciencia, el individuo se siente separado del mundo exterior como por niebla. Los estímulos deben ser intensos para percibirse, hay poca reactividad al medio, lo externo es percibido como borroso, alejado, impreciso, con amodorramiento, apatía y torpeza intelectual marcada. Como consecuencia de esto se presenta desorientación, dificultad para la comprensión, disminución de la atención, enlentecimiento del pensamiento, con amnesia subsiguiente que puede ser parcial o total.

- **Sopor :** Es un grado de pérdida de la luminosidad de la conciencia. Los estímulos necesitan ser muy intensos para que puedan ser captados. Es un estado de falta de reactividad al medio importante. Difiere de la total insensibilidad del coma en términos puramente cuantitativos.

- **Estupor:** Es un grado más intenso de disminución del nivel de la conciencia. El paciente está aparentemente dormido, sólo responde a estímulos intensos para de nuevo caer rápidamente en el estado de sopor.

- **Coma:** Es el término empleado para designar la falta completa de vigilia y la total inconsciencia, sin que exista respuesta evidenciable ante los estímulos. El coma es el grado más profundo de pérdida de la conciencia. Pueden estar abolidas las respuestas a estímulos dolorosos y a obstrucción de las vías respiratorias. El coma puede ser causado por una enfermedad inflamatoria difusa del cerebro (encefalitis), o por una enfermedad cerebrovascular (hemorragia intracraneal, trombosis), o por un tumor cerebral, o por envenenamiento, o por factores tóxico-metabólicos (coma diabético, urémico o hepático), o por traumatismos craneoencefálicos, o por hipertensión endocraneana aguda grave, o por crisis epilépticas. En el coma hay pérdida del tono de toda la musculatura esquelética, falta de reacción a la luz en las pupilas; según la intensidad de la alteración puede haber falta de otros reflejos (conjuntival, corneal etc.).

Alteraciones del campo de la conciencia: En ellas el trastorno no es de la luminosidad sino de la amplitud, con **estrechamiento del campo de la conciencia**. Entre éstas tenemos:

- **Estado crepuscular:** El individuo en forma más o menos brusca e involuntaria reduce su campo de conciencia, la atención y la percepción se limitan a un foco estrecho y poco nítido, el resto del campo queda muy desenfocado y difuso. Apareta estar concentrado en pensamientos o sensaciones internas, su mirada está fija, contesta en forma inadecuada; la afectividad es rígida, persiste a pesar de que cambien los estímulos externos, puede presentar rabia, miedo, indiferencia. Actúa como un autómatas, a veces en forma torpe y en ocasiones con precisión; puede deambular siguiendo los pasos de la multitud, se detiene o avanza de acuerdo a como lo haga el que marcha adelante, puede realizar actos complejos en forma

automática, lo que incluye viajar o cometer delitos. Al cabo de un tiempo, que varía de minutos a días, este estado termina en forma brusca, lo que sorprende al individuo que puede no saber dónde se encuentra, ya que suele haber amnesia casi total de lo que realizó mientras duró el estado crepuscular.

- **Estado sonambólico:** Es semejante al estado crepuscular, aparece durante el sueño. El individuo suele sentarse en la cama, habla en forma incoherente o incomprensible, puede levantarse y deambular por la casa, realizar actividades, al cabo de algún tiempo vuelve a su cama, se acuesta y continúa durmiendo. Durante éste período presenta amnesia de lo ocurrido. Esta alteración suele presentarse en infancia y adolescencia, cuando ocurre en adultos en forma frecuente suele ser síntoma de daño cerebral o de problemas psíquicos.

Alteraciones Mixtas de la Conciencia: Son aquellas en que además de una disminución de la luminosidad se añaden trastornos de la percepción. Reciben la denominación de estados confusionales de conciencia, se reconocen dos tipos:

- **Confusión:** En este caso el individuo se encuentra obnubilado, mezcla retazos de percepciones reales con ilusiones o alucinaciones, no puede diferenciar la realidad de la fantasía. Se encuentra desorientado, distraible, perplejo, torpe, incoherente, puede estar excitable, inquieto, lloroso.

- **Delirium:** Esta alteración de la conciencia puede ser fluctuante. Puede estar presente hipersensibilidad a los estímulos sensoriales. En este estado las alucinaciones son más intensas, en general visuales y escenográficas, el enfermo no sólo ve objetos o personas que no existen, sino que se ve rodeado de ellas y participa activamente en estas escenas, las alucinaciones también pueden consistir en figuras geométricas; excitación psicomotriz que tiende a ser más frecuente en horas de la tarde y de la noche, corre, se esconde, grita, ataca; está desorientado, distraible, afectividad lábil que puede llegar a la irritabilidad y al terror; se altera el ciclo sueño vigilia. Esta alteración puede presentarse en intoxicaciones crónicas, abstinencia, enfermedades febriles, lesiones cerebrales, es una alteración funcional del cerebro o encefalopatía tóxico-metabólica. Los estados confusionales dejan amnesia parcial o total de lo ocurrido mientras está presente la alteración.

Ejemplo:

Paciente masculino de 52 años de edad, alcohólico crónico, quien es traído a la consulta por sus familiares, viste ropas particulares, está sucio y mal oliente, es de estatura y contextura promedio, no tiene conciencia de enfermedad mental, no es posible mantener diálogo con él, está desorientado. Grita pidiendo auxilio mientras se sacude la ropa y se tapa la cara, trata de correr, motivo por el cual debe ser sujetado a la cama. Su mirada recorre la habitación, al parecer presenta alucinaciones visuales terroríficas.

6.-ORIENTACION

Este nombre se origina en la acción de establecer un rumbo geográfico en el horizonte principalmente el oriente. Es la capacidad que le permite a un individuo reconocer el entorno, saber quién es y en que tiempo y lugar se encuentra, se relaciona con las capacidades cognitivas. El hombre así como el resto de los animales utilizan la orientación lo que también ocurre con las plantas. La posibilidad de orientarse depende de:

- La información que a través de la percepción se puede obtener del mundo exterior.
- La disponibilidad de los datos almacenados en la memoria.

-La capacidad para integrar ambos a voluntad.

Alteraciones de la orientación: La desorientación puede ser un síntoma de trastornos neuróticos, psicóticos, o una consecuencia de lesión cerebral. Un individuo normal puede desorientarse en espacio y tiempo, pero al hacer uso de sus capacidades perceptivas y de su memoria podrá orientarse con eficacia y rapidez. Hablamos de alteración, sólo en los casos en los cuales la persona que dispone de suficientes datos provenientes de su sensorio no puede orientarse, aunque quiera o se le pida que lo haga.

La desorientación puede ser:

- **Alopsíquica**, que comprende:

a.- Desorientación en el tiempo: Cuando esto ocurre la persona desconoce la fecha en que está. Para la exploración se le pregunta la fecha. Hay que tener en cuenta que pacientes hospitalizados o campesinos de regiones remotas pueden desconocer la exactitud de la fecha, sin que ello signifique que existen trastornos, pero equivocaciones de meses o años son siempre significativos.

b.- Desorientación en el espacio: Cuando esto ocurre la persona no sabe donde se encuentra, no reconoce el lugar de la entrevista a pesar de que en el interrogatorio se le oriente hacia ello. La exploración se hace preguntándole al paciente, ¿donde está?, ¿como se llama éste sitio donde está ud. ahora?, ¿en qué ciudad se encuentra?, ¿en que país?, ¿por donde y como nos vamos desde aquí para su casa? La desorientación será mayor si no sabe en que ciudad o país se encuentra. La desorientación en el espacio es un síntoma más grave que la desorientación en el tiempo. Es más frecuente en pacientes con daño cerebral.

- **Autopsíquica:** Es la desorientación en cuanto a la propia persona. Cuando esto ocurre el individuo no sabe quién es. Para la exploración se pregunta nombre, profesión, edad, etc. Es más grave que la desorientación alopsíquica cuando la encontramos en cuadros orgánicos y psicóticos; también puede encontrarse en cuadros como la somatización [Trastornos disociativos (de conversión) CIE 10 y de somatización (DSM 5), en los cuales no tienen la misma connotación de severidad.

Ejemplo:

Paciente femenina de 37 años de edad, que es traída al hospital por la policía porque estaba deambulando en las calles. Entra al consultorio sin saludar, es de biotipo asténico, su aspecto personal es descuidado, viste ropas sucias y malolientes. No tiene conciencia de enfermedad mental, no colabora durante la entrevista, intenta varias veces salir del consultorio. Está vigil, orientada en persona, parcialmente desorientada en espacio (sabe que en que ciudad está), totalmente desorientada en tiempo.

7.- ATENCIÓN

- Es la capacidad de concentrar las funciones psíquicas durante el tiempo necesario para la percepción adecuada de estímulos externos o internos, de estos estímulos podemos seleccionar los que más nos importan para percibirlos en detalle. Cuando el sensorio se dirige a través de la voluntad a algo específico calificamos la atención de voluntaria. Son importantes en la atención, la focalización, la concentración, y la conciencia La presencia de inatención o de distraibilidad, en algunos casos puede estar indicando un estado confusional agudo, lo que nos obliga a investigar la presencia de una patología médica, tóxica, metabólica, o infecciosa.

- Alteraciones de la atención:

Distraibilidad (Atención dispersa. Labilidad de la atención): Es una fluctuación constante de la atención, la cual pasa de un objeto a otro sin detenerse lo suficiente para hacer un examen adecuado de la realidad. Puede presentarse también como la atención excesiva en estímulos externos que resultan poco relevantes.

Inatención selectiva: Es aquella en la que existe incapacidad para concentrarse en determinadas situaciones o hechos que provocan ansiedad (mecanismo de defensa).

Ensimismamiento: Es la dificultad para la concentración en el mundo externo, generalmente porque la atención está volcada hacia los procesos internos, fantasías, pensamientos, sensaciones (recogimiento en la intimidad de uno mismo, desentendido del mundo exterior).

-Evaluación de la atención: Podemos hacerlo tomando en cuenta la forma como el paciente responde a la entrevista. Si deseamos precisar otros detalles podemos hacer algunas pruebas sencillas, tales como:

- Repetir en orden inverso progresiones numéricas conocidas por el sujeto.
- Repetir los meses del año o los días de la semana en orden inverso.
- Contar en un párrafo alguna letra, luego debemos cuantificar los errores si los hubo.
- Repetir una lista de palabras o una sucesión de dígitos que se presentan a la velocidad de uno por segundo, si es capaz de repetir hasta seis se considera que la atención no se encuentra alterada de manera importante, la incapacidad para repetir al menos cinco es indicativo de trastorno importante de la atención.

Ejemplo:

Paciente masculino de 34 años de edad, quien es traído a la consulta por un hermano, debido a una intensa crisis depresiva desencadenada al parecer por la muerte de su esposa. Es de biotipo endomórfico, viste ropas limpias de colores oscuros, su higiene personal es adecuada. Es poco colaborador durante la entrevista, responde con monosílabos, da la impresión de una gran indiferencia. Está consciente de su alteración actual, está vigil, orientado en los tres planos, presenta distraibilidad.

8.- MEMORIA

Es la capacidad para recordar. Es una función cerebral, que depende de las sinapsis cerebrales que permiten al ser humano retener y recordar lo vivido, esto lo capacita para programar el futuro.

La memoria depende de tres procesos básicos:

- **La fijación:** es el registro de una experiencia en el cerebro. La fijación está en íntima relación con la conciencia y la atención. Cuando disminuye el nivel de conciencia y cuando la atención está alterada disminuyen las posibilidades de fijación. La atención concentrada en un estímulo hace que éste se fije con mayor facilidad, pero disminuyen las posibilidades de fijar otros estímulos que estaban excluidos del foco de la atención. La conciencia y la atención pueden alterarse por razones emocionales (ansiedad, preocupación, tristeza) u orgánicas (intoxicación etílica, traumatismos) lo que puede traer como consecuencia alteración de la memoria de fijación.

Existen casos como en la esquizofrenia catatónica y en el estupor depresivo, donde por falta de reactividad del enfermo pareciera que el nivel de conciencia está alterado, sin embargo, pasada la crisis, la

persona puede recordar los hechos que ocurrieron a su alrededor, lo que nos indica que la fijación funcionó. La forma más práctica para explorar la fijación es la de pedir que se repitan varios números. Normalmente pueden repetirse seis dígitos. También se puede narrar un cuento corto y solicitar que sea repetido.

- **La retención:** es la capacidad que permite que una experiencia previamente fijada, permanezca registrada (retenida). Está determinada por la intensidad de la fijación y por la posibilidad o no de relacionar el material nuevo con otro que ya formaba parte de la memoria. Para un médico resulta más fácil retener una información nueva sobre medicina, si puede ser asociada con conocimientos previos. Los trastornos de la retención pueden suponerse cuando la fijación y la evocación están bien.

- **La evocación:** es la capacidad para traer a la conciencia una experiencia previamente registrada (retenida). Aunque los trastornos de la evocación pueden ser debidos a lesiones cerebrales, en general los factores emocionales juegan un papel importante. La elaboración de la historia nos da información acerca de la memoria del paciente. Puede también preguntársele sobre acontecimientos que nosotros suponemos que él debe conocer, cómo quienes han sido los últimos tres presidentes de Colombia.

Trastornos cuantitativos de la memoria:

-**Hipermnesia:** Es el aumento de la capacidad para recordar. Se dice que una persona presenta hipermnesia cuando puede memorizar 20 dígitos, o repetir al pie de la letra párrafos de 250 palabras con sólo leerlas, o recordar detalles que la gran mayoría de la gente olvida. Esta capacidad puede presentarse en individuos especialmente dotados, o como producto de un entrenamiento específico, o en ocasiones asociada con algunos estados emocionales donde el individuo se siente alegre y expansivo.

-**Hipomnesia:** es la disminución de la capacidad para recordar. Sólo se pueden repetir hasta cuatro dígitos, no se recuerdan hechos importantes recientes, se dificulta el aprendizaje, aunque se puede tener una inteligencia normal. Puede estar asociada a estados de ánimo donde predomina la tristeza. En condiciones normales, de manera infrecuente una persona puede olvidar hechos importantes o tener dificultad para retener, cuando ocurre con frecuencia representa un trastorno.

-**Amnesia:** es la incapacidad total o parcial de recordar.

La amnesia puede deberse a lesiones cerebrales que pueden ser causadas por: traumatismos, tumores, accidentes cerebrovasculares. Las amnesias que tienen este origen tienden a ser parciales, abarcan todos los sucesos durante determinado lapso. Su evolución dependerá de la lesión, si hay restitución completa la amnesia podría ser reversible, en caso contrario podría ser irreversible. Los recuerdos muy anteriores al hecho traumático podrán ser recordados. La amnesia puede tener causas emocionales cuando la persona por algún motivo no quiere o no le conviene recordar algo. Ej. un adulto cuya madre murió cuando él tenía ocho años de edad, no recuerda el hecho a pesar de saber que estuvo presente; en este caso la amnesia lo defiende del dolor, si él con ayuda terapéutica fuese capaz de enfrentar ese hecho, experimentaría dolor temporal pero la amnesia desaparece.

La amnesia puede ser mixta en su origen cuando coinciden componentes orgánicos y emocionales. Según la cantidad de material olvidado puede ser:

1) Completa: el individuo no puede recordar nada de su vida pasada. Es una alteración poco frecuente y puede estar asociada a la histeria.

2) **Parcial:** el individuo no puede recordar parte de su vida. Ej. no recuerda nada de lo que ocurrió los dos últimos días.

3) **Circunscrita** (Amnesia catatímica. Amnesia afectiva. Amnesia disociativa) (amnesia lacunar: es la pérdida de memoria para un evento específico): el individuo no puede recordar un grupo determinado de vivencias o un solo acontecimiento traumático reciente. Ej. Recuerda detalles de los dos últimos días, sabe que salió con alguien, pero no recuerda con quien, ni de que hablaron. Es frecuente que los hechos olvidados posean una carga emocional intensa. La amnesia circunscrita es un síntoma enmarcado dentro de una patología mental. **De acuerdo al momento a partir del cual se instaura puede ser:**

1) **Anterógrada:** amnesia limitada a los sucesos vividos a partir de determinado momento que puede tratarse de una situación traumática, física, psicológica o ambas.

2) **Retrógrada:** amnesia que se refiere a sucesos anteriores al momento traumático.

3) **Retro anterógrada:** consiste en la combinación de las anteriores.

Para describir la amnesia se toma en cuenta la cantidad de material olvidado y el momento a partir del cual se instaura. Ej. Amnesia parcial anterógrada, amnesia circunscrita retrógrada, etc.

Trastornos Cualitativos de la memoria:

Paramnesias: los recuerdos son distorsionados por la inclusión de falsos detalles o por el establecimiento de relaciones temporales equivocadas. Las paramnesias incluyen:

Falsificación retrospectiva: (ilusiones del recuerdo) se inventan falsos detalles, significados y reminiscencias de un recuerdo real en respuesta a necesidades emocionales. Ej. un joven que necesita compensar sentimientos de minusvalía, al recordar su participación en un juego de football agrega de manera involuntaria detalles que le harán aparecer como un jugador destacado, aunque esto no sea cierto.

Fabulación o confabulación: se rellenan lagunas de la memoria (olvidos) con sucesos o informaciones que no son ciertos, aunque no hay intención de mentir. Estos recuerdos varían de un momento a otro y son fácilmente inducidos por la sugestión. Ej. a un paciente que nosotros sabemos lo que desayunó, le preguntamos: ¿qué desayunaste hoy? y nos dará una respuesta falsa, arepa con mantequilla, si poco tiempo después le decimos ¿verdad que desayunaste huevos con jamón? nos afirma que sí, el paciente olvida rápidamente lo que nos acaba de decir y puede referirnos algo completamente diferente sin percibir la contradicción.

Falso recuerdo: es el sentimiento de certeza que presenta una persona que está evocando cómo cierto algo que, de manera patente, no es verdad. Ej. Recuerda que el martes de la semana pasada habló con su hermana en su casa cuando lo real es que en ese momento su hermana se encontraba en otra ciudad.

Fenómeno de lo ya visto (deja vu): se refiere a la sensación de haber vivido o de recordar una situación que se vive por primera vez. Ej. una señora que viaja por primera vez a la playa, al bajarse del auto tiene el recuerdo de haber estado allí antes, de haber vivido en otra oportunidad esa experiencia. Esto también ocurre con personas que se están conociendo o con actividades que se están realizando por primera vez.

Fenómeno de lo nunca visto (jamais vu): es una sensación de extrañeza ante una experiencia que se ha vivido muchas veces, o ante lugares o personas conocidas. Se experimenta lo cotidiano cómo si fuera extraño.

Tanto el fenómeno de lo ya visto como el de nunca visto son experimentados por muchas personas en condiciones de ausencia de patología, en estos casos se presenta pocas veces en la vida.

Ejemplo:

Paciente masculino de 39 años de edad, que atendemos en la consulta de emergencia hospitalaria, adonde fue traído por sus familiares, ya que presentó aparente pérdida de la conciencia después de una acalorada discusión con su esposa. Es de contextura fuerte, está acostado en la camilla, sus ropas están desarregladas. Está vigil, lúcido, orientado en los tres planos, se muestra atento y colaborador durante la entrevista. Presenta amnesia retro anterógrada, no sabe porque está allí, sólo recuerda hechos del día anterior y de su historia pasada, pero no lo ocurrido durante algunas horas antes y después del conflicto con su esposa. La memoria de fijación está normal.

9. INTELIGENCIA: Se ha dicho que es la capacidad de cumplir de manera satisfactoria las exigencias y la resolución de problemas. -

Es la capacidad cognitiva de usar las funciones mentales para:

- 1) Aprovechar las experiencias adquiridas.
- 2) Solucionar tareas, tantas prácticas cómo teóricas.
- 3) Adaptarse a nuevas exigencias.
- 4) Adquirir conocimientos nuevos.
- 5) Formar conceptos abstractos.
- 6) Obtener conclusiones relevantes al resolver tareas nuevas.

Se ha hablado de diferentes tipos de inteligencia tales como: lingüística, lógico-matemática, musical, espacial, corporal cinestésica, intrapersonal (emociones), interpersonal (empatía).

Inteligencia Emocional (Daniel Goleman 1995), capacidad para reconocer sentimientos propios y ajenos (empatía) así como la habilidad para manejarlos.

Se mencionan los siguientes argumentos para relacionar la inteligencia y la herencia:

- 1) Se observa semejanza en la inteligencia de los diversos miembros de una misma familia.
- 2) Se observa semejanza entre la inteligencia de niños y la de sus padres biológicos, aunque hubiesen sido separados antes de los seis meses de edad.
- 3) Se observa semejanza en la inteligencia entre gemelos homocigotos, aunque hayan sido criados separados; esta semejanza es mayor que entre gemelos heterocigotos. Se considera que la herencia de la inteligencia es multifactorial.

Se mencionan los siguientes elementos para relacionar la inteligencia y el medio:

- 1) Niños que se relacionan con personas inteligentes mejoran sus capacidades si se comparan con los rodeados por adultos menos inteligentes.
- 2) El haberse demostrado que los gemelos heterocigotos se parecen más en la inteligencia que los otros hermanos, constituye buen argumento para demostrar la influencia del medio en la determinación de la inteligencia; comparten un medio uterino común, comparten el medio ambiental después del nacimiento, que es más semejante que el de los demás hermanos, tienen el mismo número de hermanos, tienen padres de la misma edad y condición socioeconómica, son criados bajo las mismas creencias sobre

alimentación y cuidados infantiles.

3) Estudios sobre gemelos idénticos han concluido que las características físicas son las menos modificadas por el medio, algo más las intelectuales y en alto grado la personalidad. Se puede concluir que tanto la herencia como el medio, juegan papeles importantes en la determinación de la inteligencia.

La herencia fija los límites que cada individuo puede alcanzar, el medio determina el nivel que alcanzará dentro de esos límites. Un medio hogareño favorable desde el inicio resulta muy ventajoso para el niño y su desarrollo, tanto intelectual como social; un medio ambiente favorable no igualará a los niños, pero les permitirá el desarrollo máximo de sus potencialidades biológicas. Un medio se califica de favorable cuando existen personas inteligentes, que brindan afecto de forma verbal y física, estimulan al niño desde temprana edad con miras a lograr aprendizaje de conductas, actividades e independencia.

Exploración de la inteligencia: Cuando sostenemos una conversación con una persona estamos en capacidad de apreciar su inteligencia, más aún, si esta conversación es dirigida con juicio clínico; cuando necesitamos establecer comparaciones en períodos diferentes o con personas diferentes, así como más objetividad y cuantificación, se debe recurrir a medidas de la inteligencia mediante **test**. Cuando entrevistamos a nuestro paciente y deseamos explorar la inteligencia durante la entrevista, podemos recurrir a preguntas relacionadas con:

- a) interpretación de proverbios
- b) semejanzas
- c) diferencias
- d) conocimiento
- e) cálculo aritmético sencillo
- f) durante la entrevista y mediante la experiencia del entrevistador surgirán otras formas de explorar la inteligencia.

Binet a principios del siglo XX (1905) realizó cuestionarios y pruebas que medían la inteligencia de los niños, posteriormente estas pruebas se han revisado y han surgido nuevos tests con intenciones de medir la inteligencia, tanto de niños como de adultos. Los tests nos dan a conocer el cociente intelectual (CI) de una persona, de acuerdo a las habilidades que demuestre; el CI normal será de 85 a 115. El valor obtenido en los tests auxilia a la clínica, su importancia aumentará cuando se aplican varias pruebas que se complementan. Los ítems de un test de inteligencia se eligen en el supuesto de que el tema es familiar para todas las personas a quienes se aplicará; con mucha frecuencia esto no ocurre así, surgen diferencias entre la gente del campo y de la ciudad, entre la gente de EEUU y la de América Latina, o África; esto limita el uso de un test que no haya sido adaptado al lugar donde se va a aplicar.

Es importante no sobrevalorar los tests, así como no disminuir su verdadero valor por sus defectos. Los mejores son los individuales como Stanford Binet y Wechsler (WISC para niños y WAIS para adultos). Para su aplicación e interpretación es indispensable personal adiestrado para ese fin. En los adultos resulta interesante conocer si la inteligencia actual corresponde a la que siempre tuvieron o si ha habido alguna disminución, con este fin se han ideado tests que miden el índice de deterioro. Cuando existe un deterioro neuronal importante suele acompañarse de deterioro de las funciones intelectuales. Si el defecto de la inteligencia se debe a trastornos congénitos o adquiridos antes de la pubertad se denomina trastorno del neurodesarrollo de tipo retraso mental u oligofrenia.

Cuando el trastorno de la inteligencia es producido por deterioro neuronal en un adulto se denomina SINDROME DEMENCIAL. Igualmente, se tiende a usar el término “especial” para designar al sujeto subnormal y al genial, ambos pueden constituir casos problemas y ameritan tratamiento especial desde la infancia.

Schneider (1951) dice que los procesos básicos que conducen a la demencia pueden también alterar preferentemente a la memoria y al entendimiento, pero las alteraciones de éstos no siempre corresponden a procesos demenciales, por lo que considera que el núcleo de la demencia será la destrucción de la capacidad de juicio, además de la disminución de la inteligencia; puede considerarse la demencia como una psicosis crónica con fundamentos somáticos. También para Schneider una oligofrenia equivale a una demencia cuando es referible a procesos patológicos, de acuerdo al concepto clásico de demencia adquirida o como producto de transformación.

Al Retardado mental se le pueden enseñar hábitos, también destrezas profesionales adecuadas a su nivel intelectual, la mayoría pueden ocupar un lugar en la sociedad sin permanecer en una institución. Un CI de 25 no es suficiente para que una persona domine actividades sencillas como el vestirse o alimentarse, podrá sobrevivir bajo condiciones muy protegidas. Un CI de 50 le permite a una persona mantenerse a sí mismo y realizar tareas simples remuneradas. Pueden encontrarse niños que durante años son clasificados como subnormales, que sin embargo en la edad adulta alcanzan niveles normales, en ellos el desarrollo es más lento que en la generalidad, pero se prolonga en el tiempo, y suele ser característico de algunas familias.

Hay casos de falsa oligofrenia, en ellos las disposiciones intelectuales no se despliegan como podrían hacerlo, se mencionan cuatro causas principales: **defectos en los órganos sensoriales, maduración neurológica tardía, anormalidades de la personalidad, mala influencia del ambiente social.**

Ejemplo:

Paciente femenina, de 73 años de edad, que es traída a consulta por sus familiares por presentar alteraciones en la conducta, caracterizados por: deambulación continua, insomnio, “recoger basura y hablar disparates”. Es una persona pequeña, delgada, que viste ropas limpias, su higiene personal es adecuada. Está vigil, desorientada en espacio y tiempo, distraible, presenta disminución de sus memorias de fijación y evocación (sólo logra repetir dos dígitos), su inteligencia está por debajo de lo normal, no logra interpretar ningún refrán ni establecer diferencias, aun cuando los familiares informan que antes era “despierta e inteligente”.

10.- AFECTIVIDAD. - La afectividad se refiere al afecto, afecto o humor es el tono del sentimiento, tanto placentero como displacentero de una persona. La afectividad es el conjunto de emociones, estados de ánimo, sentimientos, que matizan siempre los actos humanos y las funciones mentales. Afecto y emoción han sido usados como sinónimos. La afectividad incluye sentimientos tales como rabia, tristeza y alegría. Para evaluar en el examen mental la afectividad disponemos de: la expresión facial, los gestos, la manera de hablar y el lenguaje, el pensamiento, la conducta general del paciente.

De manera coloquial tiende a usarse el término afectividad como relacionado exclusivamente al amor o al odio, pero la afectividad es más amplia, y determina la actividad general en relación con cualquier experiencia y hasta la predisposición a enfermedades, podemos mencionar el cáncer; influye en todas las áreas del examen mental. El estado habitual de ánimo, el humor dominante en el tiempo en una persona se denomina afecto fundamental. Cuando el estado de ánimo es “normal”, es decir, no presenta

variaciones grandes del humor y resulta agradable para la persona, hablamos de eutimia. Los seres humanos somos influidos afectivamente por los estímulos externos, en especial la alegría o la tristeza de las personas que nos rodean, a esta cualidad se le denomina empatía o sintonización afectiva, **ejemplo:** si alguien al ver llorar a otro siente tristeza y deseos de llorar, ha sintonizado afectivamente. Los seres humanos tenemos otra cualidad, es la de lograr que otros sintonicen con nuestra afectividad, es lo que se denomina irradiación afectiva, en el ejemplo anterior, el personaje que lloró al principio tuvo esta capacidad. La irradiación afectiva y la sintonización afectiva son de utilidad para la evaluación de la afectividad durante el examen mental.

Los criterios de normalidad y anormalidad durante el examen mental en la afectividad, se basan en la intensidad, duración, y congruencia del afecto con la situación.

Las alteraciones de la afectividad pueden clasificarse con fines docentes en **cuantitativas y cualitativas**. En las **alteraciones cuantitativas** destacan por su importancia la hipertimia, la hipotimia y la Atimia, podemos entender cada una de ellas de acuerdo al prefijo usado en su denominación; así en la hipertimia hay un aumento del tono humoral, es decir, un aumento de la afectividad, que puede ser tanto hacia lo placentero (euforia, hipomanía, manía) o hacia lo displacentero o desagradable (tristeza, depresión, miedo, ansiedad).

La euforia es un estado de humor placentero, que se acompaña de locuacidad, optimismo, alegría; casi siempre es normal, consecuencia de la eutimia y de la sintonización afectiva, luego de aprobar los exámenes, un tono humoral eufórico es lo más esperado y normal. Constituye la euforia el primer peldaño para ascender a tonos humorales más importantes desde el punto de vista psicopatológico, cómo son la hipomanía y la manía.

En la hipomanía el humor está exaltado con una tonalidad mayor que en la euforia, persiste la capacidad de sintonizar e irradiar, hay gran alegría que lleva a la acción y a la interrelación humana, la persona se encuentra expansiva, taquipsíquica, tiende a ser simpática, no se perturba la vida social ni la laboral, aunque en algunos momentos puede presentarse irritabilidad, no se presentan manifestaciones psicóticas, algunas personas presentan la hipomanía cómo una característica más de su personalidad, sin que llegue a ser una manifestación patológica. La hipomanía puede estar presente en la ciclotimia y en el trastorno bipolar. La hipomanía constituye un peldaño más para llegar a una alteración siempre psicopatológica cómo es la manía. La manía se caracteriza por una alegría desbordante y comunicativa, la alegría aumenta al hablar con los demás, existe optimismo, todo le parece bien y al alcance de su mano, hay capacidad de irradiación afectiva y puede también persistir en algunos casos la capacidad de sintonización, pero ésta podría resultar fugaz y momentánea, cómo en el caso de entristecerse ante una situación que así lo merezca. La exaltación humoral y afectiva es mayor que en la hipomanía y al igual que en ésta, su intensidad no resulta congruente con las situaciones externas. Presenta fuga de ideas, excitación, irritabilidad, actividad constante sin necesidad de dormir, pero muchas de las actividades que inicia no se concluyen, desinhibición, libido exaltada, distraibilidad. La manía se presenta en el trastorno bipolar.

De esta manera terminamos de ascender los peldaños de la hipertimia placentera y nos disponemos a descender hacia la hipertimia displacentera, encontramos a la tristeza, estado afectivo que todos habremos presentado alguna vez.

La tristeza se caracteriza por: aflicción, abatimiento, desánimo, pesimismo, irradiación afectiva presente y con frecuencia persiste la sintonización. La tristeza en la mayoría de las ocasiones que se presenta es

consecuencia normal de alguna circunstancia.

La depresión se caracteriza por: Tristeza, que disminuye la actividad general, existe irradiación afectiva, puede en algunos casos conservarse la capacidad de sintonización afectiva, el deprimido se siente rechazado, piensa que nadie lo quiere, hay apatía, la conciencia disminuye, se presentan sentimientos de minusvalía, autorreproches, autoinculpación, deseos de morir, ideación suicida, anorexia, insomnio, disminución de la libido, puede haber excitación cuando está presente ansiedad. Vista la depresión de esta manera debe quedar claro que nunca es normal; es error coloquial frecuente hablar de depresión ante cualquier estado de tristeza.

La ansiedad es sinónimo de angustia, la palabra angustia proviene de “anxius”, “angor”, por asociación con la opresión, ahogo, estrechez que se siente y que se refiere con preferencia a las regiones precordial o abdominal.

El que presenta ansiedad la refiere “cómo un estado de inquietud, cómo si me fueran a dar una mala noticia, cómo un presentimiento, como un miedo sin motivo”. Puede acompañarse además de componentes somáticos: taquicardia, vértigo, hiperhidrosis, escalofrío, temblor, hiperventilación, irritabilidad intestinal, hiperclorhidria, náuseas, midriasis, no está en relación directa con un desencadenante externo, el que sufre ansiedad en la casi totalidad de los casos no es capaz de identificar el motivo de lo que está sintiendo. Cuando algún hecho o alguna situación conocida determinan un estado afectivo parecido a la angustia, cómo, por ejemplo, un examen o un viaje, se habla más bien de miedo angustioso o ansioso. En el miedo existe semejanza con la ansiedad, pero el miedo es motivado por una verdadera amenaza a la integridad física, a la homeostasis de la persona que lo experimenta. La irritabilidad es un estado afectivo en el cual predomina la rabia o ira, resulta muy fácil la agresión ante estímulos poco importantes, puede presentarse de modo accesional o cómo estado fundamental de ánimo.

La hipotimia, cómo el prefijo lo indica es una disminución del tono humoral o de la afectividad del sujeto, hay disminución de la capacidad de sintonización y de irradiación afectiva. **Esto alcanza el máximo en la Atimia,** en la que existe un completo aplanamiento de la afectividad, está el sujeto impedido de experimentar cualquier tonalidad afectiva, tanto placentera cómo displacentera.

Las alteraciones cualitativas de la afectividad se clasifican así:

La rigidez o tenacidad afectiva, cuando a pesar de la intensidad de los estímulos externos conseguimos persistencia y fijación patológica de determinado estado afectivo, está relacionada con una carencia de sintonización afectiva.

La labilidad afectiva es contraria a la rigidez afectiva, en ella encontramos cambios bruscos y repentinos, de gran intensidad y de breve duración del tono humoral, ejemplo: la paciente que está muy triste y llora ante una decepción amorosa, pero ríe de inmediato ante cualquier frase incluso con poco contenido jocoso, a los pocos minutos se muestra irritada al no encontrar el lápiz labial en la cartera.

La incontinencia emotiva o afectiva; en nuestra vida diaria aprendemos a manejar nuestros afectos y su expresión, llegamos a evitar llorar aunque las circunstancias personales sean muy tristes, o a evitar manifestar nuestra alegría en circunstancias favorables; cuando el individuo al menor estímulo

entristecedor llora desconsoladamente sin poder evitarlo, es decir, cuando se expresa de forma aparatosa la menor variación del estado de ánimo por la imposibilidad de contener la expresión emocional, hablamos de incontinencia afectiva.

La ambivalencia afectiva; es la coexistencia de sentimientos tan opuestos como el amor y el odio dirigidos al mismo tiempo y hacia el mismo ser.

Las neotimias son desconocidas para la mayor parte de los individuos, consisten en sentimientos nuevos que resultan difíciles de exponer o describir, ejemplo: un paciente que relata al comienzo de su enfermedad haber experimentado la gracia divina, como un estado interior de máxima satisfacción y belleza.

La **catatimia** ocurre cuando la conducta, el pensamiento, la percepción, están determinados y modificados por la afectividad. Se tiende hoy a llamar catatímica a toda actividad psíquica cuyo contenido es transformado por el sentimiento o la afectividad.

La disociación ideoaffectiva; quizás nos ha correspondido presenciar alguna vez que alguien explique riéndose la muerte de un ser querido, **esto es denominado disociación ideoaffectiva**, es la ruptura de la correspondencia entre el pensar y el sentir. El cambio de los afectos consiste en la modificación sin causa externa de los sentimientos que relacionan al sujeto con las otras personas, puede tratarse de exaltación, debilitamiento o desaparición. Se puede llegar más lejos en la inversión de los afectos, donde los seres antes más queridos son odiados o los enemigos antes repudiados se convierten en apreciados. **Otro cambio de los afectos es la indiferencia o embotamiento afectivo**, que consiste en una pérdida de la resonancia interna de los afectos, ejemplo: el paciente manifiesta que ya no siente el normal cariño a su mujer e hijos, lo que el mismo critica y teme, pues reconoce que no hay motivos para que no los quiera como antes.

Las distimias afectivas constituyen cambios más o menos manifiestos del estado de ánimo, que aparecen independientemente de una motivación externa. Pueden manifestarse como alegría, tristeza o agresividad. Algunos autores limitan el uso del término distimias a los accesos de sentimientos desagradables (mal humor, cólera, rabia, terror, angustia, tristeza) sin condiciones externas que los hagan comprensibles. Aquí nos estamos refiriendo a las distimias afectivas como hecho semiológico, **no como DX en los sistemas CIE-10 Y DSM 5. La interceptación afectiva** ocurre cuando un paciente da muestras claras de alegría y este estado afectivo se interrumpe de forma brusca y sin motivo. La interceptación afectiva se caracteriza por la interrupción brusca de un afecto en desarrollo. **La Moria**, es un estado donde el enfermo tiene expresión de alegría vacía, ríe por motivos pueriles y absurdos, la conducta es pueril, se le llama también euforia insípida.

11.- PSICOMOTRICIDAD.- Conjunto de gestos, facies, movimientos, de una persona, que manifiestan su estado psíquico, se les denomina psicomotricidad. Cuando nos referimos a la psicomotricidad de la cara hablamos de la mímica, hablamos de la motórica para referirnos a la psicomotricidad del resto del cuerpo. La psicomotricidad está íntimamente relacionada con la conación, es decir el impulso a la acción, está unida con la afectividad ya que ésta constituye su fuente de energía.

La conación está seguida por la realización del acto o conducta explícita. Para clasificar las alteraciones de la psicomotricidad con intenciones didácticas tomamos en cuenta estos elementos, es decir, la conación y la conducta explícita, según esquema que se especifica a continuación:

Clasificación:

I.- Alteraciones de la conación:

1.- alteraciones cuantitativas:

- a) abulia
- b) hipobulia
- c) hiperbulia

2.- alteraciones cualitativas:

- a) comportamientos impulsivos
- b) compulsiones

II.- Alteraciones de la ejecución o conducta explícita:

1.- alteraciones cuantitativas

- a) Psicomotricidad exaltada:
 - Inquietud psicomotora (psicomotriz)
 - Agitación psicomotora (psicomotriz)
- b) Psicomotricidad inhibida:
 - Mímica pobre
 - Mímica lenta
 - Mímica congelada
 - Motórica pobre
 - Motórica lenta
 - Catalepsia o catatonía
 - Cataplexia
 - Disociación entre mímica y motórica

2.- Alteraciones cualitativas:

- Mímica inadecuada al estímulo
- Estereotipias psicomotoras
- Amaneramiento
- Flexibilidad cérica
- Negativismo
- Ecopraxia
- Interceptación cinética
- Obediencia automática
- Tics

A la falta absoluta de motivación y por lo tanto de deseos y decisiones, así como anulación de la voluntad se le llama **abulia**; si en lugar de esa carencia absoluta hay sólo una disminución de la motivación, hablamos de **hipobulia**; cuando conseguimos un aumento de la actividad por una mayor intensidad de la motivación, hablamos de **hiperbulia**. Es necesario recordar que cuando hablamos de bulia nos estamos

refiriendo a la voluntad.

Cuando se realizan actos sin previa deliberación o pensamiento, hablamos de comportamiento impulsivo. Por otra parte las compulsiones son actos que surgen como consecuencia de pensamientos que aparecen en el individuo en contra de su voluntad, provocan intensa lucha y malestar ya que no son deseados; el paciente está consciente de lo absurdo del hecho e intenta no realizarlo, ejemplo: golpear tres veces con los nudillos todos los objetos de madera; lavar las manos numerosas veces como consecuencia del pensamiento de que todo lo que toca está contaminado, este pensamiento es obsesivo; las compulsiones se ligan tan íntimamente a los pensamientos obsesivos que esta combinación es denominada trastorno obsesivo-compulsivo. Existen actos compulsivos que no son obsesivo-compulsivos, como el alcoholismo, el robo compulsivo (cleptomanía), el encender fuego compulsivamente (piromanía), el acto sexual compulsivo (ninfomanía o satiriasis), el juego compulsivo, la ingesta compulsiva de comida (bulimia) y están clasificados como trastornos del control de impulsos.

Cuando la cantidad de movimientos que realiza un individuo está aumentada comparada consigo mismo en condiciones normales o con la generalidad de las personas, hablamos de psicomotricidad exaltada, la que puede ir desde una simple inquietud psicomotora, que se limita a moverse algo más de lo necesario, hasta la agitación psicomotora que es el grado máximo de exaltación, no cede ante la influencia de los que rodean al enfermo y a éste se le debe considerar peligroso para sí mismo y para los demás, por lo tanto constituye una verdadera emergencia psiquiátrica. A la máxima agitación psicomotora se le denomina furor.

En el polo opuesto nos encontramos con la psicomotricidad inhibida, consiste en una disminución de la frecuencia, número e intensidad de los gestos y movimientos, al compararle consigo mismo en condiciones normales o con la generalidad de las personas.

Cuando una persona en la expresión de su cara manifiesta poco su estado de ánimo, nos encontramos ante una **mímica pobre**. Si los movimientos del rostro son lentos, hablamos de **mímica lenta**. Si la persona mantiene la expresión fija de determinado estado de ánimo, hablamos de **mímica congelada**.

Puede ocurrir que el paciente realice muy pocos movimientos de su cuerpo y miembros y que su postura sea poco expresiva, estaremos frente a una **motórica pobre**. Cuando los gestos y posturas adquieren lentitud anormal se trata de una **motórica lenta**.

La catalepsia o catatonía consiste en la inmovilidad constante y prolongada, el paciente permanece en la misma posición así sea incómoda por mucho tiempo. Si el paciente adopta de manera pasiva las posturas en que le colocamos, lo moldeamos como una estatua de cera, entonces hablamos de flexibilidad cética, donde las extremidades pueden ser colocadas y mantenidas en una posición incómoda por mayor tiempo que el tolerado por una persona normal, y el tono muscular se encuentra aumentado.

La cataplexia consiste en una pérdida repentina del tono muscular, con gran debilidad en miembros, cuello, aparato fonatorio; son provocados por situaciones emocionales inesperadas o fenómenos de sueño incontrolado diurno.

En algunos casos encontramos que no hay correspondencia entre la mímica y la motórica, es decir, puede apreciarse una mímica exaltada junto a una motórica lenta y viceversa, se trata de una disociación entre la

mímica y la motórica. Podemos encontrarnos también con un enfermo que expresa con la mímica un estado de ánimo diferente al que realmente está sintiendo, se trata de la llamada mímica inadecuada al estímulo, ejemplo: al recibir un disgusto sonríe, al escuchar un chiste el rostro expresa tristeza; puede ser peligroso, porque puede encubrir el verdadero estado de ánimo del enfermo con tendencia agresiva.

Vemos con frecuencia pacientes que repiten innecesariamente movimientos o actos, “se toca la oreja derecha con la mano izquierda muchas veces durante la entrevista” a esto se le denomina **estereotipia motora o psicomotora**.

Otros pacientes realizan movimientos sin espontaneidad, teatrales, intercalados con los gestos habituales del individuo, estos movimientos son los llamados amaneramientos, o manierismos, o manierismos, resultan también estereotipados. **Los tics** son movimientos repetidos, irregulares, que afectan a un grupo muscular que se contrae de forma espasmódica e intermitente, en la cara u otra parte del cuerpo, sin la presencia de un estímulo externo, difíciles de controlar, existe urgencia por realizar el movimiento, ej. Parpadear, apretar los puños, abrir las fosas nasales, hacer muecas, pueden empeorar con el estrés, desaparecen durante el sueño.

Algunos pacientes se niegan a realizar, o realizan movimientos contrarios a los que les son sugeridos u ordenados, se dice que presentan negativismo. En el primer caso hablamos de negativismo pasivo, en el segundo, de negativismo activo. Se ha hablado de negativismo verbal y no verbal. Otros pacientes se dedican a imitar los movimientos que realiza el interlocutor, son continuados e impulsivos, a esta repetición patológica de los movimientos se le llama **ecopraxia**.

Puede observarse que algunos pacientes interrumpen de forma brusca un movimiento en desarrollo, ejemplo, lleva el vaso a la boca e interrumpe bruscamente el movimiento antes de alcanzar los labios, el sujeto queda transitoriamente en la posición que tenía en el momento de surgir esta interrupción a la que se le denomina **interceptación cinética**.

Otros pacientes presentan obediencia automática, que consiste en la realización de movimientos ordenados por el interlocutor sin importar lo absurdo que estas órdenes puedan ser.

12.- PERCEPCIÓN .- Es la captación o aprehensión del mundo externo por medio de los órganos sensoriales, así como la captación de nuestra forma o postura corporal y del funcionamiento visceral por medio de informadores internos. Implica reconocimiento e interpretación de lo captado o sentido debido a la experiencia o recuerdos, lo que indica que la actividad no es sólo de órganos sensoriales sino también del cerebro en lo cognitivo. Los trastornos de la percepción se clasifican en **cuantitativos y cualitativos**:

Trastornos cuantitativos: Se refieren a la alteración de la intensidad de lo percibido; puede tratarse de aumento, disminución, o abolición, de una función sensorial, ejemplo hipersensibilidad táctil o hiperestesia, hiposensibilidad auditiva o hipoacusia, asensibilidad gustativa o agusia.

Se clasifican: **1) Ilusiones:** son percepciones deformadas de un objeto presente, hay una verdadera estimulación del órgano sensorial; es un fenómeno corriente que se torna patológico si se incrementa la frecuencia, la duración, o la intensidad. Podemos mencionar tres mecanismos para la aparición de las

ilusiones: **por desatención, por tensión afectiva y autoprovocadas**. Por desatención cuando es deformado un estímulo procedente de campos sensoriales diferentes al que en ese momento ocupa nuestra atención.

Ejemplo: Mientras leemos suena la puerta y oímos que hemos sido llamados.

Por tensión afectiva o catatímica; Se entiende como una carga emocional que causa y modela la deformación de la percepción, ejemplo: el movimiento de las hojas de una planta, puede ser percibido cómo un hombre armado cuando sentimos miedo al transitar por una calle oscura.

Las autoprovocadas son producidas voluntariamente, ejemplo: escuchar intencionalmente palabras o música, cuando se oye llover. Existen ilusiones siempre patológicas cómo son las macropsias y las micropsias, en las cuales la ilusión se refiere al tamaño del objeto percibido, el que se agranda o empequeñece respectivamente en cada uno de estos fenómenos.

2) Alucinaciones, son percepciones sin objeto, surgen en ausencia de estímulo, no hay estimulación del órgano sensorial. Dan al individuo una sensación absoluta de realidad y corporeidad.

Clasificación:

De acuerdo a la complejidad:

- a) Simples: constituidas por sensaciones elementales, cómo murmullos y silbidos.
- b) Complejas: constituidas por múltiples elementos

De acuerdo a la estabilidad:

- a) Fijas o estables, si lo percibido siempre es lo mismo.
- b) Variables o cambiantes, si lo percibido es diferente en cada ocasión.

De acuerdo a la permanencia en el tiempo del fenómeno alucinatorio

- a) continuas
- b) discontinuas
- c) esporádicas

Las percepciones normales no pueden producirse fuera de su órgano sensorial, lo que si es posible en las alucinaciones y se les llama extracampinas. Una alucinación visual extracampina se puede experimentar fuera del campo visual, como puede ser detrás de la cabeza.

Las alucinaciones también son clasificadas de acuerdo al órgano sensorial en: auditivas, visuales, gustativas, olfativas, táctiles (hápticas), cinestésicas (movimiento corporal). Las cenestésicas se refieren a los miembros fantasmas y a órganos denervados, también se pueden incluir en éste grupo las referentes a la imagen corporal, son sensaciones corporales particulares (quemazón, hormigueo, o sensación de que el cuerpo ha cambia de tamaño o forma). En este grupo están incluidas las llamadas somatoestésicas, que se refieren al sensorio somato - visceral. En el miembro fantasma el paciente percibe como presente y algunas veces dolorosa una parte del cuerpo que está ausente, como un miembro amputado. En la hemisomatoagnosia existe una lesión que afecta la zona parietal derecha, o hemisferio no dominante, falta de reconocimiento del hemicuerpo izquierdo y en oportunidades del espacio circundante) el paciente refiere la falta de una parte de su cuerpo que si se encuentra presente.

A las alucinaciones auditivas en las que dos o más voces se refieren en tercera persona al paciente, se les denomina **alucinaciones en tercera persona**, éstas, así como las voces que anticipan o hacen eco, se encuentran relacionadas con la esquizofrenia. Las alucinaciones en segunda persona se dirigen al paciente y hasta le dan órdenes. **Las alucinaciones visuales nos obligan a descartar la posibilidad de que el paciente presente una patología orgánica.** En las alucinaciones autoscópicas se ve y se puede oír el propio cuerpo en el exterior, frente a sí mismo. Las alucinaciones gustativas y las olfatorias hacen pensar en la posibilidad de una epilepsia del sistema límbico o de una lesión ocupante de espacio bulbar o de las vías olfativas. Las alucinaciones en la esfera sexual sugieren esquizofrenia, más aún si se interpretan de forma delirante. Las alucinaciones hipnagógicas ocurren cuando el paciente está pasando de la vigilia al sueño, pueden ser auditivas, visuales o táctiles. Las alucinaciones hipnopómpicas ocurren cuando el paciente está pasando del sueño a la vigilia.

Ejemplo: Paciente masculino de 18 años de edad, quien es atendido en la urgencia hospitalaria a donde fue traído por sus familiares por “decir disparates”, habla solo, duerme poco, se niega a comer. Observamos un paciente de constitución asténica, descuidado en su aseo personal, calza un zapato negro y otro marrón. Está vigil, orientado en los tres planos, poco colaborador durante la entrevista. No tiene conciencia de enfermedad mental, su atención está dispersa, no se evidencian alteraciones de memoria, la inteligencia impresiona dentro de límites normales, se observa angustiado y moderadamente excitado. Refiere alucinaciones auditivas insultantes, nos dice “no soporto ya los insultos”, según él provienen del techo de su habitación.

13.- LENGUAJE. - El lenguaje humano nos permite comunicarnos por medio de símbolos (signos) que son las palabras escritas o pronunciadas al emplear el aparato fonador, existe también el lenguaje de señas empleado por personas con dificultades de audición. Con el lenguaje hacemos conocer el pensamiento. La alteración de la comprensión y expresión plantean alteración del lenguaje. La afectación de la producción se dirige hacia un problema específico del habla. El lenguaje es una facultad humana para comunicarse mediante sonidos o escritos. El habla es la facultad de hablar, la acción de hablar, es decir que es la realización del sistema lingüístico llamado lengua, se produce al elegir determinados signos, entre los que ofrece la lengua mediante su realización oral o escrita. La lengua se refiere al sistema de signos orales o escritos y sus reglas de combinación. (idioma).

Consideramos que la mayoría de las alteraciones del lenguaje son expresión de problemas neurológicos, sin embargo, haremos una revisión somera de las alteraciones del lenguaje, con énfasis en las relacionadas con alteraciones psiquiátricas que no sean alteraciones específicas del pensamiento.

El lenguaje puede ser fluido o no de acuerdo a la capacidad del paciente para elaborar frases de longitud y construcción adecuada. **Pueden encontrarse errores parafrásicos**, en los que se evidencian deformaciones de letras o de palabras enteras (camino por camino o esfera por cuadro). A la incapacidad para encontrar (recordar) palabras como nombres de personas, animales, vegetales, u objetos que puede llevar al aislamiento de la persona se **le designa como anomía** (lesión lóbulo temporal del hemisferio dominante. Afasia Amnésica). A la dificultad para encontrar (recordar) estas palabras se le designa como **disnomía**.

Disfonía: alteración del tono o del timbre de la voz.

Dislalia Funcional: trastorno en la pronunciación de las palabras por omisión o por sustitución. No se encuentra patología neurológica ni del aparato fonador, existe uso incorrecto del aparato fonador. Cuando es consecuencia de audición defectuosa se designa audiógena. Son más frecuentes r, k, s, z, ch.

Disfasia: trastorno en la comprensión y en la producción del lenguaje oral. Puede afectar en algunos casos a la lectura, la escritura, las matemáticas. Puede originarse en alteración del desarrollo que afecta los centros cerebrales que están relacionados con el lenguaje.

Disfemia (tartamudeo): trastorno del habla, repetición rápida de sonidos y/o sílabas lo que bloquea la pronunciación. Se acompaña por tensión muscular en cara y cuello, miedo y estrés. Interactúan factores orgánicos, psicológicos y sociales. Se inicia entre los 2 y 4 años de edad y se supera en la mayoría de los casos en la adolescencia. Puede ser neurogénica, psicógena, o relacionada con el desarrollo del aprendizaje y el habla.

Farfulleo: Trastorno caracterizado por un ritmo rápido del habla con interrupciones en la fluidez, pero sin repeticiones e indecisiones, de una gravedad que da lugar a un deterioro de la comprensión del habla. El habla es errática y disrítmica, con súbitos brotes espasmódicos que generalmente implican formas incorrectas de la construcción de las frases.

Afonías Somatomorfos: pérdida de la voz por motivos afectivos como estados de ansiedad o emociones violentas, accidentes, miedo (catatimia), miedo a hablar (logofobia), no existe alteración anatómica ni funcional del aparato fonador, tampoco endocrinas; inicio brusco, voz apagada, timbre de voz alterado, susurro. Remite en poco tiempo y de forma repentina.

Disglosias: trastorno en articulación de fonemas por alteraciones anatómicas de órganos periféricos del habla. Pueden ser congénitas, consecuencia de trastornos del crecimiento, causadas por parálisis periféricas, secuelas cicatriciales o estenóticas luego de traumatismos. Existen disglosias: labiales, mandibulares, linguales, palatinas.

Rinolalias: alteración o ausencia de articulación de algunos fonemas con timbre nasal de la voz, por alteraciones en el velo del paladar.

TRASTORNOS EN EL DESARROLLO Y ADQUISICIÓN DE LA ESCRITURA

Disfasia: a los cuatro años el lenguaje oral es desorganizado, puede llegar a ser incoherente, existe dificultad para organizar la secuencia de los movimientos necesarios para producir lenguaje oral; omite sílabas o consonantes iniciales y finales; dificultad para la adquisición de morfemas (relaciones o categorías gramaticales, así como de número y género); en ocasiones ecolalia. Se puede alterar el lenguaje escrito. Está alterada la adquisición del lenguaje expresivo y/o el lenguaje comprensivo. **Usan perífrasis (circunlocución)** lo que dificulta sintetizar. Lo descrito es consecuencia de estructura mental que impide la capacidad analítica y de abstracción de la inteligencia; se encuentra asimetría interhemisférica

(Imagenología). Puede coincidir con retraso mental, sordera, espectro del autismo, o psicosis. Resiste a la intervención logopédica.

Disartria: trastorno motor del habla donde hay dificultades asociadas con articulación defectuosa de fonemas. Existe lesión del S.N.C. o alteraciones motrices de respiración, fonación, articulación, resonancia, y prosodia, en algunos casos se encuentra vinculada con déficits mentales. Voz disfónica, respiración irregular sin coordinación, producción de ruidos sin relación con palabras del idioma. A la edad de inicio la persona debía tener una articulación de palabras correcta.

Afasias Infantiles: El diagnóstico se hace a partir de los tres años de edad. Lesión cerebral adquirida, daño fundamental en áreas fronto-temporo-occipitales del hemisferio dominante. Predominan los trastornos expresivos sobre los comprensivos, aunque pueden aparecer errores comprensivos.

DIFICULTADES ARTICULATORIAS, REDUCCIÓN DE VOCABULARIO, INCORRECCIONES DE SINTAXIS

Mutismo: rechazo a hablar en situaciones sociales, puede ser selectivo, el mutismo más grave se presenta en todas las situaciones sociales. Su inicio puede ocurrir antes de los cinco años de edad y su duración puede ser desde meses hasta años. Las capacidades para hablar y entender el lenguaje están conservadas. El mutismo selectivo puede ser una forma de manifestación de ansiedad social. La persona conserva su capacidad para hablar pero no puede expresarse verbalmente en determinadas situaciones, Un niño puede permanecer meses sin hablar en la escuela mientras en la casa habla con fluidez. En muchas ocasiones, el mutismo selectivo es un síntoma psicótico.

Espectro del Autismo: Autismo de bajo rendimiento: Trastorno generalizado del desarrollo, con deterioro de la comunicación y actividades comunicativas, déficits graves en el desarrollo del lenguaje, puede haber ecolalia, palabras repetitivas y sin sentido, estereotipias verbales, lenguaje metafórico o inversión de pronombres, falta de términos abstractos, lenguaje funcional, en ocasiones silencio absoluto. **Sordera:** los sordos totales (anacusia o cofosis) no permiten la audición funcional para la vida ordinaria, no posibilita adquisición de lenguaje oral por vía auditiva. **Autismo de alto rendimiento:** S. De Asperger (Revisar Tema)

14.- PENSAMIENTO.

La formación de ideas y la interrelación de éstas constituyen la función que conocemos como pensamiento. Proviene de la actividad del intelecto y del pensar. El pensamiento se estructura en base a símbolos que son las palabras, se expresa a través del lenguaje, se vale de la memoria, la imaginación y la percepción.

Los trastornos del pensamiento pueden clasificarse con fines didácticos en alteraciones del curso y alteraciones del contenido.

Las alteraciones del curso del pensamiento se clasifican a su vez en **alteraciones de la velocidad y alteraciones de la forma.**

Alteraciones de la velocidad:

Al entrecimiento del pensamiento se le llama **bradipsiquia**. Cuando el pensamiento es muy rápido se

habla de **taquipsiquia**. La taquipsiquia extrema lleva a la fuga de ideas, en esta alteración el pensamiento es tan rápido que no es posible que el lenguaje exprese todas las ideas, por lo que se pasa rápidamente de una idea inconclusa a otra idea que es probable también quede inconclusa su expresión, aumenta además la actividad asociativa y puede haber asociación por consonancia. En la logorrea hay excesiva locuacidad, expresión abundante de ideas en forma rápida, son lógicas, coherentes y no alcanzan la velocidad de la fuga de ideas.

Alteraciones de la forma: Se refieren a la morfología del pensamiento, es decir, al uso de la sintaxis.

La perseveración consiste en la reiteración frecuente sobre alguna o algunas ideas durante la conversación, si se le permite al enfermo que se exprese libremente tenderá a insistir sobre éstas de manera constante. Se ha dicho que es la tendencia a emitir repetidamente la misma respuesta verbal o motora ante estímulos distintos. En el esquizofrénico puede ocurrir como consecuencia de la incapacidad de cambiar de manera rápida entre diferentes conceptos.

La verbigeración o catafasia es la repetición anárquica, anormal, frecuente, de palabras o frases incoherentes.

Las estereotipias verbales consisten en el uso de palabras o frases que se intercalan con frecuencia y sin necesidad en la conversación, como ejemplo se puede mencionar la coprolalia, que son estereotipias verbales basadas en palabras obscenas. En la **prolijidad** el paciente es incapaz de diferenciar lo esencial de lo accesorio, por lo que antes de alcanzar la idea central en su discurso discurre por una cantidad de detalles irrelevantes e innecesarios. **La tangencialidad** se diferencia de la prolijidad en que la persona nunca alcanza a expresar la idea central. En la **disgregación** el pensamiento se encuentra fraccionado, roto, destrozado, fragmentado (desunión de las partes de un todo que debía ser compacto). El paciente expresa oraciones o frases incompletas e interrumpidas sin ser consecuencia de taquipsiquia. Es producto de la interceptación o bloqueo del pensamiento, también es posible que sea producido por embolismo de ideas (pensamiento emboliforme).

El bloqueo del pensamiento consiste en que de forma repentina se interrumpe la expresión de una idea, existe solución de continuidad en el pensamiento, luego de un lapso muy corto se reinicia la expresión, pero generalmente con una idea diferente, aunque en ocasiones puede ser la misma idea; el paciente lo vive como que se quedó sin ideas y puede llegar a interpretarlo en forma delirante. El embolismo de ideas se diferencia del bloqueo en que no hay pausa entre la idea precedente y la siguiente, surge una idea diferente sin que pueda apreciarse solución de continuidad. Cuando lo expresado por el paciente es completamente incomprensible se califica su **pensamiento de incoherente**, la coherencia se refiere a la estructura del pensamiento, al empleo de la sintaxis, ejemplo: el fondo aeropuerto modificar objetivos reivindicó papel. Se habla de incoherencia asociativa, la asociación de ideas se realiza de manera arbitraria lo que hace al pensamiento incomprensible, ilógico, es decir incoherente. Hay autores que consideran la incoherencia y la disgregación como sinónimos.

Los neologismos son palabras nuevas que aparecen en una lengua, proceden de otra lengua o son creaciones. El paciente crea palabras nuevas es decir neologismos, se piensa que por razones psicológicas. Se sugiere preguntar el significado al paciente y a sus familiares.

Alteraciones del contenido del pensamiento: Ideas Delirantes: Son ideas patológicas, falsas, no representan la realidad, no son modificables por razonamientos lógicos, el paciente las cree con gran convicción, están basadas en inferencias incorrectas. Las ideas delirantes de acuerdo a la duración pueden ser cambiantes o fijas. Las cambiantes permanecen por poco tiempo y son substituidas por otras ideas que a su vez también cambiarán. Las fijas permanecen con el paciente por tiempo prolongado. Las ideas delirantes de acuerdo al número de temas contenidos pueden ser **monotemáticas, bitemáticas, politemáticas**. Las ideas delirantes según el origen pueden ser **primarias y secundarias**. En las primarias no encontramos ningún determinante de su aparición, por lo que se habla de su incomprendibilidad psíquica. En las secundarias es posible establecer algún evento de la vida del paciente, u otra manifestación patológica como alucinaciones, que determinan su aparición, debido a esto se dice que son psíquicamente comprensibles.

Las ideas delirantes según el tema pueden ser: paranoides o de persecución, megalománicas o de grandeza, místicas, hipocondríacas, melancólicas, de influencia, de referencia, celotípicas, e inventivas.

Las ideas delirantes paranoides o de persecución son muy frecuentes, el paciente piensa que está sometido a conspiraciones en su contra y que sufre la hostilidad y agresividad de otras personas. En las **ideas delirantes megalománicas** o de grandeza el paciente piensa que es un personaje importante, grandioso, millonario, perfecto, valioso. **Las ideas delirantes místicas** son frecuentes en nuestro medio por los aspectos culturales religiosos de nuestra sociedad. El paciente piensa que es un personaje religioso o místico, con una misión celestial en la tierra, son también megalománicas. **En las ideas delirantes hipocondríacas** el paciente piensa que sufre enfermedades o alteraciones corporales graves, se queja de los síntomas de sus patologías y de su aspecto físico, ideas persistentes acerca de la función y/o la forma del cuerpo. **En las ideas delirantes melancólicas** el paciente piensa que es un pecador, que arrastra culpas terribles que le han llevado a la ruina tanto moral como económica, a la indignidad, por lo que ha sido o será condenado. La tonalidad afectiva es depresiva y existe miedo al futuro. Las ideas tienden a repetirse siempre las mismas con pobre participación intelectual. En las ideas delirantes de carácter **nihilista o de negación**: El paciente niega su propia existencia, está muerto o le falta un órgano importante, habla de su ruina, del fin del mundo. **Las Ideas delirantes de influencia**: En ellas el paciente piensa que palabras y actos de personas influyen sobre él y le causan daño. **Ideas delirantes de control o transivistas**: son aquellas donde el paciente está convencido de que sus actos, tendencias, y pensamientos, están controlados desde el exterior, con frecuencia piensa que el control se ejerce a través de aparatos. **Ideas delirantes de referencia**: el paciente piensa que palabras o actos de otro se refieren a él. **Ideas delirantes celotípicas** el paciente piensa que su cónyuge le es infiel, sin que haya elementos ciertos que lo justifiquen. **Ideas delirantes inventivas** el paciente piensa que ha inventado o que ha hecho un descubrimiento muy importante. Generalmente no hay tal invento novedoso y en ocasiones se trata de un artefacto conocido. Las ideas se extienden al entorno.

Delirio: Conjunto de ideas delirantes que presenta un paciente. Puede ser sistematizado y asistematizado. En el delirio sistematizado las ideas delirantes tienden a ser fijas, establecen una organización coherente que lleva a establecer una unidad o sistema de ideas delirantes. En el delirio asistematizado las ideas tienden a ser cambiantes, no es posible establecer un encadenamiento o una sucesión lógica entre ellas, por lo que permanecen aisladas en el conjunto. Una condición semiológica interesante es la percepción delirante o interpretación delirante de la percepción, la percepción no se encuentra alterada, la alteración es del pensamiento, el paciente interpreta falsamente un hecho que percibe de manera adecuada, no hay relación lógica entre el hecho y la forma como éste es interpretado, lo que cumple con las características de las ideas delirantes.

En la ilusión de dobles el paciente cree que un impostor idéntico ha reemplazado a una persona, casi siempre a un familiar, no es una ilusión sino una idea delirante, a este síntoma se le ha designado como **síndrome de Capgras**. Existe otro fenómeno que consiste en que el paciente piensa que una misma persona se presenta con diferentes apariencias y que tiene la intención de perseguirlo (**Síndrome de Frégoli**, actor que interpretaba varios papeles en la misma función de teatro).

El Pensamiento dereístico se trata de la presencia de ideas que no guardan ninguna relación lógica con la realidad presente, o con la experiencia, tienden a centrarse en fantasías, ejemplo: somos del reino vegetal porque sembramos para alimentarnos.

El pensamiento Obsesivo consiste en la presencia de ideas consideradas absurdas, con frecuencia son criticadas por el paciente, pero éste no puede evitar su aparición y se angustia, son egodistónicas. El pensamiento obsesivo está ligado íntimamente al acto compulsivo. La mayoría de las ideas obsesivas se pueden integrar en alguno de los siguientes grupos, suciedad y contaminación, agresión, disciplina, enfermedad, sexo, religión. Los actos compulsivos son conductas repetitivas, consecuencia de pensamientos obsesivos, el paciente intenta resistir a la compulsión porque entiende que no tiene sentido; se ejecutan rituales relacionados con la limpieza, el vestido, contar, acumular.

Las ideas sobrevaloradas no son delirantes ni obsesivas, sin embargo, dominan la vida del individuo por mucho tiempo y afectan sus acciones; a algo o alguien se le atribuye importancia excesiva, la presencia de alguna enfermedad como la diabetes en varios miembros de la familia, puede ser motivo de preocupación que perturbe la vida de una persona; el estar enamorado puede determinar la presencia de ideas sobrevaloradas, también el fanatismo religioso o deportivo.

La pseudología fantástica consiste en que el paciente constantemente está narrando sus fantasías como si realmente las creyera, en ocasiones puede llegar a creerlas y a que reemplacen sus verdaderos recuerdos, mezcla verdades con falsedades, a diferencia del delirante acepta la demostración de la falsedad de lo que ha expresado.

RECOMENDACIONES

Durante el desarrollo de la entrevista es posible apreciar el comportamiento general de las funciones mentales (examen mental). Si se nota alguna alteración, es conveniente valorar el área alterada mediante preguntas o pruebas específicas. Puede ocurrir que sea necesario tener conocimiento detallado de cada uno de los aspectos que constituyen el examen mental, en ese caso debe explorarse cada uno con las preguntas y la observación correspondiente. El resultado se transcribe en forma ordenada al finalizar la historia y bajo el subtítulo de “examen mental”. El médico debe explicar al paciente lo importante de esta valoración.